



XXXII CONGRESO INTERNACIONAL
ALAS PERÚ 2019



Hacia un nuevo horizonte de sentido histórico de una civilización de vida
del 1 al 6 de diciembre-Lima

DOSSIER

**SALUD, SEGURIDAD SOCIAL Y
DISCAPACIDADES**

GRUPO DE TRABAJO 18

Lima, Perú 2020

**ALAS****XXXII CONGRESO INTERNACIONAL ALAS PERÚ 2019****©ALAS-ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIOLOGÍA****DOSSIER****SALUD, SEGURIDAD SOCIAL Y DISCAPACIDADES****GRUPO DE TRABAJO 18****PRESIDENCIA ALAS:**

Jaime Ríos Burga (Perú)

VICEPRESIDENCIA ALAS:

Mg. Jesús Díaz (República Dominicana)

COMITÉ DIRECTIVO:

Dr. Federico Schuster (Argentina)

Dr. Breno Bringel (Brasil)

Dr. Milton Vidal (Chile)

Dr. Alexander Gamba (Colombia)

Dra. Angélica Cuellar (México)

Dra. Briseida Barrantes (Panamá)

Dr. Eduardo Arroyo (Perú)

Dra. Marina Ortíz (República Dominicana)

COORDINADORES GRUPO DE TRABAJO 18:

Eudocio Sifuentes (Perú)

Rodolfo Levin (Uruguay)

Marina Ortiz (Rep. Dominicana)

Américo Pillman (Perú)

EDITADO POR:

© ALAS-ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIOLOGÍA PERÚ

Jr. Alonso de Molina N° 1231, Dpto. 303 - Santiago de Surco

Lima-Perú

<http://sociologia-alas.org/>

Primera edición digital, febrero 2021.

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN:

Angelo Aguilar (Perú)

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú**ISBN 978-612-5025-10-4****DERECHOS RESERVADOS ALAS ©**



PRESENTACIÓN

El DOSSIER que presentamos es el resultado de las ponencias entregadas al XXXII Congreso Internacional ALAS Perú realizado en diciembre del 2019. Cada uno de nuestros 25 Grupos de Trabajo: Ciencia, Tecnologías e Innovación; Ciudades Latinoamericanas en el Nuevo Milenio; Producción, Consumos Culturales y Medios de Comunicación; Estado, Legitimidad, Gobernabilidad y Democracia; Desarrollo Rural y cuestión agraria; Imaginarios Sociales y Memoria; Desarrollo Territorial, Desigualdades y descentralización; Desigualdad, Pobreza y Exclusión Social; Estructura Social, Dinámica Demográfica y Migraciones; Estudios políticos, Socio jurídicos e Instituciones; Género, Feminismos y sus aportes a las Ciencias Sociales; Sociología de la Cultura, Arte, Interculturalidad y Religiones; Teoría Social y Pensamiento Latinoamericano; Medio Ambiente, Sociedad y Desarrollo Sustentable; Metodología y Epistemología de las Ciencias Sociales; Universidad Latinoamericana: interpelaciones y desafíos; Trabajo y Restructuración Productiva; Salud, Seguridad Social y Discapacidades; Acciones Colectivas y Movimientos Sociales; Sociología de la Niñez, Juventud y Envejecimiento; Corrupción, Violencia Social, Seguridad y Defensa; Alimentación y Cocinas en las Américas; Sociología de la Educación, Políticas Educativas y Deporte; Integración Regional, Geopolítica y Desarrollo; y, Sociología de los Cuerpos y las Emociones; muestran su rica producción teórica empírica desde sus propias experiencias críticas de saber en América Latina y el Caribe.

Reflexión que en sus diversos campos específicos nos muestran la riqueza del diálogo y el debate realizado en nuestro XXXII Congreso ALAS Perú 2019. Así mismo, queda como evidencia la integración de la sociología cada vez más con los otros campos del saber, sacando a luz o visibilizando la sociología de las ausencias y emergencias en la presente transición global. Un esfuerzo epistémico y metodológico por adentrarse a las situaciones y problemáticas más saltantes de la vida social en sus interacciones y transversalidad temática con sus áreas de problemática y otras áreas centrales de investigación social presentes en nuestros Grupos de Trabajo de investigación y otras comunidades científica del mundo en el esfuerzo creativo por construir un nuevo horizonte de sentido histórico de una civilización de vida que descoloniza el ser, el saber y el poder afirmando la calidad de vida en nuestras sociedades.



Mi agradecimiento en nombre de la Presidencia y Comité Directivo actual a cada uno de la/os coordinadoras/es, quienes hicieron realidad este compromiso institucional con ALAS.

Dr. Jaime Ríos
Presidente de ALAS



INTRODUCCIÓN

El Grupo de Trabajo N° 18 del XXXII Congreso de ALAS, tuvo como agenda los temas centrados en Salud, Seguridad Social y Discapacidades que fueron abordados por decenas de ponentes y asistentes no solo sociólogos, sino también médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y otros especialistas de la salud y de las ciencias sociales procedentes de los países hermanos de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Uruguay, Costa Rica, Santo Domingo, México y Perú. Se planeó el funcionamiento del Grupo en cuatro secciones; pero por la propia dinámica del evento, el trabajo se pudo realizar con éxito en dos secciones de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, las mañanas del lunes 2 al jueves 5 de diciembre del 2019, abarcando más de 15 horas efectivas de intensos debates con la presentación y sustentación aproximada de 40 ponencias. La coordinación y dirección del debate en una sección estuvo a cargo de la Socióloga Dominicana Marina Ortiz, y en la otra, del sociólogo peruano Eudosio Sifuentes.

Un antecedente importante, es que el tema y el GT acerca de la Salud fueron incluidos a partir de los congresos de 1995; afirmándose en este ALAS, de manera más nítida, la perspectiva de la Sociología de la Salud en sus objetivos, y en su amplitud temática buscando abarcar la experiencia, las inquietudes y la vocación reflexiva de los sociólogos desde los nuevos paradigmas.

Se plantearon importantes ideas en torno al objetivo temático del GT, a la situación de salud de nuestras sociedades y a las consideraciones acerca de una etiología social de las enfermedades del siglo XXI, a los aspectos biológicos y sociales que subyacen a los procesos de salud y enfermedad, las condiciones del ambiente físico, prácticas alimentarias y situación nutricional; acceso al consumo de bienes y servicios; educación y valores; la estructura social, las diferencias y las desigualdades sociales; condiciones ocupacionales y posición en las relaciones de poder; situación de vulnerabilidad; situación de discapacidad en las personas; discriminación social; pertenencia a grupos sociales; disponibilidad y calidad de los cuidados médicos; formas de sociabilidad, uso del ocio; la violencia en todas sus formas; la corrupción; el impacto de las políticas sociales; las creencias, tradiciones y costumbres respecto al cuerpo, al matrimonio, al nacimiento, a la muerte, a las enfermedades; las ideas religiosas. Las ponencias presentaron una realidad compleja que ha generado aproximaciones analíticas y múltiples percepciones en la comunidad sociológica que ameritan impulsar procesos de análisis, de contrastación y recreación en nuevas dimensiones.



El GT tuvo un temario con cinco temas: 1) Sociedad, salud, dolencias, enfermedad y muerte; 2) Sociología de la Salud; 3) Sistemas y Servicios de Salud; 4) Salud, previsión social, envejecimiento y discapacidades 5) Las barreras sociales discapacitantes

Las ponencias del primer punto, abordaron el estado actual de la salud, la dolencia, la enfermedad y la muerte teniendo como referente los países de procedencia de los ponentes. Hubo análisis de las representaciones y percepciones; de las costumbres, prácticas, y actitudes acerca de la salud, de los procesos de dolencia, enfermedad y muerte tanto en casos de enfermedades terminales, como del envejecimiento avanzado relacionado a los cambios sociales, a la cultura local y a las políticas. Varias ponencias destacaron por su enfoque de género, en éste y en los demás puntos del temario.

Las ponencias del segundo punto se caracterizaron por enfocar los problemas de salud y enfermedad, como fenómenos sociales, relacionados a diversos determinantes y cambios epidemiológicos específicos en cada país o región; se destacó la relación entre nutrición, tiempo libre y estilos de vida; mostrando el predominio de las enfermedades crónicas y degenerativas en los procesos de cambio del perfil epidemiológico. Varias ponencias destacaron la violencia, y las desigualdades de género en las condiciones de vida y salud de las mujeres y de algunas poblaciones de la región; por la prevalencia y la extensión de éstas han devenido en verdaderas pandemias. Pobreza, desigualdad y dominación de género se vive en los procesos de salud y enfermedad, con relación a situaciones de corrupción, desarraigo, y crisis. Además, se incluyeron los temas referidos a la situación profesional de la salud como construcción social, incluyendo aspectos como el trabajo médico, la relación médico – paciente; médico-comunidad; la relación intra y extra equipo de salud, la relación entre saber lego y saber profesional; la formación del profesional en salud humana; el ejercicio de la autoridad profesional y el poder más allá de los límites de las profesiones. La medicina andina; funciones y relaciones de maestros y parteras con la comunidad y la sociedad. En buena cuenta gran parte de las ponencias transcurrieron en la diversidad temática de la realidad y fueron pocas las que buscaron explicaciones, o propuestas de integralidad, perspectivas y tratamiento teórico.

Algunas ponencias analizaron, en el Tema 3, las condiciones de precariedad de los servicios y derechos en salud, de los modelos, sistemas y alternativas de salud en algunos países de la región, donde se han privilegiado los modelos económicos



ortodoxos enfocados en el crecimiento. Se destacaron algunas políticas de Salud por su dimensión universal, o por su vocación de género; hubo las que subrayaron la importancia de la protección social vinculada con la salud. También hubo referencias a las reformas, a los sistemas de cuidado y de atención a la salud. Algunas ponencias destacaron la equidad en la prestación de servicios, valorando la cobertura, acceso, financiamiento, eficiencia, eficacia, calidad y efectividad de los servicios. Formas de acción colectiva en salud (grupos, corporaciones, movimientos sociales). También destacaron las ponencias que de manera específica hicieron referencias a los bienes y servicios sanitarios; a las condiciones y medio ambiente de trabajo; a la salud en la primera infancia; y a la importancia de promover enfoques acerca de los primeros 1000 días del niño.

Fue muy importante la participación en el Tema 4 referida a la Sociedad y las dimensiones del envejecimiento y la discapacidad. Las ponencias tuvieron como marco de referencia los variados niveles de transición epidemiológica y demográfica por la que pasan los pueblos de Latinoamérica. Hubo análisis y debate acerca de las percepciones y concepciones que caracterizan el envejecimiento como sinónimo de enfermedad y el enfoque de Envejecimiento Activo en su dimensión social. Hubo debate en torno a las alternativas para contrarrestar el fenómeno de la dependencia; las perspectivas de aprovechamiento del bono demográfico. Además, se destacaron algunas estrategias para paliar la pobreza extrema en el envejecimiento sin acceso a seguridad social. Se mostró interés por explicar las condiciones de vida de la población en creciente proceso de envejecimiento.

El Tema 5, destacó el modelo social de la discapacidad y la situación de las personas con discapacidad en el ámbito nacional e internacional. Hubo referencias a la situación urbana y a las políticas de accesibilidad tanto arquitectónica y urbanística, como en las comunicaciones y transporte. Destacaron la importancia de la educación inclusiva y educación especial; la formación laboral e inserción laboral, apelando a los conceptos de habilitación y rehabilitación de las personas con discapacidad, prejuicios y discriminación hacia las personas con discapacidad.

Balance y perspectivas

El XXXII Congreso ALAS, destacó la importancia de la Sociología de la Salud como un campo de desafíos y potencialidades; de desarrollo práctico y teórico. Con el surgimiento y expansión del COVID-19 como pandemia global, la preocupación por la



conservación de la vida se ha tornado en asunto de primera importancia; el cuidado de la salud de las personas ha puesto en la agenda de todos los Estados y de las sociedades el mejoramiento de los sistemas de salud y de seguridad social, énfasis en la medicina preventiva y una asignación presupuestal a tono con sus objetivos; reordenamiento del sistema educativo, del comercio, seguridad alimentaria y mejoramiento de la situación nutricional. Todos estos elementos transcurren en las relaciones sociales múltiples de todas las sociedades; reducir las desigualdades en el acceso a la tecnología, a las comunicaciones, al trabajo y a la felicidad. Se trata de un cambio orgánico en la cultura y en la sociedad. Por eso el estudio y la atención de la realidad generada por la pandemia global es nuestro mayor desafío. Y constituye el tema central de una Sociología de la Salud que hoy le toca enfrentar recreando los nuevos paradigmas de la ciencia. De tal manera que el próximo Congreso ALAS tendrá como eje central la Sociología de la Salud.

Coordinador Eudosio Sifuentes



18. SALUD, SEGURIDAD SOCIAL Y DISCAPACIDADES

Línea temática 1. Sociedad, salud, dolencias, enfermedad y muerte: Una visión sociológica acerca del estado actual de la salud, la dolencia, la enfermedad y la muerte en nuestras sociedades; análisis de las representaciones y percepciones; creencias, costumbres, prácticas, rituales y actitudes acerca de la salud. Debate acerca del “buen morir” tanto en casos de enfermedades terminales, como en un envejecimiento avanzado

Pág. 19

Significados e tratamentos sintéticos e tradicionais relacionados a casos de espremedeira nos municípios fronteiriços – Tabatinga/am e benjamin constant/am
Selomi Bermeguy Porto; Priscila Rocha Santos; Janekely D’ávila

Interculturalidad y salud en un municipio indígena en México: el ritual terapéutico de El Escapulario
Margarita Márquez-Serrano; Lucero Cahuana-Hurtado; Elizabeth Hoyos-Loya

Muriendo a pedazos. Experiencias de pacientes diabéticos en tratamiento de hemodiálisis
Cynthia Méndez Lara

O processo de viver e morrer de uma coorte de hipertensos de idosos na atenção básica no Brasil
Neir Antunes Paes

Calidad de vida y autocuidado: mujeres con diagnóstico de cáncer de mamá en remisión, Zona Metropolitana de Mérida, Yucatán, México
Angélica Saldaña; Rosa María Mendez; Nazar Beutelspacher; Dominga Austrebeta; Datta Banik Sudip

Producción de salud en el trabajo y felicidad
Alice Itani

Adoecimentos e mortes no trabalho: o caso do Pólo Industrial de Manaus (PIM)
Erika Almeida Soares

Precarização do trabalho e da saúde de assistentes sociais na política de assistência social no Município De Belém- Pa
Daniela Castilho; Vanessa Ferreira

Consecuencias de la precarización laboral en el aspecto de la salud del trabajador
Modesto Enrique Núñez Barrios

O trabalho reprodutivo como uma das consequências multifatoriais para a saúde da mulher
Maria Júlia Santos; Guilherme dos Santos Dias

As tentativas de suicídio de crianças e adolescentes em sergipe no período de 2015 a 2017
Vânia Carvalho Santos; Melânia Souza Gomes e Coautor; Taíse Dantas Costa



Femicidio – suicidio en el Uruguay actual
Pablo Hein; Víctor Hugo González

Estado del arte sobre conducta suicida, ideación suicida y suicidio consumado en las comunidades indígenas del Departamento de Antioquia
Andrés Julián Londoño Deossa

Percepção de cuidado dos voluntários do centro de valorização da vida
Pedro Fragoso

Eutanasia en Chile: posiciones y argumentos del discurso médico
Gabriela Verónica Huepe Ortega

Prácticas y sentidos que orientan los estilos de vida de los estudiantes de la Universidad Católica de la Santísima Concepción
Norma Pradenas; Nicole Muñoz

Relação entre sofrimento e dor na perspectiva cultural
Carmencitta Ignatti; Eunice Nakamura

Signos de vitalidad: un caso de estudio sobre las concepciones de la salud en Apía, Risaralda
Juan David Duarte

Transiciones y reconstrucciones familiares ante el desarrollo del trastorno bipolar: estudio de caso de familias de Monterrey N.L.
Alma Yolanda Elguézabal Castillo; José Manuel Rangel Esquivel

Percepción de los Adolescentes de la Licenciatura en Salud Pública en relación a la Violencia Psicológica durante el Noviazgo
Adriana Calderón Guillén, Gaudencio Anaya Sánchez, Estefany del Carmen Anaya Calderón

Factores determinantes en la falta de adherencia al tratamiento de caries dental en niños de la Clínica de Odontopediatría de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Estefany del Carmen Anaya Calderón, Gaudencio Anaya Sánchez, Adriana Calderón Guillen

Línea temática 2. Sociología de la Salud: Investigación, problemas teóricos y posibilidades interdisciplinarias en la Sociología de la Salud. Una revisión de los estudios sociológicos acerca de la dolencia, o enfermedad, salud y muerte como fenómenos sociales y culturales

Pág. 291

Género y salud en docentes de educación superior, un acercamiento al ámbito laboral mexicano
Gabriela Castro Díaz; Susana Martínez Alcántara

Desplazamientos discursivos en el campo médico argentino frente a la Ley de Identidad de Género
Anahí Farji Neer



El paradigma de la promoción de salud y la responsabilidad individual: las mujeres en la mira

Franco González; Marcia Barbero

O itinerário de mulheres indígenas Kaingang no Processo Saúde Doença

Alice do Carmo; Gabriela Manfio; Ethel Bastos; Adilson Policena; Antônio Joreci

Cuidados en la atención prenatal desde las mujeres migrantes embarazadas en dos comunas de la Región Metropolitana de Chile

Alejandra Martínez

O cuidado em saúde das mulheres em situação de rua que perderam o poder familiar de seus filhos recém-nascidos

Eliezer Rodrigues; Liria Lanza

La interrupción voluntaria del embarazo en México: la desigualdad en el acceso desde el análisis del marco jurídico vigente

Sandra C. Gallegos Lecona

Assistência aos processos de abortamento: a perspectiva de médicos residentes de duas universidades públicas em São Paulo, Brasil

Rosana Machin; Márcia Thereza Couto

Consecuencias derivadas de la participación en programas de estímulos económicos y su efecto en la salud de docentes universitarios mexicanos

Susana Martínez; Gabriela Castro

La relación entre causas sociales y salud. Más allá del debate determinantes-determinación de la salud

Adriana Murguía Lorez

Intersubjetividad, instituciones y burocracia en la relación médico-paciente/sistema de salud

Wilmar Reyes Sevillano

Males globales y sociología de la salud en Perú

Eudosio Sifuentes

Formación en competencias culturales a futuros profesionales de salud en el nuevo perfil demográfico chileno

Carolina Carstens Riveros; Alicia Arias-Schreiber

Saúde Mental e práticas terapêuticas: estudo das redes de apoio social na produção do cuidado das pessoas com transtornos mentais

Antônia Iara Adeodato; João Tadeu De Andrade

Crise estrutural do capital e os efeitos na saúde mental das pessoas

Antonio Angelo Menezes Barreto; Aryadne Castelo Branco Correia Lins

Saberes sobre salud mental en mayas con sintomatología depresiva de Chankom, Yucatán, México

Damaris Estrella Castillo; Alina Dioné Marín; Héctor Rubio; Armando López; Carlos Castro



Paradigma emergente en el campo de la salud mental: de la enfermedad a la ciudadanía

Sandra Patricia Westman

Interfaces entre saúde e democracia no Brasil do século XXI

Rodrigo Meirelles Áurea; Maria Zöllner

Análisis espacial de los servicios de salud, tasa de mortalidad y el agua potable en México

Esteban Picazzo Palencia; Jeyle Ortiz Rodríguez

Biopolítica de la estatura infantil: curva de crecimiento, medicalización y discursos sobre el cuerpo (normal) en los diagnósticos

Leonora Beniscelli Contreras

Para além do nexo causal: contribuições do método de Marx para a pesquisa sobre o processo saúde-doença dos trabalhadores na atualidade

Andrea Ferreira Lima da Silva; Adriana de Azevedo Mathis

Fome e modernidade: desafios para os programas e políticas de segurança alimentar

Tania Elias Magno da Silva

Processos de resistência e acomodação à precarização do trabalho de agentes comunitários de Saúde

Yansy Delgado Orrillo

Notas sobre o objetivo da psicoterapia: a questão da adaptação

Breno Augusto da Costa; Adriano Martins

Atención al padecimiento del VIH en adolescentes de la Ciudad de México

Marian Ferrara; Alicia Piñeirúa; Mónica Hernández

Línea temática 3. Sistemas y Servicios de Salud: Servicios y derechos en salud. Modelos, sistemas y alternativas de salud en la sociedad. El análisis de los sistemas y servicios de salud considerando los enfoques de género, el generacional, la interculturalidad, el desarrollo sostenible, equidad e inclusión social.

Pág. 611

Saúde, cidadania e desigualdade no Brasil

Felipe Daiko Fraga; Maria Cristina da Costa

Emenda constitucional 95 x políticas públicas: o futuro(?) da saúde pública brasileira

Estéfani Sandmann de Deus; Aragon Erico Dasso Junior; Alessandro Maia Castilho

Parto y habitus: un estudio sociocultural en mujeres en el estado de Morelos

Karina Atayde-Manríquez; Luz María González-Robledo

Las políticas públicas del gobierno federal entorno al embarazo en la adolescencia en México: Un análisis de los sexenios 1994-2000; 2001-2012 y 2013 -2018

Vicente González Huerta



El acceso a los servicios de salud sin barreras culturales. El caso de la atención de parto

Elia Lara Lona; Marco A. Castro Uriegas; Francisco Javier Magos Vázquez; Daniel Alberto Díaz Martínez

La contratación y profesionalización de intérpretes traductores indígenas en el campo de la salud materna intercultural en México

Yazbeth Pulido Hernández

Aproximaciones a la violencia obstétrica desde la perspectiva de mujeres madres, mujeres pro parto respetado y estudiantes de obstetricia y puericultura de la ciudad de Temuco

Verónica Torres Barriga; Catalina Mellado; Loreto Cardenas

Arquetipo de gestión del talento humano por competencias y cumplimiento de la misión y visión de ESSALUD en el hospital i Tingo María. Huanuco. 2016

Pedro Pablo Saquicoray; Delcy Ludith Ruiz; Nilton Lee Ruiz; Angely Diaz

As metodologias ativas como disparadora da formação de recursos humanos em saúde: entraves e possibilidades na saúde pública no Brasil

Fernanda Marques de Sousa; Patrícia de Carvalho Silva; Ana Paula Rocha de Sales

Clima organizacional, estudio de caso: de un centro de salud del primer nivel de atención Morelos México

Irene M. Parada-Toro; Enrique Martinez-Cortes

La enfermedad terminal en México como problema público y como derecho social

Angélica Y. Dávila Landa

O surto de microcefalia em pernambuco e as determinações sociais da saúde e

Delaine Cavalcanti Santana De Melo

El derecho "condicionado" a la salud y su impacto en la dinámica social

Mireya de la Rosa Uribe; Gustavo Téllez Cruz

Acción contra la obesidad: un análisis transcultural de modelos de prevención en España, Argentina y Brasil

Mabel Gracia Arnaiz; Flavia Demonte Fabiana Bom Kraemer

Influencia de la investigación en diabetes en el sistema de salud: un estudio comparativo sobre indicadores sanitarios, políticas de atención y producción científica en cinco países latinoamericanos

Soledad Rojas; Carolina Tetelboin; Olivia Maya García

Influências neoliberais e conservadoras na política de saúde para hiv/aids no Brasil e Moçambique

Ana Cristina de Souza; Maria Solange Guerra; Raquel Cavalcante

A judicialização da saúde no Brasil

Maria Erica Ribeiro Pereira; Grayceane Gomes da Silva



Aplicação de metodologia formativa na rede de saúde pública de Piracicaba, Brasil: construindo atenção integral para trabalhadores acidentados de trabalho
Mara Batista Conti ; Amanda Aparecida Silva; Sayuri Tanaka

A política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais /LGBT no Município de Ponta Grossa - PR
Dilermando Aparecido Borges; Lislei Teresinha Preuss

Atenção primária à saúde no Brasil e na Argentina: um estudo comparado
Juliane Cristine de Camargo; Lislei Teresinha Preuss

Planejamento urbano e implicações nas políticas públicas de atenção básica à saúde: uma revisão integrativa
Mariel Mayer Pilarski; Ana Paula Myszcuk; Leonardo Tonon

A conformatação da política de saúde integral à população negra no Brasil
Nelmires Silva; Tereza Martins

Significados das práticas de cuidado na perspectiva dos profissionais de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil de Santos – SP
Marcela Garrido Reghin; Lecy Sartori; Eunice Nakamura

Nossos eichmans não passaram por julgamento: a banalidade do mal no “tratamento” da loucura no Brasil
Rodrigo Matos-de-Souza; Ana Carolina Cerqueira Medrado

A configuração da rede de cuidados a crianças “agitadas” a partir de serviços de saúde mental infantil em duas cidades brasileiras
Eunice Nakamura; Lecy Sartori; Tatiana Barbarini

Cuidado em saúde: uma revisão para compreender seus usos e significados
Dilam Pliveira; Juliana Sampaio; Thayane Pereira Da Silva

Precarização do trabalho do serviço social no hospital Federal de Ipanema: dilemas e desafios na atual conjuntura de crise
Daiana dos Santos Clementino

Privatização da política de saúde e precarização do trabalho: Repercussões na saúde dos/das assistentes sociais em Belém/Pará/Brasil
Jefferson Franco; Vera Batista; Diego de Almeida

Saberes y percepciones en el proceso salud-enfermedad de familias migrantes en Lomas de Carabayllo-Lima: una mirada desde los actores
Vanessa Cardozo Alarcon

A homeopatia popular e a ecologia dos saberes em saúde
Germana Lima de Almeida; Danielle dos Santos Costa; Cassia da Silva

Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos: o saber popular como possibilidade de renda para populações socioeconômico vulneráveis
Marta Rocha de Castro; Rodrigo Penna



Prevenção ao abuso sexual de crianças e adolescentes na perspectiva de profissionais e gestores de saúde

Taiane Damasceno Da Hora; Ariane Rego De Paiva; Ludmila Fontenele Cavalcante

Violência e povos indígenas: análises preliminares de notificações de violência no estado Do Rio Grande Do Sul, Brasil

Carla Carolina Santos da Silva; Jessica Camila de Sousa Rosa Paranhos; Daniel Canavese de Oliveira

Análisis del subsidio a la demanda para atención de salud y su relación con los holdings de empresas en Chile

Daniel Manzano Méndez; Matías Goyenechea Hidalgo

La salud en los planes de educación básica en México: una revisión histórica

Tonatiuh Cabrera Franco

Educação alimentar em equipamentos sociais urbanos de alimentação e segurança alimentar e nutricional

Maria Cláudia da Veiga Soares; Fabiana Bom Kraemer; Flávia Milagres

O uso da informação em saúde para a vigilância na estratégia saúde da família

Bianca Borges da Silva Leandro

Iniquidades no acesso a serviços de concepção e atendimento a saúde de mulheres em relação homoafetiva durante a gravidez

Paula Galdino Cardin de Carvalho; Cristiane da Silva Cabral

Potencialidade da dialética para o planejamento e atendimento às necessidades de saúde

Alexandra Bulgarelli do Nascimento; Sayuri Tanaka Maeda; Emiko Yoshikawa Egry

Referentes culturales del programa de alimentación escolar. el caso de la Ciudad de Medellín-Colombia

Luz Marina Arboleda Montoya

Os determinantes sociais da saúde como desdobramentos da questão social e o trabalho do assistente social no transplante hepático

Antônia Iara Adeodato

Nuevas perspectivas de la obra de Manuel Núñez Butrón

Maria del Pilar L. Guillen Nuñez

As residências multiprofissionais em Saúde: entre os ditames do capital, via privatização, e a defesa da saúde pública no Brasil

Fernanda Marques de Sousa, Ana Paula Rocha de Sales Miranda, Nívia Cristiane Pereira da Silva

Gestão de serviços e redes de atenção psicossocial no Brasil: análise a luz de revisão integrativa

Maria Erica Ribeiro Pereira y Grayceane Gomes da Silva



Línea temática 4. Salud, previsión social, envejecimiento y discapacidades: Sociedad y las dimensiones del envejecimiento y la discapacidad. Efectos de la transición epidemiológica y demográfica. Análisis y debate acerca de las percepciones y concepciones que caracterizan el envejecimiento como sinónimo de enfermedad

Pág. 1186

La calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores de una población media de Jalisco, México

Isael Durán Jiménez ; Juan Patricio Castro Ibáñez

Automonitoreo y calidad de vida: estrategias de comprensión y mantención del nuevo cuerpo en la vejez

Manuel Andrés Moya Muñoz

Reforma da previdência social no Brasil: a situação da mulher frente as reconfigurações sociais.

Elizania Caldas Faria; Lúcia Cortes da Costa

Crise previdenciária: o histórico pinochetista da ditadura chilena e suas conexões com o avanço neoliberal no Brasil de Hoje

William Santos De Mello

Conductas sexuales de riesgo: ideología y sexualidad en adolescentes indígenas

Rosario de Jesús Zamora Pérez; Ma del Rocio Figueroa Varela

Línea temática 5. Las barreras sociales discapacitantes: Modelo social de la discapacidad y la situación de las personas con discapacidad a nivel nacional e internacional. La inclusión social de las personas con discapacidad, así como la accesibilidad de la ciudad tanto arquitectónica, urbanística, comunicaciones y transporte; educación inclusiva y educación especial; formación laboral e inserción laboral

Pág. 1249

Implementación de estrategias educativas a través de un rincón lúdico para el desarrollo de habilidades sociales en los estudiantes del nivel de inicial, en el patio de la "Unidad Educativa Especial del Azuay"

Gabriela López; Margarita Calderón

¿Educación para todos? Alternativas educativas para la población con discapacidad en México a nivel bachillerato

Belén González Ibarra

Jóvenes con discapacidad intelectual forjando un camino laboral

Michelle Patricia Marín; Adrián Simbaña

Un habitar invisible vivir la Ciudad de Montevideo desde la discapacidad

Sofía Angulo Benítez



“La crianza de personas con síndrome de Down. La familia, una puerta hacia la sociedad”. Una presentación de avances preliminares
Araya Castro, B

La exclusión es más discapacitante que la misma naturaleza: caminos y tropiezos en la búsqueda de atención
Cristian David Osorio Figueroa; Ivonne Solórzano; Lidia Morales

Acceso a la educación universitaria. Barreras discapacitantes en contextos educativos
Andrea Verónica Perez; Andrea Lorena Camun; Andrea Elena Gaviglio

Estudiantes con discapacidad psicosocial ¿Invisibles o invisibilizados? Trayectorias en la educación superior
Estefany Chalarca Taborda; Yeraldin Briyith Guzmán Ruiz

Jóvenes silenciados: posición, condición y situación de jóvenes sordos en Uruguay
Sofía Angulo Benítez

Moverse, esperar y ser: Identidades y trayectorias vitales de personas con discapacidad en el sur de Chile
Diego Solsona Cisternas

Cuerpos diversos: aspectos socioculturales sobre las corporalidades y la discapacidad en la infancia Nahua de la huasteca potosina
Andrea Cristina Moctezuma Balderas

Cuestionar la hegemonía del lenguaje oral en niñas y niños con discapacidad y su relación con las expectativas de producción de individuos genéricos
Nora Lucía Gómez Victoria; Nora Aneth Pava Ripoll

As limitações de locomoção experimentadas por homens obesos mórbidos no uso do transporte
Francisco Ricardo Miranda Pinto

O aluno com deficiência no ensino superior: o que pensam os professores?
Rosimar Bortolini Poker; Fernanda Oscar Dourado

Benefício de prestação continuada: significados sociais e moralidades do dinheiro recebido por usuários de um caps
Ana Timm; Elaine Leite; Marcio Silva

Visões epistemológicas na construção/ressignificação de conceitos dos pais após diagnóstico da síndrome de Down em seu filho
Luciana Borowski Pietricoski; Lourdes Aparecida Della Justina



Línea Temática 1.

Sociedad, salud, dolencias, enfermedad y muerte: Una visión sociológica acerca del estado actual de la salud, la dolencia, la enfermedad y la muerte en nuestras sociedades; análisis de las representaciones y percepciones; creencias, costumbres, prácticas, rituales y actitudes acerca de la salud. Debate acerca del “buen morir” tanto en casos de enfermedades terminales, como en un envejecimiento avanzado



Significados e tratamentos sintéticos e tradicionais relacionados a casos de espremedeira nos municípios fronteiriços – Tabatinga/AM e Benjamin

Constant/AM

Selomi Bermeguy Porto¹

Priscila Rocha Santos²

Janekely D'ávila³

Resumo

Os saberes tradicionais em um determinado povo ou população faz parte da dinâmica destas sociedades, sobretudo em lugares longínquos ou de difícil acesso onde à presença de médicos não é satisfatória, a sociedade acaba resolvendo os seus problemas e criando alternativas de curas e de saberes tradicionais que devem ser respeitados e vistos com valor de científicos. Não obstante o paciente ou quem procura a cura, se vale de todos os meios e alternativas para obtê-la, sobretudo nas regiões amazônicas onde há sincretismo religioso onde se misturam as visões e cosmologias de rezadores, xamãs, médicos e tantos outros, e o interessante é que não se tenha um olhar preconceituoso, etnocêntrico ou pejorativo dos variados meios de cura. O presente artigo visa à compreensão de uma construção específica do conhecimento procurando por meio da análise do processo cultural de utilização de rezas por uma população na cidade de Tabatinga e Benjamin Constant, no Amazonas. Utilizou-se como procedimento metodológico a realização de entrevistas com as duas linhas de conhecimento, tanto o científico como o tradicional para que fosse abordado ambos os conhecimentos como respostas aos problemas de saúde da espremedeira, trazendo alternativas de cura a tal problema.

Palavras-Chaves

Saberes tradicionais, Conhecimento científico e Espremedeira.

Resumen

El conocimiento tradicional en un pueblo o población en particular es parte de la dinámica de estas sociedades, especialmente en lugares distantes o de difícil acceso donde la presencia de médicos no es satisfactoria, la sociedad termina resolviendo sus problemas y creando alternativas para curas y conocimientos tradicionales que debe ser respetado y visto con valor científico. A pesar del paciente o el que busca la cura, utiliza todos los medios y alternativas para obtenerla, especialmente en las regiones amazónicas donde hay sincretismo religioso donde las visiones y cosmologías de oraciones, chamanes, médicos y muchos otros se mezclan, y los Curiosamente, uno no



tiene una mirada prejuiciosa, etnocéntrica o peyorativa de los diversos medios de curación. Este artículo tiene como objetivo comprender una construcción específica de conocimiento mediante el análisis del proceso cultural del uso de oraciones por una población en la ciudad de Tabatinga y Benjamin Constant, en Amazonas. Se utilizó como procedimiento metodológico para realizar entrevistas con ambas líneas de conocimiento, tanto científicas como tradicionales, para abordar tanto el conocimiento como las respuestas a los problemas de salud del exprimidor, brindando alternativas curativas a dicho problema.

Palabras claves

Conocimiento tradicional, Conocimiento científico y Espremedeira.

Introducción

As divergências existentes entre o conhecimento científico e o saber tradicional fazem com que sejam visualizados como se cada um representasse lado oposto de uma mesma moeda, pois ambos produzem conhecimento, todavia a construção e disseminação deste conhecimento se dar de forma distinta, sob fundamentos diferentes e muitas vezes conflitantes. No campo da saúde essas diferenças e conflitos de conhecimento tornam-se mais complexos ainda.

A medicina tem como fundamento para suas descobertas, interpretações e tratamentos de saúde o conhecimento científico, qualquer outro tipo de conhecimento encontrará restrições, por parte desta. É certo afirmar que os avanços científicos muito contribuem para saúde do ser humano, por meio deste foi possível avançar no tratamento de doenças e novas descobertas de prevenção, causas e tratamentos de saúde.

Por outro lado, o saber tradicional enquanto uma herança cultural tem sido repassada de geração para geração resistindo às mudanças das épocas e sendo praticado até os dias atuais, inclusive no campo da saúde. Muitas populações arraigadas as suas credices tem buscado interpretação, tratamento e cura para suas enfermidades e problemas sejam físicos ou psíquicos no saber tradicional.

Geralmente o saber tradicional é praticado de forma mais intensa pelas populações que residem em cidades de selva distantes dos centros metropolitanos. Isso porque, embora atualmente note-se a presença de profissionais de saúde nos mais diversos espaços geográficos do país este serviço ainda é muito escasso, o que fortalece a busca e a prática por outros meios para atender suas necessidades.



Na região amazônica onde residem as populações do município de Tabatinga e Benjamin Constant, municípios localizados no interior do Estado do Amazonas em área de fronteira Brasil-Colômbia-Peru, é notável o uso do saber tradicional em vários aspectos da vida amazônica, com destaque para as questões de saúde. As populações que residem nesta região deparam-se com diversas dificuldades devido a distância que as separa da capital Manaus sendo cerca de

1.105 km entre Manaus e Tabatinga em linha reta e de 1.116 km entre Manaus e Benjamin Constant. O modo de vida da supracitada população denuncia sua estreita relação com o saber tradicional, refletidas nas mais variadas atividades, presente muitas vezes no modo de produção do trabalho, na forma de comunicação, sendo muito buscado e utilizado na interpretação e tratamento de variadas enfermidades.

Sob esta perspectiva os saberes tradicionais são importantes para as comunidades tradicionais, muitos tem buscado essa forma de tratamento devido suas crenças e costumes, além disso, é uma das alternativas ao alcance dessas sociedades, já que encontram-se em lugares de difícil acesso onde a medicina muitas vezes é incipiente.

Considerando ambos os conhecimentos como elementos fundamentais usados pela sociedade para atender suas variadas necessidades, sendo que se constituem de formas diferentes: um através da comprovação e outro através do empirismo, não constitui interesse do presente artigo sobrepor um conhecimento sobre o outro. O que se pretende é fazer uma descrição da forma de interpretação e tratamento utilizado por cada um no âmbito da saúde. E quiçá a partir da pesquisa levar a reflexão sobre o possível diálogo entre ambos os conhecimentos.

Assim, o presente trabalho trata de mostrar como a biomedicina e o saber tradicional interpreta e trata os casos de seus pacientes. Utilizou-se do caso da espremedeira como é conhecido no campo do saber tradicional ou cólica de recém-nascido denominado pela biomedicina para apresentar as formas de interpretação e tratamento por parte destes conhecimentos. De um lado, dialogou-se com uma rezadeira e de outro com uma médica pediátrica, no caso específico é possível ponderar que existem o respeito e limites de aceitação por parte dos conhecimentos. O que se pode dizer é que embora diferentes tais conhecimentos assumem papéis importante na sociedade.



Fundamentação teórica

Não se pode negar que embora os saberes tradicionais e o saber científico encontrem-se bem disseminados e com atuação presente no campo da área da saúde, existe dissensões que separam estes saberes, que vai desde a forma de interpretação e tratamento das enfermidades, quanto o tipo de credence associada a sua atuação e prática.

O saber científico sempre se coloca como verdade absoluta e universal, policiando suas práticas pela comprovação, já o saber tradicional está mais sujeito ao questionamento e se constitui da experiência, simbolismo e espiritualidade,

sendo este mais tolerante com outras formas de conhecimento. Para reflexão teórica da temática faz parte deste arcabouço teórico Cunha M (2007) que expõe as diferenças entre os saberes tradicionais e o saber científico; Gomes e Pereira (1989); Cunha C. (2018); Cunha, L. e Assunção (2017); Quintana (1999) e Nascimento (2010) contribuem na abordagem das práticas das rezas como uma das formas do saber tradicional, por outro lado Biazzi (2014) vem contribuir especificamente com a visão da biomedicina para o caso da espremedeira.

Assim, a tessitura teórica se constitui por meio da contribuição teórica destes autores que trazem através de seus escritos e pesquisas luz para a reflexão da temática em voga.

Metodologia

O estudo foi realizado no município de Tabatinga e Benjamin Constant os quais fazem parte do Estado do Amazonas, estando entre os 62 municípios que formam o Estado. Estão localizados na mesorregião do Sudoeste Amazonense e na microrregião do Alto Solimões. Por situarem-se na região da Tríplice Fronteira Brasil- Colômbia-Peru caracterizam-se como municípios fronteiriços.

A pesquisa apresenta uma abordagem qualitativa e teve como instrumento de coleta de dados entrevista semi-estruturada. A entrevista foi realizada com uma rezadeira na perspectiva de apresentar a percepção do saber tradicional na interpretação e tratamento do caso da espremedeira. Por outro lado, entrevistou-se uma médica pediatra no intuito de mostrar a luz do conhecimento científico a interpretação e tratamentos para o caso da cólica do recém-nascido. A entrevista com a rezadeira foi realizada no município de Benjamin Constant, onde reside atualmente, optou-se por



entrevista-la dentre as várias rezadeiras presentes na região devido esta ser conhecida por rezar exclusivamente para o caso de espremedeira, sendo esta a sua especialidade. Até o período em que a pesquisa foi realizada o município de Benjamin Constant não contava com nenhum médico pediatra reflexo da carência de profissionais da saúde com especialidade em determinadas áreas na região, todavia no município de Tabatinga encontrou-se uma médica pediatra com a qual foi realizada a entrevista, no período da pesquisa a médica atendia na Unidade de Pronto Atendimento – UPA no município de Tabatinga.

Resultado e discussão

Significados e tratamentos para o caso de espremedeira no saber tradicional e na biomedicina.

O termo conhecido popularmente dentro do saber tradicional como espremedeira é denominado cientificamente como cólica do recém-nascido ou de bebê. A presença feminina vem representando as duas frentes de conhecimento em nosso estudo, o saber tradicional representado por uma rezadeira de 77 anos de idade e o saber científico representado por uma médica pediatra.

A rezadeira entrevistada é uma das mais conhecidas na localidade. Como explica Gomes e Pereira (1989, p. 16) “a presença da mulher é marcante no mundo da credence e é ela, numa maioria quase que absoluta, que conhece o segredo das palavras e dos gestos capazes de exorcizarem o mal”. Cunha C. (2018, p.29) contribui que “dentro das limitações que lhe cabiam, a mulher esteve sempre ligada ao âmbito da saúde”, faz lembrar que até a década de 30 o parto era um evento feminino e que geralmente a maioria das parteiras estava ligada com a prática de benzação.

A rezadeira é referência para reza de casos de espremedeira, ela explica que “existe muita reza, tem reza de espremedeira, tem de dente caído, tem de susto, tem de quebrante, mau-olhado, para essas coisas eu não rezo, digo para levar para outro, ou para o hospital” (entrevista - Rezadeira). Dois aspectos importantes podem ser extraídos da fala da entrevistada: primeiro, as rezas proferidas são realizadas de acordo com a enfermidade ou sintomas apresentados pelas pessoas, ou seja, existem vários tipos de reza que dependem do caso manifestado, neste exemplo da rezadeira entrevistada, ela reza apenas para o caso de espremedeira; segundo, observa-se que não existe um desprezo ou descrença pelo conhecimento científico por parte da rezadeira, uma vez



que a mesma, dependendo do caso, sugere a biomedicina como tratamento. Sobre este segundo aspecto, Cunha M. (2007, p.78) explica que:

“a universalidade do conhecimento científico não se aplica aos saberes tradicionais – muito mais tolerantes – que acolhem frequentemente com igual confiança ou ceticismo explicações divergentes cuja validade entendem seja puramente local”.

Essa universalidade do conhecimento científico que a autora se refere está relacionada ao fato de o conhecimento científico se prospectar como verdade absoluta, por outro lado o saber tradicional é flexível a outras formas de saberes.

O saber tradicional não se habilita por meio de diplomação, curso e formação acadêmica, mas pela experiência.

“Eu nasci lá no Alto4, mas aqui eu estou há 38 anos. Desde que eu nasci no Alto, teve um velho, ele me pediu do meu pai, foi com esse velho que eu aprendi a rezar. Ele que me ensinou. Quando ele ia fazer o trabalho, ele me chamava, eu aprendi muito, muito com esse velho” (entrevista - Rezadeira).

É interessante notar nas palavras da rezadeira que a reza consiste em uma herança cultural passada de geração para geração, geralmente repassada de forma oral por pessoas que tenham vínculo de intimidade, “na maioria das vezes, a iniciação acontece com o repasse das tradições entre pessoas intimamente ligadas (geralmente da família: mãe e filha, avó e neta, etc.), como uma herança vocacional” (Cunha, C. 2018, p.35). Assim “o conhecimento tradicional reside tanto ou mais nos seus processos de investigação quanto nos acervos já prontos transmitidos pelas gerações anteriores” (Cunha, M., 2007, p.78).

A espremedeira é algo que acontece geralmente nos primeiros dias de vida da criança, a rezadeira explica como se pega e quais os sintomas, vejamos:

“A espremedeira aparece quando a criança nasce, quando tá com 10 dias mais ou menos é quando ela pega espremedeira. Mas tem muitas pessoas que acha que é de poeira, de pano, mas não é, é no local em que a criança dorme, entendeu? A criança não pode dormir assim, no local em que o adulto dorme, porque se ela deitar onde um adulto dorme, numa rede ou cama, ela pega espremedeira [...] A espremedeira faz a criança ficar se espremendo, se quebrando, se torcendo, sai o umbigo, o umbigo da criança, tudo isso” (Rezadeira).



Para a médica pediatra a espremeadeira tem outras origens que difere da visão da rezadeira, ao explicar que a cólica do recém-nascido não é considerada uma doença, mas um sintoma, manifestação que ocorre nos primeiros dias de vida do recém-nascido podendo se prolongar até o terceiro mês de vida. A cólica não tem um período determinado, na maioria dos casos se inicia logo após o nascimento e depois desaparece, isto também, não é uma regra para todos os bebês, ou seja, alguns bebês não sofrem de cólica após o nascimento. Os sintomas da manifestação da cólica no recém-nascido são: choro excessivo e inconsolável, inquietude, irritação. A médica pediátrica explica em detalhe como ocorre, vejamos:

“Essa cólica se manifesta justamente pela imaturidade do recém-nascido, o intestino dele ainda está muito imaturo, então, você começa a oferecer o leite materno, mas mesmo sendo o leite materno, e sendo a alimentação indicada e adequada para a criança, mas aquele intestino até aquele momento não tinha nada, ele era alimentado de outra forma. Agora ele passa a ter um alimento que chega lá e que vai sofrer todo aquele processo desde a entrada do leite na boquinha dele até o processo digestivo normal até sair lá nas fezes. Em geral os bebês que tem cólica ou que tem espremeadeira, é um bebê que está mamando no peito, quando ele mama, ainda que ele faça o processo de sucção adequadamente, sempre vai ter um pouquinho de ar entrando, então acredita-se que esse ar que vai para o estômago, se desloca do estômago, vai para o intestino e pelo processo de dilatação também causa o desconforto pela movimentação dos gases.”
(entrevista – médica pediátrica)

Para Biazzi (2014, p.119) a cólica do bebê é causada pela “contração dos intestinos e leva o bebê a chorar de dor. Isso ocorre quando o organismo da criança está se adaptando à alimentação oral, e quando há prisão de ventre, gases intestinais, friagem causada pela falta de agasalho nos pés e na barriga”.

Para Cunha, L. e Assunção (2017, p.195) “as doenças curadas pelas benzedadeiras se configuram como perturbações que atingem não apenas o corpo, a esfera física, mas estão relacionadas a questões sociais, psicológicas e/ou espirituais que afetam a vida cotidiana como um todo”. Isso significa que na esfera do saber tradicional as doenças tem outros níveis de manifestação e origem para além dos aspectos físicos, comumente explicado e validado pela biomedicina. Isto fica claro ao comparar as respostas da rezadeira e da médica pediátrica em relação a origem da espremeadeira, assim,

Elas (rezadeiras) explicam seus serviços em termos culturais mais amplos, mais familiares, envolvendo os aspectos social, psicológico e espiritual da vida de seus



pacientes - enquanto os médicos concentram-se principalmente na doença física e nos patógenos ou nos comportamentos que supostamente causam as doenças [grifo nosso] (Ibidem, 2017, p.195).

Em relação ao tratamento para a espremedeira de acordo com a rezadeira é por meio da reza. Mas, ressalta os procedimentos necessários que antecedem a reza para espremedeira, segue abaixo as orientações para o tratamento da espremedeira de acordo com a rezadeira:

“A gente reza para espremedeira. Usa um foguinho e um paninho. A gente pega um paninho e leva para o fogo. Dobra o paninho e vai esquentando, aí vai batendo com o pano, passa no meio da costinha, na cabeça, na frente da barriga da criança, passa 3 vez e 3 vez a gente reza (Rezadeira).

Nascimento (2010, p.37) explica que “no contexto das rezas populares, a utilização da medicina popular está baseada na experiência das rezadeiras a partir da utilização simbólica dos ramos, água e óleos”. Para a cura da espremedeira a rezadeira utiliza um pano (frauda da criança) esquentado no fogo. Ao ir pronunciando a reza o pano vai sendo passado por todo o corpo da criança, Depois este deve ser amarrado na cumieira da casa ou em algum lugar onde o pano fique suspenso. Este ritual faz parte do processo de cura, representa um processo de purificação, limpeza e expulsão do mal que assola a criança, pois “dessa forma, as rezadeiras, ao fazerem movimentos rápidos e compassivos em forma de cruz, envolvem todo o corpo do doente, num processo de “limpeza” e depuração”. (Ibidem, 2010, p. 37).

Trazendo a perspectiva da biomedicina, de acordo com o relato da médica pediatra não existe um tratamento eficaz para curar a cólica e os gases, mas alguns métodos para aliviar a cólica, tais como: colocar o recém nascido em posição vertical (no colo) assim fica mais fácil arrotar eliminando os gases, a massagem no abdômen para aliviar a dor e a tensão. Em caso da prescrição de medicação para cólica, de acordo com a pediatra ela não faz nenhuma prescrição médica de medicação, pois, pode contribuir para outro desconforto, outro problema.

Biazzi (2014, p.119) orienta sobre alguns cuidados simples para evitar a cólica do bebê como, por exemplo, procurar fazer o bebê arrotar várias vezes, enquanto estiver mamando e sempre agasalhar os membros inferiores. Como tratamento propõe alguns cuidados como: compressas quentes úmidas na barriga, durante vinte minutos; massagem no sentido horário com óleo de camomila ou oliva, durante dez minutos;



deixar descansar com uma fralda dobrada, em forma de triângulo, seis a oito dobras, molhada em água fria, torcida e aplicada sobre a barriga; colocar a compressa e cobrir muito bem com a lã e; aquecer os pés.

A rezadeira relata que a reza para espremedeira é fácil, ensinando como se faz

“A reza é fácil, tira a roupinha, “reza para espremedeira, amarra na coeira e de lá leva a poeira”, repete 3 vezes. Aí quando terminar amarra o pano, amarra na coeira, mas agora como a maioria das casas são forradas, aí pode amarra aqui mesmo (em alguma parte da casa que fique suspenso o pano)”. (entrevista - Rezadeira).

Segundo relatos da rezadeira depois de rezar em mais de 1600 crianças ela perdeu as contas e parou de contar. Atualmente ela não reza mais, devido problemas de saúde, mas antes disse que era comum final de tarde fazerem filas em frente a sua casa de mães com crianças para ser rezadas e que a cumieira da casa dela ficava cheia de fraude de crianças penduradas.

As crenças atreladas ao saber tradicional tem sido passada de geração para geração como uma herança cultural. Até os dias atuais tem feito parte da vida de muitas pessoas principalmente dos povos residentes em municípios dos interiores e povos tradicionais de área rural. O que se observa é que o saber tradicional ainda é muito procurado no campo da saúde como alternativa para se obter a cura, optando-se como meio para tratar suas enfermidades físicas e/ou emocionais. Existem pessoas que recorrem unicamente a este tipo de cura outras utilizam como complemento ao tratamento científico da biomedicina. Todavia não se pode negligenciar que as rezas ou benzeduras, como afirma Quintana (1999, p.50) “é um entre outros sistemas de cura que são utilizados pelos grupos populares”. É neste contexto que o rezador ou rezadeira apresenta-se como uma figura importante exercendo papel de intermediador junto ao sagrado na tentativa de conceder a cura.

A benzedura pode ser caracterizada como uma atividade principalmente terapêutica, a qual se realiza através de uma relação dual – cliente e benzedor. Nessa relação, a benzedora ou benzedor exerce um papel de intermediação com o sagrado pela qual se tenta obter a cura, e essa terapêutica tem como processo principal, embora não exclusivo, o uso de algum tipo de prece (Quintana, 1999 p. 50).

Geralmente a reza é algo predominante no processo de cura, variando apenas os tipos de reza, pois para cada caso existem rezas específicas. Todavia, ressalta-se que além



das rezas, muitos casos são acompanhados de outros elementos de natureza material ou simbólica, como por exemplo, chás, plantas, banhos, ou ainda rituais simbólicos.

O conhecimento científico e o saber tradicional, embora apresentem métodos diferente de trabalho e na maioria dos casos discrepâncias em suas percepções, possuem seus espaços e importância bem definidos na sociedade. Acima de tudo é preciso existir o respeito aos saberes, crenças e modo de vida das pessoas.

Considerações finais

A medicina tem conseguido significativos avanços ao longo dos anos o que tem permitido melhor eficiência no tratamento de doenças. Além disso, embora ainda de forma fragmentada a dispersão geograficamente de médicos em localidades menos favorecidas, como aquelas distantes dos grandes centros, aumentou o que possibilita maior acesso destes povos tradicionais a biomedicina.

Todavia, analisando o cenário geral pode-se observar a existência de grupos de pessoas que recorrem unicamente aos cuidados da medicina científica, sendo que a grande maioria destes representam os pertencentes da geração atual; mas existem também aqueles que priorizam os métodos do saber tradicional alienados a crença popular medicinal, geralmente os mais antigos; e ainda os que conciliam e utilizam-se tanto do conhecimento científico quanto do tradicional na busca da cura de suas enfermidades sejam físicos ou emocionais.

Os conhecimentos tradicionais e científico não se excluem. Ao contrário, convivem num mesmo ambiente de busca de saber e de compreensão dos fenômenos da natureza. Cada qual a seu modo, cada um a seu tempo. O discurso da ciência ocidental, no sentido de que as tecnologias de laboratório atualmente disponíveis fazem dela independente de qualquer conhecimento prévio emanados de povos tradicionais, é nada mais que a expressão de uma incansável tentativa de hegemonia pelo direito de explicar aquilo que por natureza é demasiado diverso.

No caso pesquisado – espremedeira ou cólica de recém-nascido (também chamada cólica de bebê), pudemos observar que trata-se do mesmo fato, porém com divergências na forma com que se lança o olhar para o caso. A espremedeira advém do conhecimento popular, com seus próprios conceitos, percepções e indicações e é assim chamada porque define as reações visíveis na criança acometida dos sintomas. Já a cólica de recém-nascido é uma denominação mais conceitual, a partir dos



conhecimentos processados pela medicina moderna, explicada a partir dos fatores biológicos.

Muitas das razões apontadas para a sobrevivência dos conhecimentos tradicionais em casos de tratamento de saúde possuem validade. No que diz respeito à espremedeira, por exemplo, é bem verdade que uma parcela significativa da população onde realizou-se a pesquisa não possui acesso à saúde pública de modo satisfatório. Outro importante fator, a religiosidade dessas populações, também exerce importante papel na crença e na busca pelos tratamentos tradicionais.

Não se pode desconsiderar, entretanto, que muitos outros fatores também contribuem para o efeito contrário, ou seja, para o desaparecimento e a minimização dos tratamentos não sintéticos. Podemos citar, exemplificativamente, o crescimento das redes de atendimentos médicos oficiais, do encurtamento das distâncias através do progresso dos meios de transportes, o modelo ocidental de educação dessas populações etc. No entanto, permanece a crença na validade dos tratamentos tradicionais entre grande parcela da população.

Uma observação mais acurada dos modos com que cada tipo de conhecimento preconiza para afugentar os sintomas da espremedeira, por exemplo, nos permite concluir pela coincidência de muitas dessas práticas. O massagear do abdômen, a utilização de pano umedecido em água morna, o efeito do contato da criança com a friagem etc., são evidências que aproximam uma da outra.

Não se trata, como podemos observar, de opor o conhecimento científico ao tradicional no caso da espremedeira, a fim de buscar conclusões no sentido de qual prevalece sobre a outra. Trata-se, em melhor análise, de entendermos e aceitarmos a multiplicidade dos modos de conhecimentos e de explicações para os diversos fenômenos que inquietam a humanidade.

Notas

¹ Mestre e Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia – PPGSCA da Universidade Federal do Amazonas – UFAM. Professor do Instituto Federal do Amazonas – IFAM.

² Mestra em Sociedade e Cultura na Amazônia – PPGSCA pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM. Especialista em Endodontia, Saúde Indígena e Física Aplicada



à Saúde. Dentista do Exército Brasileiro no Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira - HGuSGC

³ Mestra em Sociedade e Cultura na Amazônia – PPGSCA pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM. Assessora de Projetos do Centro de Trabalho Indigenista – CTI.

⁴ Termo local utilizado para se referir as comunidades ribeirinhas localizadas no Rio Javari, em Atalaia do Norte, Amazonas.

Referências

Biazzi, Eliza. O segredo da saúde: dicas práticas para evitar e tratar doenças. Tatuí/SP: Casa Publicadora Brasileira, 2014.

Cunha, Celina Gontijo. A Prática da benzedeira: memória e tradição oral em terras minerais. Dissertação (mestrado em Letras) – Universidade Federal de Ouro Preto.

Mariana, MG, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3ljmYAb>. Acesso: 10 de março de 2019.

Cunha, Lidiane Alves da. Assunção, Luiz Carvalho. Abençoada cura: poéticas da voz e saberes de benzedeadas. Revista Brasileira de História das Religiões, v. 09, n. 27, p. 189-227, jan/abr 2017.

Cunha, Manuela Carneiro. Relações e dissensões entre saberes tradicionais e o saber científico. Revista USP, São Paulo, n.75, p. 76-84, setembro/novembro 2007. <https://bit.ly/2GMPgnB>. Acesso em: 08 de agosto de 2019.

Gomes, Núbia Pereira de Magalhães; pereira, Edmilson de Almeida. Assim se benze em Minas Gerais. Juiz de Fora: EDUFJ/Mazza Edições, 2004.

Nascimento, Danielle Gomes do. Tradições discursivas orais: mudanças e permanências nas rezas de cura e benzeduras populares da região de Itabaiana. Dissertação (Mestrado em Linguística) – Faculdade de Letras, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010. Disponível em: <https://bit.ly/3d5DOzD>. Acesso em: 05 de junho de 2019.

Quintana, A. M. A ciência da benzedura: mau olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise. Bauru: EDUSC, 1999.



Interculturalidad y salud en un municipio indígena en México: El ritual terapéutico de El Escapulario

Margarita Márquez-Serrano¹
Lucero Cahuana-Hurtado²
Elizabeth Hoyos-Loya³

Palabras claves

Interculturalidad, salud, indígena, ritual.

Introducción

México es un país con una vasta diversidad étnica. Actualmente se calcula que uno de cada diez mexicanos (10.4%) pertenece a alguno de los 62 grupos etnolingüísticos identificados en el país, cada uno con identidad y lengua propias (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2010). A pesar de esta riqueza cultural, la evidencia señala situaciones donde prima la desigualdad de oportunidades para los miembros de comunidades indígenas en comparación con la población general, lo que hace necesario reforzar las acciones para garantizar cuidados de salud oportunos y culturalmente aceptables (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2017).

En Morelos, uno de los estados en el centro de México, se ha determinado que 21.8% de la población total, de acuerdo con su cultura, historia y tradiciones, es indígena. (INEGI, 2015). Sin embargo, sólo 1.98% de la población habla una lengua indígena, que es la característica utilizada en las estadísticas oficiales para identificar etnicidad. Con el fin de impulsar acciones que fortalezcan las tradiciones e identidad, reconociendo la autonomía de los pueblos indígenas para la toma de decisiones, a finales de 2017 se promulgaron leyes para establecer “municipios indígenas” (Gobierno del estado libre y soberano de Morelos, 2017).

En este marco surge Coatetelco como un municipio indígena con alta marginación. Ubicado alrededor del lago del mismo nombre, Coatetelco es un municipio conformado por pescadores y población que poco a poco ha perdido su auto reconocimiento como pueblo indígena pues con el proceso de transculturación vivido en las últimas décadas en la región, una fracción muy limitada de la población habla lengua indígena, conoce la gastronomía local y usa vestimenta típica. No obstante, visitas a la comunidad evidencian la presencia de prácticas de medicina tradicional que, de manera soterrada, siguen siendo un elemento de pertenencia comunitaria.



El presente trabajo es el resultado de un diagnóstico integral de salud pública (Calzada, et al, 2018) llevado a cabo por la Escuela de Salud Pública de México en 2017-2018, durante 10 meses con un grupo de estudiantes de maestría en Salud Pública. El estudio fue de corte transversal y metodología mixta. En el componente cualitativo se realizaron 13 entrevistas semiestructuradas a actores clave; cinco cartografías sociales en tres grupos mixtos de estudiantes de tercer año de secundaria y dos en grupos de ejidatarios, uno de hombres y uno de mujeres; 38 Listados libres a informantes de las diferentes colonias del municipio; Lista de cotejo para evaluar los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998 y observación participante y no participante. El componente cuantitativo se realizó a través de fuentes oficiales de información secundaria y literatura gris. Dadas las características antes mencionadas, una parte sustantiva de este trabajo tuvo como objetivo analizar desde una perspectiva intercultural las percepciones de la población sobre el proceso salud-enfermedad, daños/riesgos, y necesidades sentidas con relación al acceso a servicios de salud y a la práctica de medicina tradicional para identificar áreas de mejora en la prestación de servicios.

Fundamentación del problema

De acuerdo con estadísticas oficiales, Coatetelco estaba conformado por 9441 habitantes en 2018. Se encuentra a 37.8 km de la ciudad de Cuernavaca, la capital del estado de Morelos (Figura 1). Sólo 3% de la población se encontraba laborando en el sector formal, lo que les da derecho a acceder a los servicios de la seguridad social, que incluyen servicios de salud, sistema de pensiones, vivienda, recreación, entre otros. El resto de la población (llamada población abierta) tiene posibilidad de acceder a la atención de servicios públicos como los del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).



*Figura 1. Mapa de ubicación de Coatetelco
Fuente: INEGI. Elaboración propia*

Al momento de este estudio, 62.8% de la población de Coatetelco estaba afiliada al Seguro Popular (Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2010), que permite el acceso al único centro de salud municipal, dañado en infraestructura, personal de salud y usuarios por el sismo del 19 de septiembre de 2017; así como a la red de hospitales de la Secretaría de Salud. Cabe mencionarse que el hospital más cercano (Tetecala) reporta un servicio de urgencias saturado, lo que limita la atención (Figura 2). Es necesario señalar que el 36.1% de la población total no cuenta con acceso pre-pagado a algún servicio de salud público (Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2010). Considerando esto, la población hace uso de proveedores privados, los que constituyen un grupo heterogéneo que van desde proveedores de medicina tradicional hasta médicos alópatas.



*Figura 2. Ubicación de centro de salud y hospital de salud más cercano a Coatetelco
Fuente: Google Maps (2019). Elaboración propia*



Entre las diferentes prácticas de medicina tradicional destaca el ritual “El Escapulario” ya que es única en la región. Aunque no es una práctica aceptada abiertamente, los indicios recolectados en las primeras exploraciones en campo, así como de la revisión bibliográfica la señalaban como una práctica arraigada desde tiempos pre-hispánicos, con una filosofía de sanación comunitaria y de uso común (Pineda, 2017; Monroy, 2016). Tomando en cuenta esto, es necesario entender cómo la población toma decisiones de acceder a los servicios de salud considerando sus percepciones sobre el proceso salud-enfermedad, los daños y riesgos, y sus necesidades sentidas, teniendo en cuenta la oferta existente. A partir del estudio del ritual “El Escapulario” delinearemos las situaciones en las que la población recurre a la práctica de medicina tradicional, y así identificar áreas de mejora en la prestación de servicios públicos.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio transversal y descriptivo de marzo a junio de 2018, donde se aplicaron entrevistas semiestructuradas a trece actores clave del municipio. Para su selección se utilizó la técnica de bola de nieve, para así asegurar que se contara con personas reconocidas por la población y los otros informantes. Sólo se consideró a informantes que tuvieran una residencia mayor a un año y firmaran el consentimiento informado.

Cada entrevista fue llevada a cabo en el lugar donde el informante se sintiera más cómodo, participando una investigadora y dos estudiantes en la misma, para recuperar la mayor cantidad de detalles e información posible. La guía de entrevista incluía preguntas sobre las percepciones y opiniones de la población local sobre el proceso salud enfermedad, necesidades sentidas en salud, daños y riesgos, servicios de salud públicos, privados y tradicionales, así como posibles áreas de mejora. Cada entrevista duró en promedio 60 minutos, fueron audiograbadas y transcritas verbatim, para luego ser codificadas y analizadas a través de software Nvivo. El trabajo de codificación fue llevado a cabo por dos personas y revisado por una tercera para asegurar la calidad de la información.



Sexo	Edad	Ocupación
Femenino	52	Maestra de primaria
Femenino	42	Partera
Femenino	83	Realiza el ritual escapulario
Femenino	73	Realiza el ritual escapulario
Femenino	46	Encargada de asuntos indígenas
Femenino	73	Curandera tradicional
Masculino	56	Sacerdote
Masculino	40	Director del centro de salud
Masculino	61	Comisario ejidal
Masculino	48	Ex ayudante municipal
Masculino	51	Ayudante municipal
Masculino	45	Director de secundaria
Masculino	64	Huesero

*Tabla 1. Perfil de informantes de entrevistas semiestructuradas, 2018
Fuente: Elaboración propia*

En la Tabla 1 se describe el perfil de los informantes. Como se puede observar, la edad de las personas entrevistadas osciló entre los 40 y 83 años, con una media de 55 años. El 41.6% fueron mujeres. Cinco fueron practicantes de la medicina tradicional, cuatro mujeres y un hombre.

Para el análisis de la información se construyeron matrices y diagramas de flujo sobre el proceso de atención de salud, para recrear el trayecto que las personas de Coatetelco realizan y la utilización de servicios de medicina tradicional.

Este trabajo contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública. A cada informante se entregó por escrito una carta de consentimiento informado, la que fue firmada por las personas participantes. Para garantizar la confidencialidad de las personas participantes, no se incluyeron ni el nombre, ni el domicilio en las transcripciones.

Resultados y discusión

De acuerdo con lo expresado por nuestros entrevistados, la población de Coatetelco afrontaba serias deficiencias en el acceso a la salud a través de los servicios públicos, que se agravaron con el sismo de septiembre de 2017. Esta situación repercutió en forma negativa en la salud y el bienestar de su población, pues se deben exponer a condiciones adversas, como temperaturas bajas en la madrugada o maltrato:



"...aquí lo único que hace es te atienden, son a veces hasta 5 o 10 personas y para que los atiendan se tienen que venir a formar a las 5 de la mañana para sacar una ficha..." (Ayudante municipal, 51 años)

"...es muy pequeña la clínica y continuamente se quejan bastante, bastante de...de salubridad, ¿Por qué? Porque les dan mal trato. Hay ocasiones donde me dicen las niñas: 'Maestra, es que, si usted no va, no me van atender', 'Es que nos regaña la enfermera'..." (Maestra, 52 años)

Debido al limitado acceso a servicios públicos, las personas de la comunidad refieren buscar atención con médicos particulares, farmacias y hospitales o clínicas de la región que abarcan desde Coatetelco, Mazatepec, Tetecala, Miacatlán, hasta Cuernavaca.

"...mi gente es pobre, necesitada, tenemos aquí un centro de salud que a veces no abastece, no tienen medicamentos, por ejemplo, si una persona le pica alacrán lo que hace es correr hasta Tetecala, esto está cerrado..." (Comisariado Ejidal, 61 años)

También se encontró evidencia de la utilización de la medicina tradicional y esto está relacionado con el hecho de que Coatetelco se caracteriza por un sincretismo religioso (Pineda, 2017), indígena y católico, visible en la comunidad mediante sus festejos, comportamientos sociales, actividades agrícolas y formas de entender la salud.

La búsqueda de atención a problemas de salud por parte de la población con personas que ejercen la medicina tradicional logró identificarse después de varias visitas al municipio. Inicialmente negaban su existencia y costó trabajo que nos refirieran con personas específicas. Finalmente fue posible entrevistar a algunos en sus casas, no hay anuncios que orienten la búsqueda, pero la población los conoce ampliamente. Se pudo ubicar a un huesero, parteras y curanderos que realizan limpiezas y otros rituales de sanación como el Escapulario.

Los principales motivos de consulta por los cuales la comunidad recurre a los hueseros son para el tratamiento de dolencias músculo esqueléticas referidas en el siguiente testimonio:

"...quebradas, descompusturas, de todo, porque de otra cosa no [...] con la pura yema de los dedos les checo las partes que están afectadas, vienen quebrados de las costillas, vienen quebrados de acá de los tobillos, de los pies, de todo, vienen destrabados de la rodilla, de acá la muñeca o traen nomás un tendón inflamado porque a veces cargan pesado y hay un tendón de estos que no son venas..." (Huesero, 64 años)



También se preserva el oficio de la partería, aunque no de manera tradicional, pues las parteras pertenecen al sistema de atención de la salud perinatal de los servicios de salud públicos. Se encuentran censadas, se capacitan periódicamente y se les piden sus registros de consulta; incluso se les solicita que manden a sus pacientes al centro de salud para atención médica y en caso de brindar la atención de un parto, el llenado de registro de nacimiento lo entregan al director del centro de salud local:

“... a nosotros nos enseñan pues a atender el parto en dado caso, ...cuanto tiene que sangrar, ... cuanto tiene que tener los dolores, cuanto son de dilatación, todo eso nos enseñan en las prácticas... cuando nos vienen a traer tenemos que dar aviso al CRUM para... que estén al pendientes o que si ya no hay forma de detener al bebe nosotros es cuando ya podemos atenderlos ya de hecho nos dicen ya no, ya no nos dicen parteras nos dicen madrinas así nos dicen...” .(Partera, 42 años)

La práctica de medicina tradicional más mencionada por los entrevistados fue el ritual de sanación “El Escapulario” o “El Santo”. Una de las curanderas más demandadas para realizar este ritual y de las de mayor edad comentaba que este ritual está ligado a los “airecitos”, como los responsables de traer lluvia, prosperidad y provocar enfermedad (Pineda, 2017). Estos airecitos originalmente sólo se presentaban en una época específica (de junio a septiembre), pero en la actualidad se considera que puede afectar a la población en todo el año.

La curandera y otros informantes nos refieren que se usa en casos de diarrea, vómito, dolor de pies, cuando se hinchan y duelen los pies, y la población en general dice que se trata de padecimientos que no los curan los médicos.

“...yo por ejemplo tenía mi hija, ya dos años y estaba enferma y montón de especialistas y... pues dio la casualidad que pues decía mi suegra: ‘Es que esa niña quiere santo’ y un escapulario de santo...” (Ex ayudante municipal, 48 años)

Sin embargo, los informantes coinciden en que hay casos en los cuales el ritual no funciona, algunos mencionan problemas como cáncer, VIH, anemia, mal de los riñones (IRC), o problemas que ya estuvieran más graves. Tampoco funciona para el alcoholismo, ni otras adicciones.

El sincretismo entre lo indígena y católico es muy evidente en este ritual cuando se abordó la concepción de la enfermedad que cura este ritual. Las informantes coinciden en señalar que el origen de los padecimientos está ligado a los aires que se generan



cuando se destapan las estatuas de Santo Domingo y San Antonio de Padua. Por ello en este ritual se convocan a estos santos católicos, quienes “se enojan y agarran a las niñas y niños con su mirada fuerte”, relata un autor.

Dado que los pobladores asocian los cambios de temporal y los “aires” con la enfermedad, es importante cuidar la sustentabilidad ambiental de Coatetelco, pues de seguir deteriorándola podría empeorar la condición de salud de la población que de acuerdo a sus creencias se encuentra ligada a la Laguna y a los vientos.

El ritual se estructura con un sistema de diagnóstico y referencia entre los curanderos y las personas que hacen el Escapulario. Solamente se puede hacer el ritual en las personas que fueron revisadas por un curandero o un cerero que determina que la persona enferma requiere Santo. Es importante mencionar que, en el sistema de referencia, de no requerirlo, el mismo curandero le indica que acuda con el médico.

Este procedimiento realizado por el curandero se lleva a cabo 3 días antes de la ceremonia, uno como enfermo debe de creer y querer y consiste en limpiar al enfermo con velas. Una informante de la comunidad explica cómo se realiza el diagnóstico para ver si una enfermedad es causada por San Antonio o por Santo Domingo:

“...yo le hago su limpia, entonces viene este, luego que lo hago yo, veo en el huevo, cómo está eso. Si es Santo Domingo, no más es para un, este, un, cómo le digo, como una maderita, y arriba está un pulserito, el otro está así, este es Santo Domingo porque tiene, este, su crucecito. Y [...] el San Antoñito, ese no, este tiene dos, dos. Por ejemplo, este, este es San Antoñito. Este tiene también su, este... [...] coronita. Este también. El niño del Señor Antoñito. Este tiene niño. Y este no tiene niño. [...] Este tiene su crucecita. Por eso se distingue que Santo Domingo es más malito cuando agarra a un enfermo [...] San Antoñito todavía le hablas y esperas tantito, si quieres una semanita. Pero Santo Domingo no. Ese quiere así de voladito...” Curandera que diagnostica, 73 años

El ritual moviliza a una cantidad considerable de la comunidad; además del curandero, la santera y el/la enfermo(a) participan personas cercanas. Se requiere tener un padrino o una madrina que se encarga de regalar un traje rojo incluyendo zapatos y todo lo que implica el ajuar, así como el escapulario que se manda a hacer previamente y cuesta MXN \$150 aprox., se le colocan las imágenes de San Antonio y Santo Domingo. La madrina o padrino paga el sonido, alcohol, dulces, el santo, escapulario, cuetes y ropa. También se requieren otros preparativos: el huentle es un pequeño altar donde se colocan 2 charolas: una con el huentle (mole verde), que es típico de la región u otra



comida que se tenga. También se pone pan, galletas y dulces para el enfermo. Y en otra charola se pone la ropa del enfermo comprada por la madrina/padrino, que debe ser de color rojo y nueva, dulces, botellas, y remojando unos 15 minutos en alcohol y unos cigarros, los santos (Santo Domingo y San Antonio). Esto se pone en un cuarto cerrado. También se requieren personas que ayuden en el huentle, y la familia se dedica a entregar comida a todas las personas que asisten.

El procedimiento del ritual se basa principalmente en el rezo y el festejo, es un baile acompañado de comida, bebidas alcohólicas y fumar tabaco para estar contentos y así agradecer al santo para que se ablande, tenga piedad y suelte a quien padece la enfermedad (Pineda, 2017). La ceremonia se inicia a las 12 o 1 de la tarde porque: “Dicen que el demonio come a las 12, quien sabe quién ya lo ha visto” comenta la curandera. Inicia de esta forma: primero se limpia con una vela a la persona por delante y por atrás y se les coloca a los lados 2 ceras o velas de sebo que son importantes porque son indicadores del tiempo de duración de la ceremonia. Comúnmente estas ceras duran entre 45 a 2 horas prendidas. A esta persona se le coloca una corona de flores de “fulmina” y un collar de cempasúchil, se le reza y también como una parte de la curación es que se prepara el “Picado”, que son unas botellitas como de 600 mililitros de Coca-Cola con tantito alcohol de caña.

La persona a curar, una vez vestido(a) y preparado(a) sale en busca de su madrina o padrino y todos le bailan al enfermo con las charolas y se le sopla con alcohol en forma de cruz por delante y atrás para limpiar a la persona. Se sienta al enfermo al llegar a casa y se le pone el huentle de chocolate y mole, se le pone el escapulario con el santo y se le vuelve a soplar con alcohol. Se le da de comer al enfermo, alcohol y Coca-Cola. Si el enfermo no puede tomar se lo toma un familiar. También se le da de comer a la madrina, padrino y además se comparte entre todas las personas que están alrededor. También se fuma en ese cuarto a la persona porque el humo se lleva todo lo malo. Se baila alrededor del enfermo. Antes solo bailaban los señores, ahora ya bailan todos. Cuando se mete el sol se vuelve a bailar. La música puede ser alquilada con un sonido, se renta por 5 hrs. Se empieza con la marcha de Zacatecas, jarabe tapatío, Chinelos, las Mañanitas, etc. Actualmente ya venden un CD con la música para la ceremonia. Si se le da santo a una mamá, a los hijos se les pone un listón o un rosario de galletas cerca de la olla de los tamales para incluirlos al ritual. Las personas que están dentro del cuarto no pueden salir sino hasta que se hayan acabado las ceras. Al otro día la



curandera da seguimiento al ritual y va a ver como amaneció el enfermo y se vuelve a tomar y comer (caldo de pollo o pescado).

Cabe destacar que el ritual es un evento comunitario por la cantidad de personas que participan y son invitadas; adicionalmente se generan vínculos de madrinazgo o padrinzago.

“... es más fuerte este lazo de parentesco espiritual que el parentesco de sangre, yo me puedo pelear con mi hermano, pero ah yo no me puedo pelear con alguien que es mi compadre... o sea eso está bien trabado, si si si, esto sirve para bien, sirve para mal”.
Sacerdote, 56 años

Eso genera cohesión social, pertenencia comunitaria que algunos informantes consideran que contribuyen al proceso de sanación.

“Cuando termina el santo es que ya le dieron de comer, de tomar, ya lo vistieron, que ya... siento más que nada como que es un apapacho que le dan... si, porque bailan están alegres, adentro tiene que estar uno muy alegre”. Maestra de primaria, 52 años

Al igual que otras prácticas de medicina tradicional, la curandera nos refirió que ella no cobra por hacer el santo pero que actualmente otras personas sí lo hacen y que cobran según el número de marranos que se maten para hacer el santo, si son como aproximadamente \$150 - \$200 por marrano. Cuando ella lo realiza le agradecen dándole comida, tortillas, frijoles. Comenta que “en Cuernavaca ya han llevado Santo con gente que vienen a traer de aquí”.

Existen algunas condiciones para que se lleve con éxito el Santo. La primera, es que nadie sale del espacio cerrado donde se hace la ceremonia. Si se necesita algo, se pide que alguien de afuera lo deje. Asimismo, la curandera señala que si la gente está enojada entre ellos o hay malas vibras se echa a perder la curación. Por eso es necesario mantener un buen ambiente. Afuera también hay gente que puede entrar, salir, que son vecinos o son miembros de la comunidad que también están apoyando y se trata de mantener la armonía, aunque no se puede asegurar eso sobre todo por el consumo de alcohol. Si el enfermo cree y también se mantuvieron todas las condiciones es muy probable que se curen: “El santo es todo, de que se alivia se alivia”, refiere la curandera.



Con respecto a la frecuencia con que se realiza esta ceremonia en la comunidad en un inicio la población nos negaba que se realizara, pero posteriormente las informantes nos refirieron que diariamente hay un Escapulario y si bien el “El padre dice que no es bueno, que para que le hacen así”, solamente lo hacen cuando el médico no cura el padecimiento y que se curan “si Dios así lo quiere”.

“... y como aquí son poquitos pues se oyen las fiestas, y a veces entre semana, 5 fiestas mínimo, rara vez el día que está quieta, cuando ya está quieta el pueblo ya me siento raro jijiji en serio, es mucha fiesta, aquí mis programas de evangelización ya fracasaron, yo fui misionero y yo les he dicho aquí su religión de las fiestas porque esa es su religión a mí me ha hecho fracasar, yo les he dicho. Yo fui un héroe en la evangelización, he levantado pueblos completos, pero aquí, no puedo...” (Sacerdote, 56 años)

Es una ceremonia muy arraigada en sus creencias, no parecería que está en extinción porque se realiza frecuentemente y se transmite de generación a generación nos cuenta la curandera: “Aprendí de mi prima, que ella lo hacía, pero un día se sintió mal y me llevo” y así fue como ella aprendió. También nos relató que la población infantil juega “como si ellos dieran el santo”, bailando, como si llevaran las charolas alrededor de alguien. Y eso lo aprenden a partir de lo que ven en las ceremonias a las que asisten.

Hay un aspecto del ritual que ha despertado polémica en la población y la iglesia católica y es el hecho de que se consuma alcohol y tabaco y asociarlo al problema del alcoholismo y violencia que existe en el municipio. Se recogieron algunos testimonios de que incluso en el caso de tratarse de infantes o bebés les humedecían los labios con alcohol durante el ritual, pero las curanderas que lo realizan nunca mencionaron este hecho. Esto ha ocasionado censuras por parte de las autoridades religiosas.

“...yo ya me di cuenta, en los dos años me di cuenta, si, entonces todos toman, todos bailan, todos deben tomar, y si es una persona grande o un chamaquito 11, 12 años se va a emborrachar si, para que se pueda, es cuando viene en ese gusto, en esa ofrenda que le hacen, es cuando vienen los viejitos dicen ellos y lo curan a la persona”.
(Sacerdote, 56 años)

Todos los informantes coinciden en que el alcoholismo es una causa de muerte y un problema muy sentido por la población de Coatetelco. Lo discutible es ligarlo causalmente a la realización de la ceremonia de El Santo porque en ella se consume alcohol en pequeñas dosis como parte del ritual que, a decir de las personas que lo realizan, dura el tiempo que tardan en consumirse las velas de cebo utilizadas en el



ritual. Momento en el que ellas se retiran, y refieren que, si los participantes continúan tomando ya no es parte del ritual. El nivel de alcoholismo del municipio es similar al de otros municipios indígenas (Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2010), donde no se realiza este ritual de sanación. Es evidente que el alcoholismo está ligado también a otros condicionantes sociales que caracterizan a las comunidades indígenas, pero es un hecho que hay una división en la población entre los que están a favor del ritual y los que están en contra.

Una característica importante a tomar en cuenta, es el arraigo cultural indígena y el sincretismo con la religión católica, que actualmente predomina en más del 80% de la población. La tradición indígena permea hasta el día de hoy y condiciona la manera en que la población entiende la salud y la enfermedad, su forma de enfermar y sanar, un ejemplo de esto es que continúan acudiendo a atender sus dolencias con curanderos y hueseros o realizando la ceremonia del Santo o Escapulario, así como el uso de las parteras. Lo hacen de forma muy discreta, no se sabe si por esconderlas o preservarlas.

Finalmente, es importante precisar que para comprender el estado de salud de la población de Coatetelco se requiere una perspectiva intercultural considerando la diversidad de sus prácticas, comportamientos y creencias. Dentro de las fortalezas que se destacan de la comunidad son la resiliencia comunitaria, identidad y cohesión social que se hacen presentes en mantenimiento de sus tradiciones y costumbres que la diferencian de otras comunidades.

Conclusiones o reflexiones finales

El Escapulario es una práctica soterrada, negada porque una parte de la comunidad la liga al alcoholismo, mientras que otra parte está convencida de sus beneficios. La falta de integración entre las modalidades de atención de salud que hay en la comunidad generan barreras que ocasionan desacreditación y desplazamiento de tradiciones, y por otro lado condicionan retrasos a la atención por temor a la crítica y a juicios.

Las carencias sociales de estas poblaciones también tienen relación con el desafío que existe en los municipios con presencia de población indígena para garantizar la entrega de servicios de atención a la salud oportunos y con pertinencia cultural para la población de este municipio. La mayoría de los habitantes acude tanto a la medicina alopática (centro de salud, consultorios particulares e incluso a clínicas y hospitales fuera del municipio) como a las prácticas de medicina tradicional. Lo anterior plantea que sería necesario como en todo municipio indígena instaurar el modelo de interculturalidad en



salud inexistente en este momento donde se articule el modelo alópata del centro de salud con las prácticas de medicina tradicional utilizadas en la comunidad para que no estén soterradas y proscritas.

Ante las carencias del sistema de salud, la medicina tradicional es una alternativa a sus problemas de salud y está fuertemente ligada con sus creencias y cultura. La perspectiva intercultural en los servicios de salud debe reconocer su práctica y atender las carencias manifestadas por la población.

El municipio de Coatetelco tiene una ventana de oportunidad única dada su reciente promulgación como municipio indígena ya que se puede potencializar el uso de los recursos con los que cuentan para mejorar las condiciones y la calidad de vida de los habitantes.

Notas

¹ Instituto Nacional de Salud Pública

² Facultad de Salud Pública y Administración. Universidad Peruana Cayetano Heredia

³ Escuela de Salud Pública de México, México

Referencias bibliográficas

Calzada V., Chávez J., Hernández B., Hoyos E., Ocampo L., Torres I., et al. (2018). Diagnóstico Integral de Salud Poblacional del Municipio de Coatetelco, Morelos, México, Escuela de Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública, México

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2017). Texto Vigente Última reforma publicada DOF 15-09-2017. Recuperado de <https://bit.ly/3iDxy3a>

Gobierno del estado libre y soberano de Morelos. (2017). Decreto número dos mil trescientos cuarenta y dos. Por el que se crea el municipio de Coatetelco, Morelos. Periódico oficial "Tierra y Libertad". Recuperado de: <http://periodico.morelos.gob.mx/periodicos/2017/5559.pdf>

INEGI (2015). Tabulados de la Encuesta Intercensal 2015. Encuestas de hogares. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2010). Censo de Población y Vivienda 2010. Censos y Conteos de Población y Vivienda. Recuperado de: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ccpv/2010/>

Monroy, R. (2016). Proyecto Coatetelco Morelos. Universidad Autónoma de Estado de Morelos y Centro de Investigaciones Biológicas. Cuernavaca, Morelos, México



Pineda, P. J. (2017). Etnografía de un ritual terapéutico en Coatetelco, Morelos. Tesis de pregrado. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Morelos, México.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2010). Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México. Recuperado de http://hdr.undp.org/sites/default/files/mexico_nhdr_2010.pdf



Muriendo a pedazos. Experiencias de pacientes diabéticos en tratamiento de hemodiálisis

Cynthia Méndez Lara¹

Resumen

El aumento en la esperanza de vida, así como la llamada transición epidemiológica, han implicado que enfermedades que antes eran mortales ahora puedan ser tratadas como crónicas, sin embargo, dicha cronicidad conlleva un deterioro en la calidad de vida como es el caso de los pacientes diabéticos, quienes pueden vivir más de 20 años después del diagnóstico, pero en la mayoría de los casos con complicaciones severas. La diabetes no es vista por los pacientes como un problema serio, sino hasta que enfrentan problemas como ceguera, amputaciones o falla renal, lo cual sucede después de una trayectoria larga con el padecimiento.

Por lo que, en este trabajo, se abordan experiencias de pacientes que presentan complicaciones graves de diabetes como es la falla renal. En consecuencia, para seguir viviendo deben someterse a un tratamiento dialítico. A través de una metodología cualitativa mediante la realización de entrevistas semiestructuradas, y desde el análisis de narrativas se presentan los problemas que representa vivir con hemodiálisis y en algunos casos con ceguera y amputaciones.

Este trabajo es producto de una investigación más amplia realizada en la Ciudad de México entre 2014 y 2016, cuyos resultados arrojaron que aun cuando la tecnología médica implique el incremento en la esperanza de vida, esta no significa calidad, mucho menos cuando los actores se encuentran insertos en contextos de precariedad social.

Palabras clave

Experiencia, padecimiento, hemodiálisis, diabetes, México.

Introducción

El análisis de los padecimientos crónicos ha cobrado gran importancia en las últimas décadas debido a la llamada transición epidemiológica, donde, a partir del incremento en la esperanza de vida en las sociedades occidentales y al estilo de vida sedentario, las causas de morbilidad y mortalidad se han transformado, pasando de epidemias y enfermedades infecciosas a enfermedades crónico degenerativas no contagiosas; lo que hace necesario volver la mirada hacia las implicaciones sociales que dicho cambio epidemiológico genera. Sin embargo, en países como México coexisten tanto la



mortalidad por enfermedades infectocontagiosas a la par del incremento de las enfermedades crónico degenerativas.

Enfermedades como la Diabetes Tipo II y sus complicaciones como la Insuficiencia Renal Crónica involucran no sólo gastos a nivel de salud pública, sino que también impactan a nivel de la construcción y resignificación de la subjetividad.

El objetivo de este trabajo es hablar de la experiencia de pacientes diabéticos que presentan comorbilidades como ceguera, amputaciones e insuficiencia renal y cómo la calidad de vida se deteriora a lo largo del tiempo, marginándolos socialmente. Recuperar la experiencia del padecimiento desde la perspectiva del propio actor ha sido una preocupación para la sociología médica en los últimos años, ya que permite entender la enfermedad ligada a la vivencia de los sujetos que la padecen. Por ello, aquí se pone el énfasis en dicha experiencia, entendiendo que ésta es por definición encarnada, es decir corporalmente construida. Para rescatar esta perspectiva, se plantea retomar la experiencia subjetiva a través de las narrativas del padecimiento para entender cómo viven dichos pacientes a partir de la intervención médica del cuerpo, y la manera en que esta enfermedad crónica y terminal marca una ruptura en la biografía del sujeto, por la dependencia hacia una máquina dializadora. En este caso, se recurre al uso de narrativas, ya que es a partir del lenguaje como el sujeto se ubica como un ser situado y es posible relacionar la biografía con la estructura social.

La experiencia del padecimiento como inminentemente encarnada está conformada no sólo por aspectos físicos o propiamente fisiológicos, sino como un constructo sociocultural en donde los sentidos y significados de una cultura determinada se articulan, pero que además por ser un sujeto en situación, se encuentra con determinaciones estructurales que más que como su contexto funcionan como constitutivos de la misma; de modo que en dicha experiencia encontramos elementos subjetivos, intersubjetivos y estructurales. En este sentido, el padecimiento, se entiende como una experiencia disruptiva en la biografía de quien lo vive, transformando tanto la construcción de su identidad como la relación con los otros.

Aquí el énfasis se pone en la manera en que el tratamiento de hemodiálisis modifica la experiencia a partir de la intervención médica del cuerpo, debido a que este tratamiento implica una modificación en la subjetividad del paciente desde el momento que se da una intrusión física de dispositivos médicos ya que tiene un impacto directo en la constitución corpórea, y en consecuencia en la forma de ser y estar en el mundo, pero



en donde los elementos intersubjetivos y estructurales juegan un papel determinante que va más allá de la propia enfermedad física.

El objetivo de este trabajo, es ver a partir de la experiencia de quienes viven con diabetes poco a poco se van deteriorando no sólo física, si no emocional y socialmente. Sin embargo, es a partir de la intervención médica debido a la falla renal que dicha disrupción se intensifica. Dicho objetivo contribuirá a un mayor conocimiento de la diabetes, así como de sus complicaciones a largo plazo, además de entender cómo las condiciones estructurales que lo determinan que en ocasiones pueden profundizar los efectos ya devastadores de la propia patología. Por ello a partir de las narrativas de los propios sujetos se explorará el papel de los diferentes elementos (subjetivos, intersubjetivos y estructurales) en la experiencia del padecimiento como disrupción biográfica. En la medida que se analiza dicha disrupción a partir de la intervención médica de cuerpo.

Aquí, se apuesta a que, si bien cualquier enfermedad crónica terminal implica una ruptura en la biografía de los sujetos que padecen, en el caso específico de los pacientes diabéticos con insuficiencia renal, la intervención médica juega un papel determinante en esta disrupción, que aunada a las condiciones de precariedad social.

Fundamentación del problema

La diabetes tipo II es uno de los principales problemas a nivel mundial, principalmente por las comorbilidades que a largo o mediano plazo son causa de discapacidad laboral. Entre los principales problemas secundarios a diabetes, se encuentran: Problemas cardiovasculares, Retinopatía, neuropatía, que deriva en pie diabético y amputaciones, nefropatía (IRCT) y complicaciones dentales.

Estas complicaciones implican un deterioro paulatino en la vida de los pacientes, además de un gasto importante en el sistema de salud.

De acuerdo con la Federación Mundial de diabetes en 2017, México ocupó el 5° lugar mundial con 12 millones de enfermos de entre 20 y 79 años. Los costos que este padecimiento genera son enormes principalmente a sus complicaciones como es el caso de un tratamiento dialítico.

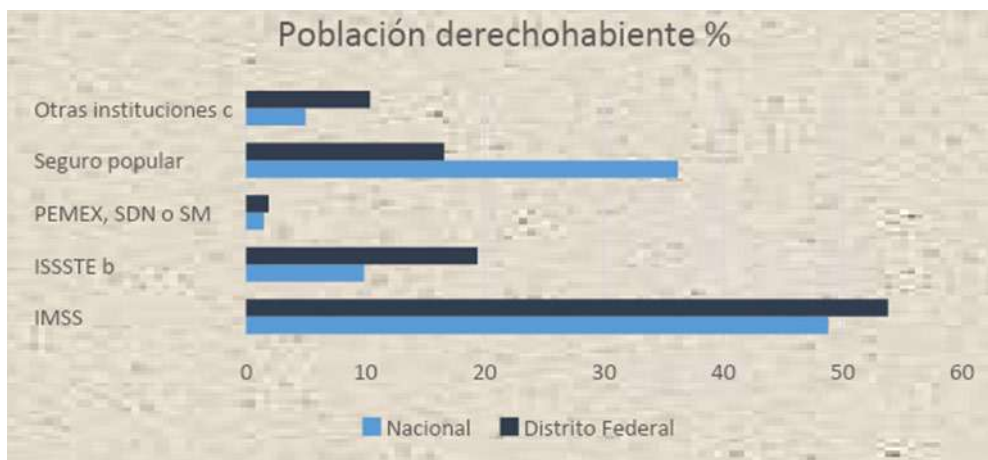
En 2017 a nivel nacional, la diabetes ocupó la segunda causa de muerte con 106,525 muertes, mientras que la insuficiencia renal ocupó el 10° lugar con 13, 167 decesos en ese año.



En la Ciudad de México, para 2017 se registraron 9937 muertes por diabetes. Sin embargo, vivir con diabetes resulta difícil en la medida que se presentan complicaciones aunado a condiciones materiales que incrementan el grado de marginación de los pacientes.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016, la principal complicación en pacientes diabéticos fue el daño o pérdida de la visión, seguido de úlceras; mientras que la falla renal se ubicó en el último lugar. Por otro lado, el tratamiento dialítico es un tratamiento costoso al que no toda la población tiene acceso.

El sistema de salud mexicano es un sistema fragmentado. Por una parte, está el ISSSTE que atiende a los trabajadores del estado, el IMSS que es el que concentra la mayor cantidad de derechohabientes y que asegura a los trabajadores del sector privado formal y a sus familiares. El seguro Popular que atendía (la actual administración desapareció este seguro, cambiándolo por el Instituto de Salud para el Bienestar) a personas sin seguridad social, pero con servicios restringidos, que no cubría tratamientos como la diálisis o la hemodiálisis.



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI.

La diabetes tipo II es la principal causa de falla renal en México, seguida de la hipertensión arterial, por lo que en los últimos años se han hecho esfuerzos para su diagnóstico y tratamiento. Entre los tratamientos para la Insuficiencia Renal Crónica Terminal se encuentran la Diálisis Peritoneal (ambulatoria o automatizada) la cual consiste en introducir líquido de diálisis en el peritoneo del paciente que funciona como membrana permeable para desintoxicar al paciente. La hemodiálisis que consiste en usar un filtro externo a través del cual pasa la sangre del paciente que se retorna después de su depuración. En ambos casos, es necesario tener una intervención



médica para colocar un catéter. El tercer tratamiento, y considerado el mejor, es el trasplante renal en donde se coloca un riñón sano de otra persona compatible (ya sea viva o muerta) que realiza la función que los riñones sanos ya no pueden. Sin embargo, este tipo de tratamiento además de no ser de fácil acceso, principalmente por la poca disponibilidad de órganos, en el caso de la diabetes tampoco es la primera opción, ya que el órgano podría volver a dañarse por la enfermedad subyacente, en este caso la diabetes.

En la investigación realizada entre 2014 y 2016 como parte del Programa de Posgrado en Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM, el objetivo fue recuperar la experiencia del padecimiento de dichos pacientes, más allá de estas cifras abrumadoras, ya que la medicina y la epidemiología se encargan de ver enfermedades y poblaciones enfermas; aquí lo que se quiso recuperar fue la manera en que dichas enfermedades son vividas y encarnadas.

Metodología

La metodología que se siguió para la investigación, fue de corte cualitativo, esto debido a que el objetivo de la investigación era recuperar la experiencia de los propios actores a partir de sus narrativas. El trabajo con dichas narrativas posibilitó el acceso a las significaciones, emociones y sensaciones que a su vez se relacionan con las condiciones estructurales, por lo que lo individual, lo social e histórico se entrelazaban. Las técnicas utilizadas fueron la observación participante y la realización de entrevistas semiestructuradas, que se llevaron a cabo durante la segunda mitad del 2015. El instrumento para la realización de las entrevistas semi-estructuradas se realizó a partir de la construcción de trayectorias del padecimiento.

El trabajo se llevó a cabo en la Unidad de hemodiálisis CEDIASA Guadalupe que atiende a pacientes del IMSS por medio de servicios de subrogación (debido a que el instituto no tiene capacidad para atender a todos los pacientes en sus instalaciones, contrata empresas que otorguen el servicio), en la Ciudad de México y se localiza en la alcaldía Gustavo A. Madero. Esta unidad recibe a pacientes de las alcaldías Cuauhtémoc, Gustavo A Madero, Azcapotzalco e Iztapalapa que se ubican entre las de mayor incidencia con diagnósticos de obesidad, hipertensión y diabetes, todas ellas causas de Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), además de tener un índice de Desarrollo social entre medio y bajo.

Se entrevistó a pacientes con IRCT secundaria a Diabetes mellitus tipo II que no se



encontraran en protocolo de trasplante renal y que fueron diagnosticados en edad productiva. Se realizaron 12 entrevistas semiestructuradas (7 mujeres y 5 hombres) La mayoría de las entrevistas se realizaron al interior de la Unidad Guadalupe de hemodiálisis, al momento en que los pacientes se encontraban en tratamiento. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas para su análisis. Se entrevistaron pacientes de diferentes turnos y diferentes salas para lograr mayor diversidad en la información.

Para el análisis se realizó una codificación abierta mediante el uso del software para análisis de datos cualitativos Atlas Ti.

Resultados y discusión

Los primeros hallazgos surgieron al momento de construir la muestra, ya que en un primer momento se había descartado a aquellos pacientes que tuvieran comorbilidades derivadas de la Diabetes como ceguera o mutilación de extremidades, sin embargo, la mayoría de los pacientes presentan algún otro tipo de complicación además de la IRCT, debido a que el daño renal se presenta después de una trayectoria larga con diabetes (más de 10 años en promedio). De manera que la mayoría de los pacientes tenían un estado de retinopatía, y si bien algunos no padecían ceguera total, presentaban algún problema con la vista.

Por otro lado, en un principio se había realizado una selección de 8 pacientes; 4 hombres y 4 mujeres, de los cuales 4 fueran pensionados o con un trabajo y 4 dependientes económicamente, sin embargo al estar en campo la mayoría de los pacientes se encontraban en condiciones de dependencia económica debido a que antes de la enfermedad trabajan en la informalidad, y sólo pocos tenían acceso a una pensión (que además fue difícil de conseguir) y ninguno estaba en condiciones de seguir trabajando. La muestra final se conformó de 7 mujeres y 5 hombres, principalmente debido a la disponibilidad para contestar las preguntas.

De modo que se pudo observar que el impacto en la vida de los pacientes no sólo está determinado por la propia enfermedad, sino por las condiciones socio económicas en las que se encuentran.

Las edades de los entrevistados van desde los 54 años a 66, por lo que la mayoría de ellos todavía se encuentran en edad productiva, pero pocos pueden realizar alguna actividad de este tipo. Lo anterior queda de manifiesto cuando se refieren a la ocupación actual, ya que mientras los hombres mencionan que ya no se dedican a “nada” o que



se encuentran pensionados, las mujeres señalan como principal ocupación el hogar, de manera que puede verse una diferenciación clara de acuerdo con roles de género.

Con respecto al nivel de estudios, 8 cuentan con educación básica (trunca o completa) y sólo 4 con educación media superior, ninguno con estudios universitarios, lo cual está estrechamente relacionado con la comprensión de la enfermedad en términos médicos, o incluso con el conocimiento de sus derechos como pacientes, ya que algunos de ellos con bajo nivel de instrucción apenas saben leer.

La condición de derechohabiente se encuentra estrechamente relacionada con la ocupación anterior al diagnóstico de IRCT ya que en la mayoría de los casos se encontraban en un trabajo informal, sin ningún tipo de prestaciones como es el caso de los pacientes que se dedicaban al comercio o al trabajo manual (albañilería y torno), en consecuencia, los pacientes tienen acceso al IMSS gracias a sus hijos, esposa o en el mejor de los casos por ser pensionados.

Estos indicadores, junto con el del medio de transporte utilizado para llegar a la unidad de hemodiálisis, permite tener una idea de la condición socioeconómica del paciente, ya que ninguno de ellos cuenta con automóvil propio y tienen que trasladarse en transporte público, y en el mejor de los casos en taxi, lo cual representa un gasto importante y generalmente lo hacen debido a las limitaciones físicas para tomar otro tipo de transporte. Sólo una paciente utiliza el servicio de ambulancia, ya que el traslado de su casa en las afueras de la ciudad a la unidad representaría un gasto que no puede costear.

En relación a las trayectorias, el tiempo promedio con diagnóstico de DMII es de 23.4 años, de modo que la mayoría de los pacientes presentan una trayectoria larga al momento que reciben el diagnóstico de IRCT, sólo en uno de los casos, la paciente afirmó no saber que era diabética hasta el momento del diagnóstico de insuficiencia renal. En consecuencia, 10 de los 12 pacientes manifestaron tener alguna comorbilidad producto de la DMII principalmente retinopatía que en algunos casos llega a ceguera.

Con respecto al diagnóstico de IRCT, es necesario distinguir entre éste y el inicio del tratamiento sustitutivo, ya que algunos pacientes fueron diagnosticados varios años antes, pero en la mayoría de los casos no siguieron ningún tipo de tratamiento para retardar la evolución. Al momento en que se encontraban en etapa terminal, todos los pacientes fueron canalizados al servicio de diálisis peritoneal, sin embargo, aun cuando



se realizó la instalación de catéteres en varios casos no se pudo realizar el tratamiento, por lo que tuvieron que ser enviados a hemodiálisis.

El tiempo que llevan en tratamiento de hemodiálisis va desde los 8 hasta poco menos de 2 años, con un promedio de 3.5 años, y si lo relacionamos con los datos del trabajo de López Cervantes, en donde el promedio de supervivencia de un paciente con IRCT a partir del diagnóstico en edad de entre 45 a 64 años para el D. F. es de 4 años, la mayoría de los pacientes entrevistados se encuentran por encima del promedio.

Todo ello se ve magnificado debido a que la mayoría de los pacientes como consecuencia de la evolución de la diabetes, presentan comorbilidades como problemas de la vista (dos de ellos con ceguera total), neuropatía, aunado a la anemia producto de la insuficiencia renal, así como el desgaste físico causado por el propio tratamiento de hemodiálisis, dejándolos incapacitados para el trabajo, además de las limitaciones para salir solos o incluso para socializar con otras personas.

En este trabajo se retoma el concepto de Mercado en el que define a la experiencia del padecimiento como “ aquel fenómeno de naturaleza subjetiva, que incluye la percepción y organización que hacen los individuos en torno a tres aspectos íntimamente vinculados entre sí: a) los estados emocionales, los sentimientos, los estados de ánimo, las sensaciones, los estados corporales, los cambios físicos y las alteraciones o trastornos corporales vinculados a la presencia de un padecimiento, b) los efectos o consecuencias ocasionadas en la vida diaria de quienes sufren tanto por el padecimiento como por algunas de sus manifestaciones y c) las formas de enfrentar el padecimiento y sus efectos en su vida diaria y su red social más cercana” , sin embargo, esta definición sólo retoma elementos micro y meso, y aquí se incorporan elementos macroestructurales.

En consecuencia, para el análisis de la experiencia del padecimiento se ubicaron tres niveles: la subjetiva, la intersubjetiva y la estructural. Cada uno de dichos niveles conforma y determinan la experiencia, ya que las condiciones materiales condicionan el estado físico y emocional de los pacientes.

Con respecto a los elementos estructurales de esta experiencia del padecimiento pueden mencionarse: el relacionado con los servicios de salud, dentro del cual distinguimos entre el acceso a los servicios públicos o privados, ya que en algunos casos esto dependerá del inicio oportuno o no del tratamiento; además es necesario establecer una diferencia entre el acceso al tratamiento (en donde se enfrentan



problemas como el desabasto y el ingreso a los servicios de subrogación en el caso de la hemodiálisis) y el acceso a la atención que se refiere a los tiempos de espera y la saturación de dichos servicios; dentro de estos también se encuentra la burocracia, que juega un papel definitorio en la experiencia del padecimiento al ser un limitante en el acceso a los servicios de salud, por último ubicamos las relaciones con el personal de salud, que aun cuando podría verse como una relación intersubjetiva, se ha ubicado aquí debido a que se encuentra enmarcada en un ámbito institucionalizado.

En este sentido, puede observarse que, debido a la saturación de los servicios de salud, en ocasiones no hay insumos para iniciar el tratamiento o la burocracia interminable no permite acelerar los procedimientos.

El segundo de estos elementos estructurales, alude a los ingresos económicos, así como su origen determinarán el impacto que genera no sólo a nivel personal sino familiar la experiencia. Esta determinante económica se encuentra inserta en un ámbito macro de lo social, ya que, si los pacientes antes de desarrollar insuficiencia renal vivían en una condición de precariedad, esta sólo se ve agravada por el padecimiento.

En este nivel, se ubica la ocupación de los pacientes, ya que aun cuando la mayoría contaba con un trabajo remunerado antes de quedar discapacitados por la enfermedad, sin embargo, sólo tres pacientes pudieron tener acceso a una pensión propia debido a que tenían un trabajo formal, otra paciente vive gracias a la pensión de su esposo fallecido, pero en todos los otros casos los pacientes se vuelven dependientes principalmente de sus hijos que son los que les dan el acceso al IMSS.

En el caso de quienes tenían un trabajo no formal, casi todos eran autoempleados, ya sea como comerciantes informales, practicantes de oficio o con una tienda de abarrotes, mientras que aquellos que tenían acceso a prestaciones uno de ellos era chofer de seguridad (por lo que contaba con un seguro de gastos médicos) otro de ellos era maestro de natación en una clínica del IMSS y una paciente era empleada en una tienda de telas.

A partir de observar las condiciones laborales en las que se encontraban anteriormente, es posible relacionar la estructura económica en donde la precarización del trabajo implica la imposibilidad de acceder a los servicios de salud, que en una enfermedad como es la diabetes y sus complicaciones a largo plazo resulta catastrófica porque aunado a que no tienen acceso a los servicios de salud, pierden la capacidad para



trabajar y no cuentan con ningún tipo de prestación. Todas estas condiciones tendrán un impacto importante en el momento en que reciben el diagnóstico de IRCT, de lo que dependerá la intensidad de la ruptura en la vida cotidiana.

Por último, se menciona al nivel de estudio como otro factor estructural que determina la manera en que se vive el padecimiento, ya que impactará en la comprensión tanto de la enfermedad como del tratamiento.

En este caso, se encontró que la mayoría de los pacientes no entendían la magnitud de la enfermedad. Pocos conocían las funciones que realizan los riñones y algunos ni siquiera sabían bien el nombre de la enfermedad “Insuficiencia renal” Algunas mujeres solo habían estudiado la primaria, y no sabían leer bien, lo que las ponía en desventaja para seguir los cuidados de la enfermedad.

En el nivel intersubjetivo de la experiencia, podemos ubicar principalmente las relaciones familiares y la manera en que éstas se modifican a partir de la irrupción del padecimiento, en donde algunas de las narrativas hacen referencia al abandono, maltrato o control por parte de la familia. Por otro lado, a partir del padecimiento se tejen redes de apoyo con amigos, vecinos o los mismos pacientes de la unidad de hemodiálisis.

En consecuencia, los pacientes se van aislando, movilizándose sólo entre su casa y el hospital.

Guadalupe. - ya no más estoy en la casa, ya no puedo hacer nada, no aguanto mi espalda, mis piernas.

Carmen-. Me da mucho coraje, me siento impotente, después de ser movida, porque yo si no había trabajo de eso compraba ropa, compraba cualquier cosa y la revendía y... o sea siempre estuve muy movida y luego ya, de repente no tengo nada; muy fuerte y como siempre lo comparo como cuando estas en la rueda de la fortuna estás hasta arriba y todo te es fácil y ya cuando da la vuelta y estás abajo, ¿de dónde?

De modo que la insuficiencia renal, más que la diabetes en sí misma, representa una muerte social y dependencia tanto económica como social, lo cual en ocasiones se traduce en violencia.

Jesús – ajá, la fuerza se acaba y se siente uno mal, te digo y eso... y a final de cuentas, puras palabras de desprecio y eso pues, psicológicamente lo sientes. Y digo, ya lo único



que digo: pues ni hablar... qué me queda... Pero si te digo, hay cosas así, o luego me dice de tu familia, que esto y que l'otro, o sea se refiere a mis otros hijos y mis hijos, haz de cuenta que no tengo familia, para nada. Entonces ella porque... ella quisiera que me dieran dinero o no sé qué y cuando tengo dinero, me quiere quitar hasta lo último...

Finalmente, el nivel subjetivo que se experimenta corporalmente, se refiere a en un aspecto físico, al vivir con hemodiálisis remite principalmente a dolores, pérdidas físicas y molestias, los cuales también son simbólicos, ya que el dolor, siempre es significado como sufrimiento. Entre los principales malestares físicos o síntomas de la propia enfermedad que en un primer momento puede ser desde hinchazón o cansancio hasta falta de aire, vómito y diarrea; posteriormente, se refieren a debilidad y dolores en los huesos.

Si bien la terapia dialítica es un tratamiento agresivo, las molestias se ven incrementadas por los problemas de neuropatías, las hipoglicemias o la pérdida de la vista.

Carmen -Sí, siento los pies como si los tuviera acartonados, como si estuvieran tiesos, no sé, es una sensación muy muy fea la que tengo.

Estas manifiestas y pérdidas físicas representan pérdidas sociales y simbólicas que impactan en su estado de salud integral.

Finalmente, al cuestionarlos sobre las expectativas a futuro, la mayoría lo ve con mucha incertidumbre, e incluso como una carga o en el mejor de los casos, con resignación.

J -Sí, es algo terrible, te digo, porque pues no, no, no sé, no lo... "ya no vives", la neta ya no vives. Esto ya no es vida, pero pues tienes que hacerlo, mientras tú... pues sí también tienes que hacerlo ¿para qué?, pues para defenderte. Pero te digo, no es vida, ya encerrado a este círculo en una... pues ora sí que, en un encapsulado, ahí para, y ya no le encuentras, pues realmente ya no tienes salida. ¡Te pueden decir lo que quieran!, pero la situación es totalmente diferente; aquí sabes venimos unos y al último otros ya no vienen. Y sabes que el que ya no viene aquí, en esta situación, es porque ya se fue...

Francisco-No pues ya no tengo expectativas porque, o sea, si tuviera dinero... pues vería que hacía otra cosa, pero sin dinero, ¿qué haces? Ya no puedo decir voy a hacer esto, te digo llega una etapa donde nada más ora sí que tengo que ir al día, al día, al día.

José-Ya no hay plan, queda uno inútil.



En suma, a partir de dichas narrativas, los pacientes expresan las dificultades tanto físicas como económicas y en el ámbito de la interacción que enfrentan a partir de la falla renal, aunada a las otras complicaciones de la diabetes.

Reflexiones finales

De acuerdo con las narrativas de los pacientes, la diabetes no significó un cambio en sus rutinas, aun cuando algunos de ellos acudían regularmente por medicamentos, no observaron ninguna modificación o una intervención médica total sino a partir de alguna complicación incapacitante como la ceguera o la IRCT.

A través del análisis con las trayectorias, fue posible ubicar que, en una etapa temprana de la diabetes, los pacientes no veían ninguna limitación, ya que seguían con sus actividades cotidianas, por lo que es hasta el momento en que el “yo puedo” se ve interrumpido, cuando se presenta una disrupción en sus biografías.

Sin embargo, la experiencia de mayor disrupción en estos pacientes es a partir del inicio del tratamiento dialítico que significa una constante intervención médica mediante el uso de dispositivos médicos como son los catéteres de diálisis o hemodiálisis, su manipulación y la modificación completa de rutinas de la vida cotidiana.

Este tipo de padecimientos afectan no sólo en un nivel físico, sino que impacta en la vida familiar debido a los gastos y cuidados que implica un paciente con estos problemas que generalmente se vuelve completamente dependiente.

Notas

¹Universidad Nacional Autónoma de México

Referencias

López- Cervantes, Malaquías (Coord.) (2010). Enfermedad renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México. México: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Secretaría de Salud. (2016) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. México: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

International Diabetes Federation (2017) IDF Diabetes Atlas. UK:IDF.

INEGI (2018). Características de las defunciones registradas en México durante 2017. México: Instituto Nacional de Geografía y Estadística. www.inegi.org.mx



O processo de viver e morrer de uma coorte de hipertensos de idosos na atenção básica no Brasil

Neir Antunes Paes¹
Clarice César Marinho Silva²

Resumo

A hipertensão arterial é uma das doenças crônicas não transmissíveis que mais acometem os idosos. Assim, o estudo das causas de morte permite recompor a história natural da hipertensão e indica medidas preventivas e terapêuticas mais adequadas e específicas. Ao fornecer evidências empíricas sobre esta questão, esta pesquisa procurou compreender, sob o olhar dos cuidadores, a trajetória de um grupo de idosos hipertensos na experiência do processo de morrer em uma coorte de hipertensos cadastrados na Atenção Básica do Ministério da Saúde, na segunda capital com maior proporção de idosos do Brasil, o município de João Pessoa – PB. Trata-se da primeira coorte de hipertensos adultos no Brasil iniciada em 2009, com ondas nos anos de 2010, 2011 e 2016. Fez-se uso de uma abordagem exploratória qualitativa. Até 2016 tinham ocorridos 34 óbitos de uma amostra inicial de 360 indivíduos. Desses, 16 cuidadores dos hipertensos idosos responderam ao formulário de Autopsia Verbal, por meio de entrevista semiaberta e registro sistemático em diário de campo. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo que permitiu a identificação das seguintes categorias temáticas: 1) Viver com hipertensão; 2) O adoecimento; 3) O processo de morrer. Esse estudo revelou que o suporte recebido pela atenção básica se mostrou insatisfatório, sinalizando que há predisposição para o desenvolvimento das condições que levam a complicações e agravos ao organismo. Colocou-se em questionamento a assistência médica, as condições hospitalares, a burocracia para permissão de exames e a falta de cuidados paliativos para os hipertensos na fase final da vida.

Palavras chaves

Hipertensão arterial; doenças crônicas; avaliação de programas; análise de conteúdo; atenção primária à saúde

Introdução

Como em todo o Brasil, a capital do Estado da Paraíba, localizada no nordeste brasileiro, João Pessoa, atravessa um processo de envelhecimento populacional, com um índice de envelhecimento (65 anos e mais) que aumentou de 4,8%, em 1991, para 5,6%, em 2000 e 7,0 em 2010, tornando-se a segunda capital do país com a maior população de



idosos, cuja população como um todo representa cerca de 11,2% da população do Estado (IBGE, 2018).

As pesquisas nacionais indicam que a hipertensão arterial (HA) é uma das doenças crônicas não transmissíveis que mais acometem os idosos. Reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das causas mais importantes de morte prematura, estima-se que a hipertensão provoca cerca de 7,5 milhões de mortes por ano, sendo responsável por 12,8% do total de mortes no mundo (Li et al., 2015).

O paciente idoso apresentará um risco aumentado de desenvolver complicações relacionadas à hipertensão. Um nível elevado de pressão arterial sistólica, mas não diastólica, representa um achado comum em pacientes idosos e está associado a um risco aumentado de desenvolver doença arterial coronariana, doença cerebrovascular, doença arterial periférica, declínio cognitivo progressivo e insuficiência renal (Ferri, Ferri, & Desideri, 2017).

No entanto, faltam dados sobre a mortalidade por hipertensão, sendo subnotificada nos atestados de óbito, podendo estar também associada a outras causas. O estudo das causas de morte permite recompor a história natural da hipertensão apontando medidas preventivas e terapêuticas mais adequadas e eficazes (Jorge, Laurenti, & Di Nubila, 2010; Oliveira, Gotlieb, Laurenti, & Jorge, 2009). Uma investigação prospectiva através de um estudo de coorte pode avaliar o risco de mortalidade em pacientes hipertensos.

Outro fator pouco estudado é a linha temporal dos eventos que levam ao óbito precoce dos pacientes com hipertensão. Condições gerais como: tratamentos, hábitos de vida e histórico médico do paciente não recebem atenção devida, o que dificulta uma arguição mais assertiva. Nesse contexto, o presente estudo aborda o impacto da hipertensão na mortalidade e investiga os possíveis preditores de mortalidade por causas relacionadas.

Ao fornecer evidências empíricas sobre esta importante questão, essa pesquisa objetiva compreender, sob o olhar dos cuidadores, por meio da técnica de Autopsia Verbal (AV), a trajetória de um grupo de idosos hipertensos na experiência do processo de morrer dos falecidos cadastrados em uma coorte de hipertensos do município de João Pessoa – PB.



Metodologia

Este estudo trata-se de um recorte do seguimento da coorte desenvolvida no Laboratório de Estudos Demográficos da Universidade Federal da Paraíba (Paes, 2010; Paes, 2008), iniciada em 2009, com sequências nos anos de 2010, 2011 e 2016, cujo objetivo consistiu em avaliar a efetividade do controle pressórico dos usuários registrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia), do município de João Pessoa, na Paraíba, segundo as normas da Política Nacional de Atenção Integral a Hipertensão Arterial e ao Diabetes (criada em 2002, sendo desativado em julho de 2013). Os pacientes foram avaliados regularmente no período da pesquisa.

O estudo alvo do presente trabalho trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. Em sua última onda, 2016, a coorte apresentou um total de 34 óbitos, no entanto, desses usuários falecidos, apenas 19 famílias foram encontradas, das quais 3 se recusaram a participar dessa fase do estudo. Assim, 16 cuidadores dos hipertensos são os participantes do estudo de coorte que foram a óbito. Desses, 12 eram idosos que seguiram para este recorte amostral.

As causas de morte durante o período de acompanhamento foram determinadas a partir de registros médicos, atestados de óbito e entrevistas com médicos, famílias e assistentes, usando um questionário padrão mediante a aplicação do formulário de Autopsia Verbal, entre julho e dezembro de 2017, por meio de entrevista semiaberta e registro sistemático em diário de campo.

A Autópsia Verbal se baseia em entrevistas com familiares e pessoas que acompanharam o óbito nos casos, visando obter informações a respeito dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente no período anterior ao óbito e observados por cuidadores que conviveram com o falecido nesse período (França et al., 2014). Os entrevistados foram representados neste artigo pela sigla SP (Sujeito de Pesquisa).

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo na modalidade temática. Essa técnica tem por finalidade a interpretação da mensagem manifesta nos materiais escritos. A análise temática pode constituir um tema, sendo esse a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado (Bardin, 2004).

Os códigos identificados foram, em seguida, agrupados por similaridades em categorias temáticas. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo que permitiu a



identificação das seguintes categorias temáticas: 1) Viver com hipertensão; 2) O adoecimento; 3) O processo de morrer.

Essa pesquisa cumpre às exigências do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o número do CAAE nº 49405015.1.0000.5188

Resultados e Discussão

Caracterização dos idosos da pesquisa

Após um acompanhamento médio de 7 anos (variação de 12-84 meses), 34 (10%) participantes da coorte morreram, onde 12 (35,2%) eram idosos. Havia 6 homens e 6 mulheres, onde oito delas tinham menos de nove anos de estudo. Todos os sujeitos falecidos da pesquisa conviviam com alguém. Nove tinham renda familiar maior que um salário mínimo.

Das causas de morte ocorridas entre os 12 falecidos idosos investigados foram observadas 2 por acidente vascular cerebral (AVC) (sem registro nos prontuários e declarações de óbito em relação ao tipo de AVC), 2 mortes por edema pulmonar, 4 óbitos por pneumonia e 2 por infarto, 1 complicação de câncer de próstata e 1 complicação de uma cirurgia de Hérnia Umbilical.

Sobre as doenças associadas, observou-se que 3 pessoas apresentaram Diabetes, 3 tiveram AVC e 4 tiveram Infarto em algum momento da vida. 9 desses óbitos ocorreram em hospitais.

Categoria 1 – Viver com hipertensão

A hipertensão é um fator de risco para morbimortalidade cardiovascular com prevalência crescente com a idade, cujo tratamento está associado a benefícios sobre eventos cardiovasculares fatais e não fatais, mesmo mais tarde na vida. A multimorbidade torna-se progressivamente mais comum a medida que a idade avança, a coexistência, em um mesmo indivíduo, de duas ou mais doenças crônicas, sem relação de causa e efeito e sem que nenhuma delas possa ser considerada como problema principal está associada a elevada mortalidade, declínio funcional e aumento do uso de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares.



Idosos procuram, na maior parte das vezes, ajuda médica para seus vários problemas e não apenas para uma doença especial. Dessa forma, a polifarmácia e a incapacidade funcional que levam a dificuldades para realizar atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade são fatores comuns na vida dos idosos.

No discurso do SP 6 “diabético e hipertenso, ele fazia os tratamentos dele, ele era, ele sempre ia pra o consultório médico e fazia esses tratamentos”, observa-se a multimorbidade, assim como em outros discursos, como no SP 9 “Os pés dele eram inchados. A barriga era dura e grande”.

Muitos idosos, mesmo recebendo o tratamento adequado para as doenças que os acometem, continuam apresentando incapacidade para executar as atividades diárias, implicando no comprometimento da qualidade de vida. A incapacidade funcional prévia é fator preditivo independente de desfecho desfavorável em idosos com doenças agudas, como bem representado no discurso do SP 10 “Ela fez uma cirurgia na perna, que ela tinha muito ferimento. Era ferimento, uma varicose, mas não amputou não, fez só a cirurgia”.

De fato, uma ampla gama de cenários clínicos pode ser observada em idades mais avançadas, desde o paciente saudável ao mais frágil. Questões persistentes relacionadas ao manejo da pressão arterial alta em adultos muito idosos estão relacionadas principalmente ao limiar e às metas do tratamento, principalmente naqueles com características clínicas específicas.

Categoria 2 – O adoecimento

Esse tema apresenta a imagem percebida pelos cuidadores sobre a condição de saúde dos hipertensos próximos ao período do óbito. É perceptível como a maioria dos familiares expressou a debilidade corporal nos discursos, onde observou-se que as comorbidades se associavam e deixavam a vida do hipertenso repleta de limitações e de sentimentos de ameaças à saúde.

Nesse contexto o seu viver estava atrelado às condições restritas de alimentação, movimento e doenças agudas que se associavam com o corpo enfraquecido, um estilo de vida sempre associado à patologia. Como no discurso do SP12, que diz: “Mais de 1 ano, que ele tava doente, antes de falecer, ah! Com uma dor no peito direito. Ele vivia mais doente de que, de que bom. Ele só vivia assim, sabe? Com dor.”



O Discurso da entrevistada SP 6 anuncia uma convalescência dolorosa: “Ela tinha uma cólica, a barriga inchava, aí perto de morrer passava uns dias sem fazer as necessidades e tinha dor”

Os familiares expressaram complicações diferentes, o que leva a perspectiva que a hipertensão é uma condição singular e suas complicações se apresentam de forma diferente para cada ser humano. Essas condições se misturam às doenças associadas, estilo de vida e recursos terapêuticos que foram acessíveis para o indivíduo ao longo da vida.

No discurso da entrevistada SP 7, observa-se a covalência associada a inapetência, “Foi assim de uns três meses assim ‘pra’ perto do falecimento dele, ele começou assim, ‘num’ se alimentou direito, né? Aí eu colocava a comida dele e ele ‘num’ queria mais comer”, diferente da expressão dolorosa expressa pela cuidadora SP6

A evolução de doenças como a hipertensão arterial se faz por longos anos, entretanto, o paciente nem sempre está ciente da existência das alterações fisiopatológicas que estão se desenvolvendo no seu organismo, pois existe uma fase de latência onde as manifestações patológicas estão abaixo do limiar de detecção clínica. Mesmo após as manifestações serem clinicamente detectáveis, nem sempre o indivíduo tem conhecimento ou consciência da doença a ponto de caracterizar um diagnóstico evidente (Harbaoui et al., 2016).

Categoria 3 - O processo de morrer

Estudar sobre a morte do ponto de vista da Saúde Pública significa ver e reconhecer que ela tem uma finalidade médico-estatística importante; o estudo de seus registros induz os pesquisadores à elaboração de um quadro epidemiológico, que objetiva salvar vidas (Jorge et al., 2010). Trata-se de um processo de estudo que leva à luz as peculiaridades desse evento que, apesar de obscuro, é inevitável.

Na busca do retardamento do processo de morrer, o internamento hospitalar foi um dos acontecimentos mais observados na pesquisa, nove idosos hipertensos morreram em estabelecimentos hospitalares. O processo de internamento é visto como o cuidado necessário para aquele indivíduo que, ao se exaurirem os cuidados a serem executados em nível doméstico, precisam de procedimentos realizados por profissionais habilitados, além da alta demanda de cuidados, com diferentes tipos de tecnologia atendendo a necessidade do paciente.



O cuidador SP 3 expressa a necessidade de internar o idoso várias vezes antes do óbito “Já, várias vezes internado, e na morte foi no hospital HU, e lá quando ele ‘teve’ internado”. A cuidadora SP 5 expressa a necessidade hospitalar quando os cuidados domésticos já não se mostraram efetivos “ela passou mal, acho que ela passou quase uns 30 dias, lá no Trauma.”

As pessoas admitidas no hospital podem ter problemas múltiplos, complexos e sobrepostos, pacientes assim são mais propensos a uma rápida perda de independência durante uma doença aguda. Parte deste problema pode ser evitado se as necessidades de cuidados forem identificadas de forma adequada e forem coordenadas e gerenciadas. O atendimento coordenado e especializado de uma equipe multidisciplinar qualificada pode ajudar para atender às necessidades médicas, sociais, mentais e físicas dos doentes (Goldsbury et al., 2015).

Garcia-Pena et al. (2018) observaram que, além dos fatores tradicionais gerais associados à mortalidade (idade e escolaridade), as condições geriátricas (delirium, comprometimento cognitivo, polimedicação e fragilidade) desempenham um papel importante para os idosos estarem em risco de morte. O tempo de permanência na internação hospitalar e fatores relacionados à organização dos serviços de saúde e ao tempo de permanência do paciente na emergência foram variáveis que se correlacionaram significativamente com a mortalidade.

Em quase todos os discursos é possível observar que a assistência hospitalar realizada foi considerada precária pelos cuidadores, a falta de “vagas” para o atendimento hospitalar, o descaso do profissional de saúde que realizou o atendimento inicial, além de um grande tempo de espera para o atendimento, são queixas relatadas e que contrariam o ideal preconizado para uma boa assistência de cuidados em saúde no imaginário dos cuidadores. Esse discurso é perceptível na fala da cuidadora SP 7 “A gente levou ele pra UPA, eu fiquei com tanta raiva dali que eles ‘num’ informaram nada, a gente passou três dias lá sem arranjar vaga no hospital e cada dia mais ele piorando”.

A queixa sobre o tratamento aparece evidente nas falas dos familiares, um discurso que transcende a reclamação sobre um atendimento específico até os que revelam a negligências de cuidados dos profissionais de saúde. Observou-se que os cuidadores dos hipertensos se sentiram insatisfeitos frente ao serviço de saúde prestado. Como no discurso da cuidadora SP 9 “Chegou lá, a pessoa entra bem e sai mais doente ainda”



(sobre a assistência no hospital). Nota-se o descontentamento com o serviço oferecido ao seu familiar, discurso comum em outras falas.

Durante o adoecimento precedente ao momento do óbito, as pessoas passam pelos mais significativos acontecimentos, seja pelo sofrimento físico provocado pela doença, o sofrimento mental, as dificuldades de conseguir o atendimento médico, bem como o acolhimento realizado pelos profissionais. Esses episódios são uma complexa rede que permeiam o falecimento.

Essa é uma questão que merece uma análise mais profunda, pois na rotina dos serviços de cuidados, alguns profissionais tendem a preterir o sofrimento da família nesse momento. No entanto, cabe considerar o contexto de trabalho desses profissionais e o grau de sofrimento que eles também convivem. Uma tarefa complexa, uma vez que, além de precisarem manter sua identidade profissional, também devem aproximar-se do processo doloroso vivido por pacientes e familiares. Os profissionais passam a se acostumar com o número elevado de mortes diárias, mesmo que nem sempre seja possível o controle das emoções dessas equipes (Menezes, 2004).

Conclusão

As doenças crônicas são identificadas como as principais causas de morte, com predomínio de condições cardiovasculares e as múltiplas causas como principais, sendo a diabetes a doença mais comumente associada a hipertensão. A hipertensão nem sempre consta como fator principal da causa do óbito, pois, na maioria das vezes, encontra-se no início da cadeia de eventos e causa de outros agravos não sendo associada ao óbito em si, havendo, então, uma subnotificação de suas causas da morte. As informações sobre causas de morte são essenciais para orientar e informar as políticas de saúde e os debates prioritários. Idealmente, esses dados seriam baseados em certificação médica precisa e registro de todas as mortes. No entanto, os sistemas vitais de registro ainda funcionam com deficiência no Brasil e em João Pessoa, local desse estudo, onde as taxas de mortalidade são mais altas e a causa exata das informações sobre mortes é mais crucial.

A autópsia verbal está se tornando reconhecida como uma alternativa viável para a certificação médica abrangente de mortes nesses locais. Além disso, nessa pesquisa, se mostrou como uma ferramenta com uma abordagem mais ampla permite conhecer os aspectos envoltos nas premissas complicativas iniciais das doenças que levaram ao



óbito os hipertensos desta coorte, bem como da assistência recebida por esses nos diversos níveis de complexidade das instituições de saúde.

Esse estudo mostrou que através da análise das falas de seus cuidadores, o suporte recebido pela atenção primária mostrou-se insatisfatório. Dessa forma, há predisposição para o desenvolvimento das condições que levam a complicações e agravos ao organismo, não focando na prevenção secundária e redução dos danos provocados pela hipertensão arterial.

A imagem percebida pelo cuidador é que o óbito pode ter ocorrido pela falta de comprometimento médico, um discurso delicado, que questiona a assistência médica, as condições hospitalares, a burocracia para permissão de exames e a falta de cuidados paliativos para os hipertensos na fase final da vida. O sistema de saúde primário parece estar menos equipado para prestar cuidados e prevenção de doenças crônicas. É necessária uma reorientação urgente do sistema de saúde para permitir a implementação de estratégias baseadas em evidências que possam abordar esse novo desafio das doenças do envelhecimento.

Notas

¹ Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil

² Instituto Federal de Pernambuco – IFPE, Recife, Brasil

Referencias bibliográficas

Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. Edições 70 (3rd ed.). Lisboa. <https://bit.ly/3iCYWyc>

Ferri, C., Ferri, L., & Desideri, G. (2017). Management of Hypertension in the Elderly and Frail Elderly. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*, 24(1), 1–11. <https://bit.ly/30CE8kg>

França, E. B., Cunha, C. C. da, Vasconcelos, A. M. N., Escalante, J. J. C., Abreu, D. X. de, Lima, R. B. de Moraes Neto, O. L. de. (2014). Investigation of ill-defined causes of death: assessment of a program's performance in a State from the Northeastern region of Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 17(1), 119–134. <https://bit.ly/3d8wDqC>

García-Peña, C., Pérez-Zepeda, M. U., Robles-Jiménez, L. V., Sánchez-García, S., Ramírez-Aldana, R., & Tella-Vega, P. (2018). Mortality and associated risk factors for older adults admitted to the emergency department: a hospital cohort. *BMC Geriatrics*, 18(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0833-0>



- Goldsbury, D. E., O'Connell, D. L., Girgis, A., Wilkinson, A., Phillips, J. L., Davidson, P. M., & Ingham, J. M. (2015). Acute hospital-based services used by adults during the last year of life in New South Wales, Australia: a population-based retrospective cohort study. *BMC Health Services Research*, 15, 537. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1202-8>
- Harbaoui, B., Courand, P.-Y., Defforges, A., Khettab, F., Milon, H., Girerd, N., & Lantelme, P. (2016). Cumulative Effects of Several Target Organ Damages in Risk Assessment in Hypertension. *American Journal of Hypertension*, 29(2), 234–244. <https://bit.ly/30EZZb7>
- IBGE, I. B. de G. e E. (2018). Cidades: João Pessoa/ Paraíba. Retrieved February 1, 2018, from <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/joao-pessoa/panorama>
- Jorge, M. H. P. de M., Laurenti, R., & Di Nubila, H. B. V. (2010). O óbito e sua investigação: reflexões sobre alguns aspectos relevantes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(4), 561–576. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2010000400002>
- Li, H., Wei, X., Wong, M. C.-S., Wong, S. Y.-S., Yang, N., & Griffiths, S. M. (2015). A Cross-Sectional Comparison of Perceived Quality of Primary Care by Hypertensive Patients in Shanghai and Shenzhen, China. *Medicine*, 94(34), e1388. <https://bit.ly/30GpvMV>
- Menezes, R. A. (2004). Em busca da “boa morte”: uma investigação sócio-antropológica sobre cuidados paliativos (Vol. Doutorado). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Retrieved from <https://bit.ly/3nq6qZi>
- Oliveira, B. Z. de, Gotlieb, S. L. D., Laurenti, R., & Jorge, M. H. P. de M. (2009). Mortalidade feminina por hipertensão: análise por causas múltiplas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 12(4), 556–565. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2009000400006>
- Paes, N. A. (2009). Desempenho do Programa Saúde da Família comparado com o das Unidades Básicas de Saúde no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e fatores associados em municípios do Estado da Paraíba: Um estudo de coorte. Projeto CNPq. Edital MCT/CNPq N.º 67/2009, 2009.
- Paes, N. A. (2008). Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com os fatores de risco comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde de municípios do nordeste do Brasil. Projeto CNPq. Edital: MCT/CNPq/MS – SCTIE – DECIT/MS No. 37/2008. Tema: G. Doenças do Aparelho Circulatório.



Calidad de vida y autocuidado: mujeres con diagnóstico de cáncer de mamá en remisión, Zona Metropolitana de Mérida, Yucatán, México

Saldaña Santiago Angélica
Méndez Gonzáles Rosa María
Nazar Beutelspacher Dominga Austrebeta
Datta Banik Sudip

Resumen

Objetivos: Identificar prácticas de autocuidado y factores socioeconómicos y culturales asociados a la calidad de vida (CaIV) de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama (CaMa) en remisión (ausencia de cáncer), de la Zona Metropolitana de Mérida, Yucatán, México. Problemática: La valoración de la situación de vida de mujeres con CaMa, es abordada, generalmente, por estudios de CaIV relacionada a la salud; centrándose en la percepción subjetiva. Las condiciones de desigualdad e inequidad en que viven las mujeres de América Latina hacen necesario incluir el estudio de factores socioeconómicos y culturales, que den cuenta de la posibilidad objetiva de satisfacer necesidades de autocuidado para mejorar la CaIV. Metodología: Estudio transversal, mixto; 33 mujeres con CaMa en remisión. Instrumentos: entrevista semiestructurada, cuestionarios: socioeconómico, de CaIV (WHOQOL-BREF) y de actividad física (AF) según IPAQ. Resultados: Poder tener una alimentación saludable, poder realizar actividades físicas sin sentir dolor, estar tranquila espiritualmente, no pensar en la muerte y resolver los problemas familiares; fueron los principales factores asociados a determinantes socioeconómicos y culturales. Discusión: El acceso diferenciado a: servicios de salud, atención integral (médica, psicológica, nutricional, espiritual, y de AF), entornos saludables y libres de violencia multidimensional; modifican la capacidad y la posibilidad de las participantes de mejorar sus prácticas de autocuidado, así como su CaIV. Conclusiones: Se requiere atención integral desde el diagnóstico y posterior a la remisión del CaMa, lo cual puede contribuir a disminuir las condiciones de desigualdad e inequidad social, posibilitando el acceso de las mujeres a una vida socialmente libre de cáncer.

Palabras clave

Calidad de vida, autocuidado, cáncer de mama, remisión, proceso salud-enfermedad-atención



Introducción

En los últimos decenios la investigación en calidad de vida (CaIV) ha tenido un auge importante como valoración de la situación de vida en el área de la salud, particularmente, en personas con enfermedades no transmisibles como el cáncer de mama (CaMa). Los estudios de CaIV relacionada a la salud (CVRS) por producirse, principalmente, en el ámbito de la psicología y de la investigación del estado de salud en las ciencias médicas, se enfocan esencialmente en la evaluación de la percepción subjetiva de las personas con el propósito de mejorar los resultados en salud y la calidad de la atención clínica (Armstrong y Caldwell, 2004; Birnbacher, 1999; Schwartzman, 2003).

A pesar de los beneficios que reporta la investigación de CVRS en el área médica, no se han encontrado estudios que aborden factores objetivos del estilo de vida y de las condiciones socioambientales, ni que evalúen la capacidad y posibilidad de las personas de satisfacer sus necesidades para el mantenimiento de la salud; es decir, no se integra el estudio complejo de los determinantes sociales de la salud (Breilh, 2013; Fernández-López, Fernández-Fidalgo y Cieza, 2010; Laurell, 1994; Linares y López, 2008; Sen, 2002). Otras definiciones de la CaIV como la propuesta por Gasper (2010), señalan que la CaIV es la valoración de la situación de vida de una persona o un grupo poblacional compuesta de diferentes aspectos: psicológicos, físicos, sociales, económicos y/o ambientales, desde un enfoque subjetivo intrapersonal y/u objetivo de las condiciones materiales.

Considerando que la salud es esencial para el bienestar integral y una condición necesaria que posibilita el acceso a distintas formas de vivir la vida (Sen, 2002), para este trabajo se utilizó el concepto de CaIV diferenciándolo del enfoque clásico de la CVRS; tomando en cuenta que en el caso del CaMa todas las áreas de la vida están o pueden estar afectadas por la salud (Fernández-López, Fernández-Fidalgo y Cieza, 2010). Lo anterior es especialmente relevante en poblaciones caracterizadas por desigualdad social e inequidad en el acceso a la salud (Sen, 2002).

El objetivo principal de esta pesquisa fue: identificar factores socioeconómicos y del autocuidado asociados a la CaIV en mujeres con CaMa en remisión, en la Zona Metropolitana de Mérida (ZMM), Yucatán, México. La remisión del cáncer es cuando no se encuentra presencia de éste según criterios médicos (Cárdenas, Bargalló, Erazo y Poitevin, 2017). La información aquí presentada deriva de la tesis Calidad de vida de



mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en remisión en la Zona Metropolitana de Mérida Yucatán; que se realizó en el marco del programa de la Maestría en Ciencias en la Especialidad de Ecología Humana del Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, México.

Fundamentación del problema

El CaMa es un problema de salud a nivel mundial, en el 2018 representó el 11.6 % de todos los cánceres en el mundo (GLOBOCAN, 2018) y el 27 % en América Latina y el Caribe (OPS, 2018). Es la segunda causa de muerte por cáncer en países en desarrollo (Ferlay et al., 2015). En México es el más detectado en mujeres con neoplasias malignas, para 2015 la tasa de incidencia en población femenina mayor a 20 años fue de 27.9/100,000 mujeres, y se sabe que cada vez hay más mujeres jóvenes diagnosticadas (Franco, López, Keating, Arreola y Knaul, 2015; Knaul et al., 2008; INEGI, 2016; Villarreal et al. 2015).

En México la NOM-041-SSA2-2011 Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama (Secretaría de Salud, 2011), señala que el tratamiento debe contemplar el ámbito psicológico, contando con personal capacitado para dar consejería y acompañamiento emocional al paciente y a los familiares; sin embargo, en su esquema de seguimiento postratamiento, no se contempla este rubro (Cárdenas, Bargalló, Erazo y Poitevin, 2017). En el país no existe un registro oficial de personas con diagnóstico de CaMa ni en remisión de éste, tampoco se ha encontrado información sobre su CaIV ni sus necesidades de autocuidado (Cárdenas, Bargalló, Erazo y Poitevin, 2017; Knaul et al., 2008; Nigenda, González, Caballero, Zarco y González R., 2009).

Es importante señalar que las mujeres que han sido diagnosticadas con CaMa son afectadas tanto por el cáncer como por el tratamiento, ya sea a nivel cognitivo como psicológico, físico, social, económico y espiritual; efectos que pueden permanecer hasta el final de la vida (Cárdenas, Bargalló, Erazo y Poitevin, 2017; Gómez, Lewis y Torres, 2009; Feuerstein et al., 2010; Sat-Muñoz et al., 2011) disminuyendo su CaIV. Además, estas afectaciones repercuten a nivel familiar y social, y se particularizan según el contexto sociocultural y las características atribuidas a los roles de género (Nigenda, González, Caballero, Zarco y González R., 2009).

Por otro lado, se sabe que la mejora de los estilos de vida después de la remisión del CaMa puede tener efectos positivos en la sobrevivencia (años vividos después del



diagnóstico) a largo plazo y en la disminución de la muerte por todas las causas; por lo que se recomienda que se promuevan acciones de salud y autocuidado, mediante la detección de necesidades de información, orientación, prevención y control de obesidad, promoción de AF, orientación nutricional y de consumo de tabaco (Greenlee et al., 2017; Lopes et al., 2018; Pandey et al., 2000; Rego de Carvalho, Batista dos Santos y Pereira, 2012; Runowicz et al., 2016).

El cáncer de mama y el autocuidado

El autocuidado entendido como el conjunto de actividades que una persona realiza para mantener y promover su salud y bienestar integral, así como para recuperarse y/o convivir con los efectos y limitaciones de las alteraciones de esta (Orem, 2005; Rego de Carvalho, Batista dos Santos y Pereira, 2012); forma parte de los estilos de vida que, en el proceso del CaMa, se modifican por la adaptación a nuevas rutinas debido al tratamiento y sus efectos biopsicosociales (Barroilhet, Foriaz y Garrido, 2005).

Se ha encontrado que prácticas como la alimentación y la actividad física (AF) después de la remisión del cáncer han sido adoptadas con un enfoque a mejorar la salud, lo cual ha tenido un efecto positivo (George et al., 2013; Kluthcovsky y Urbanetz, 2015; Lahart, Metsios, Nevil y Carmichael, 2015). Otros factores asociados al autocuidado son el apoyo social y la espiritualidad (Whitford y Olver, 2012; Quispe y Yoana, 2018; Vachon, 2008).

El apoyo social, entendido como el soporte emocional, físico y económico, resultado de la interacción con redes familiares, de amigos, laborales, religiosas y de atención en salud, se ha relacionado con una mejor asimilación de las prácticas de autocuidado en mujeres que han padecido CaMa (Schneider et al. 2015). Mientras que la espiritualidad, definida como el sentido subjetivo de conexión existencial (Braun, 2017), también ha sido asociado con mejores prácticas de autocuidado (Feher y Maly, 1999; Park, Waddington y Abraham, 2018).

El proceso salud-enfermedad-atención del CaMa

El proceso salud-enfermedad-atención (s/e/a) del CaMa comienza antes del diagnóstico, determinado por la condición biopsicosocial de cada mujer. En esta fase se ubica el momento de la sospecha del CaMa, las dudas, la búsqueda de atención formal o informal, la realización de pruebas para su detección, la confirmación de neoplasia maligna de mama y la entrada (o no) a la unidad de salud para recibir tratamiento médico (Nigenda, González, Caballero, Zarco y González R., 2009).



A partir del diagnóstico comienza la etapa del tratamiento médico, generalmente se presenta ansiedad, fatiga, dolor, miedo a la muerte y a la reincidencia del CaMa; se abandona la vida cotidiana, teniendo que adaptar los estilos de vida a modificaciones en lo familiar, laboral, económico y social; se afectan las relaciones interpersonales y la participación social (Feuerstein et al., 2010; Knaul, 2009; Nigenda, González, Caballero, Zarco y González R., 2009; Vargas y Pulido, 2012). Se modifican las expectativas de vida a futuro sobre: maternidad, sexualidad, imagen corporal, sensación de feminidad, aceptación por parte de la pareja (Barroilhet, Foriaz y Garrido, 2005).

Al finalizar el tratamiento primario y establecido el diagnóstico de remisión parcial o total, comienza la etapa de vigilancia o seguimiento médico. Los principales efectos físicos y psicosociales en sobrevivientes son: preocupaciones de imagen corporal, linfedema, cardiotoxicidad, deterioro cognitivo, distrés, depresión, ansiedad, fatiga, complicaciones de la salud ósea y del sistema musculoesquelético, dolor y neuropatías, infertilidad, alteraciones de la salud sexual, menopausia prematura y bochornos (Runowicz et al., 2016); por lo que la vida de las mujeres sigue formando parte del proceso del CaMa.

Otros factores considerados como determinantes en el proceso s/e/a del CaMa son las desigualdades sociales y las barreras culturales. Principalmente en mujeres de zonas rurales y/o que pertenecen a algún grupo étnico, cuyo acceso a servicios de salud es muy limitado (Ortega y Pérez, 2017); además, el trato deshumanizado por los prestadores de los servicios de salud, los costos de los tratamientos y de traslado a las consultas médicas, la distancia del lugar de residencia a las unidades médicas; las normas, tabúes morales y culpas, asociadas a los roles de género (esposa-madre-cuidadora); los saberes y creencias sobre la salud, la enfermedad y la muerte; y la discriminación, el abandono familiar y social a causa del CaMa (Cohee et al. 2017; Luna y Sánchez, 2014; Nigenda, 2009; Silva y Santos, 2010; Vargas y Pulido, 2012).

Metodología

Se realizó un estudio transversal con 33 mujeres en remisión del CaMa, atendidas en la Clínica de la Mujer del Hospital General Agustín O'Horán y en la Fundación para Bienestar Natural A.C. (FUNDEBIEN), cuya remisión fuera entre enero de 2014 y agosto de 2018. Ambas instituciones aprobaron el protocolo de investigación. Las participantes eran residentes del ZMM, región ubicada en el noroeste del estado de Yucatán, México.

Se utilizó un cuestionario prevalidado para registrar las características socioeconómicas del hogar (Torres, 2018). El cuestionario WHOQOL-BREF de la OMS que evalúa la CaIV



percibida en cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente, contiene además dos preguntas globales una para CaIV general y otra para salud general; se evalúa mediante escala Likert (WHOQOL Group, 1998). Además, se aplicó una entrevista estructurada, diseñada para el estudio, cuyo objetivo fue conocer las prácticas de autocuidado (antes y después del diagnóstico), el significado de la CaIV, miedos y preocupaciones; y el International Physical Activity Questionnaire-IPAQ que evalúa la intensidad de la AF semanal en tres niveles: medio, alto y bajo (IPAQ, 2004).

Se realizó un muestreo por conveniencia considerando los siguientes criterios; de inclusión: residencia en la ZMM, estado de remisión del CaMa, y aceptar participar en el proyecto; de exclusión: diagnóstico de otros cánceres al momento de iniciar el trabajo de campo, discapacidad mental o física que impidiera establecer comunicación, y embarazo. La recurrencia del CaMa durante el proceso de investigación se consideró como único criterio de eliminación.

El trabajo se realizó entre 2018 y 2019. En todos los casos se firmó el consentimiento informado del Comité de Bioética e Investigación en Seres Humanos (COBISH) de Cinvestav y el la Secretaría de Salud de Yucatán (SSY).

Análisis de los datos

Se transcribieron todas las respuestas en una base de datos de Excel previamente diseñada y se llevó diario de campo. El análisis posterior se realizó en IMB SPSS Statistics 21 y en NVIVO10 de QSR. Las características socioeconómicas, clínicas y de autocuidado fueron analizadas de manera descriptiva; el significado de CaIV y los motivos de satisfacción se trabajaron por temas mediante categorías de análisis. Los resultados fueron analizados de manera y asociativa en tres áreas principales: a) la condición socioeconómica y las subjetividades derivadas del CaMa, b) la CaIV percibida y las condiciones socioeconómicas, y c) la CaIV percibida y las prácticas de autocuidado. En todas las pruebas se consideraron valores significativos cuando fueron menores o iguales a 0.05.

Para caracterizar a las participantes según sus condiciones de vida se construyó un índice socioeconómico, tomando en cuenta variables relevantes en el estudio de las desigualdades del proceso del CaMa en México (Hubbeling et al. 2018; Nigenda 2009; Ortega y Pérez, 2017) y de la CaIV (Kluthcovsky y Urbanetz, 2015; Lopes et al., 2018; Sat-Muñoz et al., 2011): ocupación, años de escolaridad e ingreso económico de la participante, índice de hacinamiento, gasto mensual per cápita en alimentación, acceso



y uso de recursos privados, y acceso y uso de recursos públicos. Para establecer un valor socioeconómico de referencia externo a la muestra se trabajó con la línea de pobreza por ingresos per cápita (LPI pc), usando de referencia el ingreso señalado por CONEVAL para la Línea de Pobreza por Ingresos (LPI) de zona urbana para el mes de diciembre de 2018, equivalente a \$3,089.37 MN (CONEVAL 2018).

Resultados y discusión

El 51.52 % de las participantes tuvieron NSE bajo, el 33.33 % un NSE medio, y el 15.15 % NSE alto. Del total de participantes el 45.45 % se encontraban por debajo de la LPI pc. En asociación mediante tablas de contingencia se encontró que más del 50 % de las participantes que: sentían miedo y culpa, las que habían experimentado violencia física o psicológica y problemas laborales durante el proceso del CaMa y las que no asistían a grupos de apoyo especializados en cáncer; estaban por debajo de la LPI pc. La prueba no paramétrica de Fisher indicó significancia de asociación sólo para las categorías de miedos y preocupaciones económicas y familiares y para las participantes que no asisten a grupos de apoyo ($p=0.033$).

La mitad de las participantes (51.52 %) tuvieron un nivel de AF medio, el 33.33 % un nivel de AF bajo y el 15.15 % un nivel de AF alto. El 72.72 % de las participantes dijeron que realizaban actividades físicas como parte del cuidado de su salud, de ellas, el 69.57 % hacía ejercicio aeróbico como salir a caminar, andar en bicicleta y zumba; y el 34.78 % terapias físicas integrativas como Chi Kung y Yoga. Menos del 50% de las participantes que sí realizaban prácticas de autocuidado con relación al CaMa estuvieron por debajo de la LPI pc. Particularmente en AF recomendada (25.0 %), terapias integrativas (0.0 %), dieta relacionada al CaMa (31.25 %) y apoyo emocional desde el tratamiento (37.93 %). El 60.0 % de las participantes por debajo de la LPI pc consumió alimentos saludables al menos una vez al día ($p=1.0$).

En cuanto a los resultados del WHOQOL-BREF la puntuación media del WHOQOL-BREF fue 73.80 (± 16.91), las puntuaciones por dominio fueron: relaciones sociales 80.12 (± 19.48), salud psicológica 75.39 (± 14.71), salud física 70.79 (± 17.35), y ambiente 68.88 (± 16.11). Al asociarse estos resultados con la condición socioeconómica, las participantes que estuvieron por debajo de la LPI pc tuvieron mejor CaIV en el dominio de salud psicológica. Al analizar los dominios del instrumento por NSE mediante el coeficiente de correlación de rho de Spearman se encontró un valor de -0.440 ($p=0.010$)



en el dominio de ambiente. El resto de las asociaciones no arrojaron valores significativos.

Por otro lado, la mejor CaIV, según WHOQOL-BREF, estuvo correlacionada con las barreras socioculturales para el autocuidado en las dimensiones de CaIV general ($p=0.001$), salud general ($p=0.004$), salud física ($p=0.035$), relaciones sociales ($p=0.015$) y ambiente ($p=0.035$). No se encontraron asociaciones significativas entre mejor CaIV, condición socioeconómica, prácticas de autocuidado, y las subjetividades derivadas del CaMa.

De las participantes que presentaron mejor CaIV en los dominios de salud física (≥ 70.79), salud psicológica (≥ 75.39) y relaciones sociales (≥ 80.12), el 83.33 % tuvo apoyo emocional desde el diagnóstico del CaMa. De quienes tuvieron mejor CaIV en el dominio de ambiente (≥ 68.88) el 94.74% tuvo apoyo emocional desde el diagnóstico. Todas las participantes con mejor CaIV en el dominio de salud física (≥ 70.79) tuvieron la creencia de haber superado el CaMa; el 50 % de ellas tuvo la creencia de salud relacionada a un ser superior.

El 83.33 % de las participantes con mejor CaIV en todos los dominios relacionaron el significado personal de CaIV con la salud integral. Sin embargo, los porcentajes disminuyeron respecto a considerar que la CaIV era también realizar prácticas de autocuidado (75 %).

Respecto a las limitaciones para el autocuidado, del 60.61 % de participantes que dijeron tener limitaciones para alimentarse adecuadamente y controlar su peso, el 70.0 % tuvo limitaciones económicas, al no tener los suficientes recursos económicos para comprar los alimentos considerados saludables o seguir una dieta prescrita; el 20 % tuvo limitaciones físicas, al no poder cocinar los propios alimentos; 20 % limitaciones por falta de tiempo debido a motivos laborales para la búsqueda y preparación de alimentos. Otras limitaciones menos frecuentes fueron: falta de disponibilidad de alimentos saludables en la zona de la vivienda (15 %) y familiares por cuidar a otros miembros del hogar (15%).

Los resultados encontrados en este estudio sugieren que, la comprensión la CaIV de las mujeres con CaMa en remisión, incluyendo aspectos objetivos y subjetivos en el planteamiento, fue relevante, ya que desde este enfoque integral se pueden observar las particularidades derivadas de las desigualdades e inequidades sociales. En esta



investigación las condiciones socioeconómicas y culturales desfavorables, de algunas de las participantes, podrían estar generando menores expectativas sobre el bienestar integral esperado después del CaMa, lo cual aumentaría la valoración sobre su CaV (Litwin, 2006).

Se encontró que puntajes más altos de CaV percibida no corresponden, necesariamente, a mejores prácticas de autocuidado, según lo recomendado para sobrevivientes de CaMa (Runowicz et al., 2016). Aunque el significado de CaV reportado, fue asociado por la mayoría de las mujeres a la salud integral, no se observó correspondencia entre éste y mejores prácticas de autocuidado, lo cual podría estar relacionado con falta de información y acceso a atención integral (Ortega y Pérez, 2018).

Según los resultados del WHOQOL-BREF la CaV de las participantes fue más alta en los cuatro dominios que en otros estudios realizados en población latinoamericana con CaMa, utilizando esta misma escala (Kluthcovsky y Urbanetz 2015; Huguet, Morais, Osis, Pinto-Neto y Gurguel, 2009; Salas y Grisales, 2010). La limitación comparativa de nuestros datos es el tamaño muestra y los criterios de inclusión. Sin embargo, estos resultados sugieren que, las mujeres de este estudio (en remisión del CaMa) perciben niveles altos de CaV que quienes están en tratamiento médico, etapa caracterizada por ansiedad, fatiga, dolor, miedo a la muerte y modificaciones en los estilos de vida personales y familiares (Aguilar, Neri, Mur y Gómez, 2013; Feuerstein et al., 2010; Nigenda 2009; Vargas y Pulido, 2012).

Las barreras socioculturales identificadas por las participantes como limitaciones para el autocuidado, más los efectos a largo plazo derivados del tratamiento y el CaMa, podrían disminuir la capacidad de las mujeres de acceder a distintos modos de vida (Sen, 2002), lo cual fue expresado en las barreras para el autocuidado identificadas por las participantes y los cambios en su rutina diaria. Por otro lado, las desigualdades de acceso a atención de calidad en las áreas psicológica, física, nutricional y espiritual, así como, las creencias relacionadas al cáncer (miedo, culpa, rechazo y estigmas sociales sobre el cuerpo) y la falta de recursos económicos; podrían estar limitando su posibilidad de recuperar la salud integral y de vivir socialmente libres de cáncer.

Por otro lado, el proceso del CaMa contribuyó en la toma de conciencia del estado de salud de las mujeres y de sus necesidades de autocuidado, al tener cambios en su conducta alimentaria, en sus prácticas de AF y el cambio de prioridades con enfoque a mejorar su salud, así como los cambios en su espiritualidad. Lo anterior puede estar



representando un despertar del autocuidado y relacionarse con el apoyo social recibido (Bouskill y Kramer, 2016; Schneider, Pizzanato y Calderón, 2015).

Conclusiones y recomendaciones

La valoración de la CaV estuvo más relacionada con las subjetividades del CaMa y con las creencias espirituales, que con las prácticas de autocuidado. Por ello, aunque las bajas condiciones socioeconómicas no se asociaron directamente con una peor CaV percibida, los factores subjetivos derivados de ellas, el acceso diferenciado en atención integral y las expectativas sobre el bienestar esperado después del CaMa, podrían estar mermando la CaV percibida y limitando las prácticas de autocuidado, disminuyendo la CaV integral.

Se recomiendan investigaciones longitudinales con muestras representativas por características clínicas, étnicas y demográficas, desde enfoques multidisciplinarios, que incluyan técnicas cualitativas con el objetivo de conocer las particularidades socioculturales de cada región; así como la creación de programas de salud pública que incluyan aspectos de AF, apoyo psicológico, terapias integrativas, nutrición oncológica; y el faciliten el acceso a indumentaria adecuada, así como a las recomendaciones para tener una vida espiritual que contribuya al bienestar integral; elaborados con perspectiva de género y con base en evidencias científicas.

Por último, es importante señalar que la falta de información sobre el universo de estudio no permitió calcular una muestra representativa; además, el tiempo de vinculación institucional, limitó el número de participantes al que se tuvo acceso, teniendo como resultado una muestra pequeña; por ello, no se pudo estratificar por características socioeconómicas, edad, EC, tipo de cáncer, tipo de tratamiento primario y de seguimiento. Esta situación dificulta la comparabilidad de los resultados, los cuales no se pueden generalizar a otras poblaciones.

Bibliografía

- Aguilar, C. M., Neri, S. M., Mur, V. N., y Gómez, V. E. (2013). Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. *Nutrición Hospitalaria*, 28(5), 1453-1457. doi: 10.3305/nh.2013.28.5.6517
- Armstrong, D., y Caldwell, D. (2004). Origins of the Concept of Quality of Life in Health Care: A Rhetorical Solution to a Political Problem. [journal article]. *Social Theory & Health*, 2(4), 361-371. doi: 10.1057/palgrave.sth.8700038



- Barroilhet, D. S., Forjaz, M. J., y Garrido, L. E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Especiales de Psiquiatría*, 33(6), 390-397.
- Birnbacher, D. (1999). Quality of Life: Evaluation or Description? *Ethical Theory and Moral Practice*, 2(1), 25-36.
- Bouskill, K., y Kramer, M. (2016). The impact of cancer and quality of life among long-term survivors of breast cancer in Austria. *Supportive Care in Cancer*, 24(11), 4705-4712. doi: 10.1007/s00520-016-3319-7
- Braun, R. (2017). La experiencia existencial como concepto naturalista de la espiritualidad. 83. doi: 10.26439/persona2017.n20.1741
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27.
- Cárdenas, J., Bargalló, E., Erazo, A., Maafs, E., y Poitevin, A. (2017). Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Séptima Revisión. Secretaría de Salud. México.
- CONEVAL (2018). Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México. Ciudad de México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
- Feher, S., y Maly, R. C. (1999). Coping with breast cancer in later life: The role of religious faith (Vol. 8, p
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., . . . Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, 136(5), E359-E386. doi: 10.1002/ijc.29210
- Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M., y Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud, y bienestar desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 48(2), 169-184.
- Feuerstein, M., Todd, B., Moskowitz, M., Bruns, G., Stoler, M., Nassif, T., y Yu, X. (2010). Work in cancer survivors: a model for practice and research. *Journal of Cancer Surviv*, 4, 415-437. doi: DOI 10.1007/s11764-010-0154-6
- Franco-Marina, F., López-Carrillo, L., Keating, N. L., Arreola-Ornelas, H., y Knaul, F. M. (2015). Breast cancer age at diagnosis patterns in four Latin American Populations: A comparison with North American countries. *Cancer Epidemiology*, 39(6), 831-837.



Gasper D. (2010). Understanding the diversity of conceptions of well-being and quality of life. *The Journal of Socio-Economics*, 39(3), 351-360. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socec.2009.11.006>

George, S. M., Alfano, C. M., Wilder Smith, A., Irwin, M. L., McTiernan, A., Bernstein, L., . . . Ballard-Barbash, R. (2013). Sedentary behavior, health-related quality of life, and fatigue among breast cancer survivors. *Journal of physical activity & health*, 10(3), 350-358.

GLOBOCAN (2018). Breast cancer fact sheet. Number of new cases in 2018, both sexes, all ages. International Agency for Research on Cancer-IARC. Encontrado en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf> [Último acceso 14 de marzo de 2019]

Gómez, D. H., Lewis, S., y Torres, S. L. (2009). El cáncer de mama en América Latina y el Caribe: morbilidad, mortalidad y carga de la enfermedad. Fundación Mexicana para la Salud, A.C. México, D.F.

Greenlee, H., DuPont-Reyes, M. J., Balneaves, L. G., Carlson, L. E., Cohen, M. R., Deng, G., Tripathy, D. (2017). Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 67(3), 194-232. doi: 10.3322/caac.21397

Hubbeling, H. G., Rosenberg, S. M., González-Robledo, M. C., Cohn, J. G., Villarreal-Garza, C., Partridge, A. H., y Knaul, F. M. (2018). Psychosocial needs of young breast cancer survivors in Mexico City, Mexico. *Plos One*, 13(5), e0197931. doi: 10.1371/journal.pone.0197931

Huguet, P. R., Morais, S. S., Osis, M. J. D., Pinto-Neto, A. M., y Gurgel, M. S. C. (2009). Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31, 61-67.

INEGI (2016). Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama (19 de octubre). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Aguascalientes, México.

IPAQ Research Committee. (2004). Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) - Short Form.

Kluthcovsky, A., y Urbanetz, A. (2015). Fatigue and quality of life in breast cancer survivors: A comparative study. *Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia: revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*, 37, 119-126. doi: 10.1590/so100-720320150005247



- Knaul, F. M., Nigenda, G., Lozano, R., Arreola-Ornelas, H., Langer, A., y Frenk, J. (2008). Breast cancer in Mexico: a pressing priority. *Reproductive Health Matters*, 16(32), 113-123.
- Knaul, F. M. (2009). Una mujer ante el cáncer de mama en México. *Salud Pública Vol* 51 (2). S364-S371.
- Lahart, I. M., Metsios, G. S., Nevill, A. M., y Carmichael, A. R. (2015). Physical activity, risk of death and recurrence in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Acta Oncologica*, 54(5), 635-654. doi: 10.3109/0284186x.2014.998275
- Laurell, A. C. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad.
- Linares-Pérez, N., y López-Arellano, O. (2008). La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social*, 3(3), 247-259.
- Litwin M.S. (2006) Health-Related Quality of Life. In: Penson D.F., Wei J.T. (eds) *Clinical Research Methods for Surgeons*. Humana Press. doi.org/10.1007/978-1-59745-230-4_13
- Lopes, J. V., Bergerot, C. D., Barbosa, L. R., Calux, N. M. C. T., Elias, S., Ashing, K. T., y Domencio, E. B. L. d. (2018). Impact of Breast cancer and quality of life of women survivors. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6), 2916-2921. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0081>
- Nigenda, L. G., González, R. L. M., Caballero, M., Zarco, M. Á., y González, R. M. C. (2009). Proceso social del cáncer de mama en México. Perspectiva de mujeres diagnosticadas, sus parejas y los prestadores de servicios de salud. Fundación Mexicana para la Salud A.C. (Ed.). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- OPS (2018). Cáncer de mama en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Encontrado en: <https://www.paho.org> / [Último acceso 22 de abril de 2019].
- Orem, D. E. (2005). *Nursing concepts of practice* (5 ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Ortega, J., y Perez, J. (2017). Cánceres en mujeres mayas de Yucatán. Pobreza género y comunicación social. Plaza y Valdés Editores, México.
- Pandey, M., Singh, S., Behere, P., Roy, S., Singh, S., y Shukla, V. (2000). Quality of life in patients with early and advanced carcinoma of the breast. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)* 26(1), 20-24. doi: doi:10.1053/ejso.1999.0734



- Park, C. L., Waddington, E., y Abraham, R. (2018). Different dimensions of religiousness/spirituality are associated with health behaviors in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 27(10), 2466-2472. doi: 10.1002/pon.4852
- Quispe, O., y Yoana, M. (2018). Apoyo social y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama que acuden al consultorio de oncología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima 2017.
- Rego de Carvalho, A. P., Batista dos Santos, T. M., y Pereira, F. M. (2012). Promocao do autocuidado a mulheres mastectomizadas. *Cogitare Enfermagem*, 17(3), 485-491.
- Runowicz, C. D., Leach, C. R., Henry, N. L., Henry, K. S., Mackey, H. T., Cowens-Alvarado, R. L., . . . Ganz, P. A. (2016). American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 66(1), 43-73. doi: 10.3322/caac.21319
- Salas, Z., y Grisales, R. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama. *Revista Panama Salud Pública*, 28(1), 9-18.
- Sat-Muñoz, D., Contreras-Hernández, I., Balderas-Peña, L.-M.-A., Hernández-Chávez, G.-A., Solano-Murillo, P., Mariscal-Ramírez, I., . . . Morgan-Villela, G. (2011). Calidad de vida en mujeres mexicanas con cáncer de mama en diferentes etapas clínicas y su asociación con características sociodemográficas, estados co-mórbidos y características del proceso de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Value in Health*, 14, S133-S136.
- Schneider, H. J., Pizzinato, A., y Calderón, U. M. (2015). Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Revista de Psicología*, 33(2), 439-467.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería IX* (2), 9-2.
- Secretaría de Salud (2011). Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. México.
- . (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. México.
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública /Pan Am J Public Health*, 11(5/6), 302-309.
- Silva, G. d., y Santos, M. A. d. (2010). Stressors in Breast Cancer Post-Treatment: a Qualitative Approach. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 688-695.



Torres, A. M. (2017). Cambios en el Estado Nutricional y de hábitos alimenticios en jóvenes, de la adolescencia a la adultez, en la ciudad de Mérida Yucatán. Maestría en Ciencias en la Especialidad de Ecología Humana, Cinvestav-Mérida, México.

Vachon, M. L. (2008). Meaning, spirituality and wellness in cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(3), 218-225.

Whitford, H. S., y Olver, I. N. (2012). The multidimensionality of spiritual wellbeing: peace, meaning, and faith and their association with quality of life and coping in oncology. *Psycho-Oncology*, 21(6), 602-610. doi: 10.1002/pon.1937

WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.



Producción de salud en el trabajo y felicidad

Alice Itani

Palabras claves

Producción, salud, trabajo, felicidad.

Introducción

Estudios sobre el trabajo carecen de uno de los ingredientes importantes de la vida y relacionado con la salud: la felicidad. La reflexión sobre la felicidad como el mayor bien deseado por el hombre está presente en la discusión desde el filósofo Aristóteles en la Antigüedad. Y como un significado potente de la vida forma parte del proceso de producción de salud.

Objetivo

El presente paper tiene por objetivo presentar perspectivas de análisis del proceso de producción de la salud en la relación entre trabajo y felicidad. Se basa sobre datos obtenidos en los estudios realizados con trabajadores de cuatro ramas de actividades.

Metodología

Se eligieron para este paper los estudios realizados con trabajadores de cuatro ramas de actividad: siderúrgicos de estudio realizado entre 1981 y 1985, trabajadores del metro de estudio realizado entre 1985 y 1992, pilotos de la aviación de estudio realizado entre 1994 y 2004 y controladores de tráfico aéreo de estudio realizado en el período entre 1997 y 2004.

El análisis privilegia la experiencia del trabajador con la actividad (Itani, 2009b y 2014), levantada y verificada por medio de surveys y observación de larga duración, acompañando trabajadores en sus actividades cotidianas juntamente con recolección de testimonios y entrevistas.

Se considera la salud como resultante de un proceso continuo de producción y que requiere cuidados continuos, atentos y cotidianos. La salud está entre los nueve pilares del indicador FIB Felicidad Interna Bruta. Para el análisis en este paper se eligieron cinco ítems del FIB que involucran directamente la actividad de los trabajadores, en el nivel micropolítico del espacio de trabajo: bien estar psicológico, gobernanza, tiempo, vitalidad comunitaria y salud, así comprendidos:



- a. Bienestar psicológico - comprendido por lo que resulta de la realización de una actividad que sea desafiadora y estimulante y que pueda proporcionar estímulo continuo en la realización de la actividad, resaltado como un elemento de indicador de calidad de vida por Stiglitz et al. (2009) y Albuquerque; Trocoli (2004);
- b. Gobernanza - comprendida por la relación que el trabajador consigue establecer con la actividad y la gestión directa del trabajo;
- c. Tiempo - comprendido por la posibilidad que se puede tener de dominio del propio tiempo y del usufruto de ese tiempo;
- d. Vitalidad comunitaria - comprendida por la convivencia solidaria en equipo de trabajo que posibilite y estimule un trabajo colectivo;
- e. Salud - comprendida como resultante de esos ítems anteriores como parte del proceso de producción y de las posibilidades de dominio que consigue tener de los cuidados del propio organismo.

Resultados y discusión

En el análisis de testimonios de trabajadores se destacan algunos puntos, a saber:

a. Bienestar psicológico

Entre los trabajadores del metro, pilotos y controladores de tráfico aéreo se verificaron frases que expresaban cierta satisfacción al conseguir resolver problemas desafiadores que la actividad imponía en el cotidiano de acción.

Entre los trabajadores de los servicios de transportes, se percibió un establecimiento de una relación con el trabajo, que lo consideraban hasta como “mi trabajo” y que se verificó como proporcional al respeto que tenían con los usuarios. Esa perspectiva también se puede comprender por estar en la punta de la línea de la producción del servicio de transporte, en el que los resultados de su trabajo se pueden visualizar delante del usuario.

Entre los testimonios de pilotos se pudieron identificar hasta frases como “eso es mi cachaza”. Esa expresión parece mostrar una pasión por estar en vuelo y pilotar, como por la actividad que realizaban. Ese dato parece enseñar que eso los mantenía desafiados y alertas, con lo que conseguían controlar las adversidades de los sistemas,



de las máquinas y de las tecnologías como también de las intemperies de la naturaleza como lluvias, tempestades, nieve.

Entre los siderúrgicos las frases estaban asociadas a los desafíos de la producción, que establecían en el inicio de cada año, y para los cuales los estímulos entre los equipos eran elementos que daban soporte y refuerzo. Entre los pilotos, controladores de tráfico aéreo y conductores de tren del metro se identificó que valorizan la actividad y hasta mismo un enaltecimiento de su actividad. Los desafíos que enfrentan cotidianamente es expreso como “aquí un día no es igual al otro”.

b. Gobernanza

La relación de los siderúrgicos, trabajadores del metro, pilotos de la aviación y controladores de tráfico aéreo con el trabajo estaba más asociada a la actividad misma. Se notó una relación próxima con los liderazgos y coordinaciones de los equipos, con las cuales contaban y confiaban como un cambio de confianza y una acción de la gestión directa. No había la misma confianza en relación a la actuación de la alta dirección.

Por otro lado, se notó un dominio del proceso de trabajo por los equipos. Se pudieron identificar que se apropian de sus trabajos organizándolos por medio de una red colectiva. Por esa red elaboraron colectivamente un método de trabajo distinto del establecido (Itani, 2014 e 2018).

c. Tiempo

El tiempo de vida y el dedicado al trabajo son siempre conflictivos y contradictorios, una vez que el trabajo en turnos desestructura la vida cotidiana del trabajador. Con todo, se verificó que hay equipos que administraban el trabajo en turnos de otras formas. Eso les posibilitaba disfrutar de una vida familiar y social con otras actividades que desarrollaban.

Aunque sean limitadas las posibilidades de organizarse, dentro de un mar de reglas, las diferentes formas creadas por los equipos mostraban perspectivas de organizar y gestionar sus tiempos de vida con los del trabajo en turnos (Itani, 2014). Esa gestión, sin embargo, era informal dentro de los equipos, que establecían relaciones de cambios dentro de una red de solidaridad y conseguían organizar mejor sus tiempos.



d. Vitalidad comunitaria

Los testimonios resaltan el espacio de convivencia con los colegas, los cambios, las formas de elaboración del trabajo cotidiano como también la cooperación que establecen entre ellos y de una solidaridad muy fuerte entre los grupos, especialmente entre los equipos. Se menciona también esa solidaridad como soporte organizacional por Tamayo et al. (2002), Eisenberger et al. (1986). De esa convivencia se destaca el trabajo colectivo (Cru, 2016) que se desarrollaba dentro de los equipos.

Los testimonios de los siderúrgicos y trabajadores del metro muestran que la solidaridad desarrollada entre ellos en los ambientes de trabajo era también compartida en sus vidas fuera de los locales de trabajo. Y que también puede ser verificada en la fuerza de esas categorías como trabajadores.

Los controladores de tráfico aéreo desarrollaron también una mejor forma de prestación del servicio, rompiendo muchas veces con las normas establecidas, en lo que denominamos de creación colectiva (Itani, 2015 e 2018). Es reciente que se reconoce la creación del trabajador en las organizaciones (Nonaka et al 2003, Nonaka 1994 y Voorberg et al. 2015).

e. Salud

La actividad de los pilotos, trabajadores de metro y controladores de tráfico aéreo es altamente estresante como se pudo verificar durante los estudios en campo y también corroborado por la literatura. Esos profesionales estaban expuestos a riesgos y daños a la salud física, mental y emocional tanto por las exigencias de la actividad en sí como por los esfuerzos emocionales para dominar las anormalidades (Itani, 1998, 2009a, 2015).

Fue identificado una apropiación del trabajo por medio de una red de confianza y solidaridad desarrollada entre los equipos eran motores importantes. Los desafíos cotidianos les impulsaban hacia una acción con mayor atención en la medida que contaban con esa confianza y vivencia solidaria (Tamayo et al. 2002; Eisenberger et al. 1986). Son puntos que posibilitan arriesgar a afirmar que contribuyeron para que los daños y los agravios no llegaran a establecerse de manera más intensa.

Entre los testimonios de conductores de tren del metro, pilotos de la aviación y controladores de tráfico aéreo que realizaban la actividad con mucha atención, como un desafío. Las bajas tasas de absentismo y de alejamientos y licencias en esas



actividades, mucho más que en otras actividades pueden ser considerados como indicadores de que esas actividades eran desafiantes y proporcionaban estímulo en la realización de la actividad.

Eso no significa, con todo, que no hubiese conflictos, sufrimientos, daños y agravios, presentes entre esas actividades. Y, que son objeto de otros artículos y papers.

Consideraciones finales

El reconocimiento de la creación, la identificación de una creación colectiva que se desarrolla en los espacios de trabajo y la apropiación de los procesos de trabajo por una red de solidaridad son puntos que contribuyen para comprender lo significado que estos trabajos tienen para esos trabajadores. E que pueden contribuir para la producción de salud como pueden delinear perspectivas de análisis de la relación trabajo y felicidad.

El presente paper no pretende agotar el asunto como también no se puede afirmar que hay posibilidad de que tales datos estén presentes en otros contextos e incluso en el contexto actual. Eso requiere otros estudios y más profundización.

Vale resaltar que esos puntos no han estado directamente presentes en los momentos en que se realizaron los surveys, entrevistas y observaciones en los espacios de trabajo en los diversos momentos en que se realizaron esos estudios. Sin embargo, esos puntos emergieron en la relectura de los materiales de campo, especialmente de la observación de larga duración y los testimonios obtenidos durante aquellos períodos y en aquellos contextos.

Agradecemos a todos los trabajadores que estuvieron involucrados en esos estudios y que permitieron observar la realización de sus actividades en cada momento de los espacios de trabajo, como también escuchar sus testimonios y relatos sobre sus experiencias, y las formas que establecieron de trabajo colectivo, y que nos ha posibilitado comprender esos universos de trabajo. Agradecemos a todos los equipos que estuvieron presentes en esos estudios, a los dirigentes sindicales que acompañaron y debatieron los datos de los estudios y a los dirigentes de las instituciones y empresas que posibilitaron la realización de esos estudios. Agradecimientos especiales a CNPq, Fapesp, Fundunesp y Capes, que atribuyeron recursos a los proyectos de los estudios en los diversos períodos, sin los cuales no habría sido posible ninguno de los estudios.



Fueron seguidos los procedimientos éticos en la realización del estudio en campo, con previa exposición sobre el estudio, sus objetivos e importancia para las políticas públicas, con concordancia libre y consentida en los testimonios y entrevistas, y en la observación en campo.

Referências

- Albuquerque, A; troccoli, B. Desenvolvimento de uma escala de bem estar subjetivo. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 20, n. 2, 2004.
- Cru, D. Collectif et travail de métier: sur la notion de collectif de travail. *Travailler*, v. 1, n.35, 2016.
- Eisenberg, R; Huntington, R; Hutchinson, S; Sowa, D. Perceived organizational support. *Journal of applied psychology*, v. 71, n. 3, 1986.
- Itani, A. A experiência e a criação no trabalho de controle de tráfego aéreo. Análise de uma experiência. *International Journal of working conditions*, v. 34, n. 15, junho 2018.
- Itani, A. Effort and collective creation. Experience in air traffic control work. *International Journal of Social Sciences Studies*. v.3. 2015.
- Itani, A. Work experience. *Psychology*, v.5, 2014.
- Itani, A. Com a cabeça no ar. São Paulo: Hucitec, 2009a.
- Itani, A. um olhar sobre a experiência de trabalhadores da aviação com as condições de trabalho. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, v.14, 2009 b.
- Itani, A. Saúde e gestão na aviação. *Psicologia e Sociedade*, v.21, 2009 c. ITANI, A. Trabalho e saúde na aviação. São Paulo: Hucitec, 1998.
- Itani, A. Subterrâneos do trabalho. São Paulo, Hucitec, 1997.
- Nonaka, I. & Toyama, R. The knowledge creating theory revisited. *Knowledge creation as a synthethizing process. Knowledge management research & practice*, v.1, 2003.
- Nonaka, I. A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organization science*. v.5, n. 1, 1994.
- Stiglitz, J; Sen, A; Fitoussi, JP. Measurement of economic performance and social progress, Relatório Comissão, 2008.
- Tamayo, MR; Troccoli, BT. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia*, v. 7, n. 1, 2002.
- Voorberg, W. H., Bekkers, V. J. J. & Tummers, L.G. A systematic review of co-creation and co-production. *Public Management Review*, v. 17, n. 9, 2015



Adoecimentos e mortes no trabalho: o caso do Pólo Industrial de Manaus (PIM)

Erika Almeida Soares

O presente texto apresenta os resultados preliminares de uma investigação, de caráter exploratório, acerca da relação entre trabalho e o processo saúde-doença entre os/as trabalhadores/as das empresas do Polo Industrial de Manaus (PIM). Nesse sentido, buscamos destacar os efeitos sociais da industrialização, como sugere Hobsbawn (2000) enquanto aspecto indissociável da dimensão material da vida social.

Nesse sentido, analisar as consequências da velocidade da acumulação do capital na vida e na saúde dos trabalhadores, em certo sentido, pode revelar uma dimensão da história contemporânea dos “mundos do trabalho” na cidade de Manaus, Estado do Amazonas, muitas vezes, invisibilizada. Em outras palavras, aspiramos responder à invisibilidade do lado humano do trabalho (Lacaz apud Minayo-Gomes, 2011) e, conseqüentemente, às possíveis causas de “deformações para o trabalhador” em decorrência do advento dos modernos processos de trabalho nos estudos sobre a Zona Franca de Manaus (ZFM).

Historicamente, a farta disponibilidade de mão de obra, aliada ao controle político das organizações representativas dos trabalhadores, frágil controle do cumprimento da legislação trabalhista e oferta de incentivos fiscais e liberdade para o fluxo de capitais para o exterior, são requisitos determinantes, para a implantação de uma zona franca (Ribeiro, 2004; Seráfico, 2011; Freitas Pinto, 1987). Profundas e contraditórias transformações ocorreram na cidade de Manaus em virtude da implantação da ZFM. Em termos de mudanças nos processos produtivos e do trabalho e, conseqüentemente, à vida de grandes contingentes de trabalhadores, a capital do Amazonas se tornou um “forte centro gravitacional capaz de mobilizar uma massa considerável de mão-de-obra, em que uma parte dela iria se transformar em força de trabalho, participando do trabalho coletivo de reprodução ampliada de capital (...)” (Oliveira, 2001, p. 56-57).

Para Valle (2004), há uma tendência das empresas exigirem uma maior qualificação do trabalhador, onde este deve se caracterizar por ser “polivalente, multifuncional, consciente e responsável”. Silva (2004) expõe a relação entre a intensificação de força de trabalho e os baixos níveis de remuneração dos trabalhadores do PIM, desde os seus primórdios.



Moraes (2010) mostra em seu estudo que a inserção em uma área de forte presença de tecnologia, como a de injeção eletrônica, não garante ao trabalhador melhores condições salariais ou de trabalho. Ao contrário: os trabalhadores que atuam no setor de injeção eletrônica, apesar de se sentirem privilegiados por lidarem com “alta tecnologia”, também sofrem por conta “(...) da baixa remuneração, da tensão e do excesso de trabalho e de cobrança, relacionados à intensificação do trabalho que acompanhou a reestruturação produtiva” (p. 29).

Um outro fenômeno que também tem causado mudanças no processo de trabalho no PIM, mas que se generaliza nos “mundos do trabalho” no mundo, é o aumento da terceirização, o que tem provocado nos trabalhadores uma espécie de “sentimento de instabilidade no emprego”, especialmente os não-terceirizados que receiam vivenciar níveis de precariedade como as dos terceirizados, como a diminuição dos salários e a perda de direitos sociais (Vieira, 2004). Sem deixar de mencionar os efeitos sociais, como a degradação da vida do conjunto da classe trabalhadora que vive em Manaus quando tem que conviver com os altos níveis de desemprego e escasso acesso a serviços sociais públicos, da área da assistência social à saúde, bem como da dificuldade de acesso e garantia de direitos trabalhistas e previdenciários.

A reestruturação do capital e as transformações na vida e na saúde dos trabalhadores

O debate em torno do fenômeno do processo de adoecimento entre trabalhadores no capitalismo contemporâneo é vasto, complexo e bastante heterogêneo. Não ambicionamos expor e sistematizar o conjunto das contribuições teóricas e históricas em torno do tema. No entanto, buscamos situar aquele fenômeno no contexto das recentes transformações em decorrência da reestruturação do capital e dos seus efeitos na organização da produção e nas relações de trabalho, com destaque para os efeitos no processo saúde-doença do trabalhador e a partir de uma perspectiva de “saúde do/a trabalhador/a” onde as contradições entre o capital e o trabalho não são atenuadas ou abstraídas, como sugerem estudos e análises de Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), Lacaz (2007) e Mendes e Dias (1991).

As inúmeras transformações que têm impactado as sociedades contemporâneas, como a reestruturação do capitalismo nos últimos decênios do século XX, repercutem material e subjetivamente nos mundos do trabalho – das formas de produção e organização do trabalho às condições de vida e de saúde dos trabalhadores. Nos dias atuais, mesmo



que se comprovem avanços e conquistas nas áreas de segurança e saúde no trabalho, ergonomia, medicina, só para citar algumas, é possível dizer que os processos de trabalho, sob a determinação da lógica da reprodução do capital, continuam por influir ou mesmo determinar as formas como adoecem e morrem os trabalhadores. Como alertara K. Marx, na sociedade moderna, sob o predomínio do capital, ocorre “desperdício de vida e saúde dos trabalhadores”.

O processo dos novos princípios e métodos que o modelo chamado de acumulação flexível (Harvey, 1992; Antunes, 1999) introduz aos processos e às relações de trabalho, combinado ou não com princípios do modelo taylorista-fordista (Antunes, 1999), produz e/ ou reforça uma intensificação da precarização e precariedade do/no trabalho (Druck e Franco, 2007). Dialeticamente, portanto, emergem novas consequências para a vida e a saúde dos trabalhadores, inclusive redefinindo os perfis epidemiológicos dos diferentes ambientes de trabalho no mundo. O que veremos a partir de agora é como tal processo tem se dado, assim como os efeitos à vida e saúde entre aqueles e aquelas que vendem sua força de trabalho no PIM.

O processo de adoecimento dos trabalhadores do PIM: uma introdução ao debate

Como se vê, o modelo flexível repercute tanto na forma de organização da força de trabalho quanto no processo de trabalho dos diferentes setores da economia e em múltiplos territórios onde o capitalismo adota como base de produção, como é o caso das zonas francas implantadas em diversos países. No entanto, desde a sua criação, a Zona Franca de Manaus (ZFM) transformou-se de modo significativo. A atividade produtiva de tipo industrial foi se consolidando como a principal atividade econômica do PIM, seja como participação no PIB brasileiro e da região, seja em termos de faturamento. Nesse sentido, a indústria configura-se como o centro aglutinador de força de trabalho desde a criação da ZFM e, é esse aspecto – o daqueles/as que “vivem do trabalho” – que nos interessa a ser abordado.

O PIM conta, em 2018, com 496 projetos industriais, que representam indústrias de diversos setores, como de bens de informática, eletroeletrônico, metalúrgico, mecânico, químico, têxtil, automotivo (duas rodas), bebidas, indústria moveleira, de editorial e gráfico (FGV/EESP, s/d); SUFRAMA, 2018). O faturamento do PIM, em 2012, foi em torno de R\$ 74 bi, enquanto que, em 2017, obteve o total de R\$82 bilhões, “sendo que 75% do faturamento do Polo advém, basicamente, de quatro setores: bens de



informática, eletrodomésticos, duas rodas e setor químico (matérias plásticas)”, segundo estudo da FGV/ EESP (s/d).

Segundo informações da SUFRAMA, até abril de 2018, o PIM emprega diretamente cerca de 87 mil trabalhadores, números bem abaixo dos registrados em 2012, quando empregava 117.686 trabalhadores e, menos ainda do que em 2014, quando chegou a empregar cerca de 122 trabalhadores nas empresas do Polo, entre efetivos, temporários e terceirizados. Em termos de gênero, a força de trabalho feminina no Amazonas, em 2007, considerando o total da Indústria de transformação, fortemente absorvida pelo PIM, ocupou cerca de 58.300 postos, no total de 174.440, com forte presença no subsetor eletroeletrônico. Enquanto que, em 2019, dados dos Indicadores de Desempenho do Polo Industrial de Manaus (PIM)

“(...) apontam que, atualmente, existem mais de 23 mil trabalhadoras empregadas, o que representa uma participação de aproximadamente 25% em relação à mão de obra total. As mulheres são tradicionalmente mais requisitadas em segmentos estratégicos do Polo, como Eletroeletrônico, Relojoeiro e Isqueiros, Canetas e Barbeadores Descartáveis, que historicamente têm preferência pela mão de obra feminina devido ao fato de demandarem grande poder de concentração e detalhamento na execução das tarefas”.

Por conta dos limites deste texto, cujo caráter é exploratório, apresentamos a seguir alguns dados sobre o processo de adoecimento por conta do trabalho nas empresas do PIM. Esses dados oferecem algumas pistas de como a força expansiva do capital continua por condicionar ou mesmo determinar como e por que trabalhadores adoecem, acidentam-se ou mesmo morrem em decorrência das condições de trabalho.

O conjunto dos trabalhadores das indústrias do PIM tem sofrido com a permanência de alguns agravos, como os casos de acidentes que envolvem máquinas, ferramentas e equipamentos, que causam muitas vezes amputações de membros; mas também sofrem com a emergência de novas formas de adoecimento, como, por exemplo, os agravos relacionados à LER/ DORT.

Entre os anos de 2012 e 2018, em Manaus, os “setores econômicos” mais registrados nas notificações de acidentes de trabalho, conforme o conjunto de Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) emitidas, aqueles ligados ao setor industrial se destacam, conforme mostra Tabela 1 a seguir:



Setor	Nº	(%)
Fabricação de aparelhos de recepção, reprodução, gravação e amplificação de áudio e rádio	2.536	7%
Fabricação de motocicletas	2.209	6%
Transporte rodoviário coletivo de passageiros	2.054	6%
Transporte rodoviário de carga	1.428	4%
Fabricação de artefatos de material plástico não especificado anteriormente	1.276	4%
Construção de edifícios	1.154	3%
Total	10.657	30%

*Tabela 1 - Setores Econômicos com maior notificações de acidentes de trabalho (2012-18) **

Fonte: Dados obtidos e organizados pela autora a partir da Plataforma do SmartLab do Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho/ MPT, 2019

**Os demais setores registram 2 ou menos 2% do total das notificações*

Observa-se que entre os seis primeiros setores mais citados em notificações de acidentes de trabalho, conforme o conjunto de emissões de CAT, no período mencionado, três deles correspondem ao setor industrial, predominante no PIM, e que correspondem conjuntamente a 17% no universo de setores mencionados em Manaus, totalizando, assim, cerca de 6 mil dos acidentes registrados naquele escopo temporal. É importante destacar que esses três “setores econômicos” são citados em várias outras simulações do Observatório SST/MPT, como, por exemplo, quando se pesquisa as “Ocupações” com mais registros de acidentes de trabalho, os tipos de lesões mais frequentes, os “Agentes Causadores” ou a emissão de benefícios acidentários por conta do trabalho, por meio do benefício B91.

Comentaremos de modo breve, a seguir, alguns dados que demonstram a presença daqueles três setores no quadro geral das características dos acidentes (e doenças) relacionados ao trabalho (conforme dados da CAT e SINAN) e os desdobramentos no âmbito da previdência social, em acordo com informações do INSS. Com isso, para simplificar a exposição, renomeamos cada setor do seguinte modo: a) fabricação de aparelhos; b) fabricação de motocicletas e c) fabricação de artefatos plásticos.

Quando da identificação das “Ocupações” mais frequentes nos registros de acidentes de trabalho, destacam-se entre os cinco primeiros, conforme Tabela 2 abaixo:



Ocupação	Nº	(%)
Alimentador de linha de produção	1.786	5%
Op.linha de montagem (ap.eletrônicos)	1.378	4%
Servente de obra	1.364	4%
Montador de veículo (linha de montagem)	1.111	3%
Montadores de equip. eletrônicos	961	3%
Ajudante de motorista	932	3%
Cobrador de transp. Coletivo	925	3%
Total	8.457	25%

*Tabela 2 – Tipos de ocupações segundo as notificações de acidentes de trabalho (2012-18)**

Fonte: Dados obtidos e organizados pela autora a partir da Plataforma do SmartLab do Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho/ MPT, 2019

**Os demais setores registram 2 ou menos 2% do total das notificações*

Os dados expostos na Tabela 2 informa que, das sete ocupações mais mencionadas nos registros de acidentes de trabalho, via CAT, quadro delas correspondem ao setor da indústria de transformações, em particular aquelas típicas dos setores mencionado na Tabela 1. Além disso, as quatro “Ocupações” são citadas em cerca de 5.200 (15%) dos registros, no universo total de 8.457 (25%), quando se observam apenas as que obtiveram registros de 3% ou mais.

Quando se observa cada um dos três setores – o de fabricação de aparelhos, o de motocicletas e o de artefatos plásticos e os tipos de ocupação que mais aparecem nos registros, revela-se o seguinte cenário: no caso do setor de fabricação de aparelhos, as ocupações chamadas de “operador de linha de montagem” e a de “montador de equipamentos eletrônicos” respondem pelo total de 54% das ocupações que mais registram acidentes; no de fabricação de motocicletas, só a ocupação de “montador de veículo (linha de montagem)” responde por 43% dos casos de acidentes de trabalho no setor; e, por fim, as ocupações de “moldador de plástico por injeção”, de “alimentador de linha de produção” e a de “operador de máquinas fixas em geral” somam 531 registros, que correspondem a 41% do conjunto de acidentes de trabalho no setor de fabricação de artefatos plásticos, no período delimitado.

Os dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social, o INSS, quando se referem à concessão de benefícios acidentários relacionado ao trabalho, o chamado B91, indicam consonância com o sucinto levantamento acima relatado segundo os



dados obtidos via CAT. No mesmo período, de 2012 a 2018, as atividades econômicas que mais tiveram concessão de benefícios acidentários em virtude do trabalho, em ordem decrescente, são: Fabricação de aparelhos com 2.532 (12%); Transporte rodoviário com 1.106 (6%); Fabricação de motocicletas com 960 (6%); Fabricação de componentes eletrônicos com 610 (3%); e Fabricação de artefatos com 555 (3%).

Entre as lesões mais frequentes, de acordo com os dados obtidos pela CAT, no período de 2012 a 2018, as que constatarem “cortes, lacerações, inflamações de articulação, escoriações e fraturas” ganham destaque nos três setores mencionados. Os “cortes, laceração, ferida contusa, punctusa” são os tipos de lesões mais frequentes nos três setores, de modo que, no de fabricação de aparelhos aparece com 679 notificações (27% do total de casos no período); o de fabricação de motocicletas esse tipo de lesão representa 28% do cenário, totalizando cerca de 613 casos; já o de fabricação de artefatos plásticos registrou 434 casos desse tipo de lesão, e que representa 34% do total no setor.

A lesão denominada “inflamação de articulação, tendão ou muscular”, muitas vezes característica de casos de trabalhadores que desenvolvem LER/DORT, também aparece com destaque nos registros de acidentes. Nesse sentido, o histórico consultado apresenta 305 casos (12%), no setor de fabricação de aparelhos, 266 registros (12%), no de fabricação de motocicletas e, no de fabricação de artefatos, contou-se 189 casos, que representa 15% das lesões notificadas no período. Conforme dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), alimentado pelo Sistema Único de Saúde, o SUS, a notificação de LER/DORT aparece em quarto lugar, em Manaus, com 1.653 casos (9%), porém, no período de 2007 a 2018, de acordo com dados tratados pelo SmartLab, do Observatório SST/MPT.

Sobre esse tema ainda, vale complementar tal retrato com os dados do INSS para os casos de afastamentos do trabalho devido casos de concessão de benefício acidentário (o B91) e a relação com a Classificação Internacional de Doenças (CID). Quando os trabalhadores são oriundos do setor de fabricação de aparelhos, os casos de lesões de ombro chegou ao número de 1.114 (48%) registros, os de sinovite e tenossinovite com 646 (28%) e as mononeuropatias dos membros superiores com 231 (10%). As situações que comprovam lesões de ombro com cerca 361 (39%) e os de sinovite com 211 (23%) são as de maior destaque no de fabricação de motocicletas. Por fim, o setor de fabricação de artefatos corresponde ao seguinte quadro: lesões de ombro com 204



(37%); sinovite e tenossinovite com 083 (15%); as mononeuropatias com 061 (11%) e as fraturas de nível de punho e mão contam com 053 (10%) dos casos, entre os anos de 2012 a 2018.

É inegável o que revela o breve retrato a respeito dos agravos e lesões que compõem as LER/ DORTs, onde as patologias recorrentes no processo saúde-doença de parte significativa do conjunto dos trabalhadores que atuam no PIM são oriundas de sobrecarga devido ao processo permanente de reorganização do processo e gestão do trabalho. Em estudo de CARVALHO e Moraes (2011) foi atestado que: “os resultados da pesquisa apontam que para a sobrecarga como fator preponderante no adoecimento no trabalho no PIM, com destaque para as LER/DORTs. A sobrecarga decorrente da intensificação do trabalho relacionada ao modo de acumulação flexível do capital encontra ressonância em um ambiente pautado pela submissão às pressões e exigências organizacionais, o que conduz ao agravamento do sofrimento e contribui para o processo de adoecimento” (p. 03).

Se forem destacadas as partes do corpo desses trabalhadores/as atingidas em virtude de acidentes por conta do trabalho, os dedos, ombros, mãos, braços e olhos são as mais registradas. Nos três setores, as partes relatadas acima e ou maioria delas dão conta de cerca de 50% do total de registros de acidentes de trabalho.

Em relação ao “grupo de agentes causadores” de acidentes de trabalho, onde é possível inferir alguns elementos que caracterizam os processos de trabalho aos quais milhares de trabalhadores estão submetidos nas empresas do PIM, aparecem em destaque os seguintes grupos (de acordo com os números absolutos e porcentagem): máquinas e equipamentos, esforço físico, veículos de transporte e agente químico.

(In) Conclusões

Se considerarmos as múltiplas formas de adoecimentos – de acidentes fatais às deformações físicas em idade precoce, seja em virtude de acidentes, seja por conta dos efeitos de doenças ocupacionais – que têm afetado os trabalhadores das indústrias do PIM nas últimas décadas, é possível inferir que eles convivem com situações que configuram penosidade do/ no trabalho (Linhart, 2011). Em outras palavras, com a tendência à degradação da força de trabalho, está em curso, na verdade, também a degradação da saúde e da vida de grandes contingentes de trabalhadores do PIM.



Os adoecimentos relacionados ao trabalho, aliás, seja por conta de doenças ocupacionais seja em virtude de acidentes de trabalho, predominam no quadro geral quando comparados aos casos de mortes relacionadas ao trabalho. Mas os números de casos e registros de diferentes fontes de informações não conseguem mostrar em profundidade as complexas consequências para a vida de um contingente importante de trabalhadores e trabalhadoras do PIM.

Diante de tal situação, vale rememorar uma das passagens de Marx (2004), onde comenta que no trabalho assalariado, alienado e estranhado, o trabalhador “não desenvolve nenhuma energia física e espiritual livre, mas mortifica sua physis e arruína o seu espírito” (p. 82). Ele diz também que sob a égide do capital “o trabalho produz maravilhas para os ricos, mas produz privação para o trabalhador. Produz beleza, mas deformação para o trabalhador” (grifo meu, Idem). Relatos e denúncias não faltam nos diferentes “mundos do trabalho” contemporâneo, inclusive no PIM (VER reportagem!!).

Distante de garantir um progresso significativo no bem-estar ao conjunto da classe trabalhadora na cidade de Manaus, a implantação da ZFM provocou, na verdade, mudanças desastrosas na vida e na saúde de milhares de trabalhadores nas últimas décadas. O aumento progressivo de acidentes e, conseqüentemente, de sequelas que afetam não só a dimensão biológica do trabalhador, mas também seus aspectos de caráter social, humano e subjetivo, têm sido recorrentes conforme mostram os recentes dados epidemiológicos e previdenciários e as denúncias do sindicato dos trabalhadores. Soma-se ao cenário de adoecimentos por conta do trabalho, outros aspectos que configuram o trabalho hoje nas empresas e setores que mais adoecem, acidentam e matam no PIM, como: rotatividade do trabalho, ampliação do trabalho temporário e terceirizado, salário médio em baixa, entre outros.

Este breve retrato das condições de trabalho e vida dos trabalhadores das indústrias da ZFM parece indicar que ainda continua atual o que diz Marx quando aponta que “o capital adquire (...) a capacidade não só de assumir o controle total da força de trabalho no âmbito produtivo, subordinando-a, até as últimas consequências, aos seus próprios fins; ele passa a regular ‘o desenvolvimento da força de trabalho’, submetendo-a ferreamente, cada vez mais à velocidade de sua acumulação” (Marx apud Fernandes, 2003, p. 96).

De modo mais preciso, é necessário ampliar e aprofundar os estudos e pesquisas acerca do processo de produção e reprodução do capital nesta região da Amazônia,



desde a implantação do modelo ZFM, no contexto de um capitalismo dependente e periférico brasileiro (Sampaio Jr. 1997 e 2012). Importa também investigar: como tem se constituído o trabalho e suas novas configurações e contornos no PIM, assim como os efeitos desse trabalho no processo de adoecimento dos milhares daqueles e daquelas que “vivem do trabalho” no PIM? Como e em que circunstâncias têm adoecido ou morrido os trabalhadores das indústrias do PIM, em um contexto de reestruturação produtiva? O que pensam e como reagem os trabalhadores/as adoecidos por motivos relacionados ao trabalho sobre as motivações e possíveis relações entre as condições e relações de trabalho e o seu processo de adoecimento? Quais táticas e/ ou estratégias os trabalhadores e os sindicatos têm adotado de modo a responder o fenômeno da situação epidemiológica alarmante nos ambientes e processos de trabalho nas empresas do PIM? Essas são algumas das questões que deverão nortear os próximos passos dessa pesquisa.

Bibliografia

Alves, Giovanni. O novo (e precário) mundo do trabalho – reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. São Paulo: Boitempo, 2000.

_____. Trabalho, capitalismo global e “captura da subjetividade”: uma perspectiva crítica. In: Sant’ana, Raquel et al (Orgs.). O avesso do trabalho II – trabalho, precarização e saúde do trabalhador. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

Almeida, Ildeberto M. de. Acidentes de Trabalho e Repolitização da Agenda da Saúde do Trabalhador. In: Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Minayo Gomes et al (Org.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

Antunes, Ricardo. Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 6a. ed. São Paulo: Ed. Cortez; Campinas, SP: Ed. UNICAMP, 1999.

_____. Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 5a. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2001.

_____. Anotações sobre o capitalismo recente e a reestruturação produtiva no Brasil. In:

Carvalho, G.M. e Moraes, R. Dutra de. Sobrecarga de trabalho e adoecimento no Polo Industrial de Manaus. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 465-482, dez. 2011.

Ferreira, S. M. P e Botelho, L. O emprego industrial na Região Norte: o caso do Polo Industrial de Manaus. Ver. Estudos Avançados 28 (81), p. 141-153, 2014.



FGV/ EESP. Zona Franca de Manaus – impactos, efetividade e oportunidades. Disponível em www.site.suframa.gov.br/assuntos/publicacoes/estudo_fvg_zfm_impactos_efetividade_e_oportunidades.pdf/view . Consulta em 02/05/2019.

Freitas Pinto, Ernesto Renan. Como se produzem as zonas francas. In: Trabalho e produção capitalista. Belém, PA: Série Seminários e Debates, n. 13, pp. 1-17, 1987.

Linhart, Danièle. A desmedida do capital. São Paulo: Boitempo, 2007.

Gomez, Carlos M. e Lacaz, F. A. de Castro. Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões. In: Revista Ciência & Saúde coletiva, V. 10, nº 04, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

_____. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro 13 (Supl. 2): 21-32, 1997.

Harvey, David. A Condição Pós-Moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. Tradução de Adail Sobral e Maria Stela Gonçalves. 3a. ed. São Paulo: Ed. Loyola, 1993.

Marx, Karl. Manuscritos Econômico-filosóficos. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2004.

Minayo Gomes, Carlos. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Minayo Gomes et al (Org.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

Moraes, Rosângela D. de. Prazer-sofrimento no trabalho com automação: estudo em empresas japonesas no Polo Industrial de Manaus. Manaus: EDUA, 2010.

Oliveira, Antonio P. Zona Franca de Manaus: análise dos discursos intelectuais nas categorias estado e desenvolvimento regional. Dissertação de Mestrado, Manaus, ICHL/UFAM, 2001.

Pena Paulo G. L. & Gomes, Alessandra R. A exploração do corpo no trabalho ao longo da história. In: Vasconcelos, Luiz C. F. & Oliveira, M^a Helena B. de. Saúde, Trabalho e Direito – uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: EDUCAM, 2011.

Ribeiro, Marlene. Dimensão pedagógica da violência na formação do trabalhador amazonense. In: Somanlu: Revista de Estudos Amazônicos do Programa de Pós-graduação Sociedade e Cultura na Amazônia da UFAM. Ano 4, n. 1, jan./ jun. Manaus: EDUA, 2004.

Sampaio Jr., Plínio de Arruda. Entre a nação e a barbárie: uma leitura das contribuições de Caio Prado Jr., Florestan Fernandes e Celso Furtado à crítica do capitalismo



dependente. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas: Campinas, SP, 2007.

Sampaio Jr. Plínio de Arruda. Desenvolvimentismo e neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 112, p. 672-688, out./dez. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n112/04.pdf> >.

Scherer, Elenise F. Desemprego, trabalho precário e des-cidadanização na Zona Franca de Manaus. In: *Somanlu: Revista de Estudos Amazônicos do Programa de Pós-graduação Sociedade e Cultura na Amazônia da UFAM*. Ano 4, n. 1, jan./ jun. Manaus: EDUA, 2004.

Seráfico, Marcelo. Globalização e empresariado – estudo sobre a Zona Franca de Manaus. São Paulo: Annablume, 2011.

Torres, Iraildes C. Impactos da reestruturação produtiva no Amazonas – níveis de emprego e desemprego na Zona Franca de Manaus e demais setores. In: *Somanlu: Revista de Estudos Amazônicos do Programa de Pós-graduação Sociedade e Cultura na Amazônia da UFAM*. Ano 4, n. 1, jan./ jun. Manaus: EDUA, 2004.

Valle, M^a Izabel de M. Inovações tecnológicas e qualificação profissional. In: *Somanlu: Revista de Estudos Amazônicos do Programa de Pós-graduação Sociedade e Cultura na Amazônia da UFAM*. Ano 4, n. 1, jan./ jun. Manaus: EDUA, 2004.

Vieira, Zania M^a R. A. A terceirização como estratégia para a competitividade: uma análise do processo na Gradiente Eletrônica S.A. In: *Somanlu: Revista de Estudos Amazônicos do Programa de Pós-graduação Sociedade e Cultura na Amazônia da UFAM*. Ano 4, n. 2, jul/ dez. Manaus: EDUA, 2004.



Precarização do trabalho e da saúde de assistentes sociais na política de assistência social no Município De Belém- PA

Daniela Castilho
Vanessa Ferreira

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo apreender as relações/condições sociais de trabalho dos/das assistentes sociais que atuam na área da assistência social, em específico, dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), desvelando os prováveis rebatimentos no processo saúde-doença desses/as trabalhadores/as. O contexto brasileiro de desmonte da seguridade social impacta diretamente na vida e na saúde de trabalhadores/as, produzindo adoecimentos e sofrimentos psíquicos que têm suas raízes nas condições materiais de existência, ou seja, não podem ser explicados por si mesmos, sem levar em consideração as contradições da vida material. O trabalho na atualidade sofre mudanças, acarretando instabilidade, mesmo no serviço público, intensificação do trabalho e flexibilização das leis que regulam as relações sociais de trabalho. O caminho metodológico trilhado foi o da teoria social crítica, que possibilita apreender a estrutura e a dinâmica do objeto pesquisado extraindo deste, suas múltiplas determinações. Nossas primeiras aproximações, por meio de resultados parciais, indicam que muitos/as trabalhadores/as têm vivido processos de afastamento de seus locais de trabalho, relacionados com as condições precárias de trabalho, como, assédio no trabalho, perdas salariais; insegurança para o trabalho; falta de estrutura física, entre outros. Pode-se assim, inferir que a agudização da barbárie social imposta pelo capital capitalista impacta de forma deletéria e decisiva na perspectiva de vida e saúde da classe trabalhadora que se traduz em sintomas de adoecimento físico e psíquico.

Palavras-chave

Precarização, trabalho, assistentes sociais, política.

Introdução

O presente trabalho tem como eixo basilar a realização de uma pesquisa empírica, ainda parcial, acerca das condições de trabalho e saúde de assistentes sociais que atuam na política de Assistência Social, particularmente na região Norte do Brasil, especificamente no município de Belém, Estado do Pará.

Os densos dados obtidos na pesquisa indicam que a aceleração e o adensamento da implementação das políticas neoliberais no Brasil, como orientação política e ideológica



para o enfrentamento das crises cíclicas do capitalismo, em sua fase monopolista, têm direcionado as políticas sociais ao cumprimento cada vez mais de medidas superficiais e imediatistas que se encontram cada vez mais longe de responder, com alguma qualidade e resolutividade, as expressões da questão social.

Para Alves (1996), as transformações ocorridas no mundo do trabalho e a emergência do neoliberalismo, que se sucederam a partir de 1970, refletem a inevitabilidade do capital de impor absoluto controle sobre as forças do trabalho, na tentativa de eliminar e destruir o potencial dos/as trabalhadores/as em seu projeto de emancipação humana.

O neoliberalismo, no entanto, não produziu os resultados propagados pelo capital, como a retomada do crescimento, por meio do enxugamento e refuncionalização do Estado, ao contrário, aprofundou a pobreza e a extrema pobreza e colocou milhões de trabalhadores/as para fora de seus empregos.

Sob esse viés, as políticas sociais também sofreram sucessivas reorientações que tiveram como premissa a elaboração de programas focalizados, direcionados exclusivamente para as populações em situação de pobreza, tendo como síntese a perspectiva de constituição de políticas pobres para pobres, sendo que a opção central, em especial para os países periféricos foram às políticas de transferência de renda.

No Brasil, estas políticas foram implementadas desde o governo de Collor de Mello, na década de 1990 e continuou nos governos de Fernando Henrique Cardoso; Lula da Silva; Dilma Rousseff e Michel Temer. Mas foi no governo de Fernando Henrique que as alterações no papel do Estado foram mais substanciais, em especial, por meio do Ministério de Administração e Reforma do Estado, que promoveu uma verdadeira “reestruturação” na tentativa de superar a crise capitalista.

Mas o que se viu foi uma verdadeira contrarreforma do Estado, na medida em que, se retirou direitos fundamentais para as garantias e seguranças da classe que vive da venda da força de trabalho. A ideia central era “reformular” o Estado brasileiro e torná-lo um Estado social-liberal:

[...] social porque continuará a proteger os direitos sociais e a promover o desenvolvimento econômico; liberal, porque o fará usando mais os controles de mercado e menos os controles administrativos, porque realizará os seus serviços sociais e científicos principalmente por meio de organizações públicas não estatais competitivas, porque tornará os mercados de trabalho mais flexíveis, porque promoverá a capacitação



de recursos humanos e de suas empresas para a inovação e a competição internacional.
(Bresser-Pereira, 1997, p. 18)

O processo de desregulamentação imposto pelo então governo, foi muito bem analisado por Behring (2003), quando afirma o caráter devastador e deletério da “reforma” do Estado Brasileiro, na medida em que, se tratou de um “processo destrutivo não criador [...] uma contrarreforma do Estado brasileiro, que implicou um profundo retrocesso social em benefício de poucos” (p. 171).

Tal desregulamentação repercutiu consideravelmente nas políticas sociais, por meio da intensificação da precarização dos serviços oferecidos para a população, como também, nas condições de trabalho e saúde dos trabalhadores/as do Estado, considerando entre outros, o contínuo processo de flexibilização das relações contratuais de trabalho.

As orientações neoliberais nas políticas sociais brasileiras: uma análise da política de assistência social

As políticas sociais nos últimos governos vêm assumindo características assistencialistas, fragmentadas e pulverizantes, materializando-se um Estado mínimo para os/as trabalhadores/as e máximo para o capital, considerando o profundo desmonte e regressão no que concerne a esfera da proteção social e da agudização das condições de vida da classe trabalhadora.

No que tange às políticas sociais, nos deteremos no campo da seguridade social e, mais, especificamente, na política de assistência social. Política está que teve seu marco em 2004 com a aprovação da Política Nacional de Assistência Social – PNAS que possibilitou a efetivação das diretrizes da Lei Orgânica da Assistência social – LOAS.

Refere-se, portanto, a possibilidade real de ações previstas nos pressupostos da Constituição Federal de 1988 e da LOAS instituída, em 1993, por meio de definições, princípios e diretrizes que nortearam sua implementação, cumprindo uma urgente, necessária e nova agenda para a cidadania no Brasil. O ano de 2005 também pode ser considerado um divisor de águas para a política de assistência social, enquanto política pública, na medida em que, consolidou a efetivação e implementação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS que tinha como objetivo a ruptura com um modelo assistencialista, voluntarista, primeiro-damista e de troca de favores.



Tanto o PNAS quanto o SUAS modificaram o sentido e a relevância dos serviços socioassistenciais, pois possibilitaram a materialidade e efetividade do sistema, visto que, instituíram equipamentos públicos estatais, como os Centros de Referências de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), em regiões de vulnerabilidade social, de forma que, os serviços, programas, projetos e benefícios da política de assistência social pudessem ser reestruturados em Proteção Social Básica (voltada à prevenção de situações de riscos pessoal e social, fortalecendo a potencialidade das famílias e dos indivíduos) e Proteção Social Especial (voltada à proteção de famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social), tendo por base o território, de acordo com sua complexidade.

O SUAS, apesar de ser um grande avanço, apresentou limites em sua implantação e efetividade, na medida em que, a política econômica, a serviço dos interesses capitalistas, manteve-se e garantiu a permanência dos privilégios e a continuidade do saque ao Estado brasileiro e das políticas sociais.

A lógica competitiva e empresarial adentrou a esfera pública, por meio de mecanismos de controle característicos da esfera privada, reorientando as políticas sociais e o trabalho de profissionais que se encontravam no planejamento e execução de tais políticas, entre eles/as, os/as assistentes sociais que vão vivenciar alterações substanciais em seu exercício profissional, visto que, tais alterações acabam por impor novas determinações, regramentos e modus operandi que repercutem em novas requisições colocadas para o serviço social (Netto, 1992).

Em especial àquelas medidas pelo cumprimento de metas; eficiência, eficácia, efetividade e produtividade, impactando na qualidade dos serviços prestados pelos/as assistentes sociais à população, como também, no processo de precarização das condições de trabalho e de saúde desses/as.

O trabalho de assistentes sociais nos centros de referência de assistência social: agudização das condições de trabalho e de saúde

O contexto de avanço do conservadorismo, da desregulamentação do trabalho; do desmonte dos direitos sociais e o ataque aos trabalhadores/as dos serviços públicos tem agudizado as condições de trabalho e de saúde dos/as assistentes sociais que se encontram inseridos/as sócio-ocupacionais, em particular na política de assistência social e nos CRAS. O exercício profissional deve coadunar com o que aponta nosso projeto profissional e os fatores subjetivos precisam sempre ser levados em



consideração e em contínua interlocução com as dimensões teórico- metodológico, ético-política e técnico-operativa. No entanto, existem varios determinantes que dificultam a realização do trabalho da/o assistente social.

“(...) um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos a partir de demandas emergentes no cotidiano” (Iamamoto, 2005, p. 20).

Foi partindo deste contexto descrito acima que se buscou apreender e refletir sobre as condições de vida e de trabalho de assistentes sociais, tendo como recorte geográfico e socio-ocupacional, os/as profissionais que trabalham na política de assistência social, em particular, os/as que atuam no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) pertencente ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), no município de Belém do Pará, localizado no norte do Brasil.

A pesquisa encontra-se em andamento, com resultados parciais e pretende percorrer um caminho que assegure interlocuções e diálogos com o debate e as produções teóricas que abordem a realidade macro societária do movimento do capital e como este afeta o mundo do trabalho e as relações com o Estado, na perspectiva de profundas redefinições que atendam aos interesses do grande capital.

Tais redefinições repercutem consideravelmente no cotidiano da vida social de grande parte dos/as assistentes sociais, incidindo sobre suas atribuições, competências, requisições, autonomia relativa, funcionalidades, base teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa e que nos coloca a responsabilidade de apreendê-las em seu movimento dialético e de conceber alternativas e estratégias sócio-profissionais que sejam capazes de enfrentar as adversidades e dilemas da contemporaneidade (Guerra, 1995).

Esse percurso foi realizado considerando o método histórico-dialético, que possibilita apreender a rica totalidade com múltiplas determinações e relações que influencia nas condições de trabalho e de saúde de assistentes sociais que atuam nos CRAS de Belém do Pará. Nosso estudo teórico- metodológico se filia à concepção histórico-crítica, que capta os fenômenos sociais da realidade, a fim de alcançar um movimento analítico de totalidade complexa, objetivando maior aproximação do real.



Apreende ainda o objeto não só pela perspectiva de suas interpelações e de seu correspondente condicionamento, mas também, na perspectiva do seu contínuo movimento, transformações e desenvolvimento contínuo. Parte-se da aparência à essência do fenômeno, do concreto sensível que nos aparece como um todo caótico ao concreto pensado, fruto das múltiplas determinações do real.

A pesquisa foi realizada em todos os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), totalizando 12(doze) equipamentos existentes. Observa-se que o município de Belém, de acordo com as diretrizes nacionais do SUAS é considerada uma Metrópole (mais de 900 habitantes) e, portanto, deveria atender a exigência de 01 (um) CRAS para cada 5.000 famílias referenciadas sendo que, considerando a existência, segundo o IBGE 2010, de 143.356 famílias em condições de vulnerabilidade social, o município de Belém necessitaria de um total de 29 (vinte e nove) CRAS, havendo, portanto, necessidade de implantação de mais 17 (dezesete) equipamentos.

Utilizou-se como instrumental, para a realização da pesquisa o questionário semiestruturado com assistentes sociais destes espaços. O processo de pesquisa foi realizado entre 2017 e 2018 e contou com a participação de todos/as assistentes sociais, totalizando 22 (vinte e dois) participantes lotados na Fundação Papa João XXII – FUNPAPA, órgão municipal responsável pela execução da política de Assistência de Social.

Assim, a pesquisa empírica propiciou conhecer, ainda que parcialmente a autopercepção que os/as assistentes sociais dos Centros de Referencias de Assistência Social no município de Belém possuem sobre suas condições de trabalho e saúde, como ilustrado no gráfico abaixo:



Gráfico 1: Apresentação da autopercepção dos/as entrevistados/as

Fonte: Elaboração/organização própria com base na pesquisa de campo realizada no período de agosto de 2017 a novembro de 2018.

Tais resultados presentes na tabela acima evidenciam que a maioria dos pesquisados (31,8%) não respondeu tal pergunta. Pode-se inferir que há certa dificuldade em lidar com o cotidiano aviltante de trabalho, desmistificá-lo para além das aparências fenomênicas, descortiná-lo, transformando o todo caótico, fruto das múltiplas determinações, em algo compreensível ao nível da consciência. É aquilo que Kosik (1976) fala quando se refere ao mundo contemporâneo, como o mundo da pseudoconcretidade, lugar privilegiado onde impera “um claro-escuro de verde engano”. Neste lugar, a práxis, enquanto ação transformadora da natureza e instituidora do mundo humano-social foi reduzida em simples atividade abstrata, mecânica, instrumental, calculadora e separada do trabalho como processo criativo.

Esta separação indica alguma coisa muito mais relevante – a apreensão e a consciência dos sujeitos com relação aos fenômenos presentes na vida social acontecem como representação, e não como um processo de conhecimento conceitual da realidade, consistentemente embasado no raciocínio e reflexão crítica. Portanto, neste caso, faz sentido os/as entrevistados/as como “perceberem” de forma explícita e nítida, no nível da consciência, a condição, na maioria das vezes, degradante de suas condições de trabalho.



Uma parte significativa também relata um alto nível de desvalorização dos seus trabalhos (27,3%), seguido da afirmação, da falta de recursos humanos e materiais em seu exercício profissional (22,7%), e por fim expõem que há um processo de aprofundamento, em curso, da precarização da política de assistência social (18,2%).

Dessa maneira, tal estudo revela que a Política de Assistência Social sofre as mediações da relação contraditória entre capital e trabalho, o que traz rebatimentos não só para os/as usuários/as que têm acesso aos programas desses espaços sócio-ocupacional, como também, e principalmente aos profissionais inseridos/as nele, na medida em que a refuncionalização da política de assistência social aos interesses do mercado acaba por também impactar nas condições e na qualidade de trabalho de assistentes sociais, como apontam os seguintes relatos das/os pesquisadas/os:

Falta de conhecimento de gestores, a respeito da política de Assistência Social. Desvalorização profissional, burocratização para a liberação dos recursos com a finalidade de desenvolver as ações planejadas no CRAS. (Assistente social n.17 – CRAS BELÉM-PA);

Insuficiência de Recursos Humanos, insuficiência de estrutura logística administrativa, insuficiência de recursos pedagógicos, falhos em ausência na devolutiva das situações encaminhadas a rede de serviços. (Assistente social n.19 – CRAS BELÉM-PA);

A incapacidade de atendimento (trabalhadores insuficientes) a contratação de assessores/pessoas que não entendem o trabalho da Assistência Social, para gerenciar o serviço, não a contratação de profissionais qualificados, de Assistentes Sociais de fato. (Assistente social n.15 – CRAS BELÉM-PA);

A principal dificuldade apresentada no meu local de trabalho é referente a falta de recursos humanos e materiais, diante da quantidade da demanda apresentada. (Assistente social n.10 – CRAS BELÉM-PA);

As formas de precarização do trabalho dos profissionais da Política de Assistência Social, que por eles é autoperceptível, são violações dos direitos trabalhistas, diretamente em seu ambiente de trabalho, refletido de diversas formas no modo de agir, pensar, sentir e fazer. Tais condições trazem profundas implicações para o exercício profissional, haja vista que os/ as assistentes sociais não detêm de todos os meios necessários à objetivação do seu trabalho ou não têm como garantir a qualidade de tais serviços (Mito, 2013).

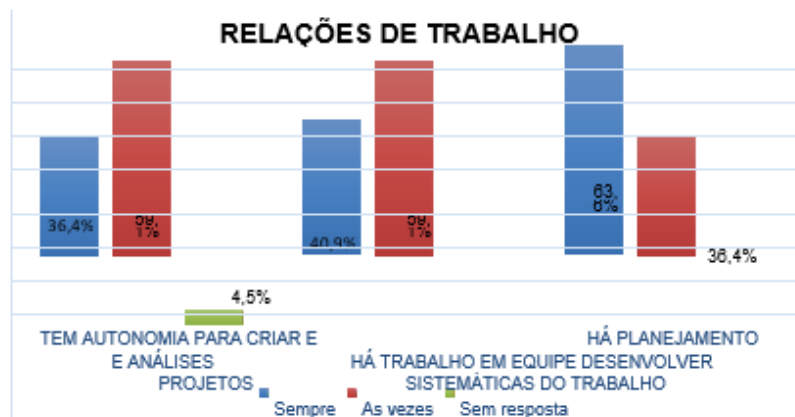


Gráfico 2 – Apresentação das relações de trabalho dos/as entrevistados/as
Relações de trabalho

Fonte: Elaboração/organização própria com base na pesquisa de campo realizada no período de agosto de 2017 a novembro de 2018.

Com relação ao gráfico acima é possível perceber que no que se refere às relações de trabalho 36,4% têm autonomia para criar e desenvolver projetos, enquanto 59,1% informam que somente às vezes, têm essa autonomia; com relação ao planejamento, 40,9% falam que conseguem sempre planejar e analisar sistematicamente seu trabalho, quando 59,1% só conseguem às vezes fazer isso; 63,6% informam que conseguem realizar trabalho em equipe, porém 36,4% informam que somente às vezes isso acontece.

Tais resultados indicam que o trabalho da/o assistente social é atravessado pelas determinações impostas no processo de correlação de forças entre capital e trabalho, no qual há certa interferência no que tange aos meios utilizados pelos/as profissionais para a efetivação de seu trabalho, além de demonstrar que tais profissionais inseridos/as em contexto de precarização têm dificuldades de planejar suas atividades, o que impacta no alcance dos objetivos profissionais, na medida em que, condições, meios e instrumentos sofrem alterações no âmbito das relações sociais capitalistas, como bem reforça lamamoto (2006)

[...] o assistente social, que é chamado a implementar e viabilizar direitos sociais e os meios de exercê-los, se vê tolhido em suas ações que dependem de recursos, condições e meios de trabalho cada vez mais escassos para as políticas e serviços sociais públicos. (lamamoto, 2006, p. 176)

Tal realidade aprofunda os desafios postos as/aos assistentes sociais, que se deparam com as situações que limitam o seu trabalho, ao mesmo tempo em que, lidam com as adversidades no enfrentamento das expressões da questão social, agravadas no atual



cenário, o que propicia agravamento nos quadros de sofrimento e adoecimento destes/as profissionais. Como bem se refere Raichelis:

Trata-se de uma condição de trabalho que produz um duplo processo contraditório nos sujeitos assistentes sociais: a) de um lado, prazer diante da possibilidade de realizar um trabalho comprometido com os direitos dos sujeitos violados em seus direitos, na perspectiva de fortalecer seu protagonismo político na esfera pública; b) ao mesmo tempo, o sofrimento, a dor, o desalento diante da exposição continuada à impotência frente à ausência de meios e recursos que possam efetivamente remover as causas estruturais que provocam a pobreza e a desigualdade social. (Raichelis, 2011, p. 434-435).

Os limites impostos ao trabalho profissional, entre eles, o processo de mecanização e ronalização que impacta diretamente na autonomia relativa, produz sintomas que vão estar presentes no cotidiano da vida profissional e pessoal, gerando situações, muitas vezes, de afastamento e interrupções contínuas no trabalho de assistentes sociais, que lidam sistematicamente com situações limites, como as que vivenciam milhares de famílias e usuários/as do SUAS e que acabam por ser indicadoras de novas expressões da velha questão social do mundo do trabalho.

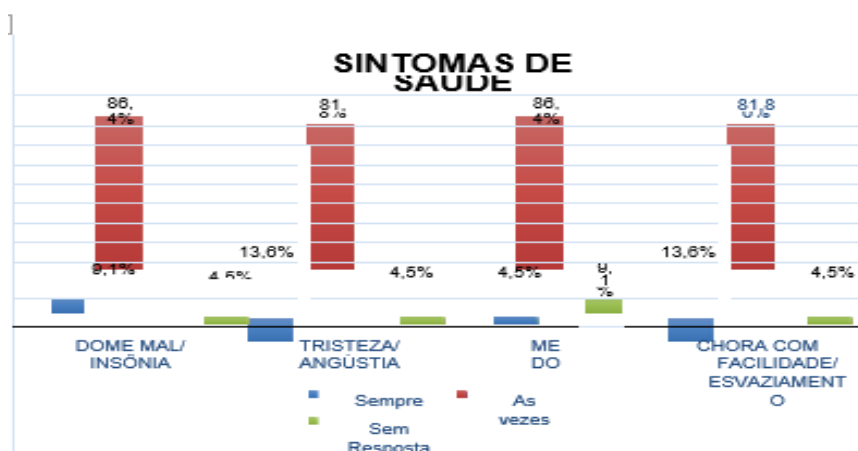


Gráfico 3 – Apresentação dos sintomas de saúde dos/as entrevistados/as. Fonte: Elaboração/organização própria com base na pesquisa de campo realizada no período de agosto de 2017 a novembro de 2018.

Com relação ao gráfico acima, é possível inferir que os/as assistentes sociais sofrem com o adensamento das condições de vida e trabalho presentes no capitalismo contemporâneo, quando dizem que sentem insônia, tristeza, angústia, medo e que choram com facilidade.

É possível notar que uma parte considerável dos/as envolvidos/as na pesquisa, ou seja, 81,8% sentem, ao menos às vezes, tristeza ou angústia tomar conta; 13,6% dizem que



sempre; e 86,4% dizem que às vezes choram com facilidade. Isso demonstra que as transformações no mundo do trabalho, sejam elas, econômicas, políticas, sociais e culturais rebatem diretamente nas condições de vida e trabalho, como também, impõem mudanças nas demandas e requisições postas à profissão.

Tal realidade reflete ainda a dificuldade cada vez maior de garantir direitos sociais, seus e dos/as usuários/as, visto que, na maioria das vezes este/a profissional é chamado/a para garantir o acesso aos direitos sociais da população, mas não encontra meios para efetivar tal acesso, que dependem na maior parte do tempo de recursos, meios e condições de trabalho que se encontram cada vez mais insuficientes, o que tende a levar muitos/as profissionais ao adoecimento.

Reflexões finais

Sendo assim, diante deste cenário de regressão de direitos e das condições de trabalho e de saúde, destacamos que as circunstâncias vivenciadas por estes/as assistentes sociais, devem ser analisadas à luz do método materialista-dialético e, que, portanto, deve considerar este contexto em sua totalidade, inserida nos marcos dos processos societários do capitalismo contemporâneo de degradação das condições humanas de vida e que impactam sobremaneira no processo de acentuação e adoecimento pelo trabalho, marcado muitas vezes pelas formas instáveis de vínculo trabalhista, baixos salários e inúmeras adversidades pelos/as quais passam estes/as profissionais.

Compreende-se que esta teia complexa que envolve o trabalho do/a Assistente Social, tem consequências tanto para o atendimento qualificado junto aos/às usuários/as quanto para a saúde desse/a profissional, uma vez que a autonomia limitada, os poucos recursos destinados à Política de Assistência Social, as dificuldades de organização coletiva, a sobrecarga de trabalho e condições de trabalho precárias, têm refletido muito no processo saúde-doença do/a Assistente Social, tanto do ponto de vista das condições técnicas quanto das condições éticas, em particular das condições subjetivas do exercício profissional.

Assim, o atual contexto societário, de agudização da barbárie social, precisa passar por profundas transformações que possibilitem outra forma de organização do trabalho, livre, criativo e preche de sentido, e, contribua, assim, com a construção de novos processos de gestão e organização do trabalho e do modelo de funcionamento do Estado, para que as demandas postas à profissão, bem como, nas condições e relações de trabalho nas quais o exercício profissional se efetiva, sejam efetuadas de forma mais



adequada. E a/o assistente social, passe a deter todos os meios necessários à efetivação do seu trabalho, eliminando determinações impostas pela precariedade das condições de trabalho que permeiam a efetivação dos seus processos de trabalho no sistema metabólico do capital.

O resultado, ainda que parcial, indica, que o cotidiano vivenciado pelos/as profissionais está imerso num “claro-escuro de verdade e engano” (Kosik, 1976) e que precisa ser apreendido em sua engrenagem, compreendendo como os fenômenos pseudoconcretos são fabricados e quais as condições objetivas e subjetivas que se tem para destruí-lo, considerando a perspectiva estratégia de construção de uma nova sociabilidade tendo como horizonte a emancipação humana.

Referências

- Alves, Giovanni. (1996). O Brasil nos anos noventa. In: TEIXEIRA, Francisco J. S. et al. Neoliberalismo e reestruturação produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará.
- Behring, E. R. (2003). Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez.
- Bresser-Pereira, L. C. (1997). A reforma do estado dos anos 90. Cadernos Mare, n. 1, Brasília.
- Guerra, Yolanda. (1995). A Instrumentalidade do Serviço Social. São Paulo: Cortez.
- Kosik, Karel. (1976). Dialética do Concreto. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Iamamoto, Marilda Villela. (2005). O Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 8. ed. São Paulo: Cortez.
- _____. (2006). As Dimensões Ético-Políticas e Teórico- Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Org). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 161-196.
- Marx, Karl (1983). O Capital: Crítica da Economia Política. Vol 1, T 1, São Paulo: Abril Cultural, 1983 (Coleção: Os Economistas).
- Mioto, Regina Celia Tomaso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. (2013). Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. Florianópolis.
- Netto, José Paulo. (1992). Capitalismo Monopolista e Serviço Social. São Paulo: Cortez.
- Rachelis, Raquel. (2011). O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. Serviço Social e Sociedade, n. 107.



Consecuencias de la precarización laboral en el aspecto de la salud del trabajador

Modesto Enrique Núñez Barrios

Resumen

El presente trabajo trata la relación salud-trabajo para entender las nuevas condiciones laborales y de calidad de vida en el sector del trabajador formal, con una mirada hacia las políticas neoliberales sobre recortes en el campo de los riesgos del trabajo reduciendo las obligaciones del patrón compartiendo esta responsabilidad con las instituciones públicas y otros institutos privados.

Centrarnos en los riesgos de trabajo es plantearnos para que una máquina funcione bien (al sistema económico-productivo) sus componentes deben estar en buen estado, sin embargo, en contexto moderno el factor socio laboral vela por los intereses de mantener o aumentar la productividad, apareciendo el sector empresarial como las beneficiarias, agreguemos la variante de que el Estado es quien subsidia dichos casos a través de sus instituciones de seguridad social, atendiendo así las incapacidades temporales o permanentes, junto con los riesgos laborales de los trabajadores.

Este estudio está enmarcado en el campo de la sociología del trabajo y la sociología de la salud para ver cómo se construyen las relaciones de trabajo en espacios de conflicto como lo ha sido Latinoamérica, sobre la segunda década del siglo XXI, en el contexto neoliberal. Tal objetivo de la sociología como ciencia social es que como histórica y jurídicamente, se ha condicionado la enfermedad o accidente como un problema individual, aislándolo en categorías como “zonas de seguridad”, separando las condiciones materiales del trabajo en que estas se culminan, para ello es necesario el análisis la construcción socio histórica de los sujetos.

Palabras clave

Salud, trabajo, riesgos de trabajo, accidente, enfermedad, sujetos, enfoque socio histórico, neoliberalismo, precarización

Introducción

Este trabajo es un primer acercamiento a través de un ensayo teórico, en el cual se retoman parte del pensamiento clásico, se acerca al caso latinoamericano en el contexto neoliberal del siglo XXI, caracterizado por desprotección laboral en materia de salud. El objetivo de este trabajo es problematizar la salud del trabajador en la fórmula productiva



del neoliberalismo, dimensionar de una forma sociológica la salud pues esta se encuentra mediada por el Estado y el sector privado para así complementar la protección social de los trabajadores.

Se inicia, a partir de un acercamiento contextual del trabajo clásico en relación a las condiciones de salud y protección del trabajador, hasta el debilitamiento del Estado benefactor mediante la restructuración productiva del trabajo a mediados del siglo pasado, qué dio pauta al surgimiento del neoliberalismo, ya mencionado anteriormente, caracterizado por la desvalorización, precarización y vulnerabilidad del trabajador en las condiciones laborales. Para finalmente, aterrizarlo a la realidad mexicana de la relación salud-trabajo, partiendo de las aportaciones teóricas en la materia, teorizado a través de categorías apriorísticas, que fungen cómo supuestos iniciales, para posteriormente contrastarlo con los datos obtenidos.

La metodología utilizada es de corte cuantitativo en técnica de lo explicativo y el análisis de cifras, indicadores conllevan a un ejercicio de prospectiva, dicho proceso de análisis parte del uso de la base de datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo del INEGI, con cohortes generacionales en dos momentos históricos de México contemporáneo: generación de 1983-1997 que corresponde a la sujetos en edad laboral de mayores de 23 años y generación de 1998-2015 en la misma condición laboral.

Antecedentes

La incapacidad laboral a lo largo de la historia ha tenido diferentes matices, podríamos hablar de ella desde tiempos prehistóricos o primitivos, en el sentido de que se excluía a los enfermos y/o los cuidados especiales a las mujeres embarazadas, con el fin de cuidar el desarrollo y bienestar de la tribu o grupo comunitario al que pertenecen; sería un anacronismo echar tintes morales por la exclusión de los integrantes enfermos o malheridos pues la importancia de esto es pensar el grupo y su desarrollo ya sea a costa de abandonar a los lesionados o enfermos pues estos vulnera al grupo.

En las antiguas culturas primitivas se abandonaba y dejaba morir a los niños deformes o discapacitados. En algunas sociedades de la Antigüedad, el destino de las personas con discapacidad era la muerte. Era normal el infanticidio cuando se observaban anormalidades en los niños y niñas. Si eran adultos se los apartaba de la comunidad: se los consideraba incapaces de sobrevivir una existencia acorde con las exigencias sociales establecidas (Ferraro, 2001)



El ejemplo anterior servirá para entender el fenómeno de la incapacidad laboral en el contexto contemporáneo con la figura del Estado como regulador de las relaciones sociales y laborales en cuales estamos inmersos, pues parafraseando a Rousseau y contextualizando su teoría (al caso de la incapacidad laboral regulada por la ley federal del trabajo) el contrato social en el cual los hombres seden parte de su libertad para construir de forma civilizada se ve impuesto a organizar a los hombres productivos que esto por dado caso excluye de forma tajante a las personas con discapacidad (intelectual o física) o así hasta finales del siglo pasado, esto lo menciono no porque profundicemos en el caso de las personas de discapacidad, lo hago más bien con la intención desarrollar la condición de incapacidad laboral a otros grupos sociales.

Aportaciones teóricas: El sistema de salud en tiempo neoliberales

El debate se desarrolla en que si es necesario dejar la salud del trabajador en manos de privados (instituto de seguridad social y afore) y si este debilita a través de las políticas públicas al sector trabajador. Este fenómeno se ha desarrollado a lo largo de la historia de la humanidad en las relaciones laborales y los riesgos de trabajo.

Para ello partiendo de un clásico de la sociología -Marx y Engels- es de suma importancia retomar apartados en que las relaciones sociales en el capitalismo parten de la explotación, (condiciones productivas) y esto reproduce en gran medida, por dicha condición, un ambiente constante para el trabajador de enfermedades y accidentes (Engels, 1977). Cabe señalar que este análisis en un contexto tan prematuro del capitalismo es fundamental para entender la partcipe del estado y sus servicios de seguridad social en el tenor de mantener las relaciones de producción supeditando la salud a sus repercusiones por la extensión necesaria de la jornada laboral.

Marx y Engels, teóricos clásicos, que como ya es sabido desarrollaron prácticamente su vida el estudio de cómo se desarrolló el capitalismo, explica a través de su texto del capital lo que se considera el inicio de la relación salud trabajo mediada por el capitalismo, recordemos que se basa como proceso histórico en la separación del productor (trabajador asalariado) y los medios de producción que:

“Ni el dinero ni la mercancía son de por sí capital, como no lo son tampoco los medios de producción ni los artículos de consumo. Hay que convertirlos en capital. Y para ello han de concurrir una serie de circunstancias concretas, que pueden resumirse así: han de enfrentarse y entrar en contacto dos clases muy diversas de poseedores de mercancías; de una parte, los propietarios de dinero, medios de producción y artículos



de consumo deseosos de explotar la suma de valor de su propiedad mediante la compra de fuerza ajena de trabajo; de otra parte, los obreros libres, vendedores de su propia fuerza de trabajo y, por tanto, de su trabajo. Obreros libres en el doble sentido de que no figuran directamente entre los medios de producción, como los esclavos, los siervos, etc., ni cuentan tampoco con medios de producción de su propiedad como el labrador que trabaja su propia tierra, etc.; libres y desheredados” (Marx)

De esta forma, el desarrollo de las lógicas dinámicas del capitalismo cobran un sentido en las formas productivas que en gran medida median ahora la vida del trabajador, posteriormente con la aparición del Estado como mediador histórico de la relación salud/trabajo cobrará una ocupación por poco más de medio siglo, hasta aparición del neoliberalismo y la deliberación de las responsabilidades sociales de la vida del trabajador, demográficamente es innegable que a partir del siglo XIX la esperanza de vida ha ido en aumento, a consecuencia de que la tecnología ha facilitado y mejorado en gran medida la vida cotidiana, desde la comunicación en red, los avances científicos en la salud y oportunidades de educación, también es cierto que el progreso y desarrollo en la mayoría de las naciones ha permeado en la mayoría de la población en términos de calidad de vida y la distribución de ingresos y por ello sobre esto no significa necesariamente que el crecimiento haya alcanzado a todos los grupos sociales, por el contrario se han acentuado condiciones de desigualdad en diferentes grupos.

Que la esperanza de vida haya aumentado no significa necesariamente que la calidad de vida es integral y proporcional para todos. Por ello es necesario ponernos la interrogante de la pertinencia de los servicios de atención médica en cómo se les ha dejada el camino noble de mantener a la población en mejores términos posibles, por ejemplo hace 50 años la esperanza de vida en conjunto con las mortalidad infantil estaba generando menos oportunidades, por ejemplo, la posibilidad de que más niños lleguen a una edad madura es más probable ahora que hace 50 años y esto es producto de los servicios médicos y sus políticas públicas, en coordinación de la vacunas y servicios médicos. La esperanza de vida también crece, pero de forma desproporcional en el sentido que ahora la posibilidad de que un niño de un barrio marginado de cualquier capital tiene mayor posibilidad de morir de alcoholismo o drogadicción que cualquier otro. Con esto quiero decir que las posibilidades de esperanza de vida están mediadas por categorías sociológicas.

La idea de la sociología de la salud se distingue de la sociología en la salud bajo el análisis de los elementos que rondan la forma más elemental del cuadro de La “medicina



curativa”, como referente, hacia el caso para reincorporar a la actividad como un equipo médico apoyado para una infraestructura, como el Seguro Social o una agencia privada sea seguro privados u hospitales particulares

El logro objetivo de la medicina como practica científica aislada de las condiciones sociales claves para dicho antecedente y/o enfermedades. la enfermedad vista como un problema individual, separada de las condiciones en que se produce y son condicionantes la forma de relación con la naturaleza (Rojas, 1999)

El estado de bienestar en la historia moderna

El estado de bienestar como una tendencia en los proyectos de desarrollo de nación tiene como punto de partida el fin de la segunda guerra mundial en el año de 1945, sin embargo la idea de intervenir, regular y planificar en materia de proyectos sociales y políticas distributivas y redistributivas tiene un antecedente más claro en las leyes sociales que Bismarck, en finales del siglo XIX, operó a partir de la situación de salud de los obreros y por otro lado la visión de Keynes bajo índices y análisis más economicistas que buscan establecer una regulación entre el empleo e inversión.

Sin embargo, apartando el recuento de personajes y sus teorías que tienen suma importancia en cómo se ha ido desarrollando el estado benefactor, es importante centrarnos en la cuestión que concierne a la relación salud con trabajo, puesto esto, como antesala del análisis de la relación salud-trabajo en su ambiente de conflicto, precarización y vulnerabilidad de la clase trabajadora es necesario llegar al antecedente del Estado de Bienestar, asumiendo claramente como este se ha diluido desde las últimas dos décadas en el siglo XX bajo las políticas de los modelos neoliberales. (Revueltas, 1993)

El entendido del Estado de Bienestar es la estructura político económica, que a través de instituciones y políticas públicas buscan estrechar la desigualdad de derechos y la calidad de vida de la ciudadanía. En este sentido, partiendo de un bienestar en entendido de términos básicos de materiales y servicios sobre las necesidades para garantizar y satisfacer las necesidades biológicas y culturales.

En este sentido es importante puntualizar que los términos del Desarrollo Comunitario con base en el Estado de Bienestar han garantizado y conquistado una mayor igualdad de oportunidad y acceso a recursos materiales y servicios públicos como son las



instituciones de seguridad social (Moreno, 2003), sobre todo en la labor social que se ha encargado de proporcionar más acceso de oportunidades a la población.

Así, la etapa más madura del desarrollo del Estado de Bienestar contempla que desde finales del siglo XIX hasta la Segunda Guerra Mundial se desarrolló, sobre todo en los países más industriales europeos, una relación importante en política económica para el desarrollo de estos países que atravesaron momentos brutales de guerras.

El caso de México sobre un estado regulador y breve repaso del IMSS

De acuerdo a la página web del Instituto Mexicano del Seguro Social, la institución es fundada en 1943 (IMSS, 2018), sin embargo no le hacen justicia a sus antecedentes pues aparta el origen postrevolucionario, ya que como objeto concreto de la síntesis de este proceso histórico, aparecerá en la constitución de Mexicana de 1917, art 123 "Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vida, de cesantía involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, y otras con fines análogos" (León, 2019).

A pesar de que Álvaro Obregón proyectó la Ley del Seguro Social en año de 1925, será hasta 1940 con Manuel Ávila Camacho quien manifestará la necesidad de establecer la iniciativa y concretar el proyecto revolucionario (Revueltas, 1993)

Miguel Ángel Quintana, en una conferencia en la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, señalaba: "La Ley del Seguro Social [...] contiene [...] seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad; seguro de invalidez, cesantía y muerte, y los seguros facultativos y adicionales. Expedida la ley, habrá contribuido a la paz del futuro, porque sus trabajadores estarán en paz y, sin preocupaciones por la inseguridad del mañana, se dedicarán a la producción o tomarán parte en la lucha para defender su trabajo y su paz". (Revueltas, 1993)

En tanto a la Ley Federal del Trabajo en México

La fracción XXIX establece: "Se considera de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y de otros con fines análogos". En 1921, con la consolidación del régimen caudillista (1920-1924) a cuya cabeza estaba el general Álvaro Obregón, se formularía un proyecto de seguridad social de la Ley del Seguro Obrero, que se publicó el 9 de diciembre de 1921, en el Diario Oficial de la Federación, según el cual el Estado crearía



un impuesto (equivalente al 10% del salario percibido por los trabajadores) pagado por los patrones y con el cual se iría formando una reserva económica administrada por el Estado para cubrir tanto indemnizaciones por accidentes de trabajo, jubilaciones por vejez y seguros de vida como los derechos a compensaciones salariales. (Revueltas, 1993)

A finales de 1925, dos comisiones de la Cámara de Diputados (la de trabajo y la de previsión social) elaboraron el Proyecto de Ley de Accidentes Industriales, en donde pedían a las compañías de seguros garantizar la indemnización y la atención médica por riesgo profesional. Se preveía la creación de una Caja de Riesgos Profesionales.

Metodología

La metodología desarrollada en el presente trabajo para la obtención de los resultados aquí presentados, es de corte cuantitativo, mediante la técnica de lo explicativo y el análisis de cifras, indicadores conllevan a un ejercicio de prospectiva, partiendo de las variables proporcionadas a través de las aportaciones teóricas. Tiene sus cimientos epistemológicos en la hermenéutica analítica dicho proceso de análisis parte del uso de la base de datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo del INEGI, con cohortes generacionales en dos momentos históricos de México contemporáneo: generación de 1983-1997 que corresponde a los sujetos en edad laboral de mayores de 23 años y generación de 1998-2015 en la misma condición laboral.

Enfoque de la investigación

Diseño: es de carácter longitudinal de generación, se parten de analizar a la Población Económicamente Activa y Personas Jubiladas en diferentes cohortes de los últimos dos trimestres en caso de los años 1983-1997 acorde al régimen del IMSS de 73 y 1998-2018 al régimen 97:

- De ellas se extraería análisis descriptivo y comparativo para posteriores observaciones-comparación (por ejemplo, cada generación en lo histórico en relación a las reformas de políticas de protección social), se seleccionarían nuevas muestras del total de supervivientes de la generación inicial.
- El inicio sería el mismo: se extrae una muestra de la cohorte de personas que cumple 65 años (para la parte de jubilación) y de 23 años para partir de una idea de edad promedio de actividad económica en un empleo formal.



- Diseño predictivo/prospectivo: La predicción forma un objetivo específico en sí mismo, alguno o varios de los objetivos anteriormente referidos. Para poder predecir cuál será la evolución futura de la situación social de los sujetos,

- a. La valoración de necesidades: la identificación de las necesidades prioritarias en el carácter salud y calidad de vida.

Población

Muestra

- El tamaño de muestra se calculó con base en la tasa de desocupación para ofrecer estimaciones a todos los niveles de cobertura geográfica de la encuesta.

Actualmente, el tamaño de muestra trimestral de la encuesta es de poco más de 126 mil viviendas distribuidas en las trece semanas en las que se divide el trimestre.

Hipótesis

- El efecto de las políticas neoliberales ha repercutido de forma negativa en la calidad de vida
- El trabajo en contexto de políticas neoliberales genera un impacto fuerte a la salud social, siendo este un problema a futuro

Resultados y discusiones

Riesgos laborales y productividad

Centrarnos en los riesgos de trabajo es plantearnos para que una máquina funcione bien (al sistema económico-productivo) sus componentes deben estar en buen estado, sin embargo, en contexto moderno el factor socio laboral vela por los intereses de mantener o aumentar la productividad, apareciendo el sector empresarial como las beneficiarias, agreguemos la variante de que el Estado es quien subsidia dichos casos a través de sus instituciones de seguridad social, atendiendo así las incapacidades temporales o permanentes, junto con los riesgos laborales de los trabajadores

De esta forma y quitando la paja a el ejemplo de las sociedades primitivas y las contemporáneas en contexto de la incapacidad laboral, se deduce, que la exclusión de los integrantes de cierto grupo vela por mantener la dinámica y acción colectiva de la sociedad en general, sin embargo, se bifurca en cuanto en el primer contexto es por el bienestar colectivo y en el segundo caso por la cuestión productiva del orden capitalista basada en generar un excedente de forma imparable a un mercado globalizado.



De acuerdo a las cifras de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) “Cada 15 segundos, un trabajador muere a causa de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Cada 15 segundos, 153 trabajadores tienen un accidente laboral (OIT, 2017).” El problema en esencia es analizar esto en un contexto bajo las nuevas reformas neoliberales que parecen disminuyen la protección al trabajador.

En los últimos años a nivel mundial se presenta un fuerte debate causado por la implementación de políticas neoliberales que desde finales del siglo pasado han desmantelado la seguridad social de los trabajadores.

En el caso de América Latina a partir de los años ochenta, con entrada del neoliberalismo, se ha generado un proceso de reformas en las políticas públicas en materia de salud, donde se ha generado de igual forma la reducción de la participación del Estado en la gestión administrativa ante agentes privados, de los puntos más importantes fue la participación de contratos entre el sector público y el privado en las atenciones y necesidades de protección social, por lo tanto no es raro encontrar la responsabilidad compartida del bienestar de los trabajadores como en atención médica y sistemas de pensiones, analicemos pues desde el punto de vista de la aparición de las aseguradoras médicas.

Asimismo, esta reforma ha implicado cambios importantes en el balance público-privado del sistema, que permite diferenciar tres tipos de organismos básicos a) los organismos de dirección, vigilancia y control, fundamentalmente de carácter público, b) los organismos de administración y financiamiento, entre los que cuentan las entidades administradoras de planes de beneficios de carácter público y privado y las entidades territoriales y c) los organismos de prestación de servicios que comprenden prestadoras de servicios de carácter público, privado o mixto. (Irma Arriaga, 2005, pág. 33)

Otra forma a aborda la relación de la inversión pública desde los países latinoamericanos es puesto de la inversión del producto interno bruto PIB, Según datos de la CEPAL, en la mayoría de los países latinoamericanos el gasto destinado al sector de salud es inferior a 40 dólares per cápita y representa menos de un 2% del producto interno bruto.



En caso del trabajo y la salud en México

En lo mundial las Cifras de la Organización Mundial del Trabajo, diariamente alrededor 7500 personas mueren en el mundo debido al medio ambiente del trabajo, 6500 de ellas por enfermedades relacionadas a los trabajos inseguros e insalubres y cada día un millón de lesiones; pero ¿esto qué involucra el aspecto social?

Por ejemplo, en el caso de México, de acuerdo a la siguiente recopilación de datos por el informe memoria estadística del IMSS durante el año 2016 (Vicenteño, 2017) hubo mil 408 defunciones por riesgo de trabajo, 0.8 por cada 10 mil habitantes, de acuerdo con informe Memoria Estadística del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), correspondiente a ese año. En el documento se detalla que, del total de muertes, 986 fueron provocadas por accidentes de trabajo, 0.5 por cada 10 mil habitantes; también a partir de información de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS). Otras 399 muertes está consideradas por accidentes en trayecto al centro laboral, 0.2 casos por cada 10 mil habitantes; mientras que 23 más fueron por consecuencia de enfermedades de trabajo, 0.1 defunciones por cada 10 mil personas (IMSS, 2017). Cifras más apuntaran al creciente número de enfermedades, accidentes y defunciones, estos datos son considerables tomado en cuenta el crecimiento de empleos afiliados al IMSS del 4.2% es necesario puntualizar la relación salud-trabajo pues en un contexto de política neoliberales en el cual se desprotege al trabajador este a su vez se ve en una marea de mantener su condición de salud para seguir empleando su fuerza de producción en un choque de los sistemas públicos de salud y un privado del mismo carácter, en este sentido es importante señalar el aumento de cifras de accidentes y enfermedades laborales. Es por ello que en un país de orden neoliberal la clase trabajadora se ve cada vez más vulnerada.

Salud//trabajo	Tiempos Reformas	Afiliación a seguridad social de salud Prestaciones sociales Crecimiento de aseguradoras privadas
Calidad de vida	Condiciones laborales Condiciones de salud	Población en posibilidad de trabajo PEA y PNEA Esperanza de vida Escolaridad Mortalidad laboral e infantil
Vulnerabilidad	Grupos sociales Movilidad social	Escolaridad Seguridad social
Desigualdad	Oportunidades Desarrollo social	Ingresos Discriminación laboral



	Protección social	
Prospective	Generacional entre 1983-1997 1998-2018	Tasa de afiliación al seguridad social salud Tasa promedio de cotizaciones a SS
Crecimiento inequitativo	Condiciones de seguridad social Estado de Bienestar	Desigualdad Tasa de marginación
Generación	Condición social Relación régimen SS	Posibilidad de acceso a la seguridad social pública Régimen seguro social

De acuerdo a lo anterior nos ubicamos en un estudio de corte sociodemográfico para darle una articulación teórica dentro de lo sociológico. Dicha interpretación sociológica retoma en un principio el concepto de crecimiento inequitativo, dicho concepto parte de asegurar que en la actualidad vivimos en un momento mejor a cualquier otro momento pasado, el crecimiento de la tasa de mortalidad aumenta año con año, el acceso a la educación, acceso a la salud, el trabajo y un largo etcétera. Por otro lado, existe un grupo socialmente determinado que se encuentran en una situación vulnerable y excluida, otros dos conceptos sumamente importantes, donde el mencionado crecimiento económico, científico y social parece no alcanzar a dicho grupo.

El progreso en este sentido muestra deficiencias, las experiencias de generar este crecimiento en conjunto de expectativas internacionales llevaron a la concepción de calidad de vida, salud, educación, empleo. Las rupturas sociales llevaron a generar estudios de prospectiva que en conjunto de la demografía llevan a un re innovación de cómo abordar problemas en el tejido social.

El Problema del Crecimiento Inequitativo en la relación salud/trabajo permeado en sectores vulnerables, se debe agrupar en género, escolaridad, ocupación, condiciones de trabajo y vida que pueden/reducen en sí mismo la calidad para resolver el problema teórico enriqueciendo conceptos, la percepción demográfica y estadística en los sujetos empleados, ampliar; Carga física y desprotección social a mayor desigualdad, condiciones de vida, condiciones socio laborales.

El reflejo de estos procesos son importantes en procesos sociales (y aunque tendrán sus variaciones en diferentes naciones) creara un nuevo paradigma de ejercer relaciones sociales, desde formas de interaccionar con la realidad, administración de tiempo, y administración de los conocimientos y bien, aunque, cabe puntualizar que al



referirme a esto como un paradigma que parte de un proceso revolucionario sobre la vida común, no quiero decir que este sea puro en el sentido que haya abandonado todas expresiones anteriores del sistema manufacturero de la mercancía y las energías.

El panorama actual y el de un futuro de la sociedad mexicana es un tema central que en el presente trabajo de investigación tiene como objetivo alcanzar una mirada de la relación salud/trabajo para entender las nuevas condiciones laborales y de vida, en el cual la proyección demográfica actual y hacia un futuro cobra relevancia en el ámbito sociológico pues el ejercicio estadístico preocupa en el aspecto de un crecimiento inequitativo sobre el campo laboral y de salud.

Conclusiones

La salud y la seguridad del sector trabajador representa un medio, poder subsistir, continuar con ganancias, en el cual, bajo el contexto actual la división tripartita (trabajador-Estado-patrón), continúa siendo el trabajador quien pagar sus derechos a la salud, pues el patrón paga a partir de la plusvalía y también la salud social se mantiene a partir los impuestos. Parece pues que el trabajador sigue invirtiendo en servicios de salud, directa e indirectamente para poder subsistir en un mundo dónde la fuerza de trabajo le está costando la vida.

Ampliar la salud significa, la salud que no solo se consigue con asistencia médica, la incorporación desde la prevención, desde el empleo, alimentación, vivienda es parte esencial para poder abarcar esta situación, El fenómeno de dicho crecimiento inequitativo sugiere que en un futuro las crecientes demandas se verán ubicadas en aspecto de salud y trabajo, que en un ejercicio de prospectiva serán eje central para un análisis social justo, dado que muchos autores abordan este problema como un desafío del siglo es de suma relevancia tratar este debate en materia sociológica que en apoyo de la estadística busca establecer lineamientos necesarios para un mejor futuro.

Por último, es importante subrayar que la salud y la seguridad del sector trabajador representa un medio, poder subsistir, continuar con ganancias, en el cual, bajo el contexto actual la división tripartita (trabajador-Estado-patrón), continúa siendo el trabajador quien pagar sus derechos a la salud, pues el patrón paga a partir de la plusvalía y también la salud social se mantiene a partir los impuestos. Parece pues que el trabajador sigue invirtiendo en servicios de salud, directa e indirectamente para poder subsistir en un mundo dónde la fuerza de trabajo le está costando la vida.



Referencias bibliograficas

Castro, R. (2016). De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad. Mexico: Salud Colectiva. 2016;12(1):71-83.

EngelsEngels, F. (1977). La situación de la clase obrera en Inglaterra. México: Cultura Popular.

Ferraro, P. (2001). Derchos Humanos y Discapacidad.

IMSS. (2017). Informe al ejecutivo federal y al congreso de la unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2016-2017. México: Gobierno de la república e IMSS.

Irmalrma Arriaga, V. A. (2005). Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas. Chile: CEPAL.

Marx, K. (s.f.). El capitar I.

Nasso, P. D. (2004). Mirada Histórica de la discapacidad. Palma de Mayorca: Fundació Càtedra Iberomericana.

OIT. (12 de 03 de 2017). www.ilo.org. Recuperado el 17 de 03 de 2018, de <http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang--es/index.htm>

Rojas, S. (1999). Capitalismo y Enfermedad. Mexico: Plaza y Valdez.

Vicenteño, D. (13 de 06 de 2017). [excelsior.com.mx](http://www.excelsior.com.mx). Obtenido de periódico excelsior: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/06/23/1171583#view-1>



O trabalho reprodutivo como uma das consequências multifatoriais para a saúde da mulher

Maria Júlia Santos Guilherme dos
Santos Dias Rodrigues

Resumo

O objetivo deste estudo é realizar uma reflexão acerca dos impactos da produção e reprodução capitalista no processo saúde/doença da mulher. A naturalização da responsabilidade compulsória da mulher às atividades relacionadas ao lar, portanto, trabalho doméstico, romantiza as dificuldades inerentes deste processo e a impede de identificar como fator de desgaste à sua saúde. Este fenômeno não é fruto da contemporaneidade, mas se complexifica acompanhando a dinâmica da sociedade capitalista. Sendo assim, a temática é trabalhada articulando análise crítica, o recorte da desigualdade de gênero e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Concluímos, que não há como produzir saúde sem considerar as amarras da desigualdade de gênero que marginaliza a mulher no universo do trabalho. Assim, refletir sobre o processo de adoecimento da mulher é necessariamente incluir a crítica a respeito do trabalho produtivo e reprodutivo desenvolvida no cenário da sociedade capitalista.

Palavras-chaves

Trabalhadora doméstica; saúde da mulher; reprodução do trabalho; seguridade social.

Introdução

A saúde da mulher é uma temática que vem sofrendo significativas transformações em seu processo histórico, acompanhando as discussões e os avanços no que tange os direitos das mulheres no Brasil no mundo. Desde 2004, com a publicação do documento da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, defendida como prioridade da gestão à época, tal posicionamento e defesa afirmou um compromisso em trabalhar com o desenvolvimento das intervenções em saúde ampliando a perspectiva que vai para além dos conceitos saúde/doença, pois passa a ser reconhecida no âmbito dos direitos humanos e da mulher. Essa iniciativa é reflexo de uma discussão realizada uma década antes na “Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas” (CIPD), em 1994, que trabalhou o conceito em escala global, levantando a necessidade de reconhecer as influências multifatoriais na saúde da mulher que vão para além dos aspectos biológicos e reprodutivo ligada ao nascimento apenas, considerando-a:



Um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo (CIPD, 1994).

Os documentos trazem à luz reflexões para a compreensão da saúde enquanto processos complexos que acompanham a dinâmica social, econômica, política, cultural, dentro da perspectiva de direitos, reconhecendo, em pela primeira vez a questão de gênero e a condição social. Posiciona-se a favor da liberdade sexual e reprodutiva, bem como dá condições de implementações interventivas voltadas à promoção e prevenção. (PNAISM, 2004) O posicionamento pautado no documento é fruto de um intenso processo de luta no enfrentamento das desigualdades produzidas pela sociedade que impactam significativamente a vida das mulheres, negras, trabalhadoras, e, conseqüentemente, em sua saúde.

Justificativa do problema

A sociedade capitalista se alicerça nas bases do antagonismo de classes, sobre a premissa da opressão da classe trabalhadora pela burguesia. Entretanto, Engels colabora com ricas reflexões a respeito, pois afirma que as primeiras manifestações dessa opressão coincidem também com o antagonismo baseado nas diferenciações marcadas pelo sexo que correspondem ao ser. (2012) Nessa composição, a mulher encontra-se situada em condições socialmente desfavoráveis em relação ao homem, principalmente, no que diz respeito à dimensão do mundo do trabalho na sociedade capitalista, conforme Nogueira afirma:

A relações sociais de gênero, entendidas como relações desiguais, hierarquizadas e contraditórias, seja pela exploração da relação capital/trabalho, seja pela dominação masculina sobre a feminina, expressam a articulação fundamental da produção/reprodução. (2010, p.59)

A mulher é utilizada por esta estrutura social, porém, sua mão de obra é necessariamente desvalorizada e situada à margem do sistema de produção, sobre justificativas baseadas em limitações físicas e até mentais para realizações das atividades relacionadas ao trabalho, ou seja, pela desvalorização da sua mão de obra, a mulher torna-se um barato produto para o capital regulado de acordo com as necessidades do próprio sistema. (Saffioti, 2013)



A desigualdade aqui apontada é compreendida como reflexo das relações constituídas no seio da sociedade capitalista, que mantém uma estrutura baseada na exploração e alienação da classe trabalhadora, assegurando a distinção evidente entre as classes sociais com os objetivos de geração de lucro e acúmulo de riquezas através de instrumentos e estratégias que fazem a manutenção de poder. (Netto, 2012).

Porém, se a desigualdade está posta, por que não conseguimos transformar essa realidade para parâmetros mais justos? Apesar da ingênua questão, é importante pontuarmos que a estrutura da desigualdade é geradora de riqueza, portanto, de suma importância para a sobrevivência do Capital. Assim, faz parte da dinâmica desse sistema alimentar esforços para continuação dessa configuração e, para isso, desenvolve estratégias de naturalização de processos não naturais. O discurso ideológico, por exemplo, é um dos instrumentos importantíssimos para estrutura de poder, pois através dele que será universalizado e unificado uma imagem construída pela classe burguesa que descaracteriza as diferenças e as contradições em detrimento de uma coerência benéfica a classe dominante. O objetivo é criar representações e normas, que ganham um caráter inquestionável legitimado por fatores a-históricos que, segundo Chauí, nos “ensinam” a conhecer e agir. (2000).

A naturalização das justificativas levantadas pelo discurso ideológico, explicado aqui anteriormente, potencializa o processo de desvalorização da mulher e está presente nos conceitos de família, entendida aqui como instituição, pois tradicionalmente a felicidade da mulher estava diretamente relacionada ao casamento, portanto, o trabalho que lhe era designado vinculava-se a garantia do estabelecimento do cuidado da casa, dos filhos e, principalmente, daquele que era reconhecido socialmente como provedor econômico, o marido. Porém, também não abre mão da sua contribuição para economia enquanto unidade familiar (Saffioti, 2013). Com pertinência, Saffioti argumenta:

Sendo a família a unidade econômica por excelência nas sociedades pré-capitalistas, a atividade trabalho é também desempenhada pelas mulheres das camadas menos privilegiadas. Embora, não se possa falar em independência econômica da mulher (esta é uma noção individualista que nasce com o capitalismo), pois o trabalho se desenvolvia no grupo familiar e para ele, o mundo econômico não era estranho à mulher. (2013, p.63)

Apesar de não reconhecida, a mulher no exercício das atividades e demandas relacionadas ao lar, cumpre uma parte fundamental no que diz respeito à reprodução deste modelo em vigor. O que há por trás é uma concepção que se baseia em



“predisposições” de ordem biológicas para explicação da composição que tradicionalmente resiste às gerações, apesar da inexistência de dados de comprovação. Importante lembrar, que a desigualdade de gênero não é um fenômeno inaugurado pela sociedade capitalista, o sistema se apropria dessa condição se beneficiando das características de reprodução do modelo de criação de mais valor como elemento de garantir sua constância. Nogueira elucida que a reprodução tanto em seu âmbito individual ou coletivo, são necessidades que se apresentam enquanto gênero humano nos processos de construção da identidade, mas também de contradição (2010).

Na sociedade capitalista, a força produtiva da mulher se insere as margens do sistema de produção, contudo, os preceitos carregados por sua condição social não foram abandonados. Assim, além de ser inserida no mercado de trabalho, mantém-se sua responsabilidade exclusiva com as tarefas em casa com sua família, da qual entendemos como dupla jornada de trabalho.

Metodologia

O presente artigo buscou desenvolver uma reflexão qualitativa crítica a respeito dos processos multifatoriais que impactam na saúde da mulher que são reconhecidos pela Política Nacional de Saúde da Mulher – PNSM que elabora uma política de cuidado considerando os aspectos sociais, econômicos, culturais, e políticos. No advento da conquista, situamos a correlação de forças no processo de desenvolvimento da Seguridade Social brasileira, presente na Constituição Federal de 1988, articulando com o cenário internacional das experiências WelfareState à reestruturação produtiva e as pressões neoliberais que interferiram no curso das políticas públicas utilizando a perspectiva materialista histórico-dialética como forma de análise.

A saúde da trabalhadora doméstica e o sistema de proteção social brasileiro

O as reflexões sobre a necessidade de estruturação de um sistema de proteção social no Brasil se desenvolveu em meados da década de 1980 com o processo de redemocratização do país e a elaboração de uma nova constituição que reserva um espaço cativo para a seguridade social, conhecido como tripé da seguridade social - tendo em vista que as propostas se estrutura no alicerce das políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social - que se objetiva no campo de disputa na correlação de forças entre os interesses do Capital e a classe trabalhadora. Concepção que se alimenta do processo do WelfareState na Europa, mas que também demonstra



a face perturbadora vis-à-vis ao capitalismo, e como antídoto a crítica se torna reversa, pois um alimenta o outro (Pereira, p.39, 2013).

O Estado de Bem-Estar se consolida nos anos 1940, em alguns países da Europa, tomando força enquanto resposta ao pós-guerra em 1945, em busca do pleno emprego e de outras atividades com a finalidade proposta, o Estado se inclina para medidas de proteção social e da manutenção estrutural do sistema capitalista, no qual não consegue se sustentar. As legislações - ditas de proteção social - apresentam facilidades para o empresário admitir e demitir, assim como alterar as remunerações. Essa prerrogativa do Estado, em conluio com o empresário e, muitas vezes, com a própria classe trabalhadora, permitiu a manutenção e acentuação do pauperismo. Assim, a crítica nesse estudo está subsidiada no eixo teórico-crítico da produção social capitalista, em que através das suas práticas, aqui preponderante neoliberais, faz a manutenção do exército industrial de reserva. Pois, “no capitalismo, o objetivo da produção não é, nunca foi e nunca será, o de satisfazer as necessidades humanas” (Pereira, p.44, 2013).

Retomando o movimento histórico, com o advento da modernização e industrialização crescente, em especial a partir dos anos 1960, nota-se profundas transformações sociais, políticas, econômicas e culturais que modificam consideravelmente a posição da mulher na sociedade. O acompanhamento dessas mudanças também se dá a partir de formas de produção inerentes ao capitalismo sendo eles o binômio Fordismo-Taylorismo e, posteriormente, à reestruturação produtiva, no qual está intrinsecamente ligada ao Toyotismo e avanço neoliberal. O fordismo e o taylorismo, como princípios de organização, permeiam a conjuntura da indústria capitalista e essa passa a ser a principal forma de manifestação de produção na sociedade. No qual se contextualizam o final do século XIX e início do século XX, a inserção dos trabalhadores/as em sistemas conceituados, padronizados, e que se alastrou por todo o mundo, como modelo de produção a ser seguido (Nogueira, p. 27-29, 2004).

O taylorismo se desenvolve dentro do conceito de separação das atividades, base e produção, em que os operários executam atividades separadas para a entrega de um produto (Bihar, 1998, p.39). O fordismo se caracteriza por uma forma de produção e gerenciamento, em que funcionários especializados em uma atividade mínima produziam a mercadoria, através de uma hierarquização (Gounet, 1999, p. 18). Embora a indústria e o desenvolvimento econômico estivessem “a todo vapor”, cabe indicar que o trabalho doméstico, apesar de essencial para a manutenção das forças de trabalho e



do mundo produtivo, em sua grande maioria, sempre esteve e está equiparado a informalidade e a invisibilidade, no que concerne o reconhecimento no mundo produtivo.

O trabalho doméstico assalariado surge com o capitalismo no Brasil, mas não está inserido no modo de produção capitalista, conforme Saffioti (1979)

Tais trabalhadoras não estão subordinadas diretamente ao capital, mas são remuneradas com renda pessoal. Os mesmos serviços domésticos realizados em bares, restaurantes, hotéis, incluem-se no setor capitalista da economia, subordinando seus agentes diretamente ao capital (p. 31)

Este ponto faz com que reflitamos sobre a participação do trabalho doméstico no modo de produção capitalista, uma vez que parcela grandiosa de trabalhadores que estão no emprego doméstico são mulheres, e muitas estão na informalidade, como diaristas ou mensalistas, e assim, representam um exército de reserva para atender as demandas do capital.

Em 1973, o capitalismo presenciou uma de suas crises, principalmente devido ao esgotamento do padrão de produção e acumulação em massa do fordismo, e o Toyotismo, bem como o neoliberalismo, tiveram seus holofotes direcionados como solução viável para a referida crise, no qual levou ao que conhecemos como reestruturação produtiva. Desta forma, o Toyotismo se tornou a nova organização do trabalho hegemônica: buscava produzir com alta tecnologia e com menos recursos (até mesmo de força de trabalho); chamada de produção enxuta, diferente do fordismo, tinha sua produção guiada pela demanda, atendendo à crise de produção em que a questão econômica é fundamental (Nogueira, 2004; Gounet, 1999).

Ao analisar a reestruturação produtiva, se faz necessário ser vista não somente como uma organização econômica e/ou política, mas como um modo de controle que perpassa e se aprofunda em todas as esferas presentes em nossa sociedade, inclusive no que condiz as mulheres e o trabalho doméstico assalariado. Ora, a ação do neoliberalismo conta com a obliteração do acesso dos trabalhadores às melhores condições sociais, e isso significa, manter o trabalho doméstico como arcabouço de manutenção da força de trabalho feminina na informalidade, e não poderia ser diferente, pois se assim fosse, aponta Saffioti (1979), “tal processo liberaria do serviços domésticos uma ampla massa de mulheres para os quais o próprio capitalismo não teria empregos a oferecer”.



O neoliberalismo impulsionou a “mercantilização dos direitos” e a conseqüente pauperização da população, através da privatização das empresas públicas; demissão em massa de trabalhadores/as; aumento progressivo do desemprego, postos de trabalhos informais e precarizados; desresponsabilização do Estado perante a questão social, flexibilização das leis a favor das grandes corporações e burguesia, entre outros. Segundo Netto:

(...) o último terço do século XX e a abertura do século XXI assinalam - juntamente com os indicativos da emergência da crise sistêmica - o exaurimento das possibilidades civilizatórias da ordem do capital. Em todos os níveis da vida social, a ordem tardia do capital não tem mais condições de propiciar quaisquer alternativas progressistas para a massa dos trabalhadores e mesmo para a humanidade (2012, p. 426).

E complementa o mesmo autor:

(...) à hipertrofia da dimensão/ação repressiva do Estado burguês conjuga-se outra dimensão, coesiva e legitimadora: o novo assistencialismo, a nova filantropia que satura as várias iniciativas - estatais, privadas e estatal/privadas, mediante as chamadas “parcerias público-privado”

(...) A política social dirigida aos agora qualificados como excluídos se perfila, reivindicando-se como inscrita no domínio dos direitos, enquanto específica do tardo

o capitalismo: não tem nem mesmo a formal pretensão de erradicar a pobreza, mas de enfrentar apenas a penúria mais extrema, a indigência - conforme seu próprio discurso, pretende confrontar-se com a pobreza absoluta (vale dizer, a miséria extrema) (2012, p. 428)

Ora, a relação que podemos traçar com tais eventos e conseqüências do avanço neoliberal com a precarização feminina é: se a mulher está entre os estratificados mais baixos de nossa sociedade, considerando, que devido a particularidade do período escravocrata brasileiro, a mulheres negra carrega a intensificação dessa desigualdade, a dinâmica de gênero e raça situa um patamar elaboradamente estratégico da materialização da pobreza para aqueles/as que sobrevivem da estrutura de dominação classista.

Na esteira da história, se o Iluminismo pregava que todos os “homens são iguais por natureza”, a extrema separação entre as esferas públicas (governo) e a privada (da família e do lar) na quais homens e mulheres tinham papéis sociais completamente



distintos, fazia com que a chamada teoria da complementaridade sexual soasse natural. Dizia-se que as mulheres não eram iguais aos homens, e sim, opostos complementares. Teoria esta que se adaptou facilmente aos moldes da época e fez a desigualdade de gênero parecer algo natural às relações entre homens e mulheres (Schienbinger, 2001).

Logo, as mulheres não eram vistas somente como inferiores aos homens, mas incomparáveis, por diferenças fundamentais. Conforme aponta Scott (1995) as mulheres eram vistas como diferentes física, moral e intelectualmente. Transplantando ao cenário social da época, as mulheres não tinham a oportunidade de freqüentarem a escola, mercado de trabalho, ou participarem da esfera pública. Foi somente com o movimento das mulheres, a partir das décadas de 1870 e 1880, que concessões foram feitas e se permitiu o ingresso das mulheres nas carreiras modernas, podendo participar também das universidades e, ainda que não bem vistas, inseridas em algumas carreiras no mercado de trabalho (Scavone, 2008).

Traçando um paralelo as lutas feministas, os anos de 1970, o processo de luta das mulheres em busca de emancipação estava tomando maior contorno e para isso elas ocupam os movimentos de lutas de classes e os debates sobre o papel da mulher. Nogueira reforça que,

(...) a mulher estava predestinada ao papel de mãe e esposa, tendo a responsabilidade de cultuar o conceito de família como instituição básica e universal. É nessa década que o combate à opressão contra a mulher torna-se mais acentuado: era preciso, mais do que nunca, lutar pela sua emancipação econômica e social, pelo seu direito ao trabalho, com todas as especificidades que isso implica, como, por exemplo, salários iguais para trabalhadores iguais, além da reivindicação de uma divisão mais justa no trabalho doméstico, na esfera reprodutiva, libertando, ao menos parcialmente, a mulher da dupla jornada (2004, p.37).

O avanço do neoliberalismo, devido à crise estrutural do capital, invariavelmente resulta na precarização e na informalidade do trabalho (Antunes, 1999). Tal movimento ocorre e diz respeito às mulheres, apesar de conseguirem estar inseridas no espaço produtivo, reservam-se para elas os empregos mais precários e vulneráveis; em contrapartida, os homens assalariados das indústrias tem em seus proventos a forma de “colaborar” com a reorganização produtiva, aceitando a redução ou estagnação salarial (Hirata e Le Doaré, 1999, p.10).



Portanto, esses ajustes neoliberais, até os dias de hoje em diversos espaços, preteriram a mulher, “levando a uma precarização ainda maior para o conjunto da classe trabalhadora, incluindo o contingente masculino” ¹(Hirata, 2001-2002). Esses efeitos resultantes do neoliberalismo ressaltam que outras variáveis determinantes, desde o movimento iniciado nos anos 70 pelas mulheres aqui citado, ainda continuam sem o tratamento necessário, como afirma Nogueira no diálogo com os textos de Hirata:

(...) as desigualdades de salários não diminuíram, que as condições de trabalho e de saúde não melhoraram, e que a divisão do trabalho doméstico não se modificou substancialmente, a despeito de um maior envolvimento nas responsabilidades profissionais por parte das mulheres. Tudo indica que, apesar do aumento do número de empregos, as desigualdades sociais que o capitalismo em escala global, através de sua política de flexibilização, trouxe para as relações de trabalho e para a saúde dos trabalhadores pioraram muito (2004, p. 39).

No bojo do capitalismo, Alves (2016) aponta que a crise estrutural do capital atual está resultando na “precarização do homem-que-trabalha”, pois há uma combinação nas duas esferas, produção e reprodução, em exigir do homem-que-trabalha o seu tempo para a lógica dinâmica do capital. Este raciocínio, distancia-nos de qualquer aceitação sobre o trabalho doméstico, apesar de na alta tecnologia dos aplicativos “da vida” já inserimos, inclusive, as trabalhadoras domésticas, que são chamadas para a “diária de limpeza” através de um click. Porém, Alves (2016) adverte ao discorrer sobre o novo metabolismo do trabalho:

(...) claro que havia no auge histórico da expansão do capitalismo do pós-guerra no “núcleo dinâmico” do capital, uma borda periférica do mundo do trabalho do social do trabalho, principalmente nos setores não-monopolistas da economia capitalista, constituindo em geral, por negros, imigrantes e mulheres (no caso dos EUA, por exemplo)(P.89, 2016).

Este núcleo dinâmico que Alves (2016) nos aponta, trata-se destacadamente da trabalhadora doméstico que almeja o privilégio da servidão, que deseja o emprego ideal, e que ao se dispor nessas atividades domésticas diárias, lidando com a dupla (tripla) jornada tem que lidar com o comprometimento da sua saúde.

Conforme Semião (2004), as mulheres que executam as atividades domésticas ‘do lar’ começam a jornada ainda pela manhã, executando diversas atividades de limpeza e cuidado. Quando submergirmos com o trabalho das diaristas, estamos descrevendo



uma trabalhadora que executa a mesma atividade que executa na sua casa em outras tantas, e por isso, “essa repetição de movimentos, sem a devida prevenção, acaba provocando o aparecimento das lesões por esforços repetitivos (LER); essas diárias são necessárias porque compõem o salário de subsistência da trabalhadora e a sua família. Semião (2004) ainda ressalta:

Na maioria dos casos, quando a doença chega, as trabalhadoras são dispensadas por seus empregadores... Quando acometidas por LER, fica difícil provar que ocorreu no local de trabalho, já que isto se desenvolve de acordo com o ritmo do trabalho (P.141, 2004).

Dejours (2015) argumenta que a mulher está sujeita às atividades de cuidado e ao trabalho doméstico, e essa condição a coloca em “uma carga de trabalho e angústia muito maior do que em qualquer outra parte” (P.37). Esse fator é apontado para Simeão (2004) quando tratamos da iniciativa da trabalhadora doméstica informal procurar por serviços públicos de saúde “em que consultas levam dias ou meses para serem realizadas, e não há medicamentos disponíveis... e também, são tratadas por alguns profissionais de maneira desrespeitosa e discriminatória por sua condição social e econômica”.

Considerações finais

O trabalho doméstico personifica a necessidade de luta da mulher, negra e pobre. Desde o surgimento do capitalismo no Brasil, e assim, do trabalho assalariado para a categoria, cria-se um arcabouço de miséria, pois privilegia as categorias economicamente ativas e se rechaça o trabalho doméstico, pois pressiona este trabalho para a informalidade, de modo que possa contar com esta mesma força de trabalho quando necessário. Coube para a mulher exercer as atividades domésticas, e quando necessária a busca para complementar a renda, não se encontra outra atividade remunerada que não seja o ofício que executa dentro do próprio lar. Esse processo da feminização do mundo do trabalho sempre reservou para a mulher os trabalhos informais e/ou precários.

Por mais movimento que o capitalismo faça, inclusive, atingindo as esferas da produção e reprodução no novo sociometabolismo do trabalho, para o trabalho doméstico a morfologia parece ser a mesma, composta pelos mesmos elementos antecedentes à sociedade de classes. Resulta-se na saúde da trabalhadora doméstica doenças com difícil assimilação ao esforço exercido nas atividades laborais, sendo a forma de



produção doméstica o caminho do capitalismo para realizar a manutenção da sua força de trabalho, e distanciar a mulher das atividades do modo de produção capitalista.

Importante considerarmos, que o exercício do papel social da mulher na contemporaneidade se complexificou, pois os sinais da opressão compõem as entrelinhas das relações tornando abstruso sua percepção. O perigo do não reconhecimento dessa estrutura hierárquica de poder leva ao caminho da naturalização e conformidade, ou seja, abre margem a intensificação da condição de desigualdade.

Segundo a defesa da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNSM (2004), a situação de saúde envolve vários aspectos de sua vida e situações de vulnerabilidades - que podem caracterizar como questões de renda, moradia, raça, etnia, dentre outras fatores – que intensificam a condição de desigualdade. Tais elementos de ordem multifatorial, mas que mantém sua base na opressão, afetam significativamente a vida das mulheres e alteram o curso do desenvolvimento de uma saúde com qualidade.

Sendo assim, se considerarmos que o trabalho é a base fundamental de sobrevivência e somar com a sobrecarga do peso da responsabilidade ligada a reprodução social, então estamos refletindo sobre uma demanda de saúde. Ou seja, as reflexões a respeito das construções das estratégias efetivas para saúde da mulher necessariamente estão ligadas à reflexão ao combate à desigualdade que alicerça a sociedade capitalista.

O trabalho doméstico, assim como qualquer forma de opressão acabará quando atingirmos, de fato, a igualdade substantiva no horizonte de nova perspectiva civilizatória. Mas, por enquanto, seguimos marcando presença no campo de disputa na luta pelo nosso Sistema Único de Saúde - SUS que de tempos em tempos sofre forte ofensiva do Capital para seu desmonte.

O SUS compõe uma das importantes conquistas da seguridade social brasileira e, mais ainda, a Política Nacional de Saúde da Mulher em seu reconhecimento da perspectiva de gênero como elemento multifatorial que impacta a saúde da mulher, trabalhadora, negra, é uma vitória que deve ser reconhecida à medida que aprimora a linha de cuidado em saúde, contudo, não deve ser comemorada, tendo em vista que por si só não combate a desigualdade de gênero, mas pode se transformar em um potente combustível para continuidade da luta.



Notas

¹ Helena Hirata conclui essa síntese em um estudo que aponta esses efeitos na Ásia, Europa e América Latina.

Referências bibliográficas

Alves, G (2016). A tragédia de Prometeu: a degradação da pessoa humana- que-trabalha na era do capitalismo manipulatório. Bauru: Canal 6.

Bihl, A (1998). Da grande noite à alternativa. São Paulo: Boitempo.

Brasil (2004). Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Secretaria de atenção à saúde, departamento de ações programáticas estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde.

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

Chauí, Marilena (2011). Cultura e democracia: O discurso competente e outras falas. São Paulo: Ed. Cortez.

Conferência Internacional Sobre População E Desenvolvimento, 1994, Cairo, Egito.

Relatório final. [S.l.]: CNPD; FNUAP, 1994. Publicação em português.

Dejours, C (2015). A loucura do trabalho. Estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez.

Engels, Friedrich (2012). A origem da família, da propriedade privada e do estado. São Paulo: 3ª. Ed. Expressão Popular.

Gounet, T (1999). Fordismo e Toyotismo na civilização do automóvel. São Paulo: Boitempo.

Hirata, H. & Le Daoré. Os paradoxos da globalização. Cadernos Sempre Viva. São Paulo: Sempre Viva Organização Feminina (SOF).

Hirata, H (2001-2002). Globalização e divisão sexual do trabalho. Cadernos Pagu, Campinas, Núcleo de Estudos de Gênero, Unicamp.

Krug EG et al. (2002), Eds. Relatório Mundial sobre violência e saúde. Genebra, Organização Mundial da Saúde.

Netto, José Paulo (2012). Crise do capital e consequências societárias. Serviço Social & Sociedade, n. 111, p. 413-429, jul./set.

Netto, José Paulo; Braz, Marcelo (2012). Economia política: Uma introdução crítica. São Paulo: Ed. Cortez.

Nogueira, Claudia Mazzei (2004). A feminização no mundo do trabalho: entre a emancipação e a precarização. Campinas, SP: Autores Associados.



Nogueira, Claudia Mazzei (2006). O Trabalho duplicado: A divisão sexual no trabalho e na produção: um estudo das trabalhadoras do telemarketing. São Paulo: Expressão popular.

Nogueira, Claudia Mazzei (2010). A Relações Sociais de Gênero no Trabalho e na Reprodução. São Paulo: Revista Aurora.

Pereira, Potyara A.P (2013). Trajetória da política social: das velhas leis dos pobres ao Welfare State in Política Social: temas e questões. 3ª. Ed. São Paulo: Cortez.

Saffioti, H (1979). Emprego doméstico e capitalismo. São Paulo: Avenir Editora, 1979.

Scott, J. W (1995). A mulher trabalhadora. In: Duby, G. & Perrot, M. História das mulheres no ocidente. Porto Edições afrontamento, 1995.

Semião, A (2004). A reestruturação do trabalho doméstico remunerado e suas implicações. in. Menicucci. E. Reconfigurações das relações de gênero no trabalho. São Paulo: CUT Brasil.

Saffioti, Heleieth (2013). A mulher da sociedade de classes. São Paulo: Expressão Popular.

Severino, Antônio Joaquim (2008). Metodologia do trabalho científico. 23 ed. São Paulo: Editora Cortez.



As tentativas de suicídio de crianças e adolescentes em sergipe no período de 2015 a 2017

Vânia Carvalho Santo¹
Melânia Souza Gomes²
Taíse Dantas Costa³

Resumo

As Tentativas de Suicídio constituem um problema de Saúde Pública considerando sua magnitude e serem consideradas como principal preditor do suicídio. A pesquisa teve como objetivo geral analisar as tentativas de suicídio e sua influência para a saúde pública. De forma específica procurou-se delinear as bases teóricas que abordam sobre o tema, identificar a conformação histórica da rede de saúde pública em Sergipe, identificar os sujeitos que cometeram tentativas de suicídio e por fim explicar os diversos fatores que levam a tentativa de suicídio e suicídio. O estudo foi de caráter qualitativo, com abordagem descritiva e exploratória. Utilizaram-se fontes documentais, bibliográficas, e pesquisa na base de dados do Sistema de Informação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe. Os resultados demonstraram que o sexo feminino tem uma maior predominância nas tentativas de suicídio com (74,5%), diferindo dos casos de suicídio em que o sexo masculino tem maior prevalência. Foi predominante, solteiros (43,6%), faixa etária de 18 anos (31%) em 2015, pardos (52,7%), a ocupação estudantes (41,8%), residentes Aracaju (57,2%) no ano de 2015, os agentes mais utilizados foram por envenenamento/intoxicação (59,5%). A reincidência foi evidenciada em (50,9%) dos casos, o dia da semana mais frequente foi sexta-feira (25,4%). Foram identificadas vulnerabilidades sociais as quais nos faz compreender sobre a necessidade de implantação de uma política efetiva de prevenções principalmente relacionadas à questão de gênero as quais evidenciam a influência do contexto sócio econômico cultural nas tentativas de suicídio.

Palavras-Chave

Saúde pública, tentativa de suicidio, crianças e adolescentes.

Introdução

Este estudo apresenta como objeto de estudo as Tentativas de Suicídio e sua relação com a Saúde Pública, tendo como referência os elementos que o ocasionam. A escolha deste objeto ocorreu tendo em vista a relevância da temática, uma vez que o número de Tentativas de Suicídio Infantojuvenil no estado de Sergipe/Brasil foi bem expressivo, além da nossa inserção em pesquisas com a temática de saúde mental o que nos



possibilitou uma visão mais aguçada sobre temas desse eixo temático, bem como a elaboração de um pré-projeto de pesquisa realizada na disciplina Pesquisa em Serviço Social II.

No mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2015, ocorreram cerca de 800 mil suicídios, sendo a principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, representando 1,4% de todos os óbitos. Além disso, setenta e cinco por cento das mortes ocorrem em países de média e baixa renda. Para cada pessoa que consuma o ato, existem muitas pessoas que tentam, entretanto os dados são escassos, considera-se que supere dez vezes em números de suicídio.

Conduzir para o centro das discussões as tentativas de suicídio no público infanto-juvenil e mostrar como ele pode vir a impactar diretamente a maneira como os indivíduos vivem sua cultura, anseios, medos e situações exógenas que, podem ser passos decisivos para a sua formação, como violência intra e extra-familiar. Discutir as consequências das tentativas de suicídio e suas relações com idade, sexo, abuso sexual, situação conjugal, raça/cor, escolaridade, agentes, dias da semana, entre outros.

Com isso, a apreensão de produzir medidas que possam solucionar/amenizar essa situação, principalmente os governantes, que devem buscar recursos para implantação de políticas. Diante disso a população pode beneficiar-se da redução dos níveis de tentativas de suicídio neste público, corroborando para o desenvolvimento social, educacional, familiar e posteriormente profissional desses indivíduos.

Por outro lado, não dar ênfase a esse tema pode ser prejudicial, pois, além de questões humanas como a saúde mental da vida de quem tenta e dos seus familiares pode seguir gerações. É necessário ainda, perceber os custos que essas pessoas podem acarretar em várias políticas sociais e serviços de saúde, com isso é importante ir além da imediaticidade e tratar a questão mais afundo, articulando e fortalecendo as redes quando necessário e estendendo políticas de prevenção para muitos âmbitos.

Metodologia

Segundo Lakatos e Marconi (2001, p. 102), “o objetivo geral está ligado a uma visão global e abrangente do tema, relacionando-se com o conteúdo intrínseco, quer dos fenômenos e eventos, quer das ideias estudadas”. Leite (2004), por sua vez, afirma que objetivo geral é o que se pretende alcançar. Refere-se a uma visão global e abrangente



do problema. Tendo como objetivo geral analisar a perspectiva da tentativa de suicídio infantojuvenil e sua influência na saúde pública. Pois, trata-se de uma faixa etária com maiores chances de tentativas de suicídio porque desencadeia desde a infância e pode permanecer até a fase adulta, quando não tratada. Pode ser um segmento populacional que vivencia uma situação de pobreza e transtorno mental. Isso resulta numa adaptação às precárias condições de vida que possuem.

Severino (2002) diz que nos objetivos o autor expõe quais os resultados que o trabalho visa atingir relacionados com a contribuição que pretende trazer. São as metas que serão estabelecidas para que possamos alcançar nosso propósito no decorrer de nossa pesquisa, o mesmo surge da análise de nossos problemas, nos propiciando assim criar metas que sejam cumpridas no desenvolvimento de nosso trabalho. Como objetivos específicos foram delineados: mapear as bases teóricas que abordam sobre o tema Tentativa de suicídio de crianças e adolescentes; Identificar a conformação histórica da rede de saúde pública em Sergipe; Identificar e analisar o quantitativo dos sujeitos que cometeram tentativas de suicídio; Explicitar os diversos fatores que levam a tentativa de suicídio e suicídio.

A tentativa de suicídio e o ato consumado é fruto de um fator social, muitas vezes exógena ao indivíduo, não necessariamente de forma explícita, mas gradualmente, como intenções e ações em diversas áreas que se articulam e atingem a todos, principalmente daqueles que não possui um nível considerável de conhecimento para desmistificar certos conceitos e agir diferente do que é induzido. Essa interligação, se expressa de forma sutil e que formam a totalidade da nossa sociedade capitalista, onde o lucro sobressai à saúde, bem estar e a integralidade humana.

Resultados e discussão

A tentativa de suicídio geralmente vem do desespero em acabar com o sofrimento sentido, encontrando essa como a única solução. Antes da consumação do ato, o indivíduo tenta de diversas maneiras buscarem apoio para solução do problema, ou também realiza o ato impulsivo por conta de uma crise passada momentaneamente, sem intenção que seja consumado. Mooz e Vieira (2016, p.1821) lembram que:

Diante dessas definições atesta-se que o suicídio é um gesto de autodestruição, realização do desejo do indivíduo de morrer ou dar fim à própria vida. Esta escolha, no entanto, possui graves implicações sociais, principalmente o impacto traumático do suicídio na família.



Esse ato não é penalizada nas leis do Brasil, porém ajudar uma pessoa em estado terminal, mas que não possua os objetos necessários para cometê-lo é crime previsto em Lei. Entretanto, o seu número aumenta consideravelmente a cada ano.

Aproximadamente um milhão de pessoas tentam cometer suicídio todos os anos. O número de tentativas é cerca de 20 a 20 vezes maior do que o número de suicídios consumados. Muitas pessoas tentam cometê-lo repetidamente. Contudo, apenas entre 05 e 10% das pessoas que cometem uma tentativa de suicídio acabam falecendo por causa dele. A tentativa de suicídio é especialmente comum entre meninas adolescentes. As meninas com 15 a 19 anos de idade cometem cem vezes mais tentativas de suicídio que os meninos na mesma faixa etária. Em todas as faixas etárias, mulheres tentam o suicídio duas ou três vezes mais que os homens; no entanto, os homens têm quatro vezes mais probabilidade de morrerem em suas tentativas. As pessoas idosas cometem quatro vezes o número de tentativas de suicídio para cada suicídio consumado. (Clayton, [201-], online)

O perfil do público da pesquisa foi em sua maioria do sexo feminino (74,5%). A faixa etária em média de 18 anos com (31%) em 2015, os Pardos (52,7%), a ocupação em sua maioria eram de estudantes (41,8%) e apenas (6,6%) concluíram o ensino médio. Residentes em maior parte de Aracaju, no ano de 2017 (63%). Quanto a situação conjugal (43,6%) eram solteiros. A residência foi o local mais recorrente com (60%), acentua-se ainda a reincidência com (50,9%). Os agentes utilizadas com destaque para envenenamento/intoxicação (59,5%). Encaminhamentos de (32,9%) Conselho Tutelar e (45,8%) para a Rede de Saúde. O dia da semana mais frequente foi sexta-feira com (25,4%) e o abuso sexual teve um número de (3,7%).

O agravo/doenças é violência interpessoal/autoprovocada, CID 10, Y 09 agressão por meios não especificados. Os resultados das apreciações estão expostos nos gráficos a seguir, que foram divididos em duas categorias as quais dizem respeito aos dois momentos que compuseram a análise, respectivamente. Para a obtenção das informações foram utilizadas, algumas variáveis no primeiro momento como: municípios sergipanos de procedência, sexo, raça/cor, escolaridade, idade, local de tentativa, se são reincidentes, situação conjugal, se possui alguma deficiência/ transtorno e se estava em gestação ou se ainda sofreu violência sexual. Em um segundo momentos foram analisados os agentes utilizados durante as tentativas.

De acordo com os dados obtidos, (74,5%) do público infantojuvenil que tentaram suicídio são do sexo feminino e com percentual de (25,5%) o sexo masculino. Estes dados se



assemelham ao resultado obtido na literatura de Vidal e Gontijo (2013, p.117), que demonstrou uma elevação no percentual do sexo feminino (68,3%), em relação ao sexo masculino (51,7%), os quais usam medidas mais letais.

Para as análises de dados em que as mulheres são predominantes nas tentativas de suicídio é importante considerar as diferenças de gênero historicamente vivenciado em nossa sociedade, a partir de valores arraigados culturalmente em mídias, família, escola e sociedade, que determinam o seu papel, como influências em sua sexualidade, corpo e idealização de um amor perfeito e único. As mulheres são atribuídas o papel de cuidar dos filhos e da casa, sob a educação social e doméstica de que precisam de proteção de um parceiro. Segundo Beauvoir (1967) sobre a formação da mulher em sua infância:

Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado que qualificam de feminino.

A personificação da efetividade e amorosidade no sexo feminino permanecem no seio da sociedade de forma sutil e contundente. Assim é possível perceber que como as formas que ambos os sexos são educados e socializados influenciam em possíveis métodos e tentativas, no caso do sexo feminino menos efetivo, que como percebido na literatura (Seade, 2016), o grande número perdurasse até a fase adulta.

Nos casos masculinos, devido ao papel atribuído de que devem ter acesso a agentes letais para revelar a sua masculinidade desde cedo, como influências em brinquedos, a exemplo de armas, torna-se segundo a literatura (Seade, 2016) supracitada um número de tentativas de suicídio menor em relação ao número de suicídios, devido a essa preponderância, as tentativas podem ser letais, já que os instrumentos podem ser mais efetivos e violentos. Além de relações competitivas, há a necessidade criada socialmente de que devem possuir um trabalho desde o início de sua juventude para garantir o seu sustento e a preparar-se a ser chefe de família. Entretanto, ao chegar nessa fase podem se deparar com frustrações do mercado de trabalho, formal ou informal, além do desemprego.

Vale ressaltar, que em ambos os sexos nesta faixa etária, há certa dificuldade de entender e trabalhar questões interpessoais, o bullying, desempenho escolar e relacionamentos amorosos, principalmente em famílias com uma dinâmica mais



fechada e a classes sociais mais baixas, que atividades de adultos, são adiantadas a essa fase.

Em 2015, as tentativas acometeram em sua maioria 18 anos, totalizando (31%); seguido dos que possuem 19 anos (23%). No ano seguinte, foram contabilizados (23%) aos 16 anos, seguido por 15 e 14 anos correspondendo (22%) dos casos, em cada. O número de atendimentos em 2017, a idade de 16 e 18 anos equivale (16%) dos casos em ambos, com o maior número de tentativas aos 15 anos chegando a (19%) dos atendimentos.

Os resultados confirmam o que há na literatura nacional, a faixa etária que apresenta um maior número de suicídio é de 15 a 29 anos (Mapa da Violência 2014- Os Jovens do Brasil), período marcado geralmente por bullying, assédio/violência sexual, aspectos físicos e estéticos, cobranças e de início de independência. Dentre outros fatores está a ausência do diagnóstico dos transtornos graves.

Verifica-se que no ano de 2015 (57,2%) do público infantojuvenil são residentes de Aracaju, (14,2%) de Nossa Senhora do Socorro, seguido de Gracho Cardoso com (14,2%) e similaridade nos municípios de Estância e Itabaiana (7,2%). Em relação às taxas de prevalência, a ordem é a mesma nos três primeiros municípios, respectivamente (1,32%), (1,09%) e (0,34%). Nas duas últimas, Estância lidera, com uma taxa de (0,14%) e Itabaiana com (0,10%).

Percebe-se que, no ano de 2016 os municípios de Boquim, Estância e Aracaju, somam (75%) do público infantojuvenil, em iguais valores, entretanto se analisarmos a taxa populacional pelo número de casos, o município de Boquim fica a frente com (0,39%) por ter um número populacional abaixo de Aracaju, com a taxa de (0,33%) e de Estância com (0,28%). Em seguida Lagarto com (12,5%) de predominância nas tentativas de suicídio do público supracitado e uma taxa de (0,96%) e por fim o município de São Miguel do Aleixo com a menor predominância de TS (12,5%), porém em termos populacionais apresenta uma grande taxa, no valor de (2,54%).

Em 2017, Aracaju lidera não apenas em números absolutos, como também em taxa populacional, a primeira com (63%) e a segunda com (3,30%). Na análise por taxas, os municípios em ordem decrescente são: Nossa Senhora da Glória e Nossa Senhora do Socorro, ambas com a taxa de (1,09%). Lagarto com (0,96%), Rosário do Catete com



(0,93%), Feira Nova com (0,45%), Itaporanga d' Ajuda com 0,29%, Estância com (0,14%) e São Miguel do Aleixo com a menor taxa de (0,002%).

Relativo à gestação tem-se que (25,5%) dos registros esse item foi preenchido como “ignorado”, o que representa uma grande lacuna já que a literatura aponta a ocorrência de gestação como um dos fatores que levam a mulher a tentar suicídio, como afirma Freitas (2007, p. 44): “Adolescentes grávidas têm características psicossociais distintas de adolescentes que nunca engravidaram” e que associadas a outras questões poderiam tornar-se fatores de risco. Com (25,5%) de negação, (36,3%) não se aplicam, porque são do sexo masculino e (1,8%) idade gestacional ignorada, menores de 10 anos.

Em relação à escolaridade obteve-se: ignorados (50%), ensino médio incompleto (13%), ensino médio (6,6%), ensino fundamental I completo (2,2%), ensino fundamental II incompleto (2,2%). O número de ignorados é significativo em relação aos demais dados obtidos, o que demonstra uma fragilidade no preenchimento do prontuário médico, devido a diversos fatores como, falta de atenção no atendimento, o direito da família não fornecer os dados. A literatura mostra que ainda há dificuldade no atendimento e falta de preparo dos profissionais para atender as vítimas de tentativa de suicídio.

Com relação à escolaridade, esta é citada como um fator de proteção em relação ao suicídio, sendo um ato que está fortemente ligado a questões socioeconômicas. A falta de escolaridade traz prejuízos à qualidade de vida individual e familiar, sendo geradora de estresse e aumentando, dessa forma, o risco de suicídio. (Vieira, Santana, Suchara, 2015, p.121)

Quanto à situação conjugal, foi percebido um alto índice de solteiros (43,6%), seguida de ignorados (34,5%), com (10,9%) os casados e um empate de não se aplica e em branco com (5,5%) cada. O número de solteiros pode ser maior devido à idade de público estudado (0 a 19 anos).

A presença de algum tipo de deficiência ou transtorno foi identificada como “ignorados” (32,7%) e (5,4%) com TM ou deficiência, registrada em um total dos anos estudados. O que difere da literatura, a qual considera a presença de transtornos mentais um fator de risco para as TS.

Segundo dados da OMS, cerca de 90% das pessoas que tentam suicídio possuem algum tipo de transtorno.



A maioria dos pacientes que cometem suicídio apresenta transtorno psiquiátrico, principalmente depressão unipolar, transtorno afetivo bipolar, transtorno por uso de drogas ou esquizofrenia. (Botti et al., 2018, p. 1290).

Em relação ao local de ocorrência da TS, a predominância em todos os anos analisados, foi a da própria residência (60%), infere-se que as residências podem propiciar privacidade, bem como a possibilidade de acesso a agentes utilizados nas TS. O segundo percentual é de ignorados, esse é um fator que pode impossibilitar futuros investimentos em determinadas áreas. A terceira maior é a Via Pública, que pode apresentar estratégias propícias para quem possui ideação suicida. A escola pode ser um grande local de ocorrência, devido o âmbito ser propício para o desencadeamento de bullying, cyberbullying, entre outros.

O ECA, Lei nº 8.069/90, dispõe de regras para direcionar medidas eficazes para enfrentar essas questões, como, em seu 1º artigo, trata a criança e adolescentes como sujeitos de direitos e não somente como um ser em situação irregular perante a sociedade, ao perceber uma situação que venha ferir este público, deve-se tomar as medidas necessárias, pois o negligenciar pode trazer ou perpetuar sérios problemas.

A pesquisa demonstra que o número de reincidência não foi tão significativo, pois em todos os anos analisados, a variável NÃO foi maior que o SIM, o que difere da literatura científica. Existe a crença de que uma pessoa que tentou suicídio, não fará mais, entretanto, o estudo de Bostwick (2000, p. 157), “constatou que de três meses a um ano da primeira tentativa é que se concentra a maior chance de uma segunda tentativa, e dessa vez, o pior pode acontecer”.

O público infantojuvenil de raça/cor parda lidera em todos os anos estudado, com o índice de (52,7%), seguido de (18,1%) em um empate entre a raça/cor branca e informação ignorada, o que chama atenção para a não observação do profissional no preenchimento. A raça/cor preta com (3,63%), amarela com (1,8%) e em branco e (5,4%) de raça/cor. Segundo informações provenientes do IBGE, Censo Demográfico 2010, a predominância da raça/cor no Estado de Sergipe é a parda com 1.278,633, seguida da branca com 573, 856. A preta apresenta 183, 345, a amarela 26, 515 e a indígena com o menor percentual de 5.322, 346 pessoas não se declararam.



A ocupação do público estudado, em sua maioria são estudantes, sendo (57,1%), (75%), (27,2%), em 2015, 2016 e 2017, seguido por dona de casa, que apresentou em 2016 apenas (12,5%).

Os agentes utilizados para tentativa de suicídio em seu maior número foi por envenenamento/intoxicação, com (59,5%), seguido (16,2%) por outros agentes, enforcamento com (10,8%). Foram utilizados objetos perfuro cortantes (8,1%), arma de fogo e objeto contundente (2,7%).

A escolha do método é influenciada, normalmente, por fatores culturais e por disponibilidade. Pode refletir também na seriedade da intenção, como a utilização de superdosagem de medicações deixa em aberto a possibilidade de socorro. Os agentes considerados mais violentos são arma de fogo e o enforcamento, porém pouco utilizado em tentativa de suicídio, pois resultam normalmente em morte. Contudo, mesmo que uma pessoa utilize um método que não seja fatal, a intenção pode ter sido tão séria quanto à de uma pessoa que utilizou um método fatal. (Clayton, [201-], online).

A pesquisa revelou que o maior número de encaminhamentos foi realizado pela Rede de Saúde com (22,4%), que constitui a maior articuladora para com outras redes de atendimento. O Conselho Tutelar tem o segundo maior número (16,1%), através de denúncias da sociedade ou de notificações de outras redes. Seguido da Assistência Social com (7%), pela disponibilidade e capacidade operacional dos serviços de Assistência Social existentes nos municípios, como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), visto que o usuário é um indivíduo de direitos e deve ter um tratamento integralizado.

O Ministério Público indica que (2,1%), das tentativas de suicídio são omitidas pela família, tendo em vista a dificuldade e preconceito em lidar com essa situação, e com isso acaba omitindo a ocorrência, o que pode acarretar em uma perda no futuro e por fim, as Delegacias com (1,4%), para investigar a possibilidade de fatores de violência associado. Os encaminhamentos realizados a esses setores são importantes para cumprir um papel específico em diferentes setores da rede, fortalecendo, auxiliando na prevenção, na integralidade do cuidado e controle da TS e Suicídio, bem como, diminuindo a exclusão social.



É percebida a necessidade de um trabalho interdisciplinar, para que ocorram decisões coletivas e que uma área de conhecimento complementa outras, como acentua Gutierrez, (2014, p. 84),

A interdisciplinaridade, somada à articulação com a rede de serviços disponíveis no território, trazem bons indicativos para a oferta de um cuidado integral às pessoas que tentam suicídio.

Em relação aos dias da semana nos anos analisados, a sexta-feira foi o dia em que ocorreu o maior número de tentativas (25,4%). O domingo apresentou o menor número, (5,5%).

Segundo pesquisa realizada pela Fundação Seade, órgão do governo de São Paulo em 2016, os dias da semana, à hora e o clima influenciam nas tentativas de suicídio. O domingo e a segunda-feira são considerados os dias com maior índice, diferindo dos dados obtidos nesse estudo.

Com relação a crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual, a pesquisa mostra que a maioria (94,5%) não vivenciou essa situação, entretanto em 2015 houve o registro desse fato em (3,7%) dos casos, os quais foram verificados que essa porcentagem também representa a de que os abusadores eram conhecidos ou pertencentes à família. As crianças abusadas foram do sexo feminino, com idade de 10 a 12 anos e uma adolescente com 18 anos. Em pesquisas, como a de Cunha; Silva e Giovanetti (2008, p.63) comprovam que a vítima sente-se culpada, pois o outro estabelece uma relação de poder,

Com relação à vítima, pode-se afirmar que o silenciamento diante de uma situação que lhe viola, oprime, envergonha e, muitas vezes, desumaniza, constitui uma reação natural à situação vivenciada, posto tratar-se de um “cidadão em condições especiais de desenvolvimento”, submetido a uma relação assimétrica de poder (física e/ou psicológica) que, muitas vezes, se estende para além do controle e domínio da vítima propriamente dita.

E essa violência, para Faleiros (1997, p.116) é,

[...] uma articulação de relações sociais gerais e específicas, ou seja, de exploração e de forças desiguais nas situações concretas, não podendo assim ser visto como se fosse resultante de forças da natureza humana ou extranaturais- por exemplo, obra do



demônio- ou um mecanismo autônomo e independente de determinadas relações sociais.

Além do mais, foi percebido em um dos casos negados, que não houve abuso sexual, entretanto houve violência psicológica e física, a vítima do sexo feminino, de 17 anos, sofreu da pessoa a qual possui uma relação conjugal e de um conhecido do mesmo. Segundo o banco de dados, a adolescente foi até a unidade de saúde sem acompanhante, foi orientada a registrar a ocorrência, entretanto recusou-se a ir a uma delegacia. A redução desta violência dá-se através de políticas de desconstrução do patriarcado e da violência camuflada, bem como assegurar o acesso a políticas sociais básicas e garantir facilidades para a denúncia e penalização de agressores.

Conclusão

Este trabalho foi relevante, devido a escassez de pesquisas sobre Tentativa de suicídio de crianças e adolescentes, principalmente no estado de Sergipe, em que não foram localizadas publicações acerca dessa questão. Mostrou-nos a importância da discussão no meio social como meio de alerta e conscientização da gravidade deste ato.

Representou uma oportunidade de produzir conhecimentos acerca das características e especificidades de uma grande parcela populacional, que está em desenvolvimento psicológico, social e econômico. Bem como, refletir sobre o papel atribuído e perpetuado a crianças e adolescentes culturalmente no decorrer da história, tidas aos olhos da sociedade, governantes e familiares como indiferentes e esquecidos, o aporte essencial para percebê-los enquanto sujeitos de direitos.

Os dados obtidos nesta pesquisa foram importantes para categorização do público alvo, estes em concordância com um dos objetivos específicos, que se tratava da identificação e do quantitativo do perfil que cometeram tentativa de suicídio. De forma geral, o objetivo foi alcançado, apesar das dificuldades percebidas com relação à notificação e atendimento do público.

Nesse sentido, o que foi exposto corroborou assertivamente uma das hipóteses da pesquisa. O número de tentativas de suicídio é maior em mulheres, bem como as taxas de tentativa de suicídio é mais predominante na capital, do que nos interiores, pois além do maior número de habitantes, as cidades podem ter um maior número de fatores de risco que incidem sobre o público, a exemplo do desenvolvimento urbano.



É interessante destacar também, o maior índice de tentativas de suicídio em Sergipe é no sexo feminino, entretanto, é necessário perceber e desmistificar comportamentos considerados como naturais para o público infantojuvenil masculino, visto que a literatura mostrou que os mesmos tentam de forma mais letal, o que pode consumir o ato. Percebeu-se que a idade, os dias da semana, a escolaridade são um dos fatores para realização deste ato.

Desta forma, é imprescindível que, antes de proferir críticas a respeito de quem tenta suicídio, é de suma importância observar que cada sujeito desse processo tem suas particularidades e modo de vida. A qualificação profissional auxiliaria na desconstrução das barreiras culturais, as quais poderiam ser instrumentadas com a assimilação das categorias, fundamentos, origens da violência interpessoal e autoprovocada. O resultado dessa apropriação incentiva a elaboração de novas táticas para a aproximação entre os serviços; como Escolas, Unidades de Saúde, Delegacias, Ministério Público e entre outros, visando possibilitar encontros frequentes entre os profissionais e gestão, que vão além de parcerias, objetivando formular propostas que se somem, pois o trajeto construído com vistas a esse fim, ainda se pauta em práticas pontuais de políticas e fragmentadas de atendimento imediato a pessoas que tentam suicídio.

Notas

¹ Universidade Federal de Sergipe. Autor, vrtlcarvalho@hotmail.com

² Coautor (1), meelanciasouza11@gmail.com

³ Coautor (2), taisedantasufs@gmail.com

Referências

Associação brasileira de psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília: CFM/ABP, 2014. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wpcontent/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf> Acesso em: 25 de abril de 2018.

Beauvoier, S. O segundo sexo: a experiência vivida. São Paulo: Difusão Européia do livro, 1967, 2ª ed.

Bostwick J.M., Pankratz VS: Affectivedisordersand suicide risk: A reexamination. Am J Psychiatry 2000; 157:1925-1932. 9. Pokorny AD: Predi.

Botti NCL, Silva AC, Pereira CCM et al. Tentativa de suicídio entre pessoas com transtornos mentais e comportamentais. Revenferm UFPE online. Recife, 12(5):1289-



95, maio., 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/230596/28944>> Acesso em: 23 de abril de 2018.

Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente, Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990.

_____. Lei nº. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

C.E.L. Vidal, E.C.D.M. Gontijo e L.A. Lima. Tentativas de Suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29 (01): 175-187, Jan, 2013

CEMI. Conceito de Saúde segundo OMS/WHO. Disponível em: <<http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who/>>. Acessado em: 01 de Agosto de 2017.

Clayton. P.J. Comportamento suicida. Manual MDS. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/disturbios-de-saude-mental/comportamento-suicida-e-automutilacao/comportamento-suicida#v748527_pt>. Acesso em: 27 de dezembro 2017.

Cunha, F. A., Nunes B. M., Carvalho, L.F. Análise documental sobre os suicídios ocorridos na região de Jundiá entre 2004 e 2014. Salud&Sociedad. 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439747576006>>. Acesso em: 15 de agosto de 2018.

Cunha, E. P; Silva, E. M; Giovanetti, A. C. Enfrentamento à violência infanto-juvenil: expansão do PAIR em Minas Gerais: Belo Horizonte: UFMG, 2008.

Datasus. Código brasileiro de ocupação (CBO). Centro de Informação em Saúde. [21-] Faleiros, V. A violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes e a Construção de Indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário. Trabalho apresentado na oficina de indicadores de violência intra- familiar e da exploração sexual de crianças e adolescentes, promovida pelo CECRIA, Brasília, 1997.

Freitas, G.V. S. Comportamento suicida em grávidas: um estudo de caso- controle. Campinas, SP: [s.n], 2007. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CAMP_f57d005dcf_c71017_2fcfb5b1209e11e> Acesso em: 10 de agosto de 2018.

Gil, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. Ed.- São Paulo: Atlas, 2002.



Gutierrez, B. (2014). Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. *Psicologia, USP*, 25 (3), 262-269. Doi:10 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0262.pdf> Acesso em: 27 de maio de 2018.

Infoescola, Suicídio. Disponível em: <http://www.infoescola.com/sociologia/suicidio/>. Acesso em 13 de Agosto de 2017.

Jubini. R.C.M. Fetichismo de mercadoria: a “naturalização” de padrões sociais “não-naturais”. Disponível em: <http://justificando.cartacapital.com.br/2017/11/06/fetichismo-de-mercadoria-naturalizacao-de-padroes-sociais-nao-naturais/>. Acesso em: 04 de agosto de 2018.

Lakatos, Eva Maria; Marconi, Marina de Andrade. *Metodologia científica*. São Paulo: Atlas, 2001.

Leite, F. Tarcico. *Metodologia científica: iniciação à pesquisa científica, métodos e técnicas de pesquisa, metodologia da pesquisa e do trabalho científico*. Fortaleza: UNIFOR, 2004.

Marx, K. *Sobre o Suicídio*. Tradução de Rubens Enderle e Francisco Fontanella. -São Paulo: Boitempo, 2006.

Medeiros J. S. A. F.; Macêdo, E. L.; Silva, E.C.; Pereira, E.F.; Agra, G. Fatores que influenciam o suicídio na população idosa: Uma revisão sistemática. *Anais CIEH* (2015). Vol. 2, N.1. Disponível em: https://editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD2_SA4_ID2251_27072015154238.pdf. Acesso em: 20 de julho de 2018.

Minayo, Maria Cecília de Souza (org.). *PesquisaSocial. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

Ministério da saúde. *Dicionário de dados-SINAN net*. Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/DIC_DADOS_NET_ViolenciaInterpessoa_I_Autoprovocada_5_1final.pdf. Acesso em: 14 de maio de 2018.

Mooz, E.D.; Vieira, F.M.C. Suicídio: Uma pandemia silenciosa. V Congresso Nacional de Pesquisa Em Ciências Sociais Aplicadas. 2016. Dois Vizinhos (PR). Disponível em: midas.unioeste.br/sgev/eventos/278/downloadArquivo/18224 Acesso em: 27/08/2017

OPAS/OMS. Folha informativa - Transtornos mentais. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839. Acesso em: 05 de julho de 2018.

Netto, J. P. *Introdução ao estudo do método de Marx*. 1. Ed.- São Paulo: Expressão Popular, 2011. 64p.



Santos, S.A.; Lovisi, G.; Legay, L.; Abelha, L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.9, pp.2064-2074. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000900020&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: 08 de abril de 2018.

Seade. Sexo, clima e dia da semana influenciam: o que diz o dado de suicídio em SP. 2016. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/sexo-clima-e-dia-da-semana-influenciam-o-que-diz-o-dado-de-suicidio-em-sp/>>. Acesso em: 26 de junho de 2018.

Severino, A.J. Metodologia do trabalho científico. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2002. 237p.

Silva, L. A. S. M; et al. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Universidade Federal de Sergipe. Pró-Reitoria de Extensão. Prefeitura Municipal de Aracaju. Secretaria Municipal de Saúde. Pet – Saúde/Saúde Mental – crack, álcool e outras drogas. Relatório Final atenção e cuidado em saúde mental a usuário de crack e outras drogas do CAPS AD em Aracaju/SE. Aracaju/SE. 2012

Vidal, C.L.; Gontijo, E.D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cad. saúde colet.* [online]. 2013, vol.21, n.2, pp.108-114. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2013000200002&script=sci_abstract&lng=pt> . Acesso em: 03 de junho de 2017.

Vieira, L. P.; Santana, V. T. P. E Suchara, E. A. Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas. *Cad. saúde colet.* [online]. 2015, vol.23, n.2, pp.118-123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2015000200118&script=sci_abstract> Acesso em: 02 de maio de 2018.



Femicidio – Suicidio en el Uruguay actual

Pablo Hein
Víctor Hugo González

Resumen

El artículo se propone describir los femicidios – suicidios en Uruguay para el período 2012 a 2017, comenzando por las muertes violentas para ir aproximándose al fenómeno específico de femicidio – suicidio. Utilizando como principales fuentes de información el Sistema de Gestión de Seguridad Pública y el Observatorio Nacional de Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior. Para ello se relacionan dos puntos de vista teóricos, la perspectiva de género de Scott (2008) y el de masculinidad hegemónica desarrollado por Connell (1997, 2003).

Palabras clave

Femicidios / suicidios / género / masculinidad hegemónica.

Abstract

The purpose of this article is to describe the cases of femicide-suicide in Uruguay between 2012 and 2017. It starts with cases of death regarded as violent in order to get to the specific cases of femicide – suicide. Our main source of information is the Home Office (Ministerio del Interior) through two agencies: Public Security Management System (Sistema de gestión de Seguridad Pública) and National Observatory of Violence and Crime (Observatorio Nacional de Violencia y Criminalidad). Beyond the data outlined in this article, we introduce the relationship between two theoretical points of view; that of Scott (2008)'s gender perspective and Connell's (1997, 2003) hegemonic masculinity.

Key words

Femicide / suicide/ gender/ hegemonic masculinity

Introducción

Toda forma de violencia, sea cual sea su manifestación debe ser una de las preocupaciones centrales de las sociedades modernas. Su erradicación no solo debe ser un compromiso estatal, o de un conjunto de políticas sociales, o el reflejo de meras estadísticas, se debe constituir en uno de los ejes centrales, que articulen un conjunto de políticas culturales, educativas y sociales desde las más tempranas edades.

Por otro lado, se debe de reconocer que la violencia es un fenómeno que presenta un arraigo importante desde sus diversas manifestaciones a la hora de abordarla. Todas



las políticas, sean estas locales, nacionales o internacionales y los esfuerzos desplegados por las más diversas organizaciones sociales, serán en vano ante esta cruda realidad sino tienen en cuenta esta complejidad.

No es nuevo afirmar que en Latinoamérica el fenómeno se constituye de forma extrema. Este mismo continente es el que presenta mayores niveles de violencia contra la mujer, con una tendencia al alza en las últimas décadas, más allá, en los últimos años 16 países han mostrado avances sustantivos en su legislación que penaliza este delito. (Guajardo Soto, G. Cenitagoya Garín, V. 2017)

Uruguay no escapa a la situación antes descrita. Se podría afirmar que en Uruguay se reafirma lo antes descrito, y se presentan además otras expresiones de violencia. En primer lugar, contra la mujer como lo es el femicidio y en segundo lugar, desde un plano más oculto, y a nivel hipotético el suicidio de los hombres, generado o articulado por el andamiaje cruel como lo es la “masculinidad hegemónica” o el “machismo”. Este conjunto de “muertes violentas” hacia otras personas como contra uno mismo, podrían ser evitables, si se enmarcan en un cambio profundo en las relaciones culturales, sociales y políticas, entre mujeres y hombres, y por qué no, entre hombres y entre mujeres. En donde las relaciones de género se reconfiguren conjuntamente con las diversas masculinidades.

La supremacía de los hombres sobre las mujeres descritas en innumerables estudios, no solo determinada los hechos de femicidios, sino que además contribuyen, en parte, a que la violencia que se ejerce sea en nuestros días mayormente masculina, que femenina y de forma oculta expresándose (otros de los ejes del texto) en el suicidio masculino. Toda muerte violenta, tiene conexión con una violencia primaria, sea esta de género, de raza, política, cultural y económica.

Como afirmar Rita Segato en su clásico texto “Las estructuras elementales de la violencia”

“.....Es importante hacer notar que, en todos los casos, cuando se trata de formular un modelo capaz de dar cuenta de los procesos violentos, el sujeto, la posición de ego o centro del sistema en equilibrio inestable es, si hablamos en términos de género, masculina y heterosexual; si hablamos en términos de raza, blanca; si hablamos en términos de clase, rica; si hablamos en términos de nación, estadounidense.(....) al hacer las cuentas en un balance preciso de comienzo de milenio veremos que es ése el rostro del sujeto que se encuentra hoy en la cúspide de la pirámide violenta, el mayor productor



de muerte y devastación. Como no podría ser de otra forma, pues es el sujeto que ve el mundo desde esa posición de poder en la coordenada de estatus y quien se ve compelido a proteger, reforzar o restaurar cíclicamente su lugar en el orden, tanto en relación con sus otros en el régimen de estatus como en relación con sus otros en el orden del contrato. La autodefensa necesariamente agresiva del poder enerva el sistema con su espíritu bélico (...) En este sistema siempre a punto de colapsar, donde el poder siempre corre riesgo, no existe posibilidad alguna de reproducción pacífica. No es por otra razón que la mayor parte de los crímenes y agresiones violentas en todas las sociedades conocidas son perpetrados por hombres mientras que los perpetrados por mujeres son, aún hoy y a pesar del aumento de la criminalidad femenina (...) son numéricamente irrelevantes” (Segato, 2015:258)

En el artículo se analiza y describe el fenómeno del femicidio – suicidio en el Uruguay actual para el período 2012 a 2017. Para ello la principal fuente de información fueron los registros de eventos de seguridad pública del Sistema de Gestión de Seguridad Pública (SGSP) del Ministerio del Interior. Para poder relacionar estos dos hechos: el femicidio y el suicidio se debieron relevar todos los casos de homicidios y sus características en donde el victimario fuera la pareja o ex pareja de la víctima, para luego analizar el suicidio del victimario. La otra fuente de información relevada fueron los informes del Observatorio Nacional de Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior.

Es de destacar que en estos seis años en Uruguay se cometieron 1639 homicidios con una tasa cada 100.000 habitantes de 7,9 en promedio. En tanto los suicidios presentaron una cifra para el mismo período de 3801 casos con una tasa promedio de 18,3 cada 100.000 habitantes.

Año	Valores absolutos		Tasa cada 100.000 habitantes	
	Homicidios	Suicidios	Homicidios	Suicidios
2012	267	605	7,8	17,7
2013	260	555	7,6	16,1
2014	268	601	7,8	17,4
2015	293	643	8,5	18,5
2016	268	709	7,7	20,4
2017	283	688	8,1	19,7
Total	1.639	3.801		

*Homicidios y suicidios en valores absolutos y tasas cada 100.000 habitantes.
Fuente: Homicidios (Ministerio del Interior) – Suicidios (Ministerio de Salud)*



En este período (2012 y 2017) sucedieron 120 femicidios en Uruguay, en donde 45 de los femicidas luego se suicidó. Puede observarse en el siguiente cuadro que el 37,5% de los femicidas se suicidan luego de dar muerte a su pareja, ex pareja. El promedio anual de femicidios fue de 20 casos en donde 7,5 hombres (femicidas) se suicidó luego del femicidio.

Año	Femicidios	Femicidios - Suicidios	% femicidio - suicidio
2012	20	6	30,0%
2013	22	9	40,9%
2014	13	3	23,1%
2015	26	9	34,6%
2016	16	10	62,5%
2017	23	8	34,8%
Total	120	45	37,5%

*Femicidios y feminidios – suicidios en valores absolutos y porcentajes.
Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública. Ministerio del Interior.*

Es de destacar que el fenómeno del femicidio y del femicidio – suicidio en Uruguay cuenta con escasos abordajes desde las ciencias sociales, pudiéndose destacar los trabajos de Gambetta y Coraza (2017), en su informe “Femicidios íntimos en Uruguay. Homicidios a mujeres a manos de (ex) parejas” y el de Gambetta (2018) como tesis de maestría en sociología, [“El femicidio íntimo en Uruguay”](#).

Considerando el femicidio como la forma más extrema de violencia contra la mujer resulta de especial interés social abordarlo pudiendo desvelar procesos culturales, sociales y económicos del ejercicio de violencia (s) de género.

De esta forma la estructura del artículo contara con una primera parte donde se abordan algunas líneas teóricas como ser el concepto de femicidio/feminicidio y sus tipos, el de género, y el de masculinidad. En segundo lugar, se analizarán los casos de femicidio – suicidio en el período de tiempo entre 2012 y 2017 presentando características tanto de las víctimas de femicidio como de los femicidas que luego cometen suicidio, para finalizar con algunas conclusiones generales.

Los autores pertenecen al Grupo de Comprensión y Prevención de conducta suicida, de la UdelAR integrado por Facultad de Medicina, Ciencias Sociales, Humanidades y



Ciencias de la Educación, Información y Comunicación, así como por la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE.

Algunas líneas teóricas de contacto

Los conceptos de femicidio y feminicidio aún no presentan desde las ciencias sociales como de la acción política una definición consensuada. En la década de 1970, Diana Russell introdujo la expresión “femicidio” (femicide) para diferenciar, reconocer y visibilizar la discriminación, la opresión, la desigualdad y la violencia sistemática contra la mujer, que, en su forma más extrema, se expresa con la muerte, diferenciándolo del término neutro “homicidio”. De acuerdo con la definición, el femicidio se aplica a todas las formas de asesinato sexista, o sea, los asesinatos perpetrados por hombres motivados por un sentido de tener derecho a ello o superioridad sobre las mujeres, por placer o deseos sádicos hacía ellas, o por la suposición de propiedad sobre las mujeres. (Modelo Protocolo, 2014)

Marcela Lagarde adapta el término femicidio a “feminicidio”. Definiéndolo como el acto de matar a una mujer sólo por el hecho de su pertenencia al sexo femenino, pero confirió a ese concepto un significado político con el propósito de denunciar la falta de respuesta del Estado en esos casos y el incumplimiento de sus obligaciones internacionales de garantía, incluso el deber de investigar y de sancionar. (Modelo Protocolo, 2014)

Las características comunes del femicidio son que esta violencia extrema hacia la mujer está fundada “en una cultura de violencia y discriminación basada en el género”, que “tiene sus raíces en conceptos referentes a la inferioridad y subordinación de las mujeres”.

Los tipos de femicidios según el Modelo Protocolo (2014) al clasificar las muertes de las mujeres por razones de género son: activas o directas y pasivas o indirectas.

Las activas o directas incluyen

- las muertes de mujeres y niñas como resultado de violencia doméstica, ejercida por la pareja en el marco de una relación de intimidad o de convivencia; el asesinato misógino de las mujeres; las muertes de mujeres y niñas cometidas en nombre del “honor”; las muertes de mujeres y niñas relacionadas con situaciones de conflicto armado (como estrategia de guerra, opresión o conflicto étnico); las muertes de mujeres y niñas relacionadas con el pago de una dote; las muertes de mujeres relacionadas con la identidad de género y con la orientación sexual (femicidios lesbofóbicos); el infanticidio



femenino y la selección de sexo basada en el género (feticidio); y las muertes de mujeres y niñas relacionadas con el origen étnico y la identidad indígena. (Modelo Protocolo, 2014)

Las pasivas o indirectas incluyen

- Las muertes debidas a abortos inseguros y clandestinos; la mortalidad materna; las muertes por prácticas dañinas (por ejemplo, las ocasionadas por la mutilación genital femenina); las muertes vinculadas al tráfico de seres humanos, al tráfico de drogas, a la proliferación de armas pequeñas, al crimen organizado y a las actividades de las pandillas y bandas criminales; la muerte de las niñas o de las mujeres por negligencia, por privación de alimento o maltrato; los actos u omisiones deliberadas por parte de funcionarios públicos o agentes del Estado. (Modelo Protocolo, 2014)

Las modalidades delictivas según el Modelo Protocolo (2014) de muertes violentas de mujeres por razones de género son:

Íntimo

Es la muerte de una mujer cometida por un hombre con quien la víctima tenía o había tenido una relación o vínculo íntimo: marido, exmarido, compañero, novio, exnovio o amante, persona con quien se procreó un niño o una niña. Se incluye el supuesto del amigo que asesina a una mujer - amiga o conocida - que rechazó entablar una relación íntima (sentimental o sexual) con este.

No íntimo

Es la muerte de una mujer cometida por un hombre desconocido con quien la víctima no tenía ningún tipo de relación. Por ejemplo, una agresión sexual que culmina en el asesinato de una mujer a manos de un extraño. También se considera el caso del vecino que mata a su vecina sin que existiera entre ambos algún tipo de relación o vínculo.

Infantil

Es la muerte de una niña menor de 14 años de edad cometido por un hombre en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder que le otorga su situación adulta sobre la minoría de edad de la niña.

Familiar

Es la muerte de una mujer en el contexto de una relación de parentesco entre la víctima y el victimario. El parentesco puede ser por consanguinidad, afinidad o adopción.



Continuando el Modelo Protocolo (2014) con otras modalidades delictivas de muertes violentas de mujeres por razones de género como ser: por conexión; sexual sistémico desorganizado y organizado; por prostitución o por ocupaciones estigmatizadas, por trata; por tráfico; transfóbico, lesbofóbico; racista y por mutilación genital femenina.

En el artículo presente tratara los casos de femicidios íntimos en el Uruguay para el período 2012 a 2017 con posterior suicidio del feticida

Para continuar con las líneas teóricas de contacto que se utilizaran en el siguiente artículo se comenzará expresando que se entiende por género. Joan Scott (2008) plantea que:

“el género significa conocimiento de la diferencia sexual. (...) en el sentido de la comprensión que producen las culturas y sociedades sobre las relaciones humanas, en este caso entre aquellas entre hombres y mujeres. Tal conocimiento no es absoluto ni verdadero, sino siempre relativo. (...) El género es la organización social de la diferencia sexual” (Scott, 2008:20).

Por lo tanto, la identidad femenina y masculina está determinada culturalmente prácticamente, las diferencias entre los masculino y lo femenino constituyen estructuras jerárquicas. (Scott, 2008) Los roles y estereotipos apropiados para las mujeres y los hombres están basados en ideas que son construidas socialmente, el género es una categoría social impuesta a un cuerpo sexuado. (Scott, 2008: 53).

Lamas expresará que “la lógica del género es una lógica de poder, de dominación, la forma paradigmática de violencia que se ejerce sobre un agente social con su complicidad o consentimiento” (Lamas, 1997:161)

Como consigna básica de la construcción social del hombre Marqués (1997) destaca que:

“ser varón en la sociedad patriarcal, es ser importante. Este atributo se presenta con un doble sentido: por una parte, muy evidente, ser varón es ser importante porque las mujeres no lo son; en otro aspecto, ser varón es ser muy importante porque comunica con lo importante, ya que todo lo importante es definido como masculino. En su aspecto de discurso megalómano, el discurso patriarcal sobre el varón ‘se olvida’ de que la importancia de ser varón sólo se debe a que las mujeres son definidas como no importantes” (Marqués, 1997:19)



Connell (2003) plantea que existen diversas masculinidades, una entre ellas es la hegemónica:

“que puede definirse como la configuración de la práctica de género que incorpora la respuesta aceptada, en un momento específico, al problema de la legitimidad del patriarcado, lo que garantiza (o se considera que garantiza) la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres.” (Connell, 2003:117)

Las masculinidades son configuraciones de las prácticas estructuradas por las relaciones de género que se realizan y simbolizan en los desempeños corporales. Dirá Connell (2003):

“para los hombres, como para las mujeres, el mundo formado por las prácticas que se reflejan en el cuerpo se derivan del mismo ligadas al género son territorio de la política –la lucha de intereses en un contexto lleno de desigualdades–. La política de género es una política que depende del cuerpo y de factores sociales” (Connell, 2003:101)

El concepto de masculinidad es inherentemente relacional, ya que la misma existe en oposición a la femineidad. La masculinidad como construcción social e histórica se define como un conjunto de prácticas, valores, funciones y conductas, atributos que se consideran propias del hombre en un contexto social y cultural determinado. En donde lo masculino se asocia con lo valioso, con lo importante, con lo fuerte, siendo lo opuesto el ser mujer, identificada con lo débil, secundario y débil.

Esta masculinidad (hegemónica) es caracterizada por la competitividad, la autosuficiencia, son patriarcales e impregnadas de poder que buscan subordinar o dominar a las mujeres y a otros hombres. Los hombres, según este tipo ideal serán físicamente fuertes, potentes, agresivos, proveedores del hogar, viriles, estoicos y enérgicos. (Roy, Philippe. 2012)

Este tipo de masculinidad se adquiere y se retroalimenta por la socialización y a través de los medios de comunicación masivos que exaltan los estereotipos masculinos, el que los hombres deben ser exitosos, emprendedores y ganadores. Estas diferencias de género se traducen en desigualdades, vulnerabilidades y precariedades resultado de la forma como los sujetos son socializados, o adoptan de manera directa o indirecta estos modelos de conducta y sobre todo internalizan las acciones objetivas y subjetivas que se esperan de ellos en tanto hombres.



La masculinidad se basa en cuatro atributos principales: 1. Estoicismo: que hace referencia a que el hombre no puede expresar sus sentimientos, 2. Autonomía: en donde el hombre debe resolver sus problemas sin solicitar ayuda, 3. obtener resultados satisfactorios (ser ganador) en todos los emprendimientos y 4. Ser por demás y en ciertos momentos agresivo. La acción de procurar ayuda para diversos problemas tales como dolencias personales, económicos, limitaciones corporales, etc..., es percibido y considerado una actitud femenina o en el mejor de los casos poco masculina, que implica debilidad y falta de virilidad (Meneghel y Hesler y Lilian Zielke; et al. 2012)

El hombre al tener presente el mandato de adoptar las prácticas de una masculinidad hegemónica en su desempeño de los papeles convencionales de género, tendrá dificultades para aceptar las derrotas, la pérdida de poder, de legitimidad de su autoridad, siendo el suicidio percibido como una forma de retomar el orden o como la única salida a una situación de impotencia y sufrimiento. (Meneghel y Hesler y Lilian Zielke; et al. 2012)

Esta situación en algunos grupos de hombres muestra que “los roles predefinidos en el estereotipo o deber ser masculino les produce dolor, insatisfacción y frustración” (Valdés y Olavarría, 1997:9) En el proceso de adquirir la masculinidad hegemónica trae aparejado suprimir toda una gama de emociones, necesidades y posibilidades, entre las que se encuentra el placer de cuidar de los otros, la receptividad, la empatía y la compasión, en donde las mismas son experimentadas como incongruentes con el poder masculino. Las mismas son suprimidas porque se las asocia con la feminidad que es lo opuesto a la masculinidad buscada. (Kaufman, 1997)

Una mirada a la información recabada

Antes de comenzar la descripción de los casos es importante despejar a los lectores algunas cuestiones que hacen a los párrafos que siguen.

En primer lugar, es importante saber que el universo de casos analizados o descriptos son los suicidios consumados, y además que conjugaron un hecho de violencia letal contra otro individuo, que siempre fue una mujer. Dicha víctimas secundarias o primarias, se constituyó como su (ex)esposa, (ex)concubina, (ex)pareja, (ex)novia que, en los últimos años, hubiera mantenido una relación sentimental e incluso sexual.



En segundo lugar, los casos analizados provienen del Sistema de Seguridad Pública (SGSP), vigente a nivel país y de forma estable desde 2012, estos son los registros administrativos de la Policía Nacional.

En tercer lugar, corresponden y se extraen por el criterio de “homicidios consumados”, con el agravante de haber cometido femicidios, por ende, existe mayor información del homicidio. Las fichas son de todo el territorio nacional entre los años 2012 a 2017. En total contabilizan 45 registros de femicidios/suicidios.

Por último, es importante señalar que estudios recientes señalan que entre estos años los homicidios domésticos totalizan 190 casos, según el Observatorio Nacional de Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior. En concreto nuestro universo representa un 24% de los casos definidos como homicidios domésticos.

En términos metodológicos se realizó una lectura de cada evento de seguridad pública (ficha), y luego se traducen en dimensiones o variables, los indicadores seleccionados (codificación) para luego ingresar estos a una base de datos previamente diseñada para tales efectos (digitación). En este sentido se obtuvo información acerca de ambas víctimas (femicidio y suicidio), su relación actual y pasada, dónde ocurrió el hecho, otras víctimas letales y colaterales, la forma y el método por el cual se desarrolló tanto la muerte a la mujer y la del hombre. Es importante destacar que siempre el foco estará centrado en ambas víctimas. Si bien en la literatura se marca víctima y victimario/autor en nuestro caso, consideramos ambos como víctimas.

Es importante aclarar que, debido al número escaso de casos, los datos se presentan en números absolutos, sin ninguna porcentualización. Esto determina una restricción importante a la hora de establecer posibles hipótesis o explicaciones a los diferentes comportamientos que se presentan. A su vez, como sabrá el lector, la desagregación por zona geográfica y/o otras variables o indicadores de interés es inoportuno realizarla.

La información se presenta de forma univariada y bajo dos grandes bloques. El primero trata de caracterizar a las víctimas de los hechos. En él se detalla toda la información sobre ambos casos y aquellas características que los unían tanto en el presente como el pasado reciente.



Caracterización de las víctimas

En cuanto al primer dato que se registra es entorno a la edad de las víctimas hombres, el de mayor edad tenía 89 años y el menor 23 años, siendo la media y la mediana 49 años de edad. A saber, existen 22 casos entre los 21 y 45 años de edad.

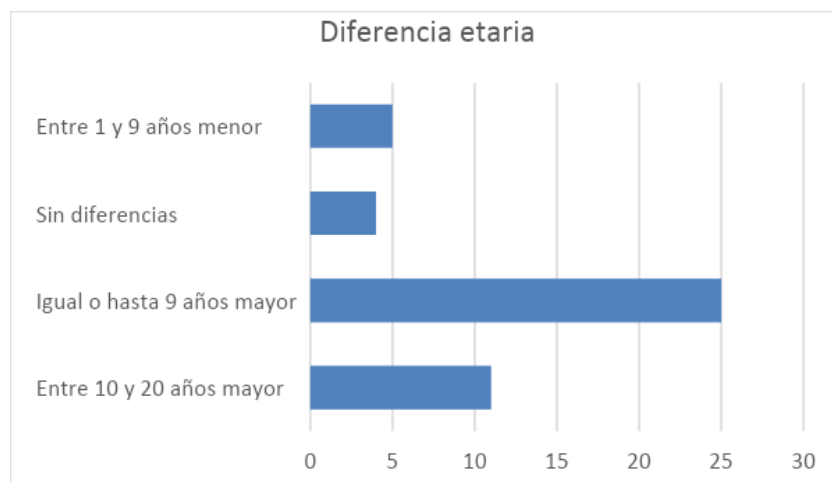
En cuanto las mujeres estas presentan un perfil levemente inferior en este indicador, siendo la media 41 y la mediana 43 años. La mayor tenía 83 y la menor no superaba los 16 años. Entre los 21 y 45 años existen 24 casos. Existen 4 casos con edades menores a los 20 años.

Como era de esperar, existe una coincidencia a nivel general, entre los tramos que se ubica el suicida y su víctima. Es decir, los suicidas mayores a 66 años, en general su víctima se ubica en el mismo tramo de edad.

	Casos femicidios	Casos suicidios
Hasta 20 años	4	0
De 21 a 45 años	24	22
De 46 a 65 años	9	14
Más de 66 años	8	9
Total	45	45

*Cantidad de casos de femicidios y suicidios. Valores absolutos.
Fuente: Elaboración propia a partir del Sistema de Gestión de Seguridad Pública.*

Si observamos la diferencia entre ambos casos, existen 25 casos que la diferencia etaria (entre hombre y mujer) era menor a 9 años, 10 casos presentaban entre 10 y 20 mayor el hombre que la mujer, el resto de las categorías se expresan en la gráfica.



Fuente: Elaboración propia a partir del Sistema de Gestión de Seguridad Pública.



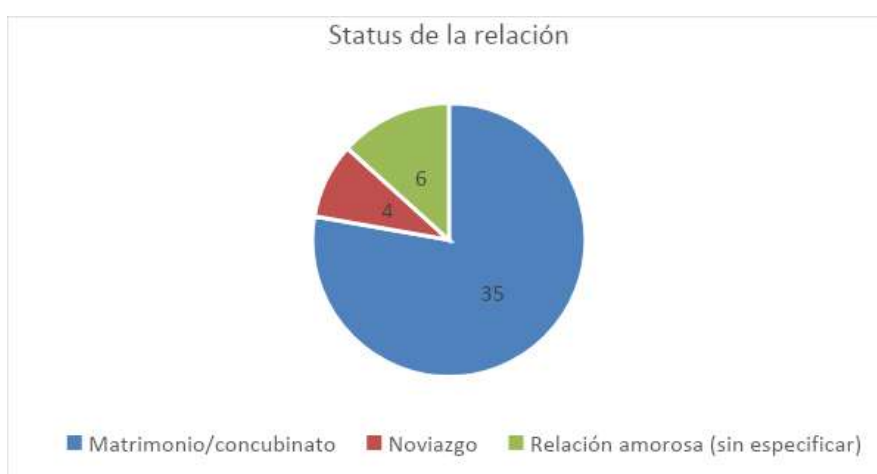
En cuanto a la tenencia de hijos compartidos, es decir que entre el hombre y la mujer existan hijos de la propia relación, se observa que 19 casos presentaban hijos en común y el resto no. La mayoría tenía entre 1 y 3 hijos en común.

Por el lado del hombre se observa que tan solo 6 casos tenían hijos de uniones anteriores, mientras que en las mujeres 15 casos registran hijos de otras relaciones. Pese a esta situación los reportes indican que son pocos los casos, 4 que cohabitaban con hijos de diferentes relaciones.

En cuanto a la situación conyugal del hombre, que es quien registra esta variable en las fichas del sistema se observa que 25 casos se registraron como separados o divorciados, 15 casos casados o en unión libre y 5 casos solteros. Esto no significa que esta situación conyugal sea con la actual pareja.

Para ello se observa, que, dentro de esos 25 casos de divorcio o separación, 22 estaba en relación amorosa o en unión con la pareja, 2 solo de relación amorosa y 1 solo noviazgo. Entre los 15 que se relevó que estaban casados o con unión libre, 13 estaban con matrimonio o concubinato y 2 en relación amorosa y entre los 5 solteros, 3 de noviazgo con su pareja y 2 con relación amorosa.

En cuanto al status de la unión, más allá de que al momento del hecho la mayoría de los casos (como se verá más adelante) presentaban indicios de separación, se puede indicar que estas “parejas” mantenían o habían mantenido relaciones definidas o englobadas como de “matrimonio o concubinato” en 35 casos.



Fuente: Elaboración propia a partir del Sistema de Gestión de Seguridad Pública.



Ahora bien, si se analiza los días que llevaban de separación de hecho entre las víctimas, por las declaraciones realizadas según los registros en el SGSP, se puede apreciar que en 20 casos no se registraron separaciones anteriores a los hechos, es decir el hombre y la mujer convivían bajo el mismo techo.

Luego los casos se distribuyen de forma homogénea en las diferentes cohortes de tiempo, como se puede apreciar en la gráfica.



Fuente: Elaboración propia a partir del Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Por otro lado, es importante destacar que, en tan solo cinco casos, la mujer había reconstituido o volvía a mantener una nueva relación con otra persona.

Es importante también señalar que 15 casos presentaron denuncias por Violencia Doméstica u otro tipo de violencia. Al intentar explicar que otro tipo de variable nos podría suministrar mejores hipótesis para una explicación plausible de este tipo de conducta, nos encontramos que ninguna de las manejadas mostró “poder” explicativo o diferencias en este comportamiento, más allá de los escasos casos manejados que de por hecho es una de las mayores restricciones. A saber, se utilizó, zona geográfica, tenencia de hijos en común, diferencia de edades entre hombre y mujeres y método de homicidio.

Por último, más allá de que los datos se extraen de las declaraciones de los testigos y son registradas por los agentes en el lugar del hecho, se percibe que son pocos los hombres que presentan problemas de uso problemático de sustancias, alcoholismo, problemas relacionados con la salud mental (depresión, psiquiátricos u otros). Tan solo



se registran 7 casos de avisos de intentos de autoeliminación y 4 casos de ex militares o policías.

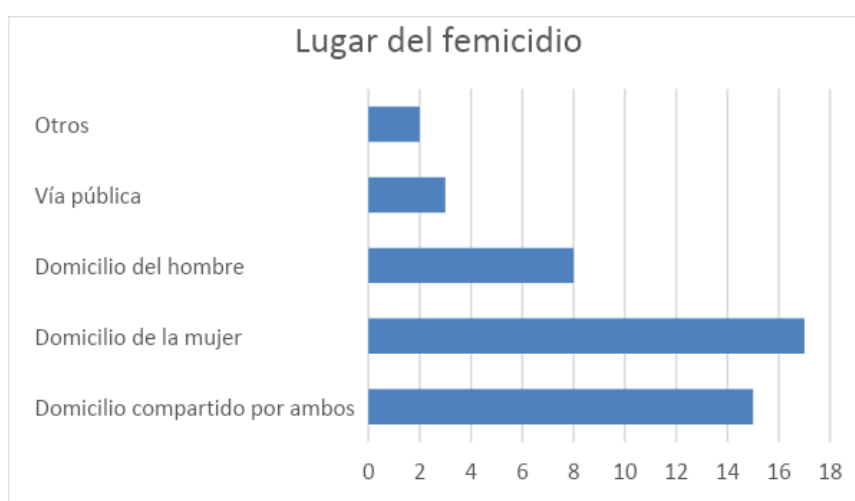
Caracterización de los hechos

Las siguientes líneas intentan bosquejar una mirada topográfica sobre los hechos para alimentar futuras hipótesis o líneas de profundización.

De los casos analizados, se percibe que un conjunto importante se registró en el interior del país. Los casos que se llevaron adelante en el departamento de Montevideo son 13.

Del total de los casos, casi la mitad (21 casos) se desarrollaron entre los meses de noviembre y febrero, lo que nos puede estar indicando la proximidad de estos tipos de eventos con las fechas y festividades, sociales y culturales, que se agrupan por esos meses. Además, los individuos, en mayor o menor medida, son forzados a “evaluar”, “repensar” su año lectivo pasado, hecho que podría llegar a determinar este tipo de conductas violentas.

Como se percibe en el gráfico, y era de esperar la gran mayoría de ambos eventos (suicidio y femicidio) se produce en un contexto hogareño, es decir tanto en hogar de ambos, como de la mujer o del hombre. Existen 8 casos en los cuales los eventos se produjeron en el hogar del hombre, esto es bien por que mantenían un relación amoroso o sexual y ahí se desencadeno el hecho o bien la mujer acude al llamado del hombre para “aclarar determinados asuntos” o bien “para brindarle ayuda” y una vez ingresada a la finca se precipita las acciones que determinaron ambos hechos.



Fuente: Elaboración propia a partir del Sistema de Gestión de Seguridad Pública.



En cuanto a la hora de los eventos y los días, con los escasos casos no es posible determinar una tendencia sobre qué momento del día y en qué día se producen, pero en este último indicador, existe una leve concentración hacia los fines de semana, es decir los eventos se desarrollan entre los días viernes y domingo.

En cuanto a los métodos utilizados en la siguiente tabla se describen ambos métodos (del femicidio y el suicidio posterior). Como se percibe en los casos de femicidios la mayoría implica un acto violento, dado que el arma de fuego como el arma blanca implican derramamiento de sangre.

En el caso de los suicidios, existe un número importante de ahorcamiento 13 casos. Un hecho importante en relación a estos casos, es que no “respetan” el método mayoritario que se da a nivel de suicidios en nuestro país. Como es sabido, en Uruguay casi el 75% de los casos de suicidio el método escogido es el ahorcamiento. Esto nos indica el patrón de violencia que existe en ambos hechos, es decir tanto para el femicidio como para el suicidio se utiliza el arma de fuego como método para quitar y quitarse la vida.

Método según casos de femicidios y suicidios.

	Casos Femicidios	Casos Suicidios
Arma fuego	30	29
Arma blanca	10	1
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	3	13
Otros métodos	2	2
Total	45	45

Fuente: Elaboración propia a partir del Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Si se observa que método utilizaron los hombres para acabar con la vida de las mujeres y a partir de ahí se observa el método que utilizó para darse muerte se percibe que cuando en el primer hecho hay un arma de fuego presente la mayoría de los suicidios emplean el mismo elemento para quitarse la vida. A su vez cuando se da muerte mediante un arma blanca, los suicidas tienden a ahorcarse dado que es la vía de acceso más fácil, rápida ya que se tiene acceso y disponibilidad inmediata. Los otros métodos se presentan con muy bajos casos.

En cuanto a la hora de un evento y otro, o el tiempo que pasa entre el femicidio y el suicidio, no se puede estimar con precisión, dado que no existen buenos indicadores,



que no son relevados en todos los casos y que mayoritariamente son estimados. Lo que se puede indicar con algún grado de certeza que entre el femicidio y el suicidio no transcurre más de 12 hrs.

Conclusiones

Los datos emanados de las fuentes relevadas, nos evidencian que los femicidios y posteriores suicidios son perpetrados entre seres humanos que cohabitan o conviven diariamente o de reciente separación. Esta evidencia es una de las principales a la hora de evaluar las políticas que se implementan en nuestro país. El mero hecho de la convivencia no implica de ninguna manera sentir seguridad y protección tanto para la mujer como para el hombre.

Todas las evidencias que se presentaron nos hablan por un lado del grado de violencia física, psíquica, cultural y social que se desprende de estos hechos. En cierta manera son violencias estructurales por que al decir de Carmona (2009) son vehiculizadas por estructuras económicas, políticas, sexuales y/o de género entre los individuos de una sociedad.

Si a este hecho le conjugamos que, en la mayoría de los casos, existían hijos o hijas en común, y en aquellos casos de que no se constata la presencia de hijos de anteriores matrimonios, poco pesa a la hora la explicar o comprender el hecho desde el propio acto, dado que la vinculación filial se hace efímera y aquellos sistemas de vínculos o protección que nos provee la familia se vuelven contra la familia, cuando uno de sus miembros se ve amenazado de perderlos.

Una de las primeras líneas que nos planteamos proviene de lo anteriormente expuesto, es decir de aquellas teorías que nos indican que los vínculos familiares (si son de consanguineidad o de adopción) y la pertenencia primaria que da la familia (en materia de lazos sociales) no solo ejerce una visión de socialización, vínculos, unión e identidad, sino que además puede constituir un agravante al plantearse su desvinculación por parte de uno de sus miembros. En concreto en estos casos es el hombre (en tanto ser social y ejerciendo determinado status en una estructura patriarcal), que siente amenazada esa estructura y se puede percibir, desprotegido y cuestionado, incluso por el resto de los hombres, en esa misma estructura y ser el motivo consciente o inconsciente que lo lleva a cometer actos de muertes, contra los seres que amenazan dicha estabilidad, e incluso contra sí mismos.



Interpretar este tipo de conductas o hechos implica no solo reconocer los actos en torno a víctimas y victimarios, sino que además debemos superar el eslabón de la inmediatez y reconocer que los victimarios, son víctimas de la una masculinidad hegemónica y los estereotipos de género que la sociedad y la cultura en la cual nos desarrollamos como individuos impone.

Como sostiene Carmona

“... La ubicación de un ser humano en un lugar determinado de cada una de estas estructuras define no solamente sus oportunidades y limitaciones, sino también su participación en la economía de la violencia de su sociedad respectiva, las formas de agresión física y simbólica que puede ejercer, de un modo más o menos lícito, y las que debe soportar. Lo fundamental de esta introducción es señalar que, a menudo, de las violencias estructurales institucionalizadas a las formas abiertas y crudas, como el homicidio y el suicidio, no hay más que un paso. (Carmona, 2012:317)

Retomando los datos, es importante destacar, e interpelando al sentido común, que estos hechos se producen en casi todas las edades y que la diferencia de edad en principio no es un motivo que explique o nos de indicios de este tipo de conducta que encierra de por sí elementos de ultra violencia, como lo es matar a su (ex) pareja y luego quitarse la vida por mano propia.

El estudio del Ministerio del Interior (2017) antes citado, basado en casos de homicidios a mujeres en manos de expareja, nos indica claramente que en esta temática la edad no es un elemento que determine o encienda una alerta.

Otros dos elementos que surgen de los datos, en primer lugar, es la extrema violencia - cómo método empleado- para quitar y quitarse la vida. El empleo de armas de fuego, implica en primer lugar un acceso a la misma y en segunda lugar nos indica el grado de violencia que implicaron ambos actos. En segundo lugar, cerca de la mitad poseían antecedentes de denuncias por violencia doméstica u otros actos violentos (15 de los 45 casos poseían), es decir son individuos que en más de la mitad de los casos no fueron denunciados por violencia intra hogar u intentos de autoeliminación, lo que complejiza aún más su abordaje preventivo y comprensivo. Por otra parte, este elemento nos puede indicar que en estos casos existen escasos indicios de premeditación.



Para concluir el presente artículo, dado el material analizado, algunos indicios que bien pueden validar futuras líneas de investigación, así como incipientes herramientas para la comprensión integral del fenómeno.

Es oportuno señalar que la violencia es ejercida por el hombre hacia la mujer y en parte de la sociedad hacia el hombre (al imponer sobre estos modelos de masculinidad, estereotipos y roles de género), debemos cuestionarnos el papel y el rol que juega el hombre con la mujer, la mujer con el hombre y ambos con la sociedad o el sistema cultural que nos da soportes para actuar en una convivencia más humana y solidaria.

Este artículo pone de manifiesto que debe abordarse la temática también desde una perspectiva más amplia que dé cabida a la violencia ejercida contra la mujer, así como la de la sociedad ejercida contra el hombre que repercute injustificadamente en la mujer. Debemos como sociedad detectar, estudiar y cambiar las “fallas” en el sistema de género que forma y consolidan este tipo de conducta, repensar la visión fragmentada que hay sobre el tema. No se trata simplemente de un tema judicial, o policial, se trata a su vez de un tema social y de la sociedad toda.

Para concluir en palabras de Carmona se sostiene que:

“... las violencias institucionalizadas y las potencias destructivas de cada sociedad se mantienen y reproducen gracias a los roles que cada orden social e histórico tiene previstos: el inquisidor, el pirata, el mercenario, el presidente de la multinacional, el preparador de reinas, el proxeneta, el caudillo, la primera dama, la novia del mafioso (...) Podemos decir que en cuanto un actor social desempeña un rol, “agencia” las violencias y las cargas mortíferas inherentes a ese rol, incluidas las potencias autodestructivas, es decir, se convierte en un agente de éstas. Es cierto que en cada contexto social e histórico hay roles más claramente vinculados con las violencias estructurales y también roles en los cuales los comportamientos autodestructivos son más frecuentes que en otros...” (Carmona, 2012:319)

Bibliografía

- Connell, R.W. 1997. La organización social de la masculinidad. En Valdes, Teresa y Olavarría, José. 1997. (edc) Masculinidades; poder y crisis. FLACSO. Ediciones de las mujeres N° 24, pp 34-48.
- Connell, R.W. 2003. Masculinidades. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gambetta, Victoria. 2018. El femicidio íntimo en Uruguay. Tesis de maestría. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República (Uruguay).



Gambetta, Victoria y Coraza, Paula. 2017. Femicidios íntimos en Uruguay. Homicidios a mujeres a manos de (ex) parejas. Informe. Ministerio del Interior. Observatorio Nacional de Violencia y Criminalidad. División Políticas de Género.

González, Víctor y Hein, Pablo. 2017. Situación conyugal y suicidio en el Uruguay – (2012 – 2015). En Revista Encuentros Uruguayos. Volumen X, Número 1, Setiembre 2017, pp. 34-54. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de la República (Uruguay).

Guajardo S. Gabriel y Cenitagoya G. Verónica (Editores) Femicidio y suicidio de mujeres por razones de género. Desafíos y aprendizajes en la Cooperación Sur-Sur en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, junio de 2017 FLACSO - C H I L E.

Kaufman, Michael. 1997. Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. En: Valdés, Teresa y Olavarría, José. (eds) 1997. Masculinidad/es. Poder y crisis. Ediciones de las mujeres N° 24. FLACSO Chile. Isis Internacional.

Lamas, Marta. 1997. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. En “El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. UNAM. Colección de las Ciencias Sociales, Estudios de Género. México.

Marqués, Josep-Vincent. 1997. Varón y patriarcado. En: Valdés, Teresa y Olavarría, José. (eds) 1997. Masculinidad/es. Poder y crisis. Ediciones de las mujeres N° 24. FLACSO Chile. Isis Internacional.

Meneghel, Stela; Hesler, Lilian Zielke; et al. 2012. Suicidio de idosos sob a perspectiva de género. Ciencia & Saúde Coletiva, 17 (8): 1983-1992, 2012.

Oficina Regional para América Central del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH). 2014. Modelo de protocolo latinoamericano de investigación de las muertes violentas de mujeres por razones de género (femicidio/feminicidio). Recuperado: http://acnudh.org/wp-content/uploads/2014/08/Modelo_de_Protocolo.pdf

Roy, Philippe. 2012. The sociology of gender: an original perspective for a better understanding of suicide in men. Sante mentale au Quebec 37(2):45-55 · October 2012

Segato, Rita Laura. Las estructuras elementales de la violencia - 1a ed. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2003.

Valdés, Teresa y Olavarría, José. (eds) 1997. Masculinidad/es. Poder y crisis. Ediciones de las mujeres N° 24. FLACSO Chile. Isis Internacional.



Estado del arte sobre conducta suicida, ideación suicida y suicidio consumado en las comunidades indígenas del departamento de Antioquia

Andrés Julián Londoño Deossa¹

“La clasificación de las diversas causas del suicidio sería la clasificación de los defectos mismos de nuestra sociedad” (Karl Marx, 1846. Traducción Ricardo Abduca, 2012, p. 93).

Resumen

En los últimos años se viene presentando el fenómeno del suicidio en algunas comunidades indígenas del Departamento de Antioquia, en Colombia; los casos reportados en su mayoría son población adolescente que presentan conducta suicida, ideación suicida o han consumado un acto de suicidio; en esta vía, los trabajos de investigación realizados sobre este fenómeno desde la sociología han sido escasos. Actualmente hay una preocupación considerable por parte de las comunidades indígenas de Antioquia, la Organización Indígena de Antioquia (OIA), AIC – EPSI (Asociación Indígena del Cauca – Empresa Privada de Salud Indígena), el Grupo de Investigación en Salud Indígena de la Facultad Nacional de Salud Pública (GISI - FNSP) y entidades públicas del Estado como la Gerencia Indígena de Antioquia, la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia (SSSA), El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), entre otras; que se han preocupado por atender esta problemática. La falta de conocimiento sobre el tema hace difícil que se generen acciones que permitan prevenir y atender este fenómeno. En este sentido, se realiza la presente investigación, con una metodología cualitativa con enfoque etnográfico y una perspectiva intercultural desde el pensamiento social crítico latinoamericano, con la intención de generar elementos para comprender el fenómeno y así pensar opciones que consientan afrontar esta situación. El trabajo de investigación documental y las actividades de campo en relación directa con las comunidades indígenas que sufren este flagelo posibilita generar aportes considerables que nutren la forma como se atiende el suicidio en las comunidades indígenas de Antioquia

Palabras clave

Suicidio, arte, ideación, comunidades, indígenas.

Introducción

En el año 2018 y el 2019 se consumaron 4 suicidios por parte de mujeres adolescentes del pueblo Embera Eyábida² (habitantes de la montaña) en la zona sur del Urabá antioqueño, 9 adolescentes más empezaron a desarrollar ideación y conducta suicida



(Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2019). La complejidad de la problemática llevo a las autoridades indígenas a visibilizar lo ocurrido, al mismo tiempo gestar apoyos psicosociales por parte de diferentes instituciones, como la Organización Indígena de Antioquia (OIA), la Gerencia Indígena, la Secretaria Seccional de Salud y Protección social de Antioquia (SSSA) y, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF); para atender esta situación. Sin embargo, las dificultades para afrontar la problemática por parte de las concepciones psicológicas y psiquiátricas de occidente conllevan a que sea fundamentalmente necesario entender las concepciones de salud propia de los pueblos indígenas y ponerlas en dialogo intercultural con la capacidad del Estado para generar soluciones ante semejante adversidad (Sepúlveda, 2008).

En este contexto el suicidio ha sido entendido como un problema de salud pública, el cual es atendido por las entidades del Estado con componente psicosocial clínico individual y familiar, sin embargo las barreras culturales que se encuentran entre la cosmovisión y cosmología occidental y la cultura propia de los pueblos indígenas, lleva a que las formas tradicionales como se interviene la conducta suicida, no sea adecuada y desconozca otras dimensiones sociales, culturales, económicas y “espirituales” que trascienden la forma como se intervine esta problemática desde las políticas públicas con enfoque étnico e intercultural en salud mental.

Fundamentación del problema

Ante la falta de referentes teóricos por parte de la sociología colombiana, para la investigación de esta temática, el suicidio indígena, trabajado desde los campos de investigación de las ciencias de la salud (Ramírez, et al., 2018; Vargas, et al., 2017; Urrego y Bastidas, 2017; Calderón, Alcover y Vargas, 2017; Cristancho, López, Montoya y Montero, 2015; Ruiz, 2012; Lopera y Rojas, 2012), la antropología (Zuluaga, 2012; Sepúlveda, 2008; Serje, 2003) y trabajo social (Tobón, 2012; UNICEF, 2012)³; se plantea la investigación desde una concepción heurística, considerando esta, como la posibilidad de acercarnos a la realidad a partir del conocimiento que se tiene sobre ella: desde la experiencia de los sujetos de estudio, las comprensiones derivadas de investigaciones sobre el fenómeno de estudio y desde la concepción propia del campo de análisis de la *sociología rural intercultural*; identificando brechas y vacíos en el conocimiento sabido, buscando proponer nuevos temas u otras miradas acerca del fenómeno, construyendo otros puntos de vista y otras forma de acercarse a ver, comprender y concluir lecturas sobre el suicidio indígena.



El concepto de indígena, entendido desde una postura crítica que rompe con la forma impuesta de occidente en el proceso civilizatorio del encubrimiento del otro (Dussel, 1994), lo asumimos como “los seres originarios de un lugar” (Centro Nacional Memoria Histórica (CNMH), 2019, p. 45). En esa medida y desde un carácter dialectico, entender hoy la posición que ocupa el ser indígena en Colombia, es entender un proceso histórico de violencia de larga duración, que se sigue reproduciendo actualmente.

Los seres originarios de esta parte del mundo, han sido exterminados en un continuo etnocidio que se sigue reproduciendo, aunque algunos pueblos siguen resistiendo a la desaparición absoluta, actualmente y en la población más joven, el suicidio indígena en el pueblo Embera Eyábida, surge como la expresión de múltiples y diversas problemáticas de un conflicto histórico y un malestar cultural actual, es decir, una tensión de culturas y de modos de vida contrapuestos en el sistema capitalista neoliberal.

En esta medida, “La violencia, la mala muerte, el racismo, la discriminación, la descalificación y el desconocimiento de nuestra existencia, de la Ley de Origen, del Derecho Mayor y el Derecho Natural” (CNMH, 2019, p. 23), son el trasfondo que se manifiesta en el suicidio indígena, atentado directamente contra la “red vital”, entendida como la configuración de múltiples realidades y recuerdos (memorias vivas), violentadas. En esta medida, la vida y la muerte, aparecen como resistencia y lucha por la vida, en “donde esta se extingue bajo la tortura, el asesinato y la barbarie, como estrategia de “conquista”, “civilización”, “independencia”, “modernización”, “progreso” o “desarrollo”” (ibid.).

La violencia aparece como categoría central, bajo la cual se inscribe el suicidio indígena, entendido este bajo la concepción de Mala muerte (CNMH, 2019), generando desequilibrio y conflicto en la red vital.

Las concepciones de violencia directa, estructural y cultural, aparecen como telón de fondo, en los hallazgos de algunas investigaciones (Ramírez et al., 2018; UNICEF, 2012; Sepúlveda, 2007 y 2008).

La violencia: la OMS, la define, como

el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo



o privaciones (...) Ampliando conceptualmente, Johan Galtung define la violencia como los actos evitables contra las necesidades humanas básicas (Ramírez et al., 2018, p.55).

En esta medida, La violencia directa, se muestra como aquella molestia manifiesta y evidente, que toma la forma de homicidio, lesiones interpersonales, violaciones sexuales, entre otras expresiones de fuerza con intención de daño. La violencia estructural es aquella intrínseca a los sistemas sociales, políticos y económicos, imponiendo condiciones desiguales e injustas a algunos en beneficio de otros. (Ramírez et al., 2018). "Este sometimiento redundante en marginalización de las poblaciones minoritarias y vulnerables, con menores oportunidades en educación, salud y justicia" (Vargas et al., 2017, p.133).

Y la violencia cultural, está enmarcada en la esfera simbólica, ejemplificada por violencia debido a la religión, la ideología, el lenguaje, el arte, las ciencias empíricas y formales, que pueden ser usadas para justificar o legitimar la violencia directa o estructural (Ramírez et al., 2018. p.57).

Desde el punto de vista de la salud, se retoman diversas concepciones que atraviesan el sentido bajo el cual se ha tratado de explicar este fenómeno, en esta medida aparecen los conceptos de salud, enfermedad, cuidado, muerte, determinación social en salud, perfil epidemiológico, colonialidad, feminismo decolonial, inequidad, etnia, raza, identidad, proceso socio-económico, proceso histórico-político, generación, cultura, educación, territorio, Género y Sexo (Ramírez et al., 2018); como conceptos claves para comprender el fenómeno, pero que acá no desarrollaremos.

Por otro lado, la ideación suicida, es el inicio de la conducta suicida, en ese momento se desarrollan pensamientos de muerte; la conducta suicida, es entendida como un problema mundial de salud pública, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como:

todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil, comprendiendo un amplio espectro de posibilidades, desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado (Vargas et al., 2017 p.130).

El suicidio consumado en occidente aduce al logro intencional de la muerte mediante la inducción de lesiones autoinfligidas (Ramírez et al, 2018).



Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) se considera que el término “suicidio” “evoca una referencia directa a la violencia y la agresividad” (p. 201) en ese sentido es definido como violencia autoinfligida. El término suicidio según la misma, es acuñado en 1642 por el médico y filósofo inglés, Thomas Browne.

En esa dirección y desde el campo de la salud mental, la concepción de los pueblos indígenas al respecto de este concepto es entendido como:

La capacidad del individuo, los grupos y el medio ambiente de interactuar entre sí de una manera que promueva el bienestar subjetivo, el desarrollo óptimo y el uso de las habilidades mentales (cognitiva, afectiva y relacional), los logros de metas individuales y colectivas que sean conscientes con el logro y la existencia de condiciones fundamentales de equidad (Cristancho et al., 2015, p. 22).

Por último, las dimensiones causales del fenómeno del suicidio desde la cosmovisión propia de los pueblos indígenas, está asociada a una enfermedad llamada “*Jaí*”, la cual es entendida como “aquellas enfermedades espirituales impuestas por personas de corazón y pensamiento malo “*Zô Kayirúa*” que afectan lo emocional físico y llevan a la muerte a las personas indígenas, estas pueden ser: Mal de ojo, maleficios, brebajes, secretos” (OIA, 2018, p. 6).

Metodología

Se implementó una metodología de investigación cualitativa. Los métodos utilizados fueron la investigación documental, con la cual se logró recoger una mirada más clara en torno de la problemática del suicidio; el acercamiento a entidades públicas, organizaciones indígenas y el Grupo de Interés en salud indígena (GISI) de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Así mismo, se realizó una aproximación a la problemática desde la observación etnográfica en algunos resguardos indígenas del suroeste antioqueño y el Urabá sur y norte de Antioquia. En este último, se utilizaron herramientas tales como: entrevistas no estructuradas, entrevistas semiestructuradas y diario de campo⁴.

Con esto, ubicamos un panorama propicio a partir de la selección de referentes desde la literatura científica indexada y la literatura gris.

Por otro lado, encontramos que el fenómeno del suicidio indígena se ha observado en algunos departamentos de Colombia como el Amazonas, Antioquia, Barranquilla, Chocó y Cundinamarca.



En resumen, registramos 16 trabajos de investigación realizados en Colombia, 2 en México, 2 en Ecuador, 2 en España, 1 en Brasil, 1 Perú y 1 en Paraguay. En total identificamos 25 investigaciones asociados al tema del suicidio en comunidades indígenas.

Resultados y discusión

Con Sepúlveda (2008), identificamos que la “causalidad de los suicidios se base en la *adversidad* experimentada en el contexto y no en una patología mental. El suicidio *per se*, constituye un rito de paso (Van Gennep, 1986) hacia una mejor vida: la onírica” (p. 247).

Según el autor, los indígenas establecen la causa de los etnosíntomas y los suicidios, de acuerdo con una estructura etnoetiológica triangular: el desorden distribuido por los *jaibanás* y *bēnk'unns* (Sabios espirituales de la medicina ancestral indígena); los comportamientos inmorales de los jóvenes indígenas a la luz del modelo judeo-cristiano; y el mecanismo *epidémico* de la enfermedad, construyen una representación social (Moscovici, 1984) apocalíptica de los suicidios, la cual sella la causa de los mismos en la experiencia de un lugar en el mundo adverso, inmerso en un *ethos* (Bateson, 1958; Jenkis, 1991) cultural irremediable (p. 257).

Sepúlveda, ubica el fenómeno en la adversidad que viven los jóvenes en los desbalances entre el bien y el mal que operan en el ser, lo cual conlleva a la mala muerte y por ende a una fragmentación de la red vital (CNMH, 2019).

Esta situación según Sepúlveda es operada por una condición ontológica, en donde las condiciones de vida del ser indígena, están en medio de la adversidad y el infortunio de su experiencia en el mundo, “marcada por la incorporación inesperada de aspectos modernos a su realidad tradicional (...) la modernidad atenta contra el lugar en el mundo fundamentado por el orden tradicional indígena” (Sepúlveda, 2008, p.258).

La adversidad no es superable, al contrario, se agudiza en las condiciones sociales de la modernidad en que se inscriben las comunidades indígenas, ubicándose en un punto, dónde la salida, es el suicidio, que “(...) paradójicamente se convierte en el recurso para vivir” (*ibid.*).

En este sentido, el fenómeno se separa de la comprensión hegemónica occidental del suicidio como una patología que afecta la salud mental, y al contrario se ubica como “un



malestar social que trunca sus prácticas cotidianas y fractura la relación con sus semejantes (Kleiman, 1988), cuya causa se ancla en la agencia y el poder de un mediador humano: el jaibaná y/o Bënk'unn” (Sepúlveda, 2008, p.252).

El uso maligno del poder sobrenatural por parte de los chamanes, el apocalipsis *provocado* por los actos inmorales de los jóvenes y la enfermedad como mecanismo del mal para el exterminio indígena, evocan el desorden y el desbalance entre el bien y el mal dentro del contexto social en que se inscribe el ser indígena (p.258).

La saturación de las formas tradicionales de vida por aspectos modernos irrumpe la cotidianidad, la violencia estructural y directa aparecen “como el telón de fondo moderno que satura dichos mecanismos. El conflicto armado, presente en estas zonas, aparece como elemento de fondo que produce y reproduce adversidad, llevando al suicidio de jóvenes indígenas, como una opción para vivir e indicar el mundo tan adverso en que se encuentra, dónde la renuncia a él es una salida digna, para confrontarlo.

La violencia directa infringida por actores armados, paramilitares, guerrilleros y las Fuerzas Militares del Estado, “irrumperon en la cotidianidad indígena con prácticas de tortura, “abuso sexual en contra de las mujeres jóvenes, y en menos medida hombres adolescentes” (p. 259).

La violencia estructural, inscrita dentro del conflicto armado en Antioquia, configura condiciones dónde se restringe la movilidad, se genera desplazamiento forzado y confinamiento bajo el dominio de actores armados.

Sepúlveda, ubica la violencia estructural en dos dimensiones, una exógena y otra endógena. Donde la exógena tiene que ver con la imposición del poder y autoridad sobre el pueblo indígena a través de la fuerza armada, regulando y desequilibrado el buen vivir de los pueblos indígenas, administrando el poder, la economía, las relaciones internas y produciendo reclutamiento forzado de jóvenes; y la endógena, con la respuesta de los indígenas frente a las violencias directas y socio espaciales de los actores armados, usando sus poderes para castigar y prevenir el mestizaje de los jóvenes. (p. 260).

Los jóvenes han sido las principales generaciones que han consumado el suicidio, Sepúlveda, ubica este fenómeno en la adversidad que viven estos en el mundo en que se inscriben, siendo las principales víctimas.



En esa vía, el suicidio de adolescentes indígenas se presenta de forma recurrente en los últimos años, Un caso concreto es el que sucede el año pasado (2018) en el municipio de Chigorodó, en la subregión del Urabá Antioqueño, en la comunidad Indígena de Guapa-Alto, del pueblo Embera Eyábida. Donde finalizando el 2018 una joven se quita la vida, afectando fuertemente a las demás jóvenes indígenas de la comunidad, produciéndose en ellas una serie de ideaciones y conductas suicidas. (ICBF, 2019).

Tal afección recaía en la enfermedad por “*JAI*” un espíritu maligno que posee a los indígenas perturbando la voluntad de sus acciones, influenciado la decisión de morir voluntariamente.

Esta situación venía sucediendo años atrás con otras mujeres indígenas de la comunidad que habían consumado actos de suicidio, por tal motivo, los líderes indígenas del Cabildo Mayor Indígena de Chigorodó hacen una petición para pedir asistencia a las instituciones públicas del Estado, solicitando atención psicosocial y psicoespiritual a los miembros de la comunidad que vienen presentando ideación y conducta suicida. Las respuestas de las entidades estatales han sido precarias, los profesionales con sus concepciones occidentales sobre salud mental, no saben muy bien como intervenir esta problemática, ya que desconocen la cosmogonía indígena, en muchos casos, sin embargo, se ha tratado de buscar alternativas que permitan la implementación de la salud intercultural, teniendo presente la salud propia de los pueblos indígenas.

En esta medida, el suicidio en las comunidades indígenas es un fenómeno social que viene presentándose en Colombia con incidencia considerable hace 20 años.

Según fuentes diversas, entre artículos de prensa, documentales televisivos y literatura científica se datan hechos concretos desde 1995 hasta la actualidad.

Las dinámicas del conflicto armado en las zonas rurales de las regiones Colombianas, son una causal directa que se relaciona con el suicidio indígena, debido a que implica una afección a la vida de los pueblos indígenas, su cosmogonía y la armonía entre la comunidad y el territorio; contribuyendo a la ideación suicida, la conducta suicida y el suicidio consumado por parte de indígenas en los pueblos ancestrales de Antioquia.



Conclusiones

Para finalizar, damos cuenta de diversos factores atravesados por cinco categorías centrales que están directamente relacionados con la ideación suicida, la conducta suicida y el suicidio consumado en los pueblos indígenas de Antioquia. Los cuales son: La violencia, donde se observan varios tipos como la violencia sexual, doméstica, cultural, socio-espacial, estructural y armada, dentro de las cuales existe agresión física, verbal, psicológica, espiritual, económica y política.

La Generación y deculturación: donde se observa el suicidio adolescente a causa de factores relacionados con la violencia doméstica, la pobreza, pérdidas traumáticas de seres queridos, el consumo de sustancias psicoactivas, el racismo, la discriminación, la desesperanza, el deterioro ambiental, la colonización de sus territorios y la presencia de actores armados (Vargas et al., 2017).

La condición de género: donde se observan cambios en las relaciones de parejas y los roles de género ligados al colonialismo, los modelos sociales patriarcales y las relaciones de dominación y subordinación (ibid.) en las formas conyugales de composición familiar.

El tipo de educación y el desarraigo: que se da en algunos lugares debido a la occidentalización de la cultura autóctona, la cual, alejada muchas veces de la cosmovisión y estructura social de los pueblos originarios (ibid.) degenera las comunidades llevándolas a la pérdida de algunos símbolos de su identidad.

La salud mental: en donde se observa que, en los indígenas, el uso de sustancias psicoactivas, la depresión, la ansiedad, el estrés postraumático, los trastornos afectivos y trastornos de comportamiento disruptivos (ibid.) generan decadencia y condiciones propicias para alentar la conducta suicida.

Además de estos cinco factores, también existe un obstáculo relacionado con el acceso a los servicios de salud y de justicia por parte de los pueblos indígenas, debido a las dificultades geográficas o por precariedad de las instituciones de salud y de justicia en lo que tiene que ver con la prestación de servicios con enfoque diferencial, intercultural y pluriétnico a los pueblos indígenas.

En este sentido, las barreras culturales por la forma de atención de la medicina occidental, en contradicción muchas veces con la medicina propia; y las formas de



Justicia ordinaria y su discusión con la Justicia propia de los pueblos indígenas. Son dos factores claves a tener en cuenta para poder generar rutas de atención efectivas para atender la problemática del suicidio indígena en general. Para eso, se debe poner en dialogo las políticas públicas en salud con enfoque étnico e intercultural con el Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural (SISPI). Tal y como se viene proponiendo desde la reivindicación de los pueblos indígenas en Antioquia y Colombia, a través de la OIA, la ONIC (Organización Nacional Indígena de Colombia), la CRIC (Consejo Regional Indígena del Cauca), y otras organizaciones de los pueblos indígenas.

Por último, la población indígena adolescente, en especial las mujeres, presentan más casos de ideación, conducta y suicidio consumado en el pueblo Embera Eyábida en el Urabá antioqueño. Esto se da, según la cosmovisión indígena, por fuerzas espirituales que afectan lo emocional y físico y llevan a la muerte a las personas indígenas. Estas fuerzas están asociadas a fenómenos como el conflicto armado, la violencia estructural y doméstica, la occidentalización de la cultura propia, entre otras cosas. En esta medida el suicidio adquiere dimensiones biológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales, y es tratado desde los pueblos indígenas de forma integral abarcando aspectos sociales, culturales, ambientales, espirituales y colectivos, tomando en cuenta la sabiduría ancestral y la armonización con la madre tierra.

Notas

¹ Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales y Humana. Universidad de Antioquia. andres.londonod@udea.edu.co

² Este pueblo se ha denominado por algunos académicos y entidades del Estado como Embera Katío, sin embargo, la Organización Indígena de Antioquia (OIA), reivindican la modificación de ese nombre (mal llamados Katíos) por Eyábida.

³ Las citas realizadas recogen las investigaciones revisadas tanto de literatura indexada, como literatura gris.

⁴ Se hace claridad que el proceso de investigación aún se encuentra en construcción como proyecto de grado, sin embargo, en este artículo damos cuenta de los hallazgos tempranos que se han identificado hasta el momento.

Bibliografía

Calderón, V. Alcover, A. & Vargas, R. (2017). Intentos de Suicidio por intoxicación con sustancias químicas en Colombia. Barranquilla, Colombia: revista Duazary



- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2019). *Tiempos de vida y muerte: memorias y luchas de los pueblos indígenas en Colombia*. Bogotá: CNMH
- Cristancho, S; López, J; Montoya, E; y Montero, O. (2015). *Iniciativas por la salud pública: Memorias VI conversatorio sobre salud indígena*. Territorio Sano Para un Buen Vivir. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. Medellín, Colombia.
- Dussel, E. (1994). 1492: el encubrimiento del otro: hacia el origen del mito de la modernidad. Clacso. Disponible en <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/otros/20111218114130/1942.pdf>.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Regional Antioquia. (2019). *Informe Intervención especializada suicidios e ideación suicida en adolescentes indígenas: Comunidad de Guapa alto – Municipio de Chigorodó*. Medellín, Antioquia.
- Lopera, J. & Rojas, S. (2012). *Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública*. Medellín, Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana.
- Organización Indígena de Antioquia. (2018). *Camino hacia la justicia indígena: para la atención, prevención, seguimiento y sanción de las violencias ejercidas contra las niñas, niños, las mujeres y las familias indígenas de Antioquia*. OIA. Medellín.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington D.C.
- Ramírez M., Puerto L., Rojas V., Villamizar G., Vargas E., y Urrego M. (2018). *El suicidio de Indígenas desde la determinación social en salud*. Universidad Nacional. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. Bogotá, Colombia.
- Ruiz, L. (2012). *Salud mental en tiempos de guerra: una reflexión sobre salud mental - conflicto armado en pueblos indígenas en situación de desplazamiento en Bogotá*. Facultad Nacional de Salud Pública
- Sepúlveda, R. (2008). *Vivir las ideas, idear la vida". Adversidad, suicidio y flexibilidad en el ethos de los Emberá y Wounaan peoples of Riosucio*. Colombia.
- Serje, M. (2003). *ONGs, indios y petróleo: el caso U'wa a través de los mapas del territorio en disputa*. Instituto Francés de Estudios Andinos. Amazonas, Colombia.
- Tobón, L. (2012). *El fenómeno del suicidio, y las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que viven las comunidades indígenas Embera del Bajo Atrato Chocoano y Antioqueño*. Universidad Antioquia. Tesis pregrado Trabajo Social. Medellín, Colombia.
- UNICEF. (2012). *Suicidio adolescente en pueblos indígenas: tres estudios de caso*. Lima, Perú: IWGIA



Urrego, Z. y Bastidas, C. (2017). Narrativas sobre conductas suicidas en pueblos indígenas colombianos, 1993 – 2013. Bogotá, Colombia: Rev. Fac. Nac. Salud Pública

Vargas, A., Villamizar, J., Puerto, J., Rojas, M., Ramírez, O., y Urrego, Z. (2017). Conducta suicida en pueblos indígenas: una revisión del estado del arte. Bogotá: Rev. Fac. Medicina.

Zuluaga, L. (2012). Crisis étnica y cultural de una comunidad indígena en el municipio de Frontino Antioquia. Medellín, Colombia: Kogoró, revista de estudiantes de antropología.



Percepção de Cuidado dos Voluntários do Centro de Valorização da Vida

Pedro Fragoso

Resumo

Este texto faz parte da dissertação deste autor cujo objetivo é compreender as concepções de voluntários de uma instituição brasileira com o propósito de oferecer apoio emocional em prol da prevenção ao suicídio. Seguindo metodologia qualitativa, foram realizadas entrevistas com os voluntários desta instituição. Neste material discutiremos a prática voluntária leiga da instituição e o movimento do voluntário para performar essa atuação. Veremos no relato dos voluntários um caráter múltiplo no exercício de sua prática que permeada de imprevisibilidades permite o voluntário identificar o cuidado realizado como algo contingente e ao mesmo tempo contornável.

Palavras Chave

Suicídio; cuidado; interação; alteridade

Introdução

Este presente texto refere-se a uma parte da dissertação de mestrado deste autor, onde buscou-se se debruçar sobre as concepções dos voluntários de uma instituição acerca do cuidado que desenvolvem como estratégia de prevenção ao suicídio. O serviço chama-se “Como vai Você?” e estaremos utilizando a sigla CVV em referência a este, que é também o modo como é nacionalmente divulgado no Brasil. O CVV se trata de uma Organização não governamental vinculada ao Centro de Valorização da Vida e a partir dele pessoas voluntárias operam a partir de práticas leigas oferecendo apoio emocional para qualquer pessoa que deseje estabelecer contato com a instituição.

Em 1962 nasce o Programa CVV de prevenção ao suicídio, sendo a primeira atividade do Centro de Valorização da Vida, descrito como “um serviço gratuito de apoio emocional oferecido por voluntários disponíveis para conversar com pessoas em estado de angústia, sofrimento e em necessidade de desabafar” (centro de valorização da vida, 2017, p.10-11). Dentro da instituição, qualquer pessoa que entre em contato com o voluntário é chamada de Outra Pessoa (OP), isso seria a referência mais adequada segundo a instituição em detrimento de termos como “paciente” ou “cliente”, que estaria em descompasso com a prática proposta do grupo.

Duas características importantes do trabalho em que a presente discussão está inserida, teremos a distância e a prática leiga como aspectos característicos do trabalho nesta



instituição. Por isso buscou-se privilegiar a reflexão dos voluntários sobre esse tipo de prática que eles desenvolvem.

Mol dá um passo a mais em relação ao que as ciências sociais já tinha contribuído para compreender o processo saúde, doença e cuidado. Segundo ela, era muito comum os cientistas sociais não se debruçavam na “doença em si” e privilegiarem as “perspectivas” em detrimento das praticidades:

O primeiro passo das ciências sociais no campo da medicina era delinear a doença como um importante objeto a ser adicionado às fisicalidades de uma doença. O segundo passo foi enfatizar que tudo o que os médicos dizem sobre "doença" faz parte de um reino de significado, algo relativo à perspectiva específica da pessoa falando. E aqui está o terceiro passo. Consiste em colocar em primeiro plano, praticidades, materialidades, eventos. Se nós levarmos este passo, "uma doença" se torna uma parte do que é feito na prática (Mol, 2002, 12 -13). Cuidado nesse aspecto não é tomado como um conceito autoevidente ou natural, concordando com Mol, Moser e Pols (2015, p.81-82), pensamos cuidado aqui em termos de uma prática e não de um estilo. Ao sugerir um protagonismo em privilegiarmos considerar os contextos de práticas, Mol (2008) recupera o termo cuidado não como algo auto evidente, mas um elemento de ação, que é construído e performado.

Tomar o cuidado como performance, privilegia sobretudo olhar os movimentos relacionados a essa prática. No trabalho do CVV, apesar da instituição trabalhar sob a rubrica de uma atuação leiga, alguns voluntários desenvolve em seu cotidiano outras atividades, em alguns casos em setores que lidam com público, contudo no seu engajamento com a instituição precisa se adaptar ao modelo que a instituição pretende como estratégia de cuidado.

Goffman (2002), falando do indivíduo enquanto personagem, se referiu a este enquanto um fabricante de impressões cuja a tarefa é representar (p. 231), ou seja, o “eu” do indivíduo-personagem é móvel, movimentado nas interações que eles se engajam a partir da dimensão situacional dos contextos em que se encontram. No entanto, para Goffman (2002), o indivíduo na busca de convencer sua plateia precisa prezar pela gestão das impressões durante sua atuação em correspondência com a respectiva atuação (p. 207). Porém, o autor sugere que a construção das identidades dos indivíduos ocorram em um processo representacional cujo o sucesso supõe a neutralização de aspectos das outras personagens atuadas pelo mesmo ator. No



entanto, veremos ao longo desse trabalho que alguns voluntários importam saberes e práticas de outros contextos como contribuintes na estratégia de autocuidado no âmbito do CVV, demonstrando que ainda que o voluntário possa se engajar em alguma prática profissional fora do CVV, sua atividade externa coexiste junto aos conhecimentos obtidos no contexto do CVV, sem comprometer sua função voluntária leiga.

Justificativa

Em confluência com o que pretende a relação de ajuda, o CVV segue uma postura de não aconselhamento àqueles que procuram o serviço de apoio emocional. A instituição compartilha de um modelo triangular ao qual os voluntários devem se apegar para produzir o cuidado, gira em torno da tentativa de conhecer melhor a pessoa em sua essência humana, minimizando as ameaças que ela encontraria em outros âmbitos. A estrutura em forma de triângulo busca ilustrar em que ponta o voluntário, durante o atendimento, deve assentar o seu foco, uma vez que todos os pontos estão se influenciando. Nas pontas das bases, estariam localizados o “Indivíduo” de um lado e o “Problema” de outro. O “Indivíduo” nesse sentido, é caracterizado pelos papéis que os indivíduos reproduzem nas suas vida cotidiana e suas características como se mostram ao mundo, seu nome, seu endereço, o fato de ser pai ou mãe, sua identidade de gênero, seu exercício profissional, entre outros (Martins, 2016, p.29). A compreensão é de que tais características do “Indivíduo” estão de algum modo alinhadas com o problema que a pessoa que liga esteja desabafando. O “Problema” nesse caso é entendido como o motivo do desespero e das inquietações daquele indivíduo, o conteúdo dos fatos relatados. No entanto, a orientação do CVV é a de que “é preciso separar o mal do malfeitor. A pessoa que pratica o roubo e o assassinato continuará sendo interiormente sempre uma pessoa e, como tal, merece a nossa confiança.” (Centro de valorização da vida, 2006, tema 3:2). Dessa maneira é esperado que o voluntário se posicionasse em direção à pessoa. “Pessoa” entendida nessa circunstância como o ser possuidor de uma força que se movimentará sempre em direção ao seu desenvolvimento. Para isso ser possível, nota-se a necessidade do voluntário se afastar do conteúdo que está sendo exposto atrelado a quem o reproduz, amenizando assim as qualificações, ponderações, ojerizas e demais sentimentos que possa afastá-lo da pessoa e do sentimento que esse indivíduo, na condição de pessoa expõe diante daquilo que é narrado.

O CVV tem algumas modalidades de promover atendimento à Outra Pessoa além do encontro presencial, a Outra Pessoa pode contatar a instituição através do Chat online, e-mail ou telefone (Centro de valorização da vida, 2017, p.11). A maior parte dos



atendimentos ocorrem através de ligações telefônicas. Recentemente, em 2017, ocorreu uma importante mudança relacionada ao trabalho da instituição relativo ao atendimento telefônico, pois entre as ações programáticas propostas pela agenda de ações estratégicas apresentadas pelo Ministério da Saúde do Brasil, o CVV foi mencionado no estabelecimento de um pacto para enfrentamento ao suicídio em nível local, foi dessa maneira que após pouco mais de 50 anos de funcionamento do Serviço de Prevenção ao Suicídio sem nenhum apoio de algum Órgão estatal, foi implantado o ramal 188, permitindo o CVV atender a nível nacional por um canal de comunicação unificado, através da colaboração do Ministério da Saúde como uma dessas ações objetivadas no material “o 188 foi fruto de uma das estratégias que visava parceria do sistema de saúde com o serviço não governamental para auxílio no cuidado.” (Brasil, 2017a, p. 14). Desse modo, o serviço que antes era acessível de modo local, apenas às cidades que tinham posto da instituição eram atendidos, a partir de 2017 o número é incorporado integralmente tornando acessível para qualquer região do país.

Metodologia

A pesquisa teve como interlocutores os voluntários do Posto CVV da cidade de Salvador no estado da Bahia, localizado no nordeste do Brasil. O serviço na cidade de Salvador foi implantado em 1988, vinte e seis anos após a primeira sede fundada em São Paulo.

A produção dos dados será realizado através do método de entrevistas, definida por Haguette como “um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado. As informações são obtidas através de um roteiro de entrevista constando de uma lista de pontos ou tópicos previamente estabelecidos de acordo com uma problemática central e que deve ser seguida.” (Haguette, 2000, p. 86).

Foi adotada a técnica de entrevistas no formato semiestruturada. E para essa modalidade, considerou-se a elaboração de um roteiro, como um instrumento importante que orientavam os principais objetivos da investigação. Entre abril e setembro de 2019, foram realizadas as entrevistas individuais e o grupo focal. No total, entrevistei individualmente, 14 dos 34 voluntários atuantes do posto quando iniciei a produção dos dados e 7 desses estavam entre os 9 que participaram do Grupo focal. Alguns desses são Voluntários de Apoio, que geralmente não se comprometem com a tarefa de realizar plantões, pois tem dificuldades particulares, mas que atuam em outras atividades para contribuir no funcionamento do posto. As entrevistas foram realizadas



em sua maioria no próprio Posto CVV de Salvador, apenas quatro foram realizadas em residência dos voluntários por motivos específicos. Estiveram, portanto, envolvidos voluntários entre 23 a 79 anos de idade, sendo que entre estes havia voluntários que tinham desde alguns meses até 28 anos de atuação naquela instituição. Entre os voluntários envolvidos no processo, estiveram 10 mulheres e 6 homens.

Resultados e Discussão

A proposta do CVV seria leiga, em maior referência ao que ela se propõe enquanto relação de ajuda, do que a personalidade de quem a realiza. Para melhor ilustrar, imaginemos o seguinte, um psicólogo que trabalha em uma clínica decida atuar também como voluntário do CVV. Ainda que ele seja um profissional supostamente munido de um conhecimento relacionado à sua formação e saberes práticos de cuidado incorporados em outros espaços, para lidar com questões relacionadas inclusive ao comportamento suicida, ao se engajar no CVV ele será mais um voluntário e aderindo ao *modus operandi* leigo como a instituição sugere. Seria essa então a função que a instituição esperará dele, não um psicólogo voluntário, mas apenas voluntário.

Bia, observa nas diferenças dos voluntários um dos elementos que move a instituição: *Eu acho muito bonito essas diferenças, assim, um que é mais flexível, outro que é inflexível, um que quer mudar tudo, outro que quer aceitar tudo, então isso vai fazendo com que o CVV seja o que ele é.* O trabalho no CVV é realizado por uma diversidade de voluntários, os mais diversos perfis se interessam em tornarem-se mais um membro do grupo. São pessoas de profissões, crenças e ideologias heterogêneas interagindo em torno do cuidado. O engajamento de pessoas novas ao longo dos anos é visto como algo benéfico para Marcos, por estimular a reflexão da própria atuação na prática *porque as vezes ela coloca uma forma de atender, em um comentário ela faz uma coisa que a gente não parou pra pensar, então é uma troca.*

Segundo os voluntários, o foco está no exercício prático do cuidado e não no domínio teórico que será depois performado de modo correspondente. Para Maria, é um processo contínuo que a princípio constata-se apenas a aptidão para dar início, *foi como um candidato falou aqui, ele não tá se sentindo pronto, ele tá se sentindo apto, mas é o dia a dia que vai fazendo a gente se sentir pronto.* Após os dez plantão de Seleção de voluntário, onde no seu decorrer ocorre simulações de atendimentos encenado pelos voluntários mais antigos e mais novos, o voluntário passa a assumir o plantão sozinho, sem acompanhamento durante o acolhimento à Outra Pessoa, em referência ao caráter



sigiloso assumido pela instituição. Ana traz que todas essas experiências compõe a aprendizagem, *o aprendizado vem do próprio atendimento e dos treinamentos né, da reflexão.*

Segundo os voluntários, o foco está no exercício prático do cuidado e não no domínio teórico que será depois performado de modo correspondente. Para alguns voluntários é um processo contínuo que a princípio enfatiza a aptidão necessária para dar início. Após os dez plantão de Seleção de voluntário, onde no seu decorrer ocorre simulações de atendimentos encenado pelos voluntários mais antigos e mais novos, o voluntário passa a assumir o plantão sozinho, sem acompanhamento durante o acolhimento à Outra Pessoa, em referência ao caráter sigiloso assumido pela instituição.

Um dos elementos que os voluntários precisam se adaptar ao longo da sua atuação junto à instituição é evitar atitudes conselheiras. Tendo em vista que esse policiamento não era necessário, com o passar do tempo os voluntários iam entendendo o significado desse tipo de abordagem.

Antes de tornarem-se membros da instituição, os voluntários demonstraram não identificar os impactos que os conselhos poderiam causar àquelas pessoas os recebia. Para Max, *foi necessário estudar um pouco pra entender de onde vem esse não aconselhamento.* Alguns relataram que era comum sugerir caminhos para que as pessoas próximas resolvessem seus problemas. Segundo os voluntários, depois da compreensão acerca do distanciamento da abordagem diretiva ou conselheira no CVV, eles notam que tal conduta está atrelada à autonomia da pessoa que liga.

No CVV a relação de ajuda se aproxima das contribuições colocadas por Rogers, justamente por se basear no modelo e conceitos associados à Abordagem Centrada na Pessoa. Tendo isso em vista, para que os voluntários ajudem a Outra Pessoa (OP) a gerir o que lhe assoberba, é preciso que ele se ponha enquanto facilitador do autoconhecimento nesse outro (Martins, 2016).

Tem até, não sei se é um paradoxo, que, a gente quer, o CVV quer que a pessoa se encontre, se conheça e tenha o domínio sobre si mesma, que tome suas próprias decisões e não precise dele, ele não quer que a pessoa fique dependente do CVV não, quer que a pessoa pegue sua autonomia e ande com seus próprios pés e quando as pessoas conseguem isso a gente fica feliz, pra dizer “olhe, de hoje em diante, não vou precisar mais do CVV, não”, a gente tá feliz porque a pessoa consegue caminhar com seus próprios pés, acho que isso é legal, isso aqui, essa ideia. (Max)



O aconselhamento, nesse sentido, estaria refletindo a tirada da autonomia da Outra Pessoa, pelo voluntário. Através da abordagem Centrada na Pessoa, o voluntário deve, portanto, facilitar para esse encontro, assumindo um papel de espelho que reflete o sentimento da Outra Pessoa para ela mesma se enxergar, em um exercício colaborativo.

Essa perspectiva destaca o favorecimento de engajar a Outra Pessoa na construção do cuidado, assumindo lugar ativo na interação. O voluntário nesse sentido, tendendo facilitar para que ela encontre a resolubilidade dos problemas que lhe aflige, nas palavras de Bia, busca ser uma espécie de eco, *quando ela liga pro CVV ela encontra o eco, ela vai falar dela, ela vai dizer o que ela sente, o que ela pensa e o que ela traz é a verdade dela e essa verdade é respeitada, essa verdade ela é aceita e a gente busca compreender e comunicar a essa pessoa, isso que ela tá trazendo pra gente*. O cuidado consiste em devolver para a Outra Pessoa os sentimentos identificados pelo voluntário no momento que ela traz o problema em seu relato. A premissa é de que o foco que a Outra Pessoa mantém no problema, a impede de ver os caminhos para solucioná-lo, que a rigor, esses caminhos já são reconhecidos por elas, mas que no seu estágio de sofrimento, não lhe torna facilmente perceptível. Seria desse modo, através do desabafo sem julgamentos ou direcionamentos que esse encontro com ela mesma poderia ocorrer mediante a colaboração do voluntário que serviria de “espelho” nessa relação.

O sentido do cuidar para os voluntários, são construídos baseado no tipo de interação proposto pela instituição.

Cuidar pra mim, hoje, é escutar. É escutar, é prestar atenção e deixar que a outra pessoa se mostre e você não julgar, isso é cuidar. (Ana)

Então o cuidar, a palavra já diz né: cuidar, esse cuidado que nós temos, cuidado no jeito de falar, como eu atendo o telefone, de me disponibilizar pra manter o CVV, cumprir meu horário, chegar realmente no meu horário, respeito a quem liga pro CVV, estar disponível, de fato [...] (Victória)

No destaque, eles privilegiam aspectos que modelam a relação com a Outra pessoa, como a escuta atenta, as responsabilidades com o trabalho, a atenção. São elementos que se apresentam como pressupostos da instituição e que quando não realizados estaria em confronto com a atitude cuidadora.



Quando Mol (2008) investiga as práticas de cuidado em um hospital Holandês, ela distingue duas lógicas possíveis para entender as práticas observadas. Seria a lógica da escolha e a lógica do cuidado. Elas não são delimitadas de modo efetivo pela autora, justamente por ter categorias que caminham de modo muito semelhante entre uma e outra lógica. A autonomia é um desses aspectos que será trabalhado ao longo do seu trabalho.

Ainda que Mol não traga em relevo a autonomia na dimensão da lógica do cuidado, ela atribui a essa lógica a percepção menos da vida enquanto um objeto, mas como uma ação, o viver (Mol, 2008, p. 80-81). Dessa maneira, a tarefa de cuidar estaria muito pautada nas articulações que o cuidador realiza com seu paciente para tomar decisões e identificar possibilidades. Enquanto na lógica da escolha a autonomia reacende a responsabilidade do paciente frente a suas decisões em detrimento da atuação do cuidador, na lógica do cuidado, o fazer junto aparece em maior evidência, com responsabilidades compartilhadas.

Os voluntários da instituição mostraram que a autonomia é privilegiada no atendimento à Outra Pessoa, autonomia esta que Mol atribuiu à lógica da escolha. Por outro lado, o voluntário não aconselha e não vê direcionamento como positivo, pois pressupõe que a Outra Pessoa sabe do que precisa e necessita apenas de um facilitador para ecoar o que ainda está confuso para ela. Para esses voluntários eles experimentando a alteridade empática e mesmo distante compartilhando do sentimento daquela pessoa, estando do lado dela, se colocam enquanto semelhantes à nível emocional. Nesse ponto, o voluntário ao não direcionar e ao se por horizontalmente em relação à Outra Pessoa, já escapa ao modo que Mol atribuiu à lógica da escolha, ou seja, o voluntário do CVV evita o aconselhamento por sentir-se experimentando a mesma sensação emocional que a Outra Pessoa e não se reconhecendo enquanto possuidor das respostas necessárias para ela superar o que lhe aflige. A autonomia na lógica da escolha está pautada na liberdade mediada, pois a liberdade está contida no caminho direcionado por um profissional, que por opção ou necessidade o paciente tome outra via a responsabilidade será atribuída a ele e não ao médico. A lógica do cuidado estaria mais próxima a atitude compreensiva, de melhorar o viver, a vida como verbo. O voluntário se faz como colaborador na construção contínua daquela pessoa que liga para instituição em busca do apoio emocional que vai favorecer seu bem estar. É como se se nos guiassemos pelos padrões de lógica que Mol descreve, o trabalho no CVV



parece ter elementos que estão diluídos ora na lógica do cuidado, ora na lógica da escolha.

Isso é interessante, pois ao tomarmos cuidado como categoria fluída, o seu movimentar não o toma como completo, ele está constantemente ganhando formas. Não gostaria de definir aqui em que lógica o cuidado da instituição que me aproximei está mais endereçada. Mas ressaltar como a fluidez do cuidado, este enquanto processo caminha por diversas lógicas na sua construção. Anda que se pretenda um empreendimento focado em um modelo padrão de atendimento, no discurso sobre a prática o processo de cuidado mostra-se além da sua suposta singularidade.

Em termos do processo do cuidado, à lógica da escolha, Mol apontará a igualdade e a autonomia como elementos tidos como positivos, em contraponto com a opressão. Na lógica do cuidado, a atenção seria bom e a negligência ruim (Mol, 2008, p.73). A igualdade destacada na lógica da escolha estaria no passo de uma visão generalista de se perceber a capacidade de acesso aos recursos necessários para compor a trajetória terapêutica dos pacientes. Por isso também que a autonomia nesse sentido está atrelada a redução da responsabilidade do cuidador, por algumas vezes sugerir meios comuns de lidar com a sua doença atribuídos à todos os pacientes assistidos. Na lógica do cuidado, por sua vez, a negligência estaria muito próxima da ideia de um cuidado ruim. Mas o que seria um mau cuidado nesses termos?

Abaixo a fala de Bia, pode evidenciar ausência de cuidado se tomarmos como referência um modelo de cuidado específico. Ligeiramente poderíamos atribuir essa concepção como uma atitude de mau cuidado.

Talvez a gente possa pensar que no CVV a possibilidade de quem nos procura ser ela mesma é que faz a grande diferença, porque o CVV não vai aconselhar, não vai direcionar, não vai dar caminhos, não vai resolver os problemas e não vai salvar as vidas. O CVV ele possibilita a pessoa a fazer um encontro dela, com ela mesma[...] (Bia)

Para Pols (2012) cuidado adequado não depende apenas da satisfação dos participantes, mas precisam estar em consonância com as normas que definem um bom cuidado.

Na pesquisa, os voluntários relatam que a avaliação do seu desempenho do contato seria constatado a partir da sua auto avaliação, pois, ainda que a Outra Pessoa se mostre grata pelo tipo de interação desenvolvida, esse *feedback* poderia não



corresponder a um bom cuidado, uma vez que bom cuidado é aquele pautado nas premissas que a instituição busca se apoiar.

[...] porque eu não tou lá como Nanda, quando eu atendo o telefone é o CVV que tá atendendo o telefone, eu não posso falar e agir de acordo com a minha cabeça, com as minhas crenças, eu estou usando aquele espaço e aceitei trabalhar como voluntária do CVV, então eu tenho que ser fiel a esse compromisso assumido[...] (Roberta)

Ao falarem do seu desempenho do contato, os voluntários demonstraram estar próximo da referência de cuidados idealizado pelo perfil de manejo apresentados à eles no processo de seleção.

Em alguns momentos os voluntários desenvolvem práticas de autocuidado, pelo fato de se perceberem afetados em algum momento por conteúdo vivenciado pela OP. Nos relatos, isso ocorre pela condição de igualdade que o voluntário se percebe em relação à OP e que podem se deparar com alguma temática que está presente de algum modo à trajetória do indivíduo. É muito imprevisível o que vai afetá-lo ou de que modo. Inclusive, após a ligação os voluntários podem ficar reflexivos em torno do quanto conseguiu ajudar a Outra Pessoa durante o atendimento.

[...] na medida em que eu comecei ouvir o outro, aprendi a me ouvir e aí eu comecei a aprender a me controlar., porque vou percebendo que aquilo que o outro sente, eu sinto também, então determinado sentimento que eu achava que não tinha, quando eu comecei a ouvir o outro eu comecei a perceber que eu tenho também aqueles sentimentos. E aí vem a necessidade de você aprender a lidar com esse sentimento, a você controlar. (Marcos)

As práticas de preparo antes de começar o plantão e as próprias práticas de cuidado de si acerca de algum conteúdo que promoveu impacto, os voluntários se apegam a atitudes que se relacionam com elementos que eles minimizam na relação com a OP, mas que ressurgem quando precisam desenvolver esse autocuidado.

Sim, sim, eu tenho o costume de..., porque eu nasci em um lar evangélico, então durante trinta e cinco anos eu frequentei uma igreja batista, me afastei, mas trinta e cinco anos você ali, você não vai esquecer dos seus costumes, então eu sou uma pessoa que continuo mantendo contato com Deus, não vou à igreja, de vez em quando eu vou, mas não tenho ligação. Tenho o hábito de ler a palavra, tenho o hábito de orar, então meu procedimento é de ir pro plantão, eu chego mais cedo, me sento no reservadinho e ali oro, peço a deus que me prepare, que me dê paciência, que me dê tolerância, que me



dê compreensão pra que eu busque atender o outro da melhor forma, peço que bote a palavra que o outro precisa ouvir, na minha boca, que eu fale a palavra que o outro precisa ouvir e parece que tem dado certo. (Beto)

Ao tomarmos o cuidado como performance, colocamos um relevo nas praticidades que nos permite notar os vários movimentos imbricados nessas práticas. A realidade não é, portanto, externa às práticas, mas parte das próprias práticas e ao avaliarmos de modo mais próximo essas práticas percebemos que como trazido por Mol (2002) “nenhum objeto, corpo ou doença é singular.”¹ e sendo assim, a existência das coisas, as ontologias se mostram múltiplas e nessa direção “a ontologia não é dada na ordem das coisas, mas que, ao contrário, as ontologias são criadas, sustentadas ou permitidas secar em práticas cotidianas e sociomateriais.” (p.6, tradução nossa)².

Nesse sentido, o movimento que envolve o papel do voluntário e sua versatilidade ao produzir cuidado estaria distante de um processo de apagamento total de sua identidade para dar lugar ao voluntário leigo no contexto do CVV. Mas, nesse caso, estamos falando sobre uma performance cuja experiência demonstra ser permeada de uma dimensão múltipla atrelada a sua própria realidade prática, que é adaptada e contornada no seu fluxo, de acordo com as necessidades constatadas pelo voluntário durante sua atuação, promovendo cuidado à Outra Pessoa e cuidados de si.

Conclusão

Neste breve tópico trago em relevo a percepção de cuidado de uma prática que se mostra distante de um modelo de cuidado que toma esta categoria como algo sedimentado e que é posto em prática. Nesse texto busquei demonstrar como os voluntários da instituição estudada concebem sua prática como um processo em plena construção, que é desenvolvido a partir do seu engajamento e crescimento na interação com os usuários do serviço. Identificamos também que qualificações como bom e mau cuidado transcendem o *feedback* final da Outra Pessoa, mas uma avaliação do voluntário acerca de todo o processo e o diálogo mantido com o que o CVV se propõe como modelo de cuidado. Por fim, destacamos que o movimento do cuidado permite o voluntário fazer uso de saberes diversos que coexistem e dão suporte para contornar o atendimento, sem confrontar as premissas da instituição e também suas estratégias de autocuidado quando algum conteúdo o afeta de alguma maneira.

Notas

¹ This book tells that no object, no body, no disease, is singular.



² that *ontology* is not given in the order of things, but that, instead, *ontologies* are brought into being, sustained, or allowed to wither away in common, day-to-day, sociomaterial practices.

Referências

Goffman, E. (2002). *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis, Brazil: Vozes. Vozes.

Haguette, T. M. F. (2000). *Metodologias qualitativas na sociologia*. 7ed. Petrópolis: Vozes.

Martins, I. R. (2016). Moralidades e atos de fala em serviços de apoio emocional: modalidades laicas da confissão e do testemunho?. *Religião e Sociedade*, 36(2).

Mol, A., Moser, I., & Pols, J. (Eds.). (2015). *Care in practice: On tinkering in clinics, homes and farms* (Vol. 8). transcript Verlag.

Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Routledge.

Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Duke University Press.

Pols, J. (2012). Care at a Distance. In *On the Closeness of Technology*. Amsterdam University Press.

Documento do Centro de Valorização da Vida:
Apostilas oferecidas no curso de seleção de voluntários:

Centro de Valorização da Vida (2006): Manual do Voluntário, CVV.

Centro de Valorização da Vida (2017): Manual do Voluntário, CVV.



Eutanasia en Chile: Posiciones y argumentos del discurso médico

Soc. Gabriela Verónica Huepe Ortega

Resumen

Frente al desafío que conlleva el envejecimiento y longevidad poblacional, es esperable que los médicos reflexionen sobre los problemas técnicos y morales relacionados con el fin de vida de sus pacientes, más aún cuando son los encargados de definir la muerte, sus criterios, pronósticos, así como legitimar la condición terminal de un paciente. Considerando que el marco legal chileno prohíbe la eutanasia ¿reflexionan los médicos sobre algo que “no es parte de su quehacer”? Este estudio cualitativo explora los argumentos que esgrimen médicos de la principal universidad pública de Chile frente a la eutanasia y la posibilidad de legislar sobre ella. Por medio de entrevistas individuales que incluyó *Estrategia Contrafáctica*, se realizó análisis del discurso argumentativo valiéndose del modelo de Toulmin y los esquemas argumentativos y preguntas críticas de Walton. Los resultados muestran que entre los médicos conviven diversas formas de comprender la eutanasia, sus procedimientos y actores involucrados, dando cuenta de una mayoría de posiciones a favor y la presencia de dos principales campos argumentativos: la *Medicina*, paliativa y de salud pública; y la *Ética*, ya sea de tipo profesional, ciudadana, religiosa, experiencia moral o de la bioética. Se estableció la presencia de diversos patrones de razonamiento —argumento de las consecuencias, del ethos, de la posición de saber, entre otros—, que posibilitan su evaluación y crítica en términos de su relevancia, suficiencia y aceptabilidad. Finalmente, la relación entre envejecimiento, fin de vida y muerte asistida, parece no ser todavía parte del discurso socialmente construido por los médicos entrevistados.

Palabras clave

Eutanasia, argumentos, posiciones, discurso médico.

Introducción

Diversos organismos y autores advierten de lo inapropiado de adjetivar el término eutanasia (activa/pasiva, voluntaria/involuntaria, etc.) y adicionar otros vocablos que conducen a confusión (Mercadante et al., 2018; Carrasco y Crispi, 2015; Simón et al., 2008; Instituto Borja de Bioética, 2005). De acuerdo con Simón et al. (2008, p.274), el uso del término eutanasia debe ser restringido para referirse a las actuaciones que:

– Producen la muerte de los pacientes, es decir, que la causan de forma directa mediante una relación causa-efecto única e inmediata.



- Se realizan a petición expresa, reiterada en el tiempo, e informada de los pacientes en situación de capacidad.
- En un contexto de sufrimiento, entendido como “dolor total”, debido a una enfermedad incurable que el paciente experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios, por ejemplo, mediante cuidados paliativos.
- Son realizadas por profesionales sanitarios que conocen a los pacientes y mantienen con ellos una relación clínica significativa.

A pesar que la legalización de la muerte médicamente asistida —que incluye acciones como la eutanasia y el suicidio asistido (Goligher et al., 2017)—, ha aumentado en el mundo durante los últimos veinte años, continúa siendo para muchos un tema tabú que carga con el estigma del asesinato, incluyendo a profesionales sanitarios, académicos y políticos que se muestran renuentes al debate (Kottow, 2016).

En Chile la eutanasia está prohibida. No obstante, en agosto de 2018 el Congreso Nacional aprobó la idea de legislar sobre la muerte digna, reabriendo un debate en que los médicos se configuran como actores relevantes por ser los encargados de definir la muerte y sus criterios, establecer pronósticos y legitimar la condición de terminal de un paciente. Pese a la importancia de las actuaciones médicas al final de la vida, se cuenta con poca información al respecto que permitan conocer y evaluar estas prácticas en todos los países y no solo en los que las legalizan (Emanuel et al., 2016).

A lo anterior hay que sumar el fenómeno del envejecimiento y longevidad poblacional que afectan a países como Chile y que demandarán la asistencia de la medicina no solo para tratar variadas enfermedades crónicas en personas mayores, sino también para proveer de una muerte digna. Este fenómeno hace urgente el desafío de reflexionar sobre estos temas, así como generar políticas públicas y legislaciones que consideren distintas opciones de fin de vida.

Dada la prohibición legal de la eutanasia en Chile, es presumible creer que los médicos enfrentan deliberaciones técnicas y morales sobre procesos de fin de vida de sus pacientes en torno a problemas relacionados con cuándo y cómo limitar el esfuerzo terapéutico, o los límites entre la sedación paliativa y la aceleración del proceso de muerte, entre otros ejemplos. Pero ¿qué piensan los/as médicos/as sobre la muerte asistida? Más aún ¿reflexionan sobre algo que “no es parte de su quehacer”?



Considerando el importante rol que cumplen las universidades públicas en la formación de médicos generales y especialistas, es que este estudio buscó responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué argumentos entregan médicos de la Universidad de Chile respecto de su posición sobre la eutanasia? El acento está en conocer los argumentos que arguyen para sustentar el estar a favor o en contra de esta práctica, entendiendo por argumentos la “secuencia de tesis y razones interconectadas que, entre ellas, establecen el contenido y la fuerza de la postura a favor de la cual está argumentando un determinado hablante” (Toulmin, Rieke y Janik, 2018, p.43).

Fundamentación del problema

En el contexto internacional la muerte medicamente asistida se limita sólo a unos cuantos países, lo que da cuenta de la controversia y las complejidades que rodean su aceptación y por ende su legalización. En países donde la muerte médicamente asistida es legal, existe en sus regulaciones una diversidad de condiciones para optar a esta. A modo de ejemplo, en Holanda, Luxemburgo y Canadá se establece el derecho a la eutanasia y el suicidio asistido para pacientes en condiciones médicas irreversibles y con sufrimiento constante e insoportable frente al cual no es posible dar alivio; y en Colombia y Bélgica, se permite solo la eutanasia para pacientes con sufrimiento físico o mental insoportable (Brandalise et al., 2018; Parreiras et al., 2016).

En un estudio que revisó los datos públicos de Estados Unidos, Canadá y Europa, principalmente de encuestas a población general y médicos para el período de 1947 a 2016, se encontró que los médicos presentan un menor apoyo a la muerte médicamente asistida que la población general (Emanuel et al., 2016), lo cual llama la atención en el sentido de preguntarse qué aspectos son los que condicionan este menor apoyo. Una posible respuesta puede estar vinculada al *ethos* profesional, en que la adscripción a valores y principios de la ética médica —plasmados en códigos deontológicos como el Juramento Hipocrático, Códigos de Ética Médica, entre otros—, caracterizan a estos profesionales como una comunidad moral particular. Como ejemplo de la influencia de las pautas valóricas de la comunidad médica en las actitudes de sus miembros, se puede mencionar la postura de rechazo que la *Asociación Médica Mundial* (AAM) tomó frente al proyecto de ley sobre muerte asistida en Australia a fines de 2017, para lo cual reiteró sus declaraciones sobre la eutanasia y sobre el suicidio asistido adoptadas anteriormente, en las que consideraba estas actuaciones contrarias a la ética médica (AMM, 2017).



La muerte médicamente asistida no es una política o acción que las organizaciones mundiales promuevan o recomienden, pero sí se considera a los cuidados paliativos como parte de la atención que deben recibir las personas mayores. Chile ratificó en el 2017 (Decreto 162) la *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, la cual excluye explícitamente de la definición de cuidados paliativos a las atenciones tendientes a acelerar o retrasar la muerte.

El conocimiento sobre los beneficios de los cuidados paliativos ha aumentado en las últimas décadas, razón por la que no es sorprendente que los médicos creen que estos cuidados es una forma de otorgar una buena muerte, tal como sucedió con la gran mayoría de los médicos finlandeses encuestados en un estudio en el año 2015 (Piili et al., 2018). La relación entre cuidados paliativos y muerte asistida pareciera ser estrecha, al constatar, por ejemplo, que en un estudio en Bélgica del año 2013, el 74% de los casos de eutanasia (n=6.188) habían recibido atención de un servicio de cuidados paliativos en algún momento antes del final de la vida (Mercadante et al. 2018). No obstante, la *Asociación Internacional de Cuidados de Hospicio y Paliativos* rechaza la posibilidad de que esta especialidad sea la encargada de supervisar o administrar las prácticas de muerte asistida en jurisdicciones donde es legal, abogando que cualquier profesional sanitario pueda objetar y negar participar en la muerte asistida de pacientes (Mercadante et al. 2018).

Investigaciones orientadas hacia el conocimiento de la realidad actual de profesionales cuya cotidianeidad les ha familiarizado con la reflexión y práctica en torno a procesos de fin de vida de pacientes, permite nutrir las visiones y argumentaciones sobre la muerte asistida e incluso contrastarlas con las de ciertas “voces autorizadas” como las de bioeticistas, legisladores o personas que por su status y rol influyen en la discusión pública sobre esta materia. En este sentido, este trabajo sirve de insumo al debate de la reciente aprobada idea de legislar sobre la muerte asistida en Chile, al dar cuenta de los argumentos de un cuerpo deliberante particular que, entre otros cuerpos deliberantes, son necesarios de escuchar para encontrar un compromiso razonable que contribuya al buen morir de todas las personas.

Metodología

La presente investigación, de alcance exploratorio y descriptivo, adopta un enfoque cualitativo para acceder a la estructura y contenido de los argumentos que los médicos dan para justificar sus posiciones frente a la eutanasia. La población corresponde a



médicos que trabajan en la principal universidad pública del país, Universidad de Chile, ya sea desempeñando funciones en su facultad de medicina y/o en su hospital clínico. La selección de los participantes fue de tipo opinático, considerando su cercanía con el fin de vida de pacientes. Se les clasificó en dos categorías de acuerdo al principal rol que ejercen profesionalmente: Rol Clínico (RC) y Rol Docente/Directivo (RD), correspondiendo este último a quienes además de su experiencia clínica, incorporan la temática de fin de vida en sus actividades académicas, pudiendo influir en el currículo y formación de un número importante de egresados cada año. Se estableció como criterio de inclusión el que tuvieran al menos 5 años de experiencia laboral en la facultad de medicina u hospital clínico, esperando con ello una mayor probabilidad de socialización efectiva en los valores y cultura organizacional de la universidad en cuestión.

A través de informantes clave, y luego por bola de nieve, se alcanzó un total de 7 participantes (4 RC y 3 RD). Todos son médicos especialistas, 5 hombres y 2 mujeres, que en promedio han ejercido la profesión 24.14 años y en la universidad, 14.14 años. En el primer contacto se les informó de las características y alcances de su participación, finalizando el proceso de consentimiento informado con la firma del documento respectivo aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Como una manera en que los médicos participantes tuvieran la posibilidad de reflexionar y argumentar más allá de las fronteras legales, se diseñó la herramienta metodológica Estrategia Contrafáctica (Huepe, 2018), la cual fue incorporada en la realización de las entrevistas en profundidad que duraron alrededor de 90 minutos cada una. Esta estrategia considera un rol más activo del entrevistador en la búsqueda no solo de la opinión o posición respecto de la eutanasia, en este caso, sino de las razones en las que el entrevistado fundamenta dicha posición. Además, y por lo cual esta estrategia se denomina “contrafáctica”, incorpora un escenario ficticio que permite a los participantes reflexionar sobre alternativas a la realidad actual, que para esta investigación implicó que asumieran un rol legislador, con la consecuente facultad de formular, según su parecer, una Ley de Eutanasia para Chile.

En base a las transcripciones literales de las entrevistas, se realizó Análisis Argumentativo del Discurso, en particular desde el Modelo de Stephen Toulmin y los Esquemas Argumentativos y Preguntas Críticas de Douglas Walton. Estas aproximaciones teórico-metodológicas se enmarcan en la Teoría de la Argumentación,



entendida como el “estudio y la investigación de los conceptos, modelos y criterios relacionados con la identificación, la construcción, el análisis y la evaluación de argumentos” (Vega-Reñón, 2012, p.55).

En el marco de la lógica factual, el Modelo de Toulmin (2007) sirve como metodología para montar y desmontar argumentos, centrándose en la validez de los argumentos que se producen en condiciones reales. Algunos conceptos de este modelo que son necesarios de precisar para los fines de este trabajo, son el de *campo argumentativo* que refiere tanto a los contextos del que emanan los argumentos o secuencias de razonamientos (por ejemplo los legales, científicos, financieros, médicos o políticos), así como los lugares donde sucede la argumentación en sí, es decir, donde se realiza la interacción humana (contextos cotidianos como la mesa familiar, las esquinas del barrio, los pabellones de hospitales, etcétera) (Toulmin, Rieke y Janik, 2018). Por otra parte, las categorías estructurales del modelo y sobre las cuales se analizaron los argumentos de los médicos partícipes de este estudio, corresponden a los siguientes (Toulmin, Rieke y Janik, 2018; Santibáñez, 2004):

- Conclusión: pretensión, demanda o alegato que busca posicionar una acción o una perspectiva.
- Datos: hechos de orden empírico que permiten la emergencia de una conclusión.
- Garantía: principio general, premisa mayor, norma tácita, supuesto o enunciado general de naturaleza formal, que posibilita el paso de los datos a las conclusiones.
- Respaldo o apoyo: cuerpo de contenidos desde donde emanan las garantías, como pueden ser investigaciones, textos, códigos, supuestos sociales que permite hacer afirmaciones respecto de la garantía.
- Cualificador modal: construcción lingüística que atenúa una pretensión.
- Condición de refutación: excepción que la conclusión admite y que es apuntada por el hablante.

Dentro de la lógica informal, orientada al manejo del lenguaje “natural” u ordinario, Walton (1996) propone 25 Esquemas Argumentativos definidos como “patrones estereotípicos de razonamiento revocable que típicamente ocurren en argumentos comunes y cotidianos” (Godden y Walton, 2007, p.267). Algunos ejemplos son el argumento del signo, de la opinión de los expertos, de correlación a causa, de las consecuencias, de la pendiente resbaladiza, etc. Para cada tipo de argumento se ofrece

un conjunto de preguntas críticas a utilizar en su evaluación y cuya formulación en un contexto de diálogo tiene el efecto de derrotar la presunción inicial y devolver la carga de la prueba al proponente inicial (Godden y Walton, 2007).

Resultados y discusión

Entre los médicos partícipes de este estudio conviven diversas formas de comprender la eutanasia, sus procedimientos y actores involucrados, dando cuenta de posturas a favor y en contra de la acción eutanásica, más que a la posibilidad de legislar sobre ella. Esta diversidad de comprensiones incluye usos incorrectos, por ejemplo, al homologar la eutanasia con la limitación de esfuerzo terapéutico, lo cual es consistente con otros estudios que señalan que el término de los tratamientos de soporte vital se puede confundir con la muerte médicamente asistida entre la población general y los médicos (Piili et al., 2018). También hubo entrevistados que utilizaron un lenguaje más preciso y concordante con la recomendación de no adicionar otros términos o adjetivar el término eutanasia.

El análisis realizado permitió reconstruir estructuras argumentativas del discurso de cada médico participante. No obstante, con el propósito de privilegiar una descripción más detallada, se presenta a continuación el análisis de dos casos, uno que representa una postura a favor y otro en contra de la eutanasia.

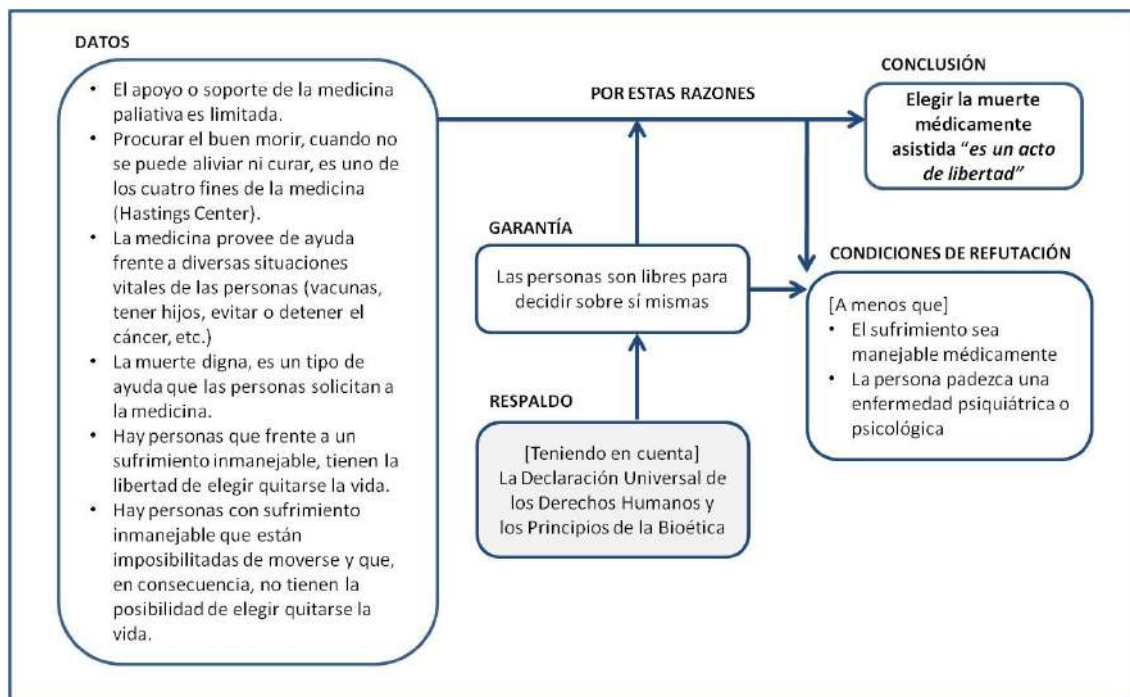


Figura 1. Médico Rol Docente (M5): Un acto de libertad
Estructura argumentativa Médico Rol Docente (M5): Un acto de libertad



Esta estructura representa el discurso de un médico que está a favor de la muerte médicamente asistida, aunque explicita tener cierto reparo que fundamenta en reflexiones del teólogo Antonio Bentué, quien problematizaría la eutanasia como posible solución frente a *“aquello que nos sobra, nos molesta, de lo que no queremos ver”*. A pesar de este reparo, el entrevistado considera que tanto la eutanasia como el suicidio asistido deben existir como posibilidad en la medicina para los pacientes que presenten un sufrimiento físico y/o psíquico *“inmanejable”*. En definitiva, poder elegir la muerte médicamente asistida constituye *“un acto de libertad”*, lo cual se ha identificado como la Conclusión de la argumentación analizada (Figura 1).

Los Datos respecto de las limitaciones de la medicina paliativa y la solicitud de muerte digna, el entrevistado los consigna sobre la base de su observación directa dentro del quehacer clínico. El dato sobre *“procurar el buen morir”*, lo cita como parte del documento *Los fines de la medicina* que el centro de investigación en bioética *The Hastings Center* de Nueva York publicó en el año 1996. La ayuda otorgada por la medicina a lo largo del ciclo vital y la existencia de personas que tienen y no tienen la posibilidad de elegir quitarse la vida frente a un sufrimiento inmanejable, los refiere como hechos constatados por su experiencia personal y social, y no producto de su quehacer clínico en particular, a pesar que igualmente son datos vinculados a la medicina en tanto encargada de evaluar y asistir en ambas situaciones. En este último sentido, es que el entrevistado considera que el suicidio asistido y la eutanasia constituyen *actos de libertad* que debieran ser facilitados por la medicina, pero no así el *acto de libertad* de una persona que sí tiene la capacidad física o material de concretar su propia muerte:

Ahora, la diferencia entre el suicidio asistido y la eutanasia para mí debiera ser solamente la posibilidad de moverte, debiera tener las mismas indicaciones porque creo que si alguien encuentra que el duelo, la pena, la pobreza, el endeudamiento, cualquier otra cosa, la contaminación, no sé qué, no se la quiere bancar, esa persona hoy es libre de tirarse al [río] Mapocho, pero yo no tengo por qué indicarle la receta, me parece que no es razonable, para eso que no busquen al doctor. (M5-RD)

El paso de los datos a la conclusión se apoya en la Garantía o regla general que considera que *las personas son libres para decidir sobre sí mismas*, asunto que refiere de manera explícita. El Respaldo se reconstruye considerando la libertad del ser humano como elemento central de la Declaración de los Derechos Humanos; y la autonomía, entendida como la capacidad de actuar intencionadamente, con conocimiento y sin influencias externas, que el entrevistado refiere corresponde a uno



de los Principios de la Bioética. Todo lo anterior muestra que su discurso se circunscribe principalmente a los campos argumentativos de la medicina y la bioética clínica, lo que es coherente además con su rol como miembro de un comité de ética asistencial hospitalario. Se identificaron dos Condiciones de Refutación: La primera corresponde al manejo médico del sufrimiento físico (aunque no excluye el psíquico o psicológico), que al darle solución libraría a la medicina de la responsabilidad de proveer asistencia para morir. La segunda, refiere a la libertad de decisión que no sería tal en personas enfermas desde el punto de vista psiquiátrico o psicológico, debido a que un padecimiento de este tipo restringiría la autonomía de las personas. Así, por ejemplo, una persona con depresión severa estaría incapacitada para decidir morir, aun cuando pueda expresar su voluntad. El esquema argumentativo que prima en este caso corresponde al argumento por analogía (Walton, 1996, p. 77), donde el suicidio (“*tirarse al [río] Mapocho*”) se considera similar a la muerte médicamente asistida, en el sentido de ser ambos una elección, *un acto de libertad* para las personas. Lo común a la base de este argumento es que la libertad de elegir es valorada positivamente y la diferencia estaría en la capacidad física o posibilidad de moverse que unos tendrían y otros no para poder llevar a cabo dicha elección.

La aplicación de las preguntas críticas asociadas a este tipo de argumentación es la siguiente: ¿Son similares el suicidio y la muerte médicamente asistida en cuanto a ser ambos un acto de libertad?; ¿Efectivamente el suicidio es un acto de libertad?; ¿Hay diferencias entre el suicidio y la muerte médicamente asistida que minen la fuerza de la similitud en tanto actos de libertad?; y ¿Existen otros casos que sean similares al suicidio, pero en donde la libertad de elegir no sea tal? Responder a estas preguntas pueden mostrar la relevancia, suficiencia y aceptabilidad de la argumentación utilizada que, si bien no es propósito de este trabajo pronunciarse al respecto, sirven como muestra de las posibilidades de contra argumentar en el contexto de diálogo. En este sentido, por ejemplo, las condiciones de refutación abren la posibilidad de contra argumentar que la libertad de elegir no es tal en casos de suicidio, pudiéndose respaldar esto con datos como la prevalencia de enfermedades psiquiátricas en personas que mueren por suicidio.

Médico Rol Docente (M6): *El curso natural de la muerte*

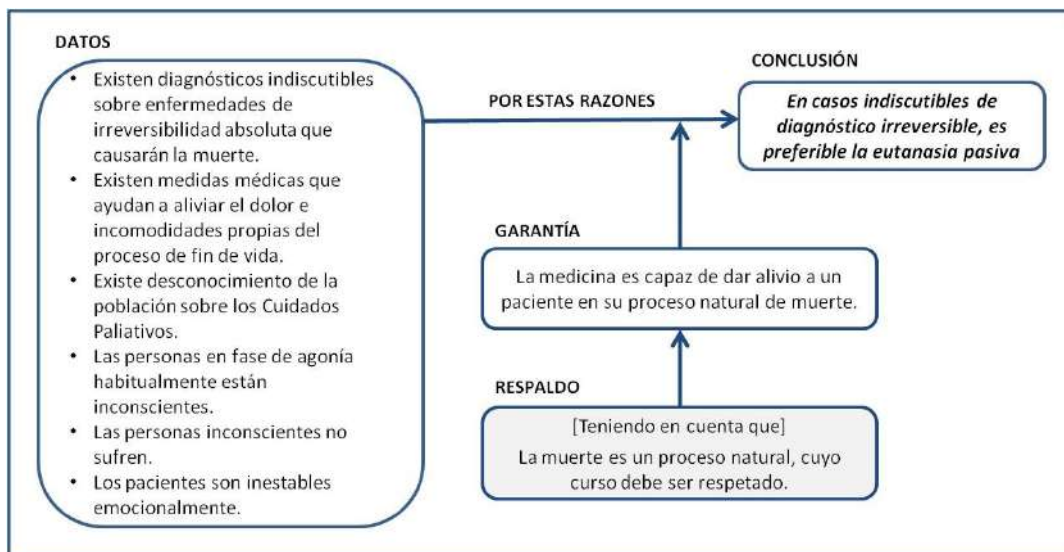


Figura 2. Estructura argumentativa Médico Rol Docente (M6): El curso natural de la muerte.

El siguiente análisis corresponde al discurso de un médico que inicialmente considera la eutanasia como intervenciones que no aceleran ni retrasan la muerte; es decir, como sinónimo de limitación del esfuerzo terapéutico: “yo definiría más como dejar morir más que provocar la muerte, teniendo en consideración que previamente se ha diagnosticado una situación irreversible indiscutible ¿ya?”; “es limitación de esfuerzo terapéutico o mantención solo de soporte vital básico hasta que la naturaleza lo diga”. De forma consecuente con lo anterior, muestra una posición contraria a cualquier medida que implique acelerar la muerte de un paciente, aludiendo al “cargos de conciencia” que le traería una acción de este tipo, lo que además justifica no basar en razones religiosas ya que se declara ateo.

No obstante, producto de la situación argumentativa en el marco de implementación de la Estrategia Contrafáctica, rectifica su concepción de eutanasia y posición al respecto, planteando que son acciones que aceleran la muerte (“eutanasia activa”) y que una ley al respecto debiera incluirla, siempre y cuando el paciente cumpla con la condición de tener un diagnóstico “irreversible indiscutible”. A pesar de este giro, la posición del entrevistado es de no intervenir activamente en el proceso de muerte de los pacientes, pero considera que en casos indiscutibles de diagnóstico irreversible es preferible la eutanasia pasiva, aspecto que se decide incluir como la Conclusión en la estructura argumentativa (Figura 2).

La totalidad de los Datos que aporta el entrevistado los sostiene en base a su experiencia clínica, principalmente con pacientes que padecen enfermedades crónicas



o incurables. La posibilidad de acceder directamente al conocimiento de lo que considera son hechos, le otorgaría un peso de presunción a favor de lo verdadero de éstos, lo que corresponde al estereotípico argumento de la posición de saber (Walton, 1996, p.61). Algunas preguntas críticas posibles de hacer frente a este tipo de argumento se relacionan con el cuestionamiento a la propia posición del saber, como, por ejemplo: ¿Está el entrevistado en posición de saber si es verdadero que la población desconoce los cuidados paliativos?, ¿O que las personas en fase de agonía habitualmente están inconscientes?, ¿O que las personas inconscientes no sufren? Como posible contra argumentación, las respuestas a estas preguntas podrían considerar que sus conocimientos no son suficientes para establecer como verdaderos estos hechos, o bien que su experiencia clínica no es representativa de la diversidad de hechos de la realidad.

Para este esquema argumentativo existen además otros dos tipos de preguntas críticas, una que cuestiona la integridad o seriedad del argumentador: ¿Es el entrevistado una fuente confiable, creíble?; y otra posible de utilizar en el supuesto que el entrevistado haya basado un dato en el testimonio de un tercero, como pudiera ser, por ejemplo, el de un psiquiatra que asegure que los pacientes son inestables emocionalmente debido a su enfermedad: ¿Efectivamente el experto en psiquiatría afirmó que los pacientes son inestables emocionalmente?

La Garantía establece que la medicina es capaz de dar alivio a un paciente en su proceso natural de muerte y corresponde a una reconstrucción realizada en directa relación con los datos expuestos, permitiendo dar el paso a la conclusión en tanto incluye la asistencia médica y no se contradice con su concepción de eutanasia pasiva. El Respaldo corresponde a una reconstrucción realizada en base a aseveraciones como “hasta que la naturaleza lo diga”, lo que atraviesa su discurso aun cuando en el contexto del ejercicio contrafáctico haya modificado su concepción y posición respecto de la muerte médicamente asistida. Así, el considerar que la muerte es un proceso natural cuyo curso debe ser respetado, sirve de sustento a la garantía señalada y condensa su visión proveniente de un campo argumentativo moral, no religioso, resultante de la socialización de valores, normas y principios a lo largo de su vida, y que es compatible con el campo argumentativo médico en tanto marco global en que se sitúa la argumentación sobre la eutanasia.



En definitiva, su posición de preferir la eutanasia “pasiva” y estar en contra de la muerte médicamente asistida, la sostiene en base a la consecuencia moral y personal que conllevaría para él mismo realizar una acción que altere el curso natural de la muerte: “uno quedaría con un poquito de cargo de consciencia si lo hace, con los pacientes o con los familiares. Yo prefiero quedarme con la conciencia limpia”. Frente a esto, es posible identificar la presencia del argumento de las consecuencias (Walton, 1996), en tanto razonamiento práctico donde una determinada línea de acción se apoya positiva o negativamente citando las buenas o malas consecuencias de estas. Las preguntas críticas propias de este esquema argumentativo son: ¿Cuán fuerte es la probabilidad de que ocurran estas consecuencias citadas?; Si se produce la acción, ¿ocurrirán o pueden ocurrir estas consecuencias y qué pruebas respaldan esta afirmación?; y ¿Hay otras consecuencias del valor opuesto que deberían tenerse en cuenta? A primera vista pareciera que para este análisis las preguntas críticas son de menor utilidad, porque el entrevistado visualiza como consecuencia negativa algo que le afecta solo a él. Sin embargo, sí serían útiles en caso de querer contra argumentar en un contexto de diálogo, ya que permiten incluir otras consecuencias plausibles que afecten a todos los involucrados y no solo al hablante.

Conclusiones

Resulta muy interesante dar cuenta que fueron frecuentes los comentarios de los participantes sobre lo inhabitual que es para ellos y sus equipos reflexionar y hablar en profundidad sobre la muerte en general y la muerte médicamente asistida en particular, lo cual adquiere mayor relevancia frente al reconocimiento por parte de algunos entrevistados de que, a propósito de sus especialidades médicas, son ellos quienes están más cercanos a enfrentar la muerte de pacientes en comparación con otros médicos. Lo anterior, se condice con la caracterización inicial de la eutanasia como un tema tabú, mostrando que para algunos médicos prima lo que Kottow (2016) señala es el estigma de la eutanasia: el concebirla como una forma de asesinato.

Los discursos del total de médicos participantes emanan principalmente de dos campos de argumentación: la medicina y la ética. Dentro de cada tipo hay contextos particulares, como por ejemplo el ámbito de lo paliativo y la salud pública en el marco de la medicina; y dentro del campo ético, se observa una mayor variedad de contextos específicos, como los relativos a la ética profesional, ética ciudadana, ética religiosa, experiencia moral y la bioética.



Como se plateará en un inicio, el fenómeno del envejecimiento y longevidad de la población implican desafíos para los agentes de la salud encargados de proveer asistencia a la población mayor, por lo que resulta llamativo que los médicos participantes no señalaran este aspecto en sus argumentos, aun cuando las especialidades médicas y los contextos en que desarrollan su práctica clínica, se presume incluye a un número importante de esta población como sus pacientes. La muerte asistida fue asociada principalmente a pacientes con enfermedades como el cáncer y en estado terminal, pero solo algunos entrevistados repararon en los adultos mayores como parte de estos pacientes. La relación entre envejecimiento, fin de vida y muerte asistida, parece no ser todavía parte de la realidad socialmente construida por los médicos de la Universidad de Chile.

La distinción entre los roles clínico y docente, pareciera ser que no son criterios que condicionen las nociones o argumentos sobre la eutanasia por parte de los médicos entrevistados (todos ejercen activamente la clínica), pero se advierte que sí podría serlo el grado de exposición a situaciones y decisiones de fin de vida de sus pacientes. Este aspecto, la cercanía con personas en proceso de fin de vida, debiera considerarse en el diseño de nuevos estudios que busquen conocer a través de los discursos de diversos cuerpos deliberantes, las argumentaciones que sustentan las posturas a favor o en contra de la muerte médicamente asistida.

Notas

¹ Mg. Métodos para la Investigación Social – Mg. Bioética

Depto. de Bioética y Humanidades Médicas – Depto. de Psiquiatría y Salud Mental
Oriente

Grupo Transversal de Trabajo Fin de Vida y Muerte

Facultad de Medicina – Universidad de Chile

gabrielahuepe@med.uchile.cl

Bibliografía

AMM (2017). Asociación Médica Mundial reitera firme oposición a suicidio con ayuda médica y a proyecto de ley australiano [Página Web]. Recuperado de <https://www.wma.net/es/news-post/asociacion-medica-mundial-reitera-firme-oposicion-a-suicidio-con-ayuda-medica-y-a-proyecto-de-ley-australiano/>



- Brandalise, V., Remor, A., de Carvalho, D. y Bonamigo, E. (2018). Suicidio asistido y eutanasia en la perspectiva de profesionales y estudiantes de un hospital universitario. *Rev. Bioét.*, 26(2), 217-227. Doi: 10.1590/1983-80422018262242
- Carrasco, V. y Crispi, F. (2015). Eutanasia activa, una mirada a la situación internacional. *Rev Hosp Clin Univ Chile*, 26, 322-8.
- Decreto 162 (7 de octubre, 2017). Promulga la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Santiago, Chile. Recuperado de <http://bcn.cl/2283x>
- Emanuel, E., Onwuteaka-Philipsen, B., Urwin, J. y Cohen, J. (2016). Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA*, 316(1), 79-90. doi:10.1001/jama.2016.8499
- Godden, D. y Walton, D. (2007). Advances in the Theory of Argumentation Schemes and Critical Questions. *Informal Logic*, 27(3), 267-292.
- Goligher, E., Ely, E., Sulmasy, D., Bakker, J., Raphael, J., Volandes, A., Patel, B., Payne, K., Hosie, A., Churchill, L., White D. y Downar, J. (2017). Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the Intensive Care Unit: A Dialogue on Core Ethical Issues. *Crit Care Med*, 45(2), 149–155. doi:10.1097/CCM.0000000000001818
- Huepe, G. (2018). Estrategia Contrafáctica: Una propuesta de innovación metodológica para la producción de argumentos. VIII Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en la Salud, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 04 al 07 de Septiembre.
- Instituto Borja de Bioética (2005). Hacia una posible despenalización de la eutanasia: Declaración del Institut Borja de Bioètica de la Universitat Ramon Llull. *Bioética y Debate*, 11(39), 1-7. Recuperado de http://raco.cat/index.php/BioeticaDebat_es/article/view/259534/346752
- Kottow, M. (2016). Desde la Bioética: comienzo y final del cuerpo humano (1ª ed.). Santiago, Chile: Universitaria.
- Mercadante, S., Masedu, F., Degan, G., Marinangeli, F. & Aielli, F. (2018). Physicians' Attitudes Towards Euthanasia and Assisted Suicide In Italy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(6):e1-e3. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.09.007>
- Parreiras, M., Cafure, G., Pacelli, L., Silva, L., Rückl, S. y Ângelo, V. (2016). Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática. *Rev. Bioét.*, 24(2), 355-67. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242136>



- Piili, R., Metsänoja, R., Hinkka, H., Kellokumpu-Lehtinen, P.L. and Lehto, J. (2018). Changes in attitudes towards hastened death among Finnish physicians over the past sixteen years. *BMC Medical Ethics*, 19(40). Doi:10.1186/s12910-018-0290-5
- Santibáñez, C. (2004). La lógica factual en el análisis argumental. En M. Villayandre (Ed.), *Actas del V Congreso de Lingüística General* (3 vols.) (pp. 2557-2568). León, 5-8 de marzo de 2002.
- Simón, P., Barrio, I., Alarcos, F., Barbero, J., Couceiro, A. y Hernando, P. (2008). Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Rev Calidad Asistencial*, (23), 271-85. DOI: 10.1016/S1134-282X(08)75035-8
- Toulmin, S. (2007). *Los usos de la argumentación* (Trad. M. Morrás y V. Pineda). Barcelona: Península.
- Toulmin, S., Rieke, R. y Janik, A. (2018). *Una introducción al razonamiento*. (Trad. J. Gascón). Lima, Perú: Palestra.
- Vega-Reñón, L. (2012). *Argumentación, teoría de la*. En L. Vega-Reñón y P. Olmos (eds.), *Compendio de lógica, argumentación y retórica* (2ª ed.). Madrid, España: Trotta.
- Walton, D. (1996). *Argumentation Schemes for Presumptive Reasoning*. New York: Routledge.



Prácticas y sentidos que orientan los estilos de vida de los estudiantes de la Universidad Católica de la Santísima Concepción

Norma Pradenas
Nicole Muñoz

Resumen

Este estudio tiene como propósito conocer las prácticas y sentidos que orientan los estilos de vida de los estudiantes de la Universidad Católica de la Santísima Concepción, teniendo presente que éstos son una población joven, en transición entre la adolescencia y la adultez, por lo tanto, en una etapa del ciclo vital clave para asumir o desechar conductas y estilos de vida, entonces es relevante conocer las prácticas y sentidos que otorgan los estudiantes a los estilos de vida, considerando que la universidad, es una institución de educación superior dedicada a la formación integral de las personas, en la que se deben considerar a los estilos de vida, como un elemento fundamental.

Los objetivos del estudio son:

1. Describir los espacios del ambiente interno y externo en los que se desarrollan los estilos de vida de los estudiantes Ucsc.
2. Indagar las perspectivas de bienestar subjetivo que tienen los estudiantes sobre sus prácticas, referentes a los estilos de vida.
3. Indagar los aspectos sociales que determinan los estilos de vida de los estudiantes Ucsc.
4. Indagar las determinantes sociales que se relacionan con los estilos de vida de los estudiantes Ucsc.
5. Develar los sentidos que orientan los estilos de vida de los estudiantes Ucsc.

Es un estudio de tipo exploratorio, con datos primarios y de alcance sincrónico. El diseño muestral es no probabilístico, de tipo intencionado. Los criterios de inclusión de la muestra son: estudiantes a nivel de pregrado, que estén cursando desde segundo año en adelante. La recolección de información se realiza a través de la técnica de grupo focal y entrevista semiestructurada. Los criterios de calidad del estudio son credibilidad, transferibilidad, seguridad y confirmabilidad.

Palabras clave

Estilos de vida, prácticas, sentidos, estudiantes universitarios.



Introducción

Este estudio tiene por objeto de estudio los estudiantes de nivel universitario y como objetivo el describir el estilo de vida que tienen y el sentido que tiene para ellos la práctica de un estilo de vida saludable, que los moviliza a ello.

Fundamentación

Este estudio se enmarca en el interés por conocer las prácticas y sentidos que orientan los estilos de vida de los estudiantes de la UCSC, considerando que la etapa del ciclo de vida que enfrentan, es una de las más importantes, pues se encuentran finalizando la etapa de la adolescencia y comenzando la etapa de la adultez, en la que se van estableciendo los diferentes estilos de vida según las experiencias que enfrentan, como parte del inicio de la toma de decisiones e independencia de la familia de origen. Estas decisiones se mantienen en la vida adulta e inciden en la vida futura, respecto de conductas y hábitos, lo que traspasa significativamente al grupo familiar que forma, continuando el ciclo de conducta que haya aprendido y elegido en las primeras etapas del ciclo vital, el que puede ser positivo o negativo. Los estudios existentes señalan que los estilos de vida de los jóvenes se orientan hacia estilos de vida, poco saludables o negativos y que inciden en una deficiente e inadecuada calidad de vida.

Según Dumont (2015), cuando se adoptan ciertas formas de vida, se reproducen a lo largo del tiempo de forma variable y diferenciada por los individuos que comparten los mismos espacios sociales e interactúan diariamente. Según Bennassar (2015) la socialización del estilo de vida puede ser considerada como un proceso por el cual las personas adquieren los patrones de conductas y de hábitos que constituyen el estilo de vida de la persona, así como, las actitudes, los valores y las normas relacionadas con el mismo, por lo que este proceso implica el aprendizaje de roles relacionados con los estilos de vida y las conductas de salud específicos de una sociedad. En este sentido, la Universidad tiene una responsabilidad social fundamental con la juventud, en la promoción de estilos de vida positivos, pues es el grupo mayoritario que la conforma y es aquí donde socializan, comparten, aprenden y se forman los futuros profesionales del país, que inciden en forma significativa en la vida de las personas con quienes se relacionarán laboral y personalmente. Para esto es necesario conocer cómo y porqué los estudiantes tienen los estilos de vida que practican, cómo surgen estos y porqué los mantienen, sean ellos positivos o negativos para su calidad de vida.



Respecto a los datos y/o información disponible en base a los estudios realizados en la temática, existe uno realizado en la Universidad Católica de Valparaíso, Chile, denominado, “Estado nutricional y estilos de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso”, Rodríguez, et. al. (2013), cuyo objetivo es determinar el estado nutricional y algunos componentes que definen el estilo de vida en este grupo de estudiantes. Son evaluados 323 estudiantes universitarios, de 27 carreras, asistentes a los cursos de “Autocuidado y Vida Saludable” durante el año 2012, los resultados fueron: el bajo nivel de ejercicio físico y la baja calidad alimentaria tienen efectos negativos en el estado de salud, consideran que al parecer los conocimientos sobre nutrición afectan la calidad alimentaria, no existen diferencias significativas en el nivel socioeconómico por sexo o por campus en los estudiantes de este estudio. Concluyendo que se aprecia que dos de los principales componentes del estilo de vida saludable, el ejercicio y la alimentación, se encuentran deteriorados y puede proyectarse un empeoramiento de estos factores, transformándose el “ciclo universitario” en un período de transición que influye en el desarrollo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), en la adultez.

Otro estudio, realizado por Bastías y Stieповich (2014), denominado “Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos” en base a revisión bibliográfica, considera que durante los últimos años la sociedad ha experimentado profundos cambios en materia de salud, provocados por una serie de factores del entorno que gatillan el desarrollo de determinados estilos de vida, pudiendo ser éstos de riesgo o protectores para la salud de las personas. El objetivo del estudio es indagar respecto al concepto de estilo de vida y los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos, según la evidencia disponible. La metodología consiste en una revisión bibliográfica, manual y electrónica de artículos vinculados a estilos de vida en población universitaria iberoamericana a partir del año 2002. Además, se obtiene información del concepto de estilos de vida y se recopilan antecedentes estadísticos disponibles del Ministerio de Salud de Chile y de otras entidades que investigan estilos de vida en los jóvenes. Los resultados de estudio son que: la mayor parte de los trabajos desarrollados han estudiado de manera descriptiva los estilos de vida. La alimentación y ejercicio, la conducta sexual, el consumo de tabaco, alcohol y drogas, son las prácticas más estudiadas, concluyendo que los jóvenes universitarios son una población vulnerable que debe ser investigada de manera particular, para crear y evaluar programas de intervención acorde a las necesidades que ellos presentan.



A nivel internacional el estudio “Calidad de vida y sus factores determinantes en universitarios españoles de Ciencias de la Salud” de Wanden-Berghe, et al (2014), tiene como objetivo evaluar la calidad de vida de los universitarios que cursan estudios en ciencias de la salud y la relación con diferentes factores tales como: hábitos de vida, parámetros antropométricos y la influencia de las distintas variables sobre la percepción. Es un estudio transversal de 1.753 estudiantes de ciencias de la salud, de nueve universidades españolas con diseño muestral aleatorio y estratificado según curso y facultad, aplicando un cuestionario que tiene los siguientes resultados: la calidad de vida percibida por los participantes fue $Me = 75$. Los factores explorados de la calidad de vida se correlacionan significativamente con la percepción global de calidad de vida de los estudiantes ($p < 0,001$). Se establecen 3 dimensiones y el impacto de cada una de ellas sobre la percepción de calidad de vida global es $p < 0,001$. Los varones perciben mejor calidad de vida que las mujeres y también los estudiantes con menor índice de masa corporal (IMC). Este estudio concluye que los estudiantes universitarios son una población clave para realizar actividades de promoción y prevención de la salud por lo que resulta necesario crear mejores infraestructuras y recursos educativos para mejorar la calidad de vida y fomentar hábitos y estilos de vida saludable, con especial atención en la alimentación y la realización de una adecuada actividad física.

Actualmente existen datos a nivel regional, entregados por la Encuesta Nacional de Salud 2009 - 2010, el estado nutricional promedio del IMC (Índice de Masa Corporal) es de 27.3 %, similar al nacional de 27.4%. Respecto al sobrepeso es de 35.2% y la malnutrición por exceso u obesidad es de 25.8%, superior al nivel nacional de 25.1%. Respecto al consumo de alimentos, en relación al consumo diario de 5 porciones de frutas y verduras, recomendado por el Ministerio de Salud, es sólo de un 12.8%, menor al nivel nacional que es de 15.7%. El tabaquismo aumentó de 37.7% el 2003 a un 40.5% el 2009, sobre el porcentaje nacional que es 33.6%. Respecto a los síntomas de depresión en el último año es de 18.4%, superior al nivel nacional de 17.2%. Respecto al sedentarismo, para mayores de 15 años, es de un 89,4% en la región. El porcentaje de bebedor problema es de 14,1%.

Según la Encuesta de Calidad de Vida 2015- 2016 las personas que disponen de redes de apoyo son de un 93,6% y la participación en organizaciones es de un 66,8%.



En relación a la satisfacción general con la vida de los habitantes de la región, tienen una media de 7,4 puntos (de una escala de 10) que es ligeramente inferior al promedio nacional de 7.5.

De acuerdo a los datos presentados, se considera necesario conocer la práctica y sentido que otorgan los estudiantes a los estilos de vida desde su vivencia y así disponer de información que permita poder establecer datos concretos de este grupo, que orienten respecto del apoyo que necesitan, permitiendo la posibilidad de establecer estrategias y acciones de apoyo desde el ámbito universitario a los estudiantes, con el objeto de aportar a un adecuado desarrollo académico y personal, así como, al mejoramiento de la calidad de vida de estos, formando personas integrales.

Teniendo presente el propósito del estudio se presenta la definición de estilos de vida desde la mirada socio antropológica, en que la persona es un actor relevante en el proceso de salud, considerando que el concepto de estilo de vida es aplicado inicialmente por las ciencias socio históricas al análisis de las características y los comportamientos socioculturales de conjuntos como clases sociales o grupos nacionales (Menéndez, 1998). Este concepto se elabora a través de diferentes corrientes teóricas como el marxismo, el comprensivismo weberiano, el psicoanálisis y el culturalismo antropológico estadounidense (Coreil et al, 1985, citado en Menéndez, 1998). El objetivo es elaborar un concepto que a partir de las dimensiones materiales y simbólicas permitiera la articulación entre sectores macro (estructura social) y de los grupos intermedios, expresados en sujetos cuyo comportamiento se caracteriza por un determinado estilo ejercitado en la vida cotidiana personal y colectiva. Esta concepción es holística, pues por medio del sujeto/grupo pretende observarse la globalidad de la cultura expresada mediante estilos particulares (Menéndez, 1998). El estilo de vida debe ser una interpretación global de una serie de hábitos, como fumar, comer fruta o hacer deporte, que constituyen una forma de vivir de un sector o subsector social determinado, en la que se incluyen las prácticas y discursos, bien sean nocivos o positivos para la perdurabilidad del colectivo determinado, Menéndez (1998).

Según Dumont (2015), “el estilo de vida es un conjunto de actitudes, prácticas y actividades de los individuos o colectivos realizadas de manera coherente y reflexiva en un espacio y tiempo determinado, con diferentes intensidades y niveles de visibilidad”. Este autor considera que el estilo de vida evoluciona según los procesos de negociación operados por los individuos entre las condiciones y disposiciones sociales, formulando



cinco dimensiones del estilo de vida: espacialidad, temporalidad, reflexividad, visibilidad y compromiso, las que se presentan a continuación;

- Espacialidad: el estilo de vida se desarrolla en un espacio determinado, que puede ser simbólico (situacional), social y territorial, estos tres espacios se encuentran interrelacionados.
- Temporalidad: los estilos de vida se reproducen a lo largo del tiempo de forma variable y diferenciada por los individuos que comparten los mismos espacios sociales e interactúan diariamente.
- Reflexividad: los estilos de vida son una construcción reflexiva, en la frontera entre estructura social, apropiación y percepción activa del entorno por parte de los individuos.
- Visibilidad: dependerá del compromiso de sus participantes, los estilos de vida son ocultos en otras esferas y los hábitos y comportamientos compartidos son visibles o reconocibles sólo por sus miembros.
- Compromiso: todos los estilos de vida requieren un compromiso por parte de los individuos, determinado por el conocimiento del tiempo ocupado por las prácticas relativas a la cotidianidad de un estilo de vida concreto, así como, por la importancia en el desarrollo vital y en la proyección y conservación del mismo, entre sus interesados. Es decir, la dedicación de un individuo a la adopción consciente o inconsciente de una serie de conductas.

Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar los estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener esos patrones de comportamiento. Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas. La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, hacen más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida. Por ello, la estrategia de crear ambientes favorables para la salud se centra en gran medida en la necesidad de mejorar y cambiar las condiciones de vida para apoyar la salud (OMS, 1998, citado en Bennassar, 2001)).

Lo anterior expresa que las conductas y hábitos de las personas son una expresión de las formas de vida que tienen, del cómo se relacionan con los otros y con el sistema y



subsistemas correspondientes. Los estilos de vida son entonces un proceso de aprendizaje y de relación con el entorno en que se vive, que se moldean, según las experiencias de vida de cada persona. Desde lo anterior entonces, los estilos de vida son tanto una responsabilidad colectiva como individual.

Otro elemento importante de presentar en este estudio son las determinantes sociales que según Tarlov (citado en Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020. MINSAL, Chile), los determinantes sociales se definen como las condiciones sociales en las cuales las personas desarrollan su vida y que, por distintos mecanismos, impactan en su salud. Marmot (2010), considera que gran parte de las inequidades en salud entre los distintos grupos de la población son explicables por estos determinantes. Según la OMS (2008) los determinantes sociales se manifiestan en distintos rasgos de la sociedad, tales como la clase social, la educación, el género, el origen étnico, la discapacidad y la localización geográfica, los cuales influyen en la salud de la población.

Así, se reconocen dos tipos de determinantes sociales (Solar 2010), los estructurales, aquellos mecanismos productores primarios de estratificación y divisiones sociales, como: las políticas macroeconómicas, las políticas públicas (educación, salud), las políticas sociales, entre otras, que generan como resultado las diferenciaciones en ingreso, etnia, clase social, escolaridad. Los intermedios o intermediarios, que tienen un papel en el proceso de generación de inequidad como moduladores y no como causantes primarios, entre los que se encuentran, las condiciones de vida, condiciones de trabajo, los estilos de vida, la conducta, la atención de salud y social.

Actualmente se conoce que la salud y la calidad de vida son un resultado social directamente relacionado con las condiciones generales de la vida de las personas y con la forma de vivir.

Por lo tanto, la salud de una población, no sólo se refiere al aspecto biológico de la persona o sólo al individuo, sino que está relacionado, con los aspectos ambientales (calidad del aire, áreas verdes, espacios de esparcimiento), sociales (normas, valores principios, cultura, educación, redes familiares y comunitarias, conductas, hábitos) y económicos (nivel socioeconómico, acceso al trabajo, condiciones laborales, estabilidad del empleo), entre otros.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS – OMS, 2007), considera que los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto,



constituyen los determinantes sociales, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país, y que son posibles de intervenir a través de políticas sociales y de salud.

Este esquema se estructura considerando determinantes de tipo estructural (económico, político, cultural y social) y de tipo intermedio o intermediario (circunstancias materiales, factores biológicos, conductuales y psicosociales). Así determina lo siguiente:

Determinantes estructurales

El contexto socioeconómico y político

Este determinante se refiere a factores estructurales del sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social, incluyendo como principales elementos a considerar, los siguientes:

- Gobierno en su aspecto amplio, es decir, considerando la tradición política, la transparencia y la corrupción.
- Políticas macroeconómicas como, por ejemplo, las políticas fiscales o las políticas que regulan el mercado de trabajo.
- Políticas sociales que afectan al mercado de trabajo, al estado del bienestar y a la distribución de la tierra y la vivienda.
- Políticas públicas que inciden en el acceso de la población a distintos servicios, como son las políticas de educación, salud, vivienda, entre otros.
- Valores sociales y culturales, como el valor que la salud y los servicios de salud tienen para la sociedad.

La posición socioeconómica

Entre los determinantes estructurales de las desigualdades, también se incluyen distintos ejes de desigualdad de la estructura social, en concreto, la clase social, la posición socioeconómica, el género y la etnia o la raza. Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos. La desigualdad que se produce se define relacionamente, en el sentido de que el mayor poder y el mejor acceso a los recursos por parte de las personas más privilegiadas, están en relación con el menor poder y el peor acceso de las menos favorecidas. Se vinculan con el concepto de discriminación o de “las relaciones de clase, género o raza injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un



grupo dominante adquieren privilegios a base de subordinar a otras personas, y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias”, que se denominan clasismo, sexismo o racismo.

Determinantes Intermedios o Intermediarios

En el enfoque de determinantes sociales, la estructura social determina desigualdades en los factores intermediarios. Estos factores son:

- Las circunstancias materiales en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen, como: la vivienda, el barrio de residencia, el nivel de ingresos percibidos y las condiciones de trabajo, entre otras.
- Las circunstancias psicosociales en las que las personas se desenvuelven, como: la falta de apoyo social, las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos), el poco control sobre la vida, los estilos de afrontamiento (o la falta del mismo), etc.
- Los factores conductuales y biológicos que inciden en la calidad de vida de las personas como, por ejemplo, los estilos de vida que dañan la salud; la nutrición, la actividad física, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol, que se distribuyen de forma diferente entre los distintos grupos sociales. Los factores biológicos también incluyen los factores genéticos.
- El sistema de salud que juega un importante rol en cuanto a la distribución desigual de la salud en la población, ya que el menor acceso a los servicios sanitarios y la menor calidad de los mismos para las personas de clases sociales menos favorecidas, afectan los derechos humanos de estos grupos y aumentan su vulnerabilidad. Además, el pago de los servicios de salud puede generar o agudizar las situaciones de pobreza de la población de estas clases sociales.

La relevancia en el contexto de la disciplina es aportar al conocimiento, la reflexión, discusión y análisis respecto de los estilos de vida de los estudiantes, desde un enfoque cualitativo, con aspectos antropológicos del concepto de estilos de vida. Esto con el objeto de aportar a la discusión y reflexión respecto de cómo se asumen las conductas de los estilos de vida y los sentidos que estos tienen para los estudiantes, desde las vivencias particulares. Además, promover la responsabilidad desde la Universidad de establecer estrategias de acción oportunas, que permitan a la comunidad universitaria disminuir factores de riesgo fortalecer factores protectores y promover estilos de vida que fortalezcan el capital humano en formación, como una responsabilidad universitaria de apoyo a los jóvenes que están en el ámbito académico.



Por lo tanto, surge la necesidad de conocer cómo y porqué los estudiantes de la UCSC, tienen los estilos de vida que practican y el sentido que tiene para ellos la adopción de éstos. Cómo surgen y porqué los mantienen, sean ellos positivos o negativos para calidad de vida que disponen.

Objetivo General

- Describir las prácticas y sentidos que orientan los estilos de vida de los estudiantes de la UCSC.

Objetivos Específicos

1. Describir los espacios del ambiente interno y externo en los que se desarrollan los estilos de vida de los estudiantes UCSC.
2. Indagar las perspectivas de bienestar subjetivo que tienen los estudiantes sobre sus prácticas, referentes a los estilos de vida.
3. Indagar los aspectos sociales que determinan los estilos de vida de los estudiantes UCSC.
4. Indagar las determinantes sociales que se relacionan con los estilos de vida de los estudiantes UCSC.
5. Develar los sentidos que orientan los estilos de vida de los estudiantes UCSC.

Metodología

En relación al marco metodológico el proyecto se realiza en base a la metodología cualitativa, el tipo de estudio es exploratorio en base a datos primarios, con alcance sincrónico.

Respecto a los criterios de investigación, tiene una finalidad básica, porque busca conocer el tema en un grupo social específico. Los tipos de datos son primarios, pues se obtendrán directamente de la unidad sujeto de estudio.

En relación al diseño muestral, este es no probabilístico de tipo intencionado. La muestra estará determinada por la saturación teórica de las categorías estudiadas.

Los criterios de inclusión de la muestra son: estudiantes de la UCSC, de 19 a 27 años, correspondientes a nivel de pregrado, que estén cursando desde segundo año en adelante.



La recolección de información se realiza a través de la técnica de entrevista individual y técnica de grupo focal, en base a entrevista semi estructurada y pauta de entrevista, teniendo como instrumento guía la malla temática. La aplicación de los instrumentos se realiza previa validación por expertos y prueba piloto.

Los criterios de calidad del estudio se establecen según lo siguiente:

Credibilidad: se resguarda congruencia entre la información recogida en el estudio y la realidad estudiada, comprobando con los participantes y revisión de investigadores pares y ajenos a la investigación.

Transferibilidad: se pretende transferir o traspasar los resultados de la investigación a otros contextos similares, teniendo presente la particularidad de los estudios cualitativos respecto a que no se pueden generalizar los resultados.

Seguridad/auditabilidad: la información generada se mantiene estable en el tiempo, resguardando que la obtención de los datos se obtiene a través de una pauta, con procedimientos específicos.

Confirmabilidad: se realiza a través de generación de registros de forma correcta, objetiva y transcripción textual de los datos obtenidos, así como, utilización de citas directas.

Procesamiento de datos

El procesamiento de análisis de los datos se realiza a través de la teoría fundamentada, que tiene como elemento principal analizar las prácticas y sentidos que orientan los estilos de vida de los estudiantes, desde el propio discurso y lo que ellos comunican. Se desarrolla inductivamente a partir de los datos obtenidos, con perspectiva de caso. Comparando las respuestas y estableciendo las diferencias (método de diferencias). Los casos con respuestas similares, se analizan para conocer qué elementos tienen en común. Entonces esto se desarrolla a través de dos métodos: el método comparativo constante y el muestreo teórico. Esto con el objeto de descubrir explicaciones comprensivas acerca del fenómeno particular estudiado.

Resultados y discusión

Respecto a la temática de hábitos de vida saludable existe interés de los estudiantes por realizar actividad física, pero tienen dificultades para esta práctica, relacionada principalmente con la disposición de tiempo. También identifican la importancia de la



alimentación dentro de las prácticas de autocuidado, pero se dificulta esta práctica especialmente por la falta de organización.

Respecto al sueño y descanso, los estudiantes entrevistados señalan que cuidan las horas de sueño siempre y cuando la universidad no se anteponga en sus prioridades.

Respecto a recreación y manejo de estrés tienen prácticas colectivas e individuales entre ellas meditación y lectura, música, danza, actividades al aire libre y videojuegos, los participantes concuerdan que realizar estas prácticas junto a grupos de pares genera una sensación de satisfacción y bienestar.

Respecto a redes de apoyo los entrevistados destacan la influencia de la familia, los grupos de pares, la universidad, y otras instituciones u organizaciones relevantes para ellos como la iglesia, el gimnasio y las organizaciones territoriales.

Respecto al autocuidado en el estilo de vida, los participantes le otorgan un sentido y creencias positivas, no en todos los casos adoptan conductas que afectan positivamente este aspecto. También expresan que el autocuidado no sólo tiene aspectos físicos y psicológicos, sino que también lo enmarcan en prácticas de carácter espiritual.

Nota

Cabe destacar que los resultados presentados son preliminares, están en proceso de autorización y deben ser complementados con información que se está procesando, además aún se están obteniendo datos que permiten complementar estilos de vida y determinantes sociales. Estos estarán procesados y analizados en el mes de noviembre según lo programado, por lo tanto, se presentarán resultados completos y las respectivas conclusiones en la exposición que se realizará en el Congreso, en Lima.

Referencias bibliográficas

Bastías y Stieповich (2014), denominado “Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos” <https://scielo.conicyt.cl/scielo/pid=S0717-95532014000200010>Cienc. enferm. [online]. 2014, vol.20, n.2, pp.93-101

Bennassar Veny Miquel, “Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud”, Tesis doctoral para optar al grado de Doctor por la Universitat de les Illes Balears Programa de Doctorado en Ciencias Biosociosanitarias Línea de Investigación en Estilos de Vida y Salud

Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS) Presentada por



file:///C:/Users/Casa/Downloads/tmbv1de1.pdf.

Dumont, Guillaume. Clua García, Rafael (2015), "Acercamiento socio-antropológico al concepto de estilo de vida". Aposta. Revista de Ciencias Sociales, núm. 66, julio-septiembre, pp. 83-99 Luis Gómez Encinas ed. Móstoles, España

Marmot et al. (2013) "Acción con respecto a los determinantes sociales de la salud en las Américas", Editorial Rev Panam Salud Publica 34(6), <https://www.paho.org/journal/sites/default/files/01d--Editorial-Sp--Marmot--382-384.pdf>

Menéndez Eduardo L. (1998) "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes"

<https://estudiossociologicos.colmex.mx/index.php/es/article/view/638/638>

Rodríguez, et. al. (2013), "Estado nutricional y estilos de vida en estudiantes universitarios de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso" www.scielo.org.co › [scielo](http://www.scielo.org.co/pid/S0124-7107201300...) › [pid=S0124-7107201300...](http://www.scielo.org.co/pid/S0124-7107201300...) [online]. 2013, vol.15, n.2, pp.123-135. ISSN 0124-7107

Wanden-Berghe, et al (2014) "Calidad de vida y sus factores determinantes en universitarios españoles de Ciencias de la Salud".



Relação entre sofrimento e dor na perspectiva cultural

Carmencitta Ignatti¹
Eunice Nakamura²

Resumo

Profissionais e serviços de saúde deparam-se com os fenômenos de dor e sofrimento desafiadores do papel social como agentes de atenção à saúde. Trata-se de recorte de um estudo etnográfico de interpretação hermenêutica que observa pessoas em tratamento com Acupuntura e Toque Terapêutico, na busca de entender significados da relação entre sofrimento e dor, destacando-se as causas que transcendem as dimensões biológicas e psicossomáticas, com o objetivo de aprofundar a discussão sobre aspectos culturais subjacentes. Inicialmente foram observados oito usuários anteriormente tratados por medicamentos, sem sucesso. O histórico de vida refere sintomatologia semelhante com dores rebeldes, limitantes, caminhantes, causadoras de transtornos emocionais, relacionais e sociais. Os quatro que completaram as dez sessões do tratamento relataram infância pobre, difícil e com dificuldades no relacionamento familiar. Um homem atribui seu caso à culpa religiosa. Três mulheres sofreram abandono, perdas e violência física e moral. Todos obtiveram melhoras com o tratamento, mesmo os que o abandonaram, destacando o acolhimento e a escuta do terapeuta. Autores consultados destacam corpo e dor como construções sociais e sofrimento como resultado de frustrações, originário de experiências em contextos socioculturais particulares. Valores e crenças diversas, influenciam as experiências da dor e sofrimento nas relações sociais, traduzindo conceitos de culpa, expiação, provação, submissão, ascensão, sacrifício e libertação, destacando valores socialmente validados como fé, resistência, aceitação, resignação e barganha. Conclui-se que dor e sofrimento se atrelam ao contexto cultural que os reconhece e valida no formato de sua manifestação nas relações sociais.

Palavras-chave

Dor crônica, sofrimento, antropologia, saúde, ciências sociais.

Relación entre sufrimiento y dolor en la perspectiva cultural

Resumen

Profesionales y servicios de salud se enfrentan a los fenómenos de dolor y sufrimiento desafiantes del papel social como agentes de atención a la salud. Se trata de recorte de un estudio etnográfico de interpretación hermenéutica que observa a personas en



tratamiento con Acupuntura y Toque Terapéutico, en la búsqueda de entender significados de la relación entre sufrimiento y dolor, destacándose las causas que trascienden las dimensiones biológicas y psicosomáticas, el objetivo de profundizar la discusión sobre aspectos culturales subyacentes. Inicialmente se observaron ocho usuarios anteriormente tratados por medicamentos, sin éxito. El historial de vida refiere sintomatología similar con dolores rebeldes, limitantes, caminantes, causantes de trastornos emocionales, relacionales y sociales. Los cuatro que completaron las diez sesiones del tratamiento relataron infancia pobre, difícil y con dificultades en la relación familiar. Un hombre atribuye su caso a la culpa religiosa. Tres mujeres sufrieron abandono, pérdidas y violencia física y moral. Todos obtuvieron mejoras con el tratamiento, incluso los que lo abandonaron, destacando la acogida y la escucha del terapeuta. Autores consultados destacan cuerpo y dolor como construcciones sociales y sufrimiento como resultado de frustraciones, originario de experiencias en contextos socioculturales particulares. Los valores y creencias diversas influyen en las experiencias del dolor y sufrimiento en las relaciones sociales, traduciendo conceptos de culpa, expiación, prueba, sumisión, ascenso, sacrificio y liberación, destacando valores socialmente validados como fe, resistencia, aceptación, resignación y negociación. Se concluye que dolor y sufrimiento se atreven al contexto cultural que los reconoce y valida en el formato de su manifestación en las relaciones sociales.

Palabras clave

Dolor crónico, el sufrimiento, antropología, ciencias sociales.

Relação entre sofrimento e dor na perspectiva cultural

Introdução

Os profissionais de saúde, especialmente enfermeiros e médicos, parecem atribuir muitas vezes as dores rebeldes a questões comportamentais e não necessariamente fisiológicas. Há uma tendência a minimizar ou deslegitimar a queixa do paciente lamuriendo que denuncia a ineficácia terapêutica (Canesqui, 2018).

Por outro lado, os portadores da dor transferem aos profissionais a exigência de solução imediata e definitiva de sua queixa e manifestam indignação, revolta ou descrença, de forma a gerar indagações frustrantes que surgem sem resposta na mente do profissional treinado para responder prontamente aos desafios da saúde: existe uma explicação à dor e ao sofrimento desvinculado das experiências socioculturais das pessoas?



Dor e sofrimento resultariam de um padrão de comportamento atrelado ao histórico de grupos e comunidades, conforme se constata em determinados povos? Essas indagações remetem a uma questão central, originada nas observações vinculadas à prática profissional: quais os significados de sofrimento e dor, notadamente a dor crônica, para além de explicações fisiológicas e psicológicas?

Na sequência destas questões surgem outras que expressam a angústia do profissional da saúde: como aliviar o sofrimento quando todos os recursos conhecidos e tentados à exaustão falham? Se o modelo biomédico parece ser insuficiente muitas vezes em respostas satisfatórias, haverá outro caminho plausível e possível ao alcance dos profissionais? Se a origem da dor não está nas evidências clínicas, que práticas terapêuticas alcançariam algum resultado eficaz?

Estas e outras indagações nos levam à busca de compreensão dos significados de sofrimento e dor, no entrecruzamento das dimensões biológica e sociocultural.

Fundamentação

A dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. Todos os tipos de dor, em especial a dor crônica, induzem sofrimento frequentemente intolerável, mas evitável, que se reflete negativamente na qualidade de vida e no equilíbrio dos doentes.

Destaca-se neste estudo a dor crônica por ser uma dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversos estádios patológicos. Exige uma abordagem multidisciplinar e a falência do tratamento tem, entre outras, consequências fisiológicas adversas.

Oliveira (2000) faz uma reflexão interessante sobre a Síndrome da Dor Crônica (SDC) ao referir a desproporção entre a evolução clínica e as referências clínicas/queixas de sofrimento dos portadores, bem como o fato do conhecimento dos aspectos biológicos não darem conta de soluções, uma vez que, em geral, não há evidências clínicas sugestivas ou significativas que as justifiquem, reportando-se à necessidade de serem considerados aspectos psicológicos, sociais e culturais.

A dor também é referida por Patel (2010) como um fenômeno complexo e com variantes multidimensionais (biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e



morais). Fruto de preocupação mundial, com recomendações específicas da OMS (2001) para analgesia da dor, esta tem sido objeto de estudos relativos à qualidade de vida e saúde mental das pessoas em vários países.

A enfermeira e médica americana Cecily Saunders introduziu o conceito de “dor total”, constituída por vários componentes: físico, mental, social e espiritual. Nesse sentido, a dor total, assim como a dor crônica, implica em uma gama importante de perdas e limitações que afeta todas as dimensões da vida do indivíduo e devem ser consideradas na busca da etiologia e alívio da dor. (MS, INCA, 2001).

A dor total e o sofrimento a ela associado afeta, portanto, mental e moralmente o indivíduo, uma vez que invade todas as suas instâncias pessoais e se expande ao seu núcleo social, tal qual a família e todas as demais relações que ele mantenha. (Canesqui, 2018; Le Breton, 2013; Sanches, Boemer, 2010).

Nesse aspecto, cultural e antropológicamente, a dor pode ter significação específica em relação a outras referências como a noção de sofrimento ou perturbação, de acordo com diferentes culturas (Duarte, 1998)

Enquanto do ponto de vista biomédico a dor é um fenômeno associado a manifestações orgânicas com evidências de desarranjo, indicando de acordo com suas características o grau de danos, escolha de conduta terapêutica e apontando uma causa concreta para o sofrimento, surge na mão contrária o entendimento de que a dor manifestada no corpo é reflexa de um sofrimento, que pode ter sido construído por fatores de ordem cultural.

De acordo com Canesqui (2018), Le Breton (2013) e Peacock e Patel (2008), dor e sofrimento estão condicionados a particularidade de condições socioculturais na forma em que a história de cada um impacta o sentido e a significação, o que se traduz por diferenças no sentir, pensar, falar, expressar, compreender (ou não) e aceitar (ou não) em termos de intensidade, profundidade, resistência, fragilidade, duração, reatividade, modulados pela forma como cada qual se relaciona com o fenômeno.

Dor e sofrimento não se relacionam, portanto, como causa e efeitos antes se entrelaçam em uma rede de significados, que definem sua dimensão, intensidade, importância, segundo as experiências das pessoas em contextos socioculturais, cujas particularidades devem-se compreender.



Já as influências socioculturais (socialização primária e secundária - Pimenta, 1999) determinam manifestações no comportamento frente à dor: expressões sonoras e verbais, gestuais, modificações de conduta que podem ainda variar em intensidade, amplitude, profundidade, veracidade (ou não), cronicidade e, principalmente, expressividade (Disfarçada? Reprimida? Fingida? Imaginada? Distorcida? Amplificada?), inclusive na própria ausência da dor concreta.

As diferentes visões de dor e sofrimento explicitam a complexidade do fenômeno, não restrito a manifestações e sensações biológicas, tampouco determinadas exclusivamente por aspectos socioculturais. As aproximações e diferenças entre as várias visões evidenciam a necessidade de aprofundamento na compreensão desses fenômenos.

Metodologia

Estudar dor e sofrimento do ponto de vista sociocultural se torna possível por meio da abordagem etnográfica, privilegiando-se a técnica da observação participante e conversas informais, dada a proposta de aprofundar a compreensão do fenômeno mediante investigação detalhada dos fatos, no lugar onde ocorrem com a finalidade de produzir uma descrição minuciosa e densa dos aspectos adscritos em sua diversidade de símbolos, dimensões e relações, respeitando-se os processos éticos e bioéticos.

A pesquisa ocorreu em uma unidade referência de serviços de oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Peruíbe-SP/BR.

Os participantes da pesquisa são profissionais habilitados ao exercício das práticas que atuam na referida unidade, utilizando Auriculopuntura para o primeiro grupo de usuários, de acordo com os seguintes critérios de inclusão e do interesse para a proposta da pesquisa: ter mais de 18 anos, pessoas de ambos os sexos com relato de dor persistente e recorrente, não responsiva aos tratamentos usuais preconizados pelo modelo biomédico e concordância em participar da pesquisa. Foram excluídos os indivíduos que não se encaixaram no perfil estabelecido, não concordaram em participar ou desistiram de permanecer na pesquisa.

Os registros gravados das observações foram reproduzidos na forma de texto (diários de campo), sendo o conjunto desses dados analisado na perspectiva hermenêutica interpretativa, que permite uma reflexão aprofundada acerca do fenômeno referente a



conceitos complexos como saúde e doença, dor e sofrimento, tratamento oficial e tratamento complementar alternativo. Na análise, os diários de campo foram lidos para identificação de categorias importantes à compreensão do fenômeno.

A análise tomou por base a interpretação do que os outros pensam, baseando-se no que Geertz (1989) qualificou como busca de significados.

Resultados

O acompanhamento do primeiro grupo de atendimento em Auriculoterapia ocorreu no período de agosto a novembro de 2018, cujos resultados serão aqui apresentados.

Participando semanalmente dos atendimentos, foi interessante observar que as pessoas se acomodavam na recepção contando a história de suas dores em detalhes, traçando trajetórias de vida e possíveis fatores que desencadearam o sofrimento.

Langdon e Wiik (2010, p. 175) evidenciam o cuidado que deve ser tomado pelo observador participante no que denominam “a imersão do pesquisador no universo sociocultural cotidiano do grupo (de pacientes) a ser investigado e distanciamento para que o primeiro não assuma posturas etnocêntricas” e desenvolva a tendência a um interpretativismo subjetivo que se distancie do propósito científico. Ainda segundo essas autoras, os pacientes oriundos de diferenças geográfica, religiosa, social ou étnica, apresentam diversidade de comportamentos frente a experiência da doença e, portanto, concepções diversas quanto a saúde e tratamentos, de acordo com sua base cultural.

Seguem-se alguns aspectos identificados nas observações do primeiro grupo de usuários:

Na sala de espera que antecede a sala de atendimento, os dois primeiros usuários encaminhados pela rede de Atenção Básica aguardavam inquietos, como sempre falando sobre seu caso em detalhes sobre dores que surgiam “do nada” e mudavam de lugar, surpreendendo seu portador. Histórico comum de exames sucessivos indicando hipóteses diagnósticas obscuras e sugestão de algum distúrbio psicológico provável. Fisionomia pálida disfarçando o desgaste causado pelo sofrimento contínuo que roubava a disposição e o bem-estar.

Aos poucos o compartilhamento daquele pequeno grupo sobre suas tantas agruras tornava-se, por assim dizer, um processo pré-terapêutico, todos trocando sugestões, receitas e indicações de profissionais e tratamentos: “escaldapé de chá de alecrim”,



“folha repolho esquentada no ferro e enrolada com faixa o mais quente que aguentar”, “tomar chá de canela de velho com sucupira”, “tomar a primeira urina ao levantar”.

Observando as fisionomias pode-se perceber comparações entre as situações vividas, resultando em silêncio para alguns, irritação para outros e seguramente uma calorosa necessidade de acrescentar mais detalhes e tentativas de chegar à origem do fenômeno, demonstrando um esforço a mais para obter a comiseração coletiva e a “eleição” do caso mais impressionante.

Ser atendido tornou-se secundário a ser ouvido e, ao estar ali oferecendo atenção e ouvidos, fomos nos tornando parte das histórias e indiretamente do processo terapêutico ao permitir que tivessem “voz”, fossem ouvidos e acolhidos, que por alguns instantes seu mundo de dores fosse compreendido e repartido com alguém que oferecia atenção (Ferreira, 2014).

Aquele local transformou-se assim em espaço de acolhimento, escuta, de partilhamento de experiências e de estabelecimento de múltiplas relações sociais, denominado por Ferreira (2014) de utilidade social.

As senhoras M.J.R.S. e M.F.M. de históricos muito parecidos, com suas terríveis dores que “médico nenhum acerta o tratamento”, contavam pedaços de vida de dificuldades desde a infância, em condições de extrema pobreza, trabalho precoce, violência física, psicológica e social, abandono e obstáculos ao estabelecimento de uma vida mais confortável e amena.

Mas o fantasma da dor crônica não assombrava somente os idosos. Foi o caso da P.C.G., 29 anos, com histórico de transtorno de comportamento, abuso físico e moral, pai e irmão esquizofrênicos, desarmonia na família, depressão severa e relato de tentativa de suicídio na adolescência.

A questão do sofrimento para além da dor retrata situações de ordem social que podem validar os sujeitos em busca de tratamento, através de uma “linguagem escolhida” e seus significados para obter um mínimo de atenção (Ferreira, 2014).

Houve um relato de uma usuária que o médico não foi o único a ser procurado para solução “ eu nunca tive nada e ai começou uma dor desse jeito, que anda, que não passa com nada, a gente pensou em “coisa feita” , “mau olhado”, sei lá, né?” e a busca de causas não materiais e não psicológicas levou à procura de respostas em



benzedores, curandeiros, missionários, exorcistas, retiros espirituais e a utilização de diversos tipos de indicações de saberes populares como banhos , chás, defumações, jejuns, garrafadas, oferendas e rituais, de acordo com influências familiares e culturais, bem como o nível de instrução e o poder aquisitivo.

Nesse sentido a ideia de um “pensamento mágico” apresentado por Lévi-Strauss (1996) e advindo do sistema de crenças pode ser representativo de interpretação de sinais e racionalidades não biomédicas de acordo com cada cultura. (Ferreira, 2014).

Estas categorias de cura e doença de acordo com o saber popular ou etnomédico não se encaixam nos padrões do sistema biomédico, uma vez que se originam de concepções culturais específicas com sua dinâmica intrínseca de apreensão e classificação de sentido e significados. (Langdon, Wiik, 2010).

Apontamos as conversas que alguns conseguiam expor aspectos mais íntimos de suas vidas, mencionando fatos da vida pessoal que acreditavam estar relacionados ao atual sofrimento: culpa por uma vida desregrada, arrependimentos por determinadas circunstâncias, perdas materiais e afetivas importantes, situações de rompimento repentino de vínculos pessoais e profissionais, história de depressão, abusos e violência, casos de abandono, e, invariavelmente, a atribuição da origem do problema a uma pessoa /situação desencadeadora ou oculta.

Toniol (2014) ao discutir o princípio da responsabilização no campo das PICS remete a um fenômeno interessante: o fato do corpo em processo de alteração da normalidade ser instrumento da autotransformação levado por uma conduta não saudável que deve ser reavaliada e também a questão do binômio liberdade-responsabilidade como substrato subjetivo da escolha entre a saúde e a doença, enquanto resultado da relação com a sociedade.

Nas sessões seguintes, nos deparamos com as reações de cada um dos usuários frente aos resultados alcançados a cada semana.

A.F.P. fez questão de detalhar os progressos obtidos: já na primeira semana percebeu que estava mais calmo e mais disposto, dormindo melhor e que as dores diminuíram de intensidade, “pararam de andar”, se concentrando mais na perna esquerda, mais fraca e demorando mais entre uma crise e outra no decorrer do dia. As câibras nos membros inferiores constantes desapareceram. Também contou rindo que a mulher já estava com



mais paciência com ele, pois tinha melhorado a “rabugice”. Próximo ao final do período de dez sessões relatou que as dores se tornaram muito leves a ponto de esquecer que já sofreu tanto, mas com esperança de poder retomar o tratamento caso precisasse no futuro.

Outro caso de resposta rápida e eficaz, tanto nas queixas de dores quanto no equilíbrio emocional, foi M.F.M., que apresentou uma melhora do estado geral e dores da primeira para a segunda sessão e que percebeu que estava mais ativa e com humor melhorado, com menos insônia, medo e irritação. Na sequência dos atendimentos observamos uma melhora fisionômica, com a eliminação dos traços carregados apresentados no início. Também melhorou a apresentação, comparecendo a cada semana com maquiagem, roupas coloridas e adereços, contrastando com o aspecto sombrio e desleixado do início.

Relatou vários episódios que chamou de “progressos”, como por exemplo: percebeu que seu comportamento amargo e lamuriendo tornou tudo mais difícil, afastando pessoas e colaborando para sua tristeza e solidão, voltou a se comunicar com a mãe e família, das quais estava afastada, não se incomodando tanto mais pelo fato de ter um filho gay, retomando seu trabalho de depiladora e esteticista e cuidando de sua moradia com gosto.

Também melhorou a comunicação com a filha, amenizando atritos e problemas de constantes. Assídua ao tratamento, desejou manter-se no programa após o término das sessões, por encontrar ambiente e pessoas acolhedoras, receando recaídas com a alta. Ofereceu-se para ajudar em algo e foi dito a ela por um integrante do MOPS, que viesse compartilhar sua história aos novos clientes, quando terminasse seu tratamento.

P.C.G. compareceu a mais duas sessões após o primeiro atendimento. Na segunda sessão chegou com a fisionomia radiante, sorridente, falante e com mobilidade surpreendente para quem, até a uma semana atrás, sequer mexia ombros e pescoço. Referiu melhora do ânimo que a motivou a procurar uma academia e a iniciar uma dieta para emagrecimento. Houve uma melhora das cólicas em seguida. Foi atrás de emprego para retomar a vida profissional.

Na semana seguinte faltou sem avisar. Na quarta sessão, apresentou-se muito bem, referindo estar sem dor e com avanços em sua nova fase de vida. Estava acompanhada



com um rapaz. Estava também em progresso para o retorno a dar aulas. Não retornou mais ao tratamento.

M.J.R.S compareceu apenas a duas sessões, pois estava passando uns dias com a nora na cidade. Portadora de dores fortes e constantes nas costas e ombros, procurou um pouco de alívio, porém não foi possível obter resultados efetivos com a interrupção do tratamento.

Os resultados colhidos até o momento sugeriram que o processo de acolhimento, escuta e atenção focada no cliente, bem como oportunidade de compartilhamento de experiências, impactaram diretamente as respostas de melhoria dos quadros apresentados, conforme apontado por Ferreira (2014).

Evidenciou-se o já discutido por Duarte (1998); Pimenta (1999); Oliveira (2000); MS-INC e OMS (2001); Sanches, Peacock e Patel (2008); Boemer (2010); Patel (2010); Le Breton (2013) e Canesqui (2018) o embricamento entre dor e sofrimento no âmbito de dor total, expressados corporalmente, fruto de emaranhados de contextos socioculturais, refletindo-se na qualidade de vida, saúde e relações.

Pelos relatos colhidos observou-se a força do pensamento mágico (Levi-Strauss, 1996) perante um tratamento não convencional pouco disponibilizado nos serviços em que predomina a medicalização e o curativismo biomédico. (Langdon, Wiik, 2010).

Todos obtiveram melhoras com o tratamento, mesmo os que o abandonaram, destacando-se, por um lado, o acolhimento e a escuta do terapeuta e de outro as mudanças comportamentais no conceito colocado por Toniol (2014) de auto responsabilização na opção por uma saúde melhorada.

Autores consultados destacam corpo e dor como construções sociais e sofrimento como resultado de frustrações, originário de experiências em contextos socioculturais particulares. Valores e crenças diversas influenciam as experiências da dor e sofrimento nas relações sociais, traduzindo conceitos de culpa, expiação, provação, submissão, ascensão, sacrifício e libertação, destacando valores socialmente validados como fé, resistência, aceitação, resignação e barganha.

Considerações finais

Indubitavelmente a dor crônica em sua complexidade remete a um grau de sofrimento de intensidade variável que afeta as pessoas, seu modo de vida e suas relações.



Compreende-se com maior clareza a impactação do que Saunders (2001) chamou de Dor Total ao se evidenciar suas consequências nos relatos dos usuários.

A observação participante entre os usuários em tratamento demonstrou a relação entre dor e sofrimento, apontando a rede de significados que remetem ao contexto sociocultural emaranhado na história de vida destas pessoas, com sua forma diversa de perceber, sentir e manifestar sua dor e sofrimento.

Percebeu-se ainda que os resultados favoráveis relatados se relacionaram ao processo de acolhimento e escuta oferecido pelo terapeuta durante as sessões de Auriculopuntura, o qual possibilitou vez e voz a pessoas em situação de dor e sofrimento, legitimando sua identidade e seu lugar de importância como ser social.

Concluiu-se que dor e sofrimento se atrelam ao contexto cultural que os reconhece e valida no formato de sua manifestação nas relações sociais.

Notas

¹ Enfermeira, Doutoranda, aluna do programa de pós-graduação interdisciplinar em ciências da saúde Unifesp Baixada Santista. Email: carmencittaignatti@gmail.com

² Doutora em Antropologia. Professora Associada do Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva – UNIFESP Campus Baixada Santista.

Referências

Breton, D L, (2013) Antropologia da Dor São Paulo, Fap - Unifesp Editora.

Canesqui, A.M., (2018) Legitimidade e não legitimidade das experiências dos sofrimentos e adoecimentos de longa duração Ciênc. Saúde colet. 23 (2). Recuperado em abril de 2019 de <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.14732011>

Duarte, LFD., and Leal, OF., orgs. (1998) Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Recuperado em abril de 2019 de <http://books.scielo.org/id/yw42p/pdf/duarte-9788575412572-01.pdf>

Ferreira, J., (2014) Reparar o Moral: etnografia dos cuidados médicos, p. 131-153, In Ferreira, J., Fleischer, S., org. Etnografias em Serviços de Saude, Rio de Janeiro, Garamond Universitaria/FAPERJ.

Geertz, C. (1989). A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. Recuperado em abril de 2019 de https://moodle.fct.unl.pt/pluginfile.php/122511/mod_resource/content/0/Leituras/Geertz_01.pdf



Langdon, E.J.; Wiik, F.B.; (2010) Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde, *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18(3):[09 telas] mai-jun. Acesso em abril de 2019. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf

Levi-Strauss, C., (1996) A eficácia Simbólica. In: *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Ministério da Saude, Instituto Nacional do Câncer - INCA (2001), *Controle da Dor - Cuidados Paliativos Oncológicos*. Recuperado em 14 de setembro de 2019 de http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_dor.pdf

Oliveira, J.T.:(2000) Aspectos Comportamentais das Síndromes de Dor Crônica, *Arq Neuropsiquiatr* ;58(2-A):360-365. Recuperado em abril de 2019 de <http://www.scielo.br/pdf/anp/v58n2A/58n2aa27.pdf>

Organização Mundial da Saúde-OMS, (2001) *Relatório Mundial 2001, Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*.P.33. Recuperado em abril de 2019 de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf

Patel, N.B., (2010) *Fisiologia da Dor, Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*, 2010. Recuperado em abril 2019 de http://www.iasppain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf

Peacock, S., Patel, S., (2008) Cultural influences on pain, *British Journal of Pain*, Vol. 1, No. 2, March. Recuperado em abril de 2019 de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/204946370800100203>

Pimenta, C.A.M. & Portnoi, A.G., (1999) *Dor e Cultura*, in CARVALHO, M.M., *Dor: um estudo multidisciplinar*, p. 159-173, São Paulo, Summus.

Publication Manual of the American Psychological Association, Sixth Edition, ch 7. Recuperado em 15 de setembro de 2019 em <https://apastyle.apa.org/manual/index>

Sanches, L.M.; Boemer, M.R., (2002) O convívio com a dor: um enfoque existencial; *Rev Esc Enferm USP*, 36(4): 386-93. Recuperado em abril de 2019 de www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/41319/44886

Toniol, R.:(2014) Integralidade, Holismo e responsabilidade: etnografia da promoção de terapias alternativas/complementares no SUS., p. 155-179, In Ferreira, J., Fleischer, S., org. *Etnografias em Serviços de Saude*, Rio de Janeiro, Garamond Universitaria/FAPERJ.



Signos de Vitalidad: un caso de estudio sobre las concepciones de la salud en Apía, Risaralda

Juan David Duarte

Resumen de la ponencia

Esta ponencia es materialización de una investigación en marcha propia, cuyo objetivo es identificar las cualidades de las concepciones de salud de la población de Apía, comunidad agropecuaria de Risaralda, Colombia, comparadas con un opuesto urbanizado (Bogotá D.C.). Esto a partir de la identificación de las diferencias en las concepciones de salud en las dos poblaciones, que invitaban a preguntar cuáles son las relaciones entre las formas de concebir la salud y la prevalencia de enfermedades, particularmente de transmisión de carácter ambiental. Desde la noción de Riesgo propuesta por Ulrich Beck y las consideraciones de los Universos Simbólicos de Berger y Luckmann, los resultados hasta ahora alcanzados permiten iniciar la diferenciación entre la significación de las concepciones de salud, riesgo y vitalidad en cada población; y sus efectos en el cuidado y prevención de dolencias. Asimismo, el mapeo de lo alcanzado permite identificar con mayor asertividad pasos a seguir en la investigación, aquí expuesta.

Conceptos clave

Salud, riesgo, universo simbólico, asociatividad, sistema de comprensión.

Presentación del caso

Esta investigación se ha desarrollado en función de una convicción personal: que las ciencias sociales pueden articularse de manera eficaz a otras áreas del conocimiento, y que, en la colaboración con estas diferentes áreas del conocimiento, podemos ampliar los marcos de comprensión de nosotros mismos, y, en ello, ampliar nuestras posibilidades de trascender las dificultades que nos atañen como especie. Sea un proceso localizado a una comunidad de todas las unidades sociales en existencia, un axioma de alguno de los procesos globalizantes que en la actualidad proliferan, o una hibridación de ambos (como es el caso de esta investigación), las ciencias sociales, y más aún, la antropología y la sociología, han guiado su marcha en pro al estudio de fenómenos que datan de nuestra realidad social, y, por ende, de nosotros mismos. Fue entonces desde la intención de demostrar, en gran parte a mí mismo, que las ciencias sociales pueden contribuir de manera eficaz a la mitigación de problemas objetivos de



una sociedad, que me he propuesto articular la antropología y la sociología con su hermana (no tan) distante: la medicina.

La articulación de estos conocimientos, para muchos irreconciliables, se dio en la población de Apía, Risaralda, gracias a una de las experiencias formativas ofrecidas por la carrera de sociología de la Pontificia Universidad Javeriana, la cual me permitió acercarme a la población mencionada. De tal manera, la oportunidad de un trabajo de campo semi-guiado por docentes de sociología, sumada a la preparación previa de dicho ejercicio, es donde los primeros destellos de la pregunta que ha guiado esta investigación empezaron a relucir. Fue desde el estudio de los planes de desarrollo municipales de la población, y más específicamente, sus peculiaridades epidemiológicas, que la pregunta “¿por qué prevalecen enfermedades de transmisión ambiental en Apía, más no en Bogotá?” germinó como incógnita guía de este proceso investigativo.

Evidentemente existe toda una constelación de causas, correlaciones e incidencias que contribuyen a esta realidad. Sin embargo, y a causa de mis lisios y habilidades limitadas como investigador de la realidad en sentidos sociales, no encontraba valor investigativo en señalar factores casi tautológicos, como las diferencias en términos infraestructurales, demográficos, económicos, políticos y mediáticos, para explicar el sentido social de la prevalencia de ciertas enfermedades. En ello no quiero decir que la presente está totalmente desinteresada por dichos factores, todo lo contrario, los reconoce como elementos constitutivos de la realidad social, pero a través de explicaciones de orden social relacional las cuales permiten articular dichos factores desde ángulos que prescinden de valoraciones casi instantáneas de un proceso social.

Sin embargo, y reconociendo las peculiaridades de la población apiana, acepto que esta investigación delata verdades para grupos selectos, ello a la luz de las características de Apía. No quiero decir que la aplicabilidad de los resultados, o la representatividad de los hallazgos aquí expuestos, es exclusiva para Apía, pero sí en reconocimiento a la heteronomía de sociedades campesinas y urbanas, de Latinoamérica, así como del mundo, es que los alcances de lo identificado no pretenden dar cuenta de alguna generalidad transversal de toda unidad social rural.

Explorando en detalle las variabilidades encontradas en Apía que impiden la sobre generalización de esta investigación, quisiera iniciar por uno de los rasgos más característicos de esta sociedad, denominada como *Asociatividad* por el profesor Carlos



Alfonzo Mena, quién se interesó en las causas del crecimiento económico de Apía experimentado en la población a lo largo de la década del 2010. En su artículo *Desarrollo Endógeno y Gobernanza Local. El Caso del Espíritu Asociativo en el municipio de Apía, Risaralda* publicado en el 2017, el profesor expone como en este periodo se evidenció la proliferación de asociaciones productivas de tipo agropecuario, las cuales, gracias a lógicas de mercados internacionales enfocadas en lo local, lo artesanal y lo endógeno, habían logrado integrarse en la competencia internacional de productos agros, principalmente café. La emergencia y permanencia de estas asociaciones locales con pretensiones internacionales es lo que distingue esta sociedad de otras posibles unidades sociales, sean campesinas o indígenas, e impide generalizaciones abruptas de esta investigación. De tal manera, la asociatividad apiana que, siguiendo al profesor Mena, engendró y ha permitido la permanencia de este tipo de asociaciones, es lo que sitúa a la población apiana en un lugar característico en comparación a otras poblaciones rurales o campesinas, en vistas que la llegada de instituciones germinadas en la amalgama de lo local y lo global delata tensiones encontradas en hibridaciones de este tipo.

A pesar de los avances económicos, organizacionales, logísticos y municipales alcanzados como producto de la iniciativa de entrar al mercado global desde las propias fortalezas productivas y comunitarias encontradas en la comunidad, algunas condiciones de salud se han mantenido intáctas, y el impacto de la asociatividad en el perfil epidemiológico de Apía fue casi inexistente. Esta realidad planteaba la pregunta de por qué, a pesar de la mejora de las condiciones económicas y sociales de la población, en términos epidemiológicos de enfermedades de transmisión ambiental no se evidenció cambio alguno.

Herramientas de análisis

Para lograr efectuar una mirada sociológica al perfil epidemiológico apiano, partiendo de sus peculiaridades sociales, se tomaron como puntos de partida dos referentes teóricos los cuales, al operar sincrónicamente en el análisis, han permitido dar cuenta de los sistemas de concepción eferentes a la salud presentes, tanto en promoción como en extinción, encontrados en la población. El punto de partida de la presente investigación, debido a las peculiaridades globalizadas de Apía, fue la noción de Riesgo matizada por Ulrich Beck en su obra *La Sociedad del Riesgo: Hacia una nueva Modernidad* (1998) , la cual señala cómo la medición, prevención y evasión del riesgo ha tomado un giro tecnocientífico, en aquellas sociedades apoyadas en el paradigma



probabilístico y medible. Como complemento a la visión de Beck, una mirada de tipo interaccionismo simbólico basada en *La Construcción Social de la Realidad* (1996), obra de Thomas Berger y Peter Luckmann, permitió hacer un acercamiento que privilegia los contenidos simbólico-significativos del riesgo en la población, así como sus medios de promoción y sus avenidas de materialización en la cotidianidad, en el momento de dar lugar a los mecanismos mediante los cuales la lectura de la realidad es efectuada, por lo menos en lo que refiere sus facultades sociales.

Considerando inicialmente al sociólogo alemán, Beck afirma que gracias a la proliferación de los avances científicos vividos en los 70's y 80's, los cuales vivieron un crecimiento desenfrenado hasta la catástrofe de Chernóbil en 1986, la sociedad moderna ha efectivamente reconfigurado la forma en la que concibe, evalúa e interactúa con el riesgo, sea lo que sea este en términos de contenido social. Ello a partir de lentes probabilísticos, fuertemente relacionados con paradigmas (y tecnologías) de carácter estrictamente científico, positivo y "medible". La modalidad moderna de relación con el mundo externo (poseedora por excelencia de los diferentes riesgos a lo largo de las sociedades) es reinterpretada gracias a esta reconfiguración de las tecnologías con las que se interactúa con el mundo. Frente a esto el autor afirma:

Así pues, ya no se trata (o ya no exclusivamente) del aprovechamiento de la naturaleza, del desprendimiento del ser humano respecto de obligaciones tradicionales, sino que se trata también y esencialmente de problemas que son consecuencia del desarrollo técnico-económico mismo. El proceso de modernización se vuelve reflexivo, se toma a sí mismo como tema y problema. Las cuestiones del desarrollo y de la aplicación de tecnologías (en el ámbito de la naturaleza, la sociedad y la personalidad) son sustituidas por cuestiones de la "gestión" política y científica. – La sociedad del Riesgo, Página 26

Por otro lado, los Sociólogos norteamericanos, Peter Berger y Thomas Luckmann, permiten brindar una visión lingüística de la forma en la que el conocimiento, en tanto derivado de un proceso interactivo y socialmente mediado, es hilado, estructurado y perpetuado. En la obra en cuestión, representativa de la vertiente de estudios del Interaccionismo Simbólico como escuela sociológica, los autores norteamericanos no solo definen sistemáticamente la noción de Universo Simbólico, entendiendo este como el mecanismo lógico-conceptual a partir del cual los miembros de una unidad social organizan y categorizan su contexto, sino asimismo establecen los diferentes medios por los cuales es éste estructurado, socializado, legitimado y difundido dentro de los confines de la unidad sociedad estudiada. Este concepto, central en el contenido de la



obra en cuestión, si bien complejo por naturaleza, podría resumirse para intereses de la presente investigación como el aparataje teórico-cognitivo (ver: 1996, página 104) dotado de legitimidad lograda desde la institucionalización social de conductas y percepciones, a partir de la cual el conocimiento es estructurado, socializado, legitimado y difundido (ver: ibidem, página 95).

Estos dos referentes conceptuales han permitido acercarse a las concepciones del riesgo encontradas en la sociedad apiana, las cuales resuenan fuertemente con las intencionalidades y propósitos de las asociaciones productivas encontradas en la población. Ello, sumado a la comprensión y matización de tanto el universo simbólico de la salud encontrado en la población apiana, así como de las diferentes causales que invitan a su transformación, es que se ha posibilitado el estudio de los signos de vitalidad en la población apiana. Desafortunadamente, esto último contribuye a la limitación de los hallazgos de la investigación, al estar estas presiones transformativas condicionadas por el proceso de globalización desde lo asociativo y la llegada de nuevos intereses encarnados en asociaciones productivas, hibridados con las condiciones previas de la población a la llegada de estas iniciativas asociativas, dificultando de tal manera una identificación comprobable de las relaciones entre las concepciones de salud identificadas en la población y las presiones sociales derivadas.

La Modernización de Apía: Evidencias y análisis

Antes de introducir las evidencias etnográficas recogidas que han contribuido a la marcha de esta investigación, me gustaría resaltar que resultó improductivo intentar diferenciar los universos simbólicos de salud preexistentes encontrados en la sociedad apiana previa a la proliferación de lo asociativo, de los productos específicos derivados de las presiones engendradas desde organizaciones económicas en la población relativamente nuevas y enmarcadas en la asociatividad. Sin embargo, las particularidades de las concepciones de la salud en Apía datan una mezcla peculiar entre lo local y lo internacional, lo comunitario y lo global, la cual promueve lógicas que, a diferencia de la asociatividad en sí misma, sí acarrear efectos en la promoción o evasión de ciertas enfermedades. En otras palabras: la amalgama de universos simbólicos locales, evidenciados hasta ahora en vestigios y reminiscencias hibridadas, con nuevos sistemas de concebir la realidad (y en ella, la salud) promovidas desde organizaciones sociales germinadas localmente, tiene impactos en el perfil epidemiológico de, en este caso, Apía, derivados de la forma en la que la enfermedad es valorada e interpretada en la población.



Entrando en materia de evidencias recogidas y analizadas, me gustaría enfocar la atención en tres casos particularmente dicientes acerca de cómo las lógicas sociales encontradas y cultivadas en la población, encausadas desde un marco encaminado a la integración de la comunidad a mercados internacionales, por medio de la explotación de iconos como lo “artesanal”, lo “local”, lo “orgánico”, lo “endógeno”, sintetizado en el espíritu asociativo de la comunidad, logran sintetizar un sistema de percepción y valoración de la salud . El primer caso es el registro etnográfico de una entrevista con el fundador de *Asoapía*, asociación cafetera local, primera en su tipo, realizada en las oficinas de dicha asociación productiva. Más allá de las intrigantes imágenes en lenguaje tecnocientífico referentes al café, sus diferentes variabilidades y matices, todas en inglés; en esta entrevista con Francisco Herrera se expuso como, al interesarse la asociación en competir en mercados internacionales, medidos por la demanda del mercado global, esta se vio inclinada cada vez más a la incorporación total de parámetros de valoración, evaluación y aprobación del café como mercancía evaluada por medios internacionales y con una producción de enfoque tecnocientífico (como lo sería, por ejemplo, el estudio del pH del terreno cultivado y de la acidez química de los abonos empleados como causal directo del producto final). Esta incorporación de parámetros tecnocientíficos no solo explicaba la presencia de tablas analíticas del café, su cuerpo, sabor, aroma, y otras propiedades del producto, la gran mayoría en inglés, que tapizaban las paredes de las oficinas de *Asoapía*; sino también daba cuenta del cambio en curso a lo largo de la producción cafetera, principal producto de exportación de Apía. De tal manera, la incorporación de estos parámetros trajo consigo nuevas exigencias a los productores, no solo enfocadas en la calidad del producto desde un nuevo paradigma de valoración (así como las formas de evaluar y mantener la calidad de la mercancía producida, ambas afinadas desde tecnologías científicas), sino también al cuidado del mismo por el productor, incidiendo directamente en su cotidianidad, como expondré más adelante.

Anteriormente resalté, desde el trabajo del profesor Mena, cómo el impacto de las lógicas asociativas ha sido transversal en la esfera económica y productiva de Apía, unidad social caracterizada por la producción agropecuaria. Con ello en mente, no es sorpresa que *Asoapía* no sea la única en su tipo. La visita a una segunda asociación de producción agro, enfocada en la producción de plátanos llamada *Asoplápía*, delató algunas de las modalidades en las que la lógica moderna que respalda el mercado global (siguiendo a Beck) se escondía en las prácticas incipientes desde la asociatividad. Las BPA, o Buenas Prácticas Agrícolas, son insumos ofrecidos por



Asoplápía (al igual que por otras asociaciones productivas encauzadas en torno a la competitividad global) como parte de las asesorías técnicas, domiciliarias y prescriptivas a sus miembros vinculados, las cuales no solo dictan el cuidado del producto (sus condiciones de almacenamiento, producción, empaquetamiento, etc.), sino también sugieren formas en las que los agricultores deben transformar sus cotidianidades en virtud de dichas prácticas, benéficas para sí mismos y sus mercancías. Dentro de estas BPAs, se incluyen cuestiones higiénicas frente a la mercancía, hábitos a evitar en su cercanía, e incluso concejos bastante impositivos acerca de la distribución del tiempo de los agricultores en su jornada diaria (en vistas que algunos productores han tenido dificultades incorporando un “horario de trabajo moderno”, de 8 o más horas de trabajo dictadas por una concepción numérica del tiempo y del trabajo), incluyendo factores tales como su tiempo libre y actividades de ocio. No sobra señalar como todas estas BPAs, en tanto aspectos de salubridad como de entretenimiento, basaban sus afirmaciones de eficiencia y utilidad desde paradigmas probabilísticos y cuantitativos, representados en tasas de crecimiento de la producción, incremento de la valoración dicha producción, y otras técnicas de cuantificación afines al paradigma moderno de una sociedad del riesgo.

Si bien los intereses perseguidos por medio de las BPA, como la estandarización del producto a un cierto nivel comprobable por medios tecnocientíficos, a pesar de erigirse desde lógicas capitalistas fácilmente reprochables, el impacto positivo que estas estaban teniendo en la generalidad de las condiciones de vida de la población apiana es innegable. A pesar de ello, la llegada apresurada de una vasta cantidad de instituciones sociales dotadas de legitimidad por parte de la administración municipal, todas promotoras de lógicas afines a una nueva concepción del tiempo (en la administración eficaz de las horas del día por jornada, más que por tareas concretas), el espacio (formas de economizar la producción) las relaciones sociales (enmarcadas en demandas y competencias internacionales, todas orientadas en torno a intereses productivos; patrocinó la incorporación de estas lógicas en áreas de la vida social cotidiana que, por lo menos en apariencia, se distancian de la producción económica propiamente dicha. Este es el caso de las concepciones de la salud y la vitalidad encontradas en la población apiana, las cuales introduciré en el tercer y último caso de referencia.

La exploración de las concepciones de salud y vitalidad encontradas en la población apiana, en tanto sectores rurales como urbanos, se llevó a cabo mediante entrevistas



con personal del hospital de Apía, sumado a evidencias etnográficas recolectadas en una feria campesina del pueblo. En primer lugar, lo recolectado gracias a lo comentado por el equipo hospitalario de Apía indica que una parte del apoyo ofrecido por las asociaciones productivas a sus afiliados es de carácter clínico y diagnóstico, en donde se señala que las asociaciones en cuestión contribuyen a la incorporación de una mirada clínica (o por lo menos científicamente orientada) al cuerpo, sus síntomas y sus cuidados. En lo que concierne las enfermedades de interés inicial para esta investigación, aquellas de vectores de transmisión ambiental, quedó en evidencia que si bien tanto los tratamientos, así como las medidas diagnósticas y recomendaciones preventivas se afiliaban a una lógica hipocrática, nuevamente resonante con la lógica probabilística y tecnocientífica de una sociedad de riesgo actual (Ver: Beck, 1998, pág. 29), ello no implicaba que la incorporación de esta lógica fuese tan eficaz como la incorporación de la nueva lógica productivista promovida por las asociaciones en emergencia. Ello ante el reconocimiento de que, a pesar de lograr tener un tratamiento eficaz a los síntomas de enfermedades como la IRA o la EDA, una vez mitigados, los pacientes regresaban, sea de manera consciente o negligente, a las condiciones de transmisión de la patología mitigada en el tratamiento. Afortunadamente, y a beneficio de los afligidos por enfermedades de transmisión ambiental, las enfermedades aquí exploradas acarrear bajas tasas de mortalidad en Apía (acorde a lo recolectado vía entrevistas), más ello no resta la preocupante reincidencia de casos de este tipo de enfermedades, en especial considerando su distribución epidemiológica en la población infantil.

Como ha sido habitual en esta investigación, la persecución de nuevas avenidas de exploración derivadas de lo explorado en el trabajo de campo ha determinado el causal que dirige, de manera inductiva, las tareas para darle continuación. Lo recogido desde las entrevistas del personal del hospital de Apía, en ese orden de ideas, cumplió el propósito de arrojar una nueva incógnita a perseguir, más allá de adelantar la presente (como si eso fuese poco o necesitase complemento). Considerando como dos lógicas, de múltiples maneras resonantes entre sí (la hipocrática de la medicina moderna, y la productiva de las asociaciones globalmente orientadas), no tenían el mismo impacto en la población, valía la pena preguntarse qué causas obedecía esta variabilidad. Afortunadamente no fue mucho tiempo para que, en una campaña de concientización de enfermedades psiquiátricas y condiciones psicológicas, realizada en una feria campesina feriado que duró todo un día (domingo, para ser exactos), esta pregunta se aclarara. En la campaña de concientización de condiciones y enfermedades mentales,



una de las discutidas fue el impacto psicológico de la menopausia, considerando su alto impacto endocrino en el cuerpo femenino. Y, en una entrevista posterior con la coordinadora de la campaña, se explicó como la población concebía la salud y la vitalidad, referente a la menopausia. Si bien no se encontraba mayor dificultad en concientizar a la población acerca de la experiencia de la menopausia, sus implicaciones hormonales y, por ende, anímicas, la forma de concebir este proceso en la población apiana sugería que el sentido y comprensión del proceso fisiológico era cualitativamente distinto al promovido en la campaña.

A diferencia de la concepción de la salud mal llamada occidental, apoyada en racionalidades probabilísticas, mediada por destrezas tecnocientíficas y estructurada desde lo medible, la concepción de la salud en la población apiana orbita en torno a los aspectos productivos y mercantiles que, como se recordará, son reproducidos mediante marcos institucionales y administrativos. Esta concepción de la salud cultiva unos signos de vitalidad fuertemente diferenciables a aquellos estructurados acorde a una concepción fisiológica, anatómica, etiológica y endocrina, o, en otras palabras, concepciones engendradas desde la concepción hipocrática de la salud; como por ejemplo la identificación de la salud por medio de signos afinados acorde a lógicas promovidas, por lo menos en parte, por las diferentes asociaciones productivas en emergencia en la población. Ello se evidenció de manera sintética en lo recogido en la ya mencionada campaña de concientización de la feria campesina, en donde se señaló, por medio de las organizadoras del evento, que la población femenina identificaba sus cambios menopaúsicos desde su productividad y eficiencia en el trabajo manual rural. Más específicamente, esto quiere decir que habilidades productivas, como la energía y destreza laboral, así como la eficiencia de cualquier oficio agro, operan como signos de vitalidad gestados desde universos simbólicos los cuales, si bien son resonantes con la lógica moderna del riesgo, se distancian de una concepción de la salud hipocrática.

Esta peculiaridad implica entonces la existencia de un universo simbólico localizado en una población agraria, rural y latinoamericana, la cual se encuentra enmarcada y afiliada a lógicas de consumo y producción mundiales con efectos directos en la producción de riesgos, y en ello, constitutivas de una sociedad de riesgo propiamente dicha, siguiendo a Beck (Ver: 1998, pág. 35). La evidencia aquí expuesta y hasta ahora recolectada demuestra que es en función de este universo simbólico, ejercido en la concepción de la salud y la interpretación de la vitalidad, que la población apiana identifica un síntoma, un cambio en su cuerpo, o inclusive un proceso fisiológico. Esto sugiere que, a diferencia



de un sujeto que haya incorporado un universo simbólico que denote una concepción de la salud hipocrática, quién ve en el sudor toda una reacción fisiológica producto de un proceso regulatorio en curso en su cuerpo (por ejemplo), el sudor es producto del esfuerzo laboral, más que signo de vitalidad en sí mismo, a diferencia de la eficiencia y habilidad demostrada en el oficio. Esta destreza laboral como practica social simbólico-significativa, a diferencia del sudor como signo, sería entonces el indicador de vitalidad acorde al universo simbólico hasta ahora trazado de la población apiana.

A manera de ejercicio etnológico, quisiera dedicarle algunas palabras a introducir algunas consideraciones comparativas adicionales que se han cultivado a raíz de la identificación de las cualidades del universo simbólico de la salud encontrado en la población de Apía en comparación con otros universos simbólicos etnográficamente rastreables. Si bien se ha logrado identificar particularidades propias de este sistema de comprensión, sus puntos de inflexión con otro universo simbólico, y las concepciones de salud derivadas, merecen ser a lo mínimo introducidos. Por este motivo, me gustaría presentar algunos puntos comparativos entre el universo simbólico de la salud en Apía con algunos rasgos identificados de su contraparte en la población urbana de Bogotá. Mi interés actual no es simular una comparación concluyente desde evidencia aún en recolección, pero considero necesario señalar algunos aspectos comparables entre cada universo simbólico, especialmente resaltando la convicción originaria que ha dado lugar a esta investigación.

A diferencia de la concepción de la salud descrita anteriormente encontrada en Apía, fuertemente arraigada a parámetros afianzados en lógicas productivas más que hipocráticas, en Bogotá (tomando esta población como caso de comparación etnológica) pareciese erguirse la comprensión de signos de vitalidad en torno a sentidos propiamente clínicos. Si bien en ambos casos se mantiene un sistema de evaluación tecnocientífico como lo invita a suponer las consideraciones de Ulrich Beck, la manera en la que dicha valoración orientada en torno a la tecnociencia fluctúa en términos de contenido. Pues bien, a raíz de la insistencia en instituciones médicas como principales promotoras de la salud en Bogotá es dotado de sentido el hecho de que, por ejemplo, la menopausia, sea un signo arraigado a lógicas anteriormente sugeridas: transformaciones fisiológicas y endocrinas del organismo causadas por procesos vitales, como lo sería este caso el envejecimiento. De manera similar, la comprensión de la salud mental en el contexto urbano bogotano también bebe de una valoración



neuroanatómica y psicosomática de la condición, la cual es explicada desde desbalances hormonales y neuro-transmisivos que desembocan en la patología.

A manera de Conclusión: Una Mirada cartográfica, avances y metas a perseguir desde lo identificado

Como resalté al inicio de esta ponencia, los resultados aquí expuestos son producto de una investigación en curso, motivo por el cual no podría hacer, por lo menos por ahora, una línea de conclusiones positivas. Sin embargo, el trayecto hasta ahora recorrido ha permitido identificar con certeza características fundamentales de la población apiana, y su universo simbólico mediador de la identificación y significación de la salud, para la continuación de esta investigación. Es entonces en reconocimiento del progreso hasta aquí datado, y las siguientes tareas identificadas a la luz de lo hasta ahora recogido, que quisiera proponer una mirada cartográfica al progreso de la investigación como conclusión de esta presentación. A lo que me refiero por mirada cartográfica es el reconocimiento de hallazgos alcanzados, las incógnitas que estos invitan, y, por consiguiente, los siguientes pasos a seguir en la continuación de este proyecto investigativo.

- En primer lugar, y sin perder de vista las particularidades etnológicas recientemente mencionadas, queda en evidencia la urgencia de insistir en una comparación cualitativa entre los dos universos simbólicos de la salud (a saber, el apiano como caso de estudio y el bogotano como caso de comparación).
- Seguido a esto, y en aras de reafirmar la relación entre universos simbólicos de salud, concepciones de riesgo en clave moderna, e impactos epidemiológicos medibles, germina la necesidad de identificar como está tríada de elementos se cristaliza en prácticas concretas de cuidado y prevención, acorde a cada sistema de comprensión considerado etnológicamente.
- Finalmente, y siendo fiel a la convicción inicial de este ejercicio investigativo, resulta necesario asumir la tarea de señalar propositivamente mecanismos de mediación y mitigación entre los diferentes universos simbólicos (el hipocrático y el productivista en clave de salud), con ánimos de empalmar posibles avenidas que desemboquen en la reducción de patologías prevalentes en la población. Esto necesariamente desde la articulación comprensiva y contextual de los dos sistemas de concebir e interactuar con el riesgo.



Por último, y si bien existen limitaciones para hilar conclusiones acerca de los signos de vitalidad encontrados en la población apiana, valdría la pena resaltar como los contenidos de las concepciones de la salud encontradas en la población apiana parecen ser efectos no-planificados de la promoción y emergencia de asociaciones productivas. Esto notando como el interés de estas organizaciones locales, si bien en contenido formal no se interesa directamente en procesos de salud, sí logra incidir en la forma en la que la población cuida de sí misma e interactúa con su cuerpo. Por esta razón la insistencia en la tarea de afianzar avenidas de articulación entre ambos sistemas de comprensión se reafirma, al considerar como independientemente de la intencionalidad de un efecto social, sus resultados no deben eximirse de revisión crítica y complementación sociológica en aras a su perfeccionamiento, y en ello, a la resolución de nuevas problemáticas engendradas de un proceso social.

Bibliografía

Bech, U., *La Sociedad del Riesgo: hacia una nueva Modernidad*. España, Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Berger, P.; Luckmann, T., 1996. *The Social Construction of Reality. A treatise in sociology of knowledge*. Estados Unidos, Nueva York: Anchor Books.

Organización Panamericana de la Salud, 2011. *Módulo de Principios de epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE)*. Salud y enfermedad en la Población.

Victoria Mena, C. A., 2017. *Desarrollo Endógeno y Gobernanza Local. El Caso del Espíritu Asociativo en el municipio de Apía, Risaralda*. En: *Universidad y Desarrollo Regional: Aportes del CIDER en sus 40 años* (Compiladores: Pineda, J.A.; Helmsing, A.H.J. y Saldías B., C.). Colombia, Bogotá: *Universidad de los Andes*



Transiciones y reconstrucciones familiares ante el desarrollo del trastorno bipolar: estudio de caso de familias de Monterrey N.L

MDH: Alma Yolanda Elguézabal Castillo
Dr. José Manuel Rangel Esquivel

Palabras clave

Transtornos, bipolaridad, familias, transiciones, reconstrucción.

Introducción

La salud es el completo estado de bienestar y no solo la ausencia de la enfermedad, esta definición es acuñada por la Organización Mundial de Salud (OMS), donde la salud mental juega un importante papel, dado que el bienestar de los individuos dependerá de sus capacidades para afrontar las vicisitudes de la vida, trabajar de manera productiva, fructífera y con capacidad de hacer contribuciones a su comunidad (OMS, 2013). Es importante mencionar que la salud mental está influenciada por la cultura y sus subjetividades, puesto que el bienestar emocional, psicológico y físico es esenciales para que el ser humano pueda hacer uso de sus capacidades cognitivas y emocionales que le permitan desenvolverse con soltura en la sociedad y resolver las demandas cotidianas de la vida.

Al lograr esto se tiene un equilibrio individual y si el entorno sociocultural provee una adecuada calidad de vida y garantiza una participación en el mundo laboral, intelectual, social y familiar, las personas contarán con un estado de bienestar con referencia a la salud, pero si esto no sucede la salud mental se puede ver quebrantada por factores tan diversos como los biológicos o psicológicos como pueden ser los genéticos, infecciosos, traumáticos, tóxicos, de crianza, el entorno familiar, laboral etc. (Fernández, 2009).

Es decir, son muchos los factores que influyen en la salud mental pero cuando se presenta un padecimiento mental grave la situación se torna aún más complicada de ahí que el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2007), define la enfermedad mental grave y duradera como “Todas aquellas incluidas en el grupo de personas que padecen síntomas de psicosis funcional y que como consecuencia de su enfermedad padece discapacidades persistentes.

El padecer una enfermedad mental grave es complicado y complejo tanto para el individuo portador de dicha afección como para la familia, quien suele ser en la mayoría de los casos los principales cuidadores, puesto que en términos idílicos la familia es producto del amor; además el ámbito familiar se considera una institución protegida por



la ley y la sociedad porque los lazos afectivos que ahí se generan implican el desarrollo del ser humano, su íntima interacción y socialización con otros que fortalecerán su identidad como individuo (Giddens, 2009; Moliner, 2005). Es por ello que en el presente documento se abordara el tema del trastorno bipolar, la familia y el sujeto portador de esta enfermedad, así como han sido las transiciones y reconstrucciones familiares e individuales ante el desarrollo de esta enfermedad mental, tomando como principal vocero al miembro de la familia con trastorno bipolar.

El trastorno bipolar

Históricamente las enfermedades mentales fueron consideradas como conductas anormales de origen biológico, causadas por procesos naturales, dentro de las patologías que empezaron a ser estudiadas se encontraban las psicosis maniaco-depresivas, como en un principio se le denominó al trastorno afectivo bipolar. Su historia se inicia con la descripción de los conceptos de manía y depresión, los cuales se estudiaron de manera independiente; hasta el siglo XIX, ambos padecimientos se asociaron como conceptos clínicos y se caracterizaron por estados de excitación y tristeza seguidos de un periodo neutro de duración variable (Vieta, 1999).

La principal referencia histórica dentro del conocimiento y desarrollo del trastorno afectivo bipolar fue la planteada por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin, quien delimitó de forma clara y consistente la enfermedad e inició el estudio de los síntomas y el diagnóstico de esta patología a la que denominó psicosis maniaco-depresiva, en la cual los sujetos muestran notables alteraciones del funcionamiento del pensamiento y la voluntad (Ruiloba y Ferrer, 2000).

El trastorno bipolar es definido como “Un estado de ánimo alterado que se caracteriza por un curso cíclico episódico de largo plazo con fluctuaciones anímicas extremas que generan un daño significativo en el funcionamiento social, interpersonal y laboral de quien lo padece” (Reiser y Thompson, 2006). Los trastornos bipolares se agrupan en cuatro categorías mutuamente excluyentes, según presenten o no episodios maniacos, mixtos o hipomaniacos: trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado.

Si los pacientes no son debidamente diagnosticados y por ende no reciben el tratamiento correspondiente, corren el riesgo de sufrir con el paso del tiempo un empeoramiento progresivo del trastorno declara que de las enfermedades y según la OMS el trastorno bipolar afectivo (TB) es la cuarta causa de discapacidad en el mundo



y afecta a 60 millones de personas; se estima que cerca del 1% de la población presenta TB tipo I, el 1% del TB II y alrededor del 2% sufre de ciclotimia o TB no especificado (Newman, et al., 2009; OMS, 2013).

La OMS sostiene que los trastornos bipolares constituyen la quinta causa de discapacidad para las personas entre los 15 y 44 años y la novena causa de discapacidad entre las personas de todas las edades, el 40% de la población mundial que vive con trastorno bipolar no está diagnosticado, un 25% de quienes lo padecen muere por suicidio y un 60% están desempleado. En México es común que pasen hasta 10 años entre los primeros síntomas de TB y el momento en el que el paciente recibe tratamiento farmacológico.

La familia y la enfermedad mental

La familia es un elemento importante dentro del estudio de la salud, sobre todo si este es de índole mental, pues en ella se forman relaciones sociales íntimas, donde las personas de diferentes generaciones y sexos interactúan en un mismo contexto emocional, mediante la sociabilización y el aprendizaje ocurren los procesos de transmisión de cosmovisiones y de valores (López y Salles, 2000). De acuerdo con Pérez (1994), los factores de afectividad, sentimientos y emociones que se desarrollan dentro del núcleo familiar, generan un espacio donde la solidaridad afectiva es la concepción más importante de su agrupación. Esta solidaridad familiar se ve trastocada cuando uno de sus miembros padece de alguna enfermedad mental, pues este no solo afecta al enfermo, sino más bien a todo su entorno, principalmente a la familia, dado que esta es considerada como un refugio para cuando sus miembros experimenten situaciones inseguras siendo una pieza de equilibrio para sus miembros, brindando apoyo psicológico y afectivo cuando más lo necesitan (Servín y Osorio, 2015).

Como cuando se diagnostica una enfermedad mental es indispensable la colaboración de la familia porque es quien tiene el primer acercamiento con el afectado y con los síntomas que presenta en el transcurso de su vida cotidiana; además es la familia quien, de alguna manera, promueve el acercamiento a un profesional al observar los cambios que se generan en el individuo. La familia es de suma importancia tanto para el diagnóstico como para los tratamientos, pues es quien tiene que aprender a detectar los signos de una recaída, dar apoyo emocional y seguridad al familiar al afectado, esto implica que no solo habrá cambios en la cotidianidad familiar, sino que se necesite apoyo de índole emocional, social y psicológico.



Pues la presencia de las enfermedades rompen los esquemas de actividad que venían produciéndose tanto en el interior como en el exterior del hogar; lamentablemente en muchos casos la red social familiar se debilita en este proceso de tener la enfermedad presente en uno de sus miembros porque, amén de un escenario económico adverso, se instalan en el hogar sentimientos de miedo, soledad y tristeza (Bronfman, 2001; Sluzki, 2002 y Enríquez, 2008) ante la perspectiva de no poder ejecutar tareas cotidianas y realizar acciones que quebrantan la esperanza de realización social e individual tanto del miembro que adolece la enfermedad como de las expectativas de sus familiares.

El padecer trastorno bipolar afecta la estructura familiar se trastoca y las emociones se exacerbaban porque implica hacer cambios en la dinámica composición y en funcionamiento familiar cotidiano, es un punto de quiebre que tras la crisis y las alteraciones que suscita, reinstala una dinámica familiar para aprender a convivir y vivir, según sea el caso. El profundo desbalance que genera una enfermedad mental impacta más o menos dependiendo de la etapa en la que se diagnostique y, por ende, se determine qué tan funcional es la persona enferma; todo ello implica una transición plétórica de etapas y decisiones porque cada una de ellas impactará en la organización del sistema familiar.

Este indispensable transitar por un largo y crudo proceso de reacomodo, tratamiento y conocimiento de la enfermedad deberá ser asesorado y acompañado por un médico tratante, psiquiatra o psicólogo, para que atienda y regule el proceso de adaptación y procure que la dinámica familiar, así como la cotidianidad del paciente, sea lo más funcional posible. Entre las reacciones por la enfermedad mental de un familiar destacan las del orden afectivo como negación, tristeza e ira y en el proceso de interacción con la misma surge la negociación de roles, la flexibilidad en los límites y los requerimientos económicos, dichas reacciones e interacciones determinarán el impacto de la enfermedad en la dinámica familiar y la manera en cómo lo afrontará.

Metodología

La naturaleza de la temática privilegió el uso de la metodología cualitativa, pues esta da cuenta de los significados construidos socialmente de las familias, así como la subjetividad con las que se resignifican a partir de que uno de sus miembros presenta trastorno bipolar. El uso de la metodología cualitativa es apropiado cuando se pretende investigar la construcción social de la realidad a partir de la perspectiva de los actores



sociales; al ser un método inductivo permite comprender la vida cotidiana de las personas donde la realidad social no es estática, sino más bien múltiple, dinámica y solo puede ser vista desde los individuos que experimentan el fenómeno de estudio (Creswell, 2009; Taylor y Bogdan, 1996).

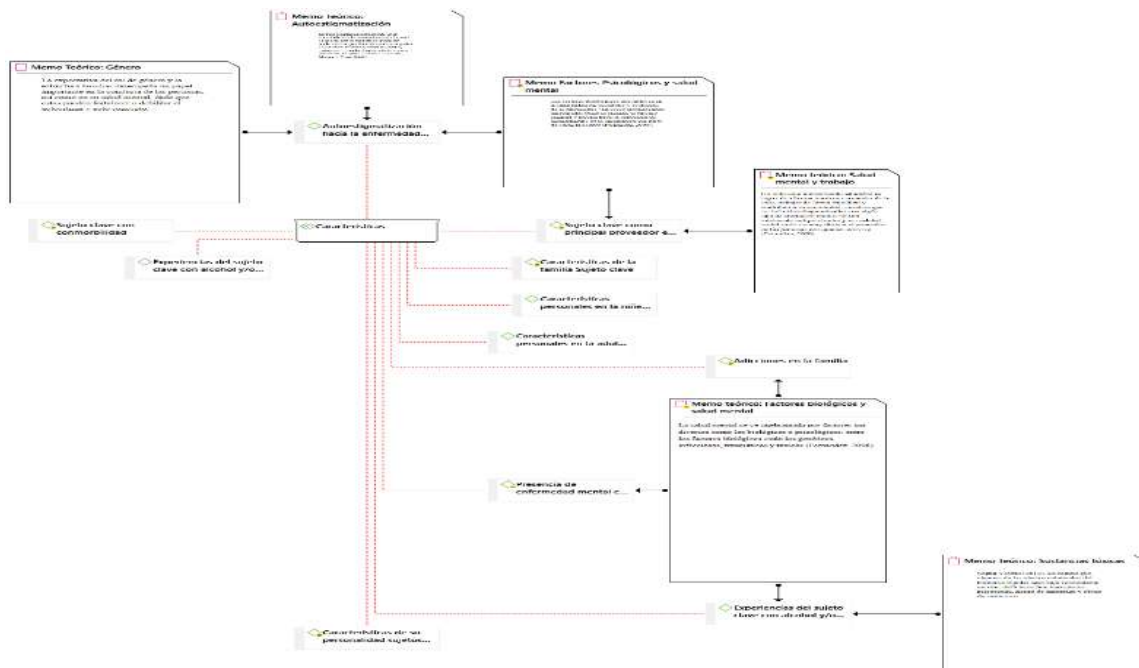
En este sentido, el presente estudio se abordó mediante la selección de estudios de caso donde se reconstruyeron las historias de vida individual y familiar mediante la recopilación de información desde la perspectiva del interaccionismo simbólico. La población de estudio estuvo conformada por cinco familias donde uno de sus integrantes presenta trastorno bipolar debidamente diagnosticado por un médico psiquiatra, en total se entrevistaron a 17 sujetos, de los cuales 6 eran individuos diagnosticados con trastorno bipolar y el resto de eran miembros de la familia como: esposas, padres, madres e hijos.

La técnica de recolección de información fue por medio de la entrevista a profundidad con la finalidad de comprender las transiciones y reconstrucciones de la familia a partir del momento cuando se presenta el trastorno mental. Las narrativas de estos relatos de vida respecto al curso de su trayectoria tanto individual como familiar ante la presencia del trastorno bipolar, permitió la premisa de que la familia es una red social de apoyo fundamental para el funcionamiento de vida del sujeto que presenta una enfermedad mental y mediante el conocimiento de las transiciones que este hecho significó, se logra dar cuenta de acontecimientos de violencia que repercuten en la presencia de Trastorno Bipolar.



Resultados y discusión

Red de características del sujeto clave y familia



Fuente: Elaboración propia con base al análisis de datos

La red número uno de características del sujeto clave (familiar con TB) y familia se observa que la categoría de análisis se construyó a partir de 12 elementos, las cuales van desde las características sociodemográficas, como las vinculados con la personalidad de los entrevistados. Uno de los elementos principales a destacar es la relación del sujeto clave y el aspecto laboral, al respecto la literatura considera que dicho trastorno es causante de incapacidad laboral a nivel mundial el trastorno bipolar ocupa el sexto lugar de incapacidad laboral, pues una persona mentalmente saludable es capaz de afrontar las tensiones normales de la vida, mientras que un individuo diagnosticado con alguna afección mental no es totalmente independiente y su realidad social suele ser muy distinta al promedio (López y Murray, 1998; Escandon, 2000). En este sentido, se encontró que tres de los sujetos clave son dependientes económicos, no obstante, mencionan en manera recurrente que les gustaría trabajar, pero esto se ve empañado debido su condición.

E9/SC/H/33años/Soltero/Preparatoria:[...] No hay que tenerle miedo a una entrevista de trabajo, porque ya me arriesgue y ya trabaje, hace poquito una semana, me rechazaron [...] y pues yo comprendí, hay va la otra cosa que ahí me probé, hubo tolerancia a la frustración que es uno de mis síntomas.



Este tipo de discursos están vinculados con el funcionamiento social, interpersonal y laboral y el daño significativo que estos sufren cuando se padece trastorno bipolar, debido a los estados de ánimo alterados de manera cíclica y episódica (Reiser y Thompson, 2006). Por otra parte, se encontraron dos casos donde los sujetos claves eran los principales proveedores económicos, el primero sujeto clave (mujer) exponía que el trabajo era algo importante y que a pesar de que en ocasiones su estado de ánimo era malo y no tenía ganas de ir a laborar, tenía que hacerlo, dado que tenía una hija, pero a su vez este era un medio de distracción.

E2/SC/M/45 años/Divorciada/Licenciatura: Yo me iba a trabajar, para mi fue muy difícil porque estaba deprimida, pero tenía a mi hija [...] yo prefería irme a trabajar, aunque sabía que algo no estaba bien, pues trabajar era algo que sabía hacer, era algo que me distraía, era como un candado, levántate, báñate y todo es, por eso me fui por ahí.

En el discurso se expone como el sujeto clave le da una importancia al trabajo, no obstante, manifiesta temor a comunicar sobre su enfermedad a terceros, haciendo todo lo posible por no manifestar algún síntoma, para ello da especial interés a la toma de medicamentos y estar en contacto profesional de manera constante. El otro caso donde el sujeto clave (varón) menciona que tiene experiencia laboral desde temprana edad, debido a las condiciones familiares que presentaba, pues pertenecía a una familia monoparental con jefatura femenina, esto lo llevo a dejar los estudios y darle mas importancia al trabajo.

E16/SC/H/62 años/Casado/Primaria: Puro trabajo, cuatro de la mañana, ósea puro trabajo y pues yo junte mi dinerito y luego ya me casé y traía peceras y luego ya las vendí y luego me puse a trabajar en un taller y luego en otro taller [...] me gusta trabajar y me gustaba tener y yo empecé a comprar, a comprar, a pedir a pedir, compre mi tejaban, compre mi terreno [...] ya tenía yo a Pamela y ahí nació Rebeca.

Estos dos casos sobresalen de los otros sujetos claves, a pesar de que cada uno de ellos presenta condiciones sociodemográficas completamente diferente, pues la mujer tiene 45 años, divorciada, con una hija, escolaridad alta y completamente funcional, según las percepciones de los familiares. En el caso del varón este tiene 62 años, casado, con hijos, escolaridad baja (primaria) y según la familia percepción de la familia esté no es tan funcional, pues ha tenido repetitivos periodos de crisis. Sin embargo, en lo que respecta a la actividad económica es respetado y admirado, pues este representa el sostén económico de la familia.



Otro de los elementos que se analizaron fueron los rasgos de su personalidad y como estos han cambiado antes, durante y después de la manifestación del trastorno bipolar, en todos los casos se presentó el aislamiento antes de la manifestación de la primera crisis, con un rendimiento escolar bajo casi en su mayoría y en algunos incluso hubo consumo de sustancias nocivas. Todo ello se encuentra en concordancia con lo mencionado por Veitya (2012) existen diversos factores colaterales que presenta el trastorno bipolar entre los cuales están el bajo rendimiento escolar, deficiente funcionamiento psicosocial y el abuso de sustancias.

Por otra parte, se encontró como se percibían los sujetos clave a sí mismos, estando presente en todos los casos la auto-estigmatización, pues se percibían de manera negativa, como no aptos para trabajar, eran una carga para la familia, he incluso se llegaron a ver como “locos”. Un aspecto de relevancia a mencionar es la cuestión de género, pues estar enfermos le quitaba identidad, puesto que los pacientes con TB suelen presentar baja autoestima, percibiéndose de manera negativa sobre ellos mismos y su entorno, donde su proyecto de vida se ve trastocado y los roles de género juegan un papel importante, dado que estos pueden fortalecer o dañar la autoestima y el auto concepto de las personas con TAB (Caba, Misitu y Vera, 2000).

E16/SC/H/62 años/Casado/Primaria: Tener bipolaridad fue una pausa en mi vida de machismo ¿Cómo voy a tener eso?

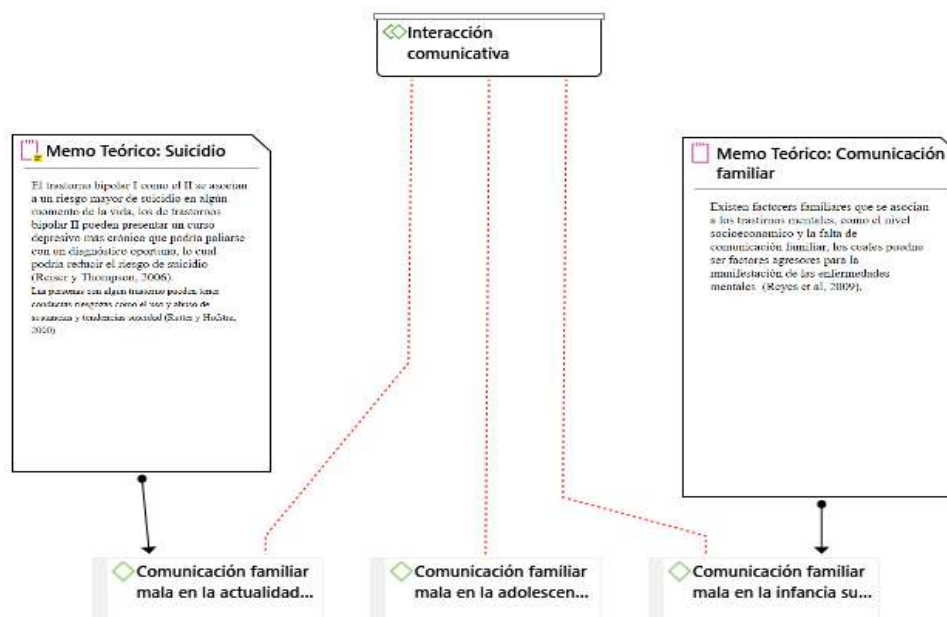
En el discurso anterior se puede ver una pérdida de identidad y como esta vinculada con los roles familiares o de género, pues cuando se diagnostica la enfermedad dichos roles pueden cambiar y generar un vacío en el individuo, así lo menciona De la Serna (2001), una vez que se diagnostique la enfermedad mental las condiciones cambiarán, por ejemplo en la flexibilidad o la rigidez respecto a los roles familiares, pues quizás quien cumplía el rol del proveedor podría ser quien ser quien resuelto diagnosticado con la enfermedad, situación que profundiza el conflicto de aceptación porque se acompaña de una pérdida de poder.

En la red número dos de interacción comunicativa se observa como el sujeto clave considera que se ha dado la comunicación familiar durante las diferentes etapas de la vida, pues los sujetos no son unos productos individuales, sino el resultado de las interacciones con los demás, donde la conciencia se crea y recrea a partir del contacto con otros, en el momento en el que cada quien recibe un mensaje de los demás mediante gestos, palabras o símbolos (Cisneros, 1999). Por lo tanto, la comunicación



familiar es de importante relevancia ya que la familia es el primer grupo de pertenencia de las personas y la comunicación es el canal para construir relaciones positivas entre sus miembros, siendo un proceso interactivo entre los individuos donde existe un trueque en el que intervienen vivencias, sentimientos, ideales, valores, convicciones, actitudes y motivaciones que influyen en las personas que interactúan en él, de ahí que se considera el proceso donde se realiza la presentación del mundo interno del sujeto a otro sujeto (Sabrino, 2008).

Red de interacción comunicativa



Fuente: Elaboración propia con base al análisis de datos

Al ser la comunicación un elemento importante dentro de la interacción social de los individuos, se les cuestionó a los entrevistados como consideraban que era la comunicación familiar, entre los diferentes relatos surgieron aspectos casi en su mayoría que denotaban una falta de comunicación y con tintes de una comunicación mala, tal es el caso que durante las diferentes etapas de la vida (infancia, adolescencia, adultez y en la actualidad) casi todos los sujetos clave mencionan haber tenido una falta de comunicación con los familiares, incluso cuando se presentaban situaciones que ponían el riesgo su integridad física y psicológica, ejemplo de ello es el caso del abuso sexual.

E2/SC/M/45 años/Divorciada/Licenciatura: No se como me veía mi mamá, este no se miedo, no se como me veía, pero si recuerdo que me hacía mí hermano, creo que a la que le dije fue a mi hermana ¡creo! y así quedo, yo le he hablado con mi psicóloga me dijo que, si fue negligencia de mi mamá, que debió haber estado al tanto, pero a lo mejor



mi papá también, pero si esta tomado pues como, si no puede con él, pos como va a estar alerta.

Al analizar el fragmento emergen elementos vinculados con los factores familiares que se asocian a los trastornos mentales, entre los cuales están la presencia de adicciones en la familia, pasar por un evento traumático y una falta de comunicación familiar (Reyes et al, 2009). Esto genera las condiciones adecuadas para que se desarrolle el TB, dado que, en el imaginario social, la familia debería ser el entorno donde los sujetos se sientan seguros y confortados; en este sentido Giddens (1998) menciona que las relaciones familiares deben darse a través de una comunicación familiar afectiva con un ambiente libre de arbitrariedades, donde impere el diálogo y la confianza. Sin embargo, la percepción que los sujetos claves tienen de la comunicación familiar carece de estos elementos, puesto que no se comunican las sentimientos o acciones, careciendo hasta cierto punto de relaciones familiares positivas, ejemplo de ello son las tendencias suicidas.

E5/SC/M/22años/soltera/Licenciatura: Me ahorcaba con una soga, una mascada [...] yo estaba sola en mi cuarto, mi mamá medio sabía, pero no tan explisitamente, porque yo no se lo decía.

La falta de confianza y empatía por parte de la familia son elementos presentes en la deficiente comunicación familiar, al estar presente este tipo de interacciones los miembros de la familia se sientes desprotegidos, pues no hay protección y afrontamiento de los conflictos (Rodríguez, 2010). Las personas diagnosticadas con algún trastorno mental deberían contar con una buena comunicación familiar ya que generalmente tienen conductas riesgosas, donde las tendencias suicidas están presentes y los pacientes con trastorno bipolar I y II tienen un riesgo mayor de suicidio en algún momento de su vida (Rutter 1988; Reiser y Thompson, 2006).

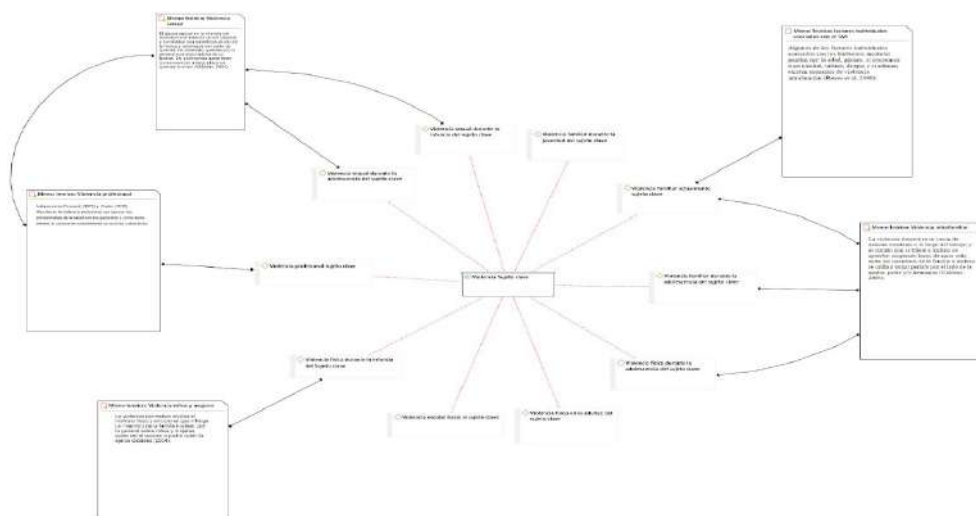


E5/SC/M/22 años/soltera/Licenciatura: Mis papas trataron de calmarme y yo estaba gritando, hasta que mi papá me dio una almohada para que se me quitara la energía, entonces me calme y ya volví, más medio volví, porque estaba muy confundida [...] tenía mucho miedo, ya más tarde mi mamá le llama al psiquiatra y le dice vete a urgencias.

Aquí se observa que el miembro de la familia con trastorno bipolar se siente protegido y aceptado, la familia está comprometida con la búsqueda del bienestar de sus integrantes, siendo capaces de adaptarse a las necesidades familiares (Santibañes, et al 2013). Como ya se menciona, todos los sujetos clave consideran que tiene apoyo por parte de su familia, sin embargo, a su vez esta percepción suele estar relacionada con la falta de apoyo en algunos momentos, ejemplo de ello es el siguiente fragmento:

E2/SC/M/45 años/Divorciada/Licenciatura: Yo me sentía muy mal, entonces mi papá me dijo “es que así es la vida” o sea, “así como que levántate la vida es así”, entonces yo dije ¡espérate!, yo pensé la vida no es así, yo se que la vida es difícil y pasan muchas cosas, pero esto no es normal, es así cuando dije esto no es norma, pero él no lo entendía, pues no hay comunicación.

En este discurso se expone como el sujeto clave no siente una empatía por parte del familiar, dado que este no entendía que le pasaba, este tipo de sucesos adquieren una connotación significativa, pues las redes sociales familiares se debilitan en el proceso de tener una enfermedad en uno de sus miembros porque en el hogar se instala sentimientos de miedo, culpa, soledad y tristeza ante la perspectiva de no poder ejecutar tareas cotidianas (Enríquez, 2008). Dentro del apoyo familiar puede haber interacciones negativas, las cuales dificultan seguir un tratamiento adecuado (Fernández, 2009).



Red de Violencia en el sujeto clave. Fuente: Elaboración propia con base al análisis de datos



La violencia se da en todos los ámbitos, sin importar la clase social a la que se pertenezca y desde la antigüedad ha estado presente en la sociedad, sin embargo, el daño que sufren las víctimas trastoca todas las áreas de su vida, donde los efectos negativos están presentes, sobre todo en aquellos vinculados con la salud física y/o mental (INEGI, 2012). Dentro de los diferentes tipos de violencia esta la intrafamiliar, la cual es un acto intencional que tiene lugar en el contexto de las relaciones interpersonales, ocasiona daño físico, psicológico, moral y espiritual en las víctimas, vulnerando los derechos individuales de los integrantes del núcleo familiar, sobre todo de mujeres y niños (Martínez, López, Díaz y Teseiro, 2015).

Una de las consecuencias que tiene la violencia es justamente el desarrollo de afecciones mentales, pues las personas que sufren de este tipo de actos tienen a ser más propensas a desarrollar alguna enfermedad mental (González et al, 2013). En este sentido se interrogo a los diversos entrevistados sobre como consideraban que se desarrolló la dinámica familiar en las diversas etapas de la vida, sobresaliendo de manera repetitiva en casi todos los sujetos clave la presencia de algún tipo de violencia, sobre todo durante la infancia y adolescencia, tal es el caso del siguiente discurso:

E2/SC/M/45 años/Divorciada/Licenciatura: Mi papá por muchos años golpeaba a mi mamá, la golpeaba como si fuera un perro, yo creo que eso también me marco mucho.

En este fragmento se observa como la presencia de violencia en la familia afecta a todos sus miembros, tanto a las víctimas como a aquellos que la observan, siendo normalmente las mujeres y los niños quienes frecuentemente la padecen; así lo menciona Giddens (2004) la violencia domestica implica el maltrato físico y emocional que infringe un miembro de la familia nuclear, por lo general sobre niños y mujeres, siendo el esposo o padre el principal victimario.

Otro de los tipos de violencia que estuvo presente en los discursos es la violencia sexual, pues cuatro de los cinco sujetos claves padecieron dicha violencia durante la infancia y/o adolescencia, siendo un familiar en la mayoría de los casos quienes propiciaban este abuso; puesto que la vida familiar no siempre es un dechado de armonía y felicidad, sino un espacio sombrío en cuyo interior, con frecuencia, se cometen abusos sexuales (Giddens, 2004).

E16/SC/H/62 años/Casado/Primaria: Pues tuve una mala experiencia de chico porque estábamos en una casa de renta y sufrí tocamientos de mi hermano [...] somos tres y yo



soy el de en medio y el mayor andaba en malos pasos traía amigos y así, sufrí tocamientos de el [...] por hay de los doce años, once años.

Como lo menciona el párrafo anterior, es justamente algún miembro de la familia el sujeto que comete un abuso sexual, sin embargo, no solo sucede este acto, sino que suele ir acompañado de humillaciones y amenazas constantes, con la finalidad de impedir que el resto de la familia se entere. Este tipo de violencia suele estar presente en aquellas familias donde existen otros tipos de violencia o donde hay una dificultad para expresarse libremente, es decir se carece de una comunicación efectiva (Heydeé et al, 2015).

El abuso sexual sobre todo el que se da durante la infancia y adolescencia suele tener consecuencias a largo plazo en quienes la viven, pues esta es uno de los factores vinculados con el desarrollo de enfermedades mentales, ya que una vez ocurrido el evento traumático, sus consecuencias psicológicas y sociales negativas pueden prolongarse a lo largo de la vida de las personas y las víctimas de este tipo de abuso suelen describir sentimientos de temor, odio, vergüenza, desvalorización, culpa, asco, tristeza, desconfianza, aislamiento, marginamiento y ansiedad (Dallo, Pinzón, Barrera, Mujica y Meneses, 2008).

Conclusiones

La familia es un elemento de suma importancia en el desarrollo de los seres humanos, pues esta es la primera institución donde los individuos interactúan, adquiriendo los elementos necesarios para afrontar la vida, como son los valores, creencias y actitudes. Por otra parte, es la familia la principal red de apoyo cuando alguno de sus miembros presenta alguna dificultad y/o problemática de cualquier índole, pero sobre todo si dicha problemática esta vinculada con los aspectos de salud. Tal es el caso de la salud mental, pues la familia suele ser la principal red de apoyo, para de detección del diagnóstico y un adecuado tratamiento.

Se ha demostrado que sin el apoyo familiar el diagnóstico suele retardarse y en muchos casos incluso no se logra diagnosticar, pues la familia son los principales observadores de los síntomas y cambios de comportamiento, así como los que buscan la ayuda profesional. Si bien la familia es de suma importancia ante la presencia de la enfermedad mental, como la bipolaridad, cuando se presenta esta los roles y actitudes de la familia suelen cambiar en su mayoría con la finalidad de ser un soporte.



Sin embargo, esto sucede casi siempre cuando se es diagnosticada la enfermedad, pero anterior ha esto, las relaciones e interacciones familiares en la mayoría de los entrevistados han sido posibles detonantes del TB, puesto que existía presencia adicciones en algún miembro de la familia, falta de comunicación, falta de empatía, falta de interacción familiar y en todos los casos esta presenta el aspecto genético, pues algún miembro de la familia (nuclear o extensa) padecía de alguna enfermedad mental.

Con todo esto se puede concluir que si bien la familia y el sujeto clave han tenido transiciones y reconstrucciones a partir de la presencia de la enfermedad mental, estas han sido en ambas direcciones, tanto de índole positivo y negativo, ejemplo de ello es la cuestión del apoyo familiar y la búsqueda de ayuda profesional, pero por otra parte aún se presenta mala comunicación familiar, falta de empatía y/o comprensión; por lo tanto la familia puede ser un elemento protector y en algunos casos incluso ser detonante de crisis, todo dependerá del tipo de familia, búsqueda de ayuda profesional tanto individual como familiar.

Referencias bibliográficas

- Bronfman, M. (2001). Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil. Cuernavaca, Morelos, México: UNAM-CRIM.
- Cava, M. J., Musitu, G. y Vera, A. (2000). Efectos directos e indirectos de la autoestima en el ánimo depresivo. Revista Mexicana de Psicología, Vol. 17, 151-161.
- Cisneros, A. (1999). Interaccionismo simbólico, un pragmatismo acrítico en el terreno de los movimientos sociales. Sociología. Año 14, Num. 41. Pp. 104-126
- Creswell, J. W. (2009) Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing among Five Traditions. Thousand Oaks, California, Sage
- Dallo, M., Pinzón, A., Barrera, C., Mujica, J. y Meneses, J. (2008). Impacto de la violencia sexual en la salud mental de las víctimas de Bucaramanga, Colombia. Revista colombiana de psiquiatría. Vol. 37 (1). Pp. 56-65.
- De la Serna, P. (2001). Reacciones de los profesionales y la familia ante la enfermedad terminal. Revista de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad de Valencia, Vol. 28.
- Enríquez, R. (2008). El crisol de la pobreza. Mujeres, subjetividades, emociones y redes sociales. Guadalajara: ITESO.
- Escandón, R. (2000). ¿Qué es salud mental? Un panorama de la salud mental en México. México: UAEM.



Fernández, S. P. (2009). Familia y sociedad ante la salud mental. *Revista de Derecho UNED*, 4. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:RDUNED-2009-4-70060/Documento.pdf>

Fernández Peña, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Periferia: Revista de Reserva e Investigación en Antropología*. Número 3. Pp. 1-18

González, F. et al (2013). Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastornos graves. *Norte de salud mental*. Vol. 11 (45). Pp. 23-32.

Giddens, A. (1998). *La transformación de la intimidad*. Madrid, España: Ed. Cátedra

Giddens, A. (2009). *Sociología*. México: Alianza Editorial.

Heydeé, C. et al. (2015). Síndrome depresivo en la adolescencia asociado al género, abuso sexual, violencia física y psicológica. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. Vol. 13 (3). Pp. 39-44.

INEGI (2012). *Panorama de violencia contra las mujeres en los Estados Unidos Mexicanos*. ENDIRE, 2011. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Colección Documentos. Serie Documentos Técnicos no. 21005. Madrid: Ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.

López, M.P y Salles, V. (2000). *Familia, género y pobreza*. México: Grupo Interdisciplinario sobre mujer, trabajo y pobreza (GIMTRAP)

López, A. y Murray, C. (1998). The global burden of disease, 1990-2020. *Natural Medicine*, 4 (11). Pp. 23-27.

Martínez, M., López, A., Díaz, A. y Teseiro, M. (2015). Violencia intrafamiliar y trastornos psicológicos en niños y adolescentes del área de salud de Versalles, Matanzas. *Revista de Medicina Electrónica*. Vol. 37 (3). Pp. 237-245.

Moliner, R. (2005). La familia como espacio de socialización en la infancia, en *Antología del Diplomado Derechos de la Infancia*. Infancia en Riesgo. México: UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Newman, C., Leahy, R., Beck, N., Reilly-Harrington M. y Gyulai, L. (2009). *El trastorno bipolar, una aproximación hacia la terapia cognitiva*. España: Paidós.

Organización Mundial de la Salud (2013). *Informe del Programa Mundial de Acción en Salud Mental*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Pérez, A. (1994). *Derechos de familias*. México: FCE.

Reiser, R. y Thompson (2006). *Trastorno Bipolar*. México: Ed. Manual Moderno.



- Reyes, H., Gómez, H., Torres, L., Tomé, P., Galván, G., González, M. y Gutiérrez, G. (2009). Necesidades de salud en áreas urbanas marginadas de México. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2009.v25n4/328-336/>
- Rodriguez, J. (2010). Deficiencias en la comunicación familiar en adolescentes con manifestaciones agresivas. Recuperado en línea el 2 de junio del 2019 en <http://atlante.eumed.net/wp-content/uploads/comunicacion-familiar.pdf>
- Ruiloba, M. y Ferrer, H. (2000). Trastornos afectivos, ansiedad y depresión. Barcelona: Ed. Masson
- Rutter, M. (1988). Epidemiological approaches to developmental psychopathology. *Arch Gen Psychiatry*, 45(5), 486-495.
- Santibáñez, P., Henson, I. y Troncoso, E. (2013). Utilización del Family functioning style scale en familias con un miembro diagnosticado con trastorno bipolar: Una mirada desde el paciente y la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXII (3). Pp. 279-286.
- Servín, B. y Osorio, J. (2015). Introducción. En Rangel, J., Méndez, O. y Servín, B. *Reconfiguraciones familiares en el México de hoy, una mirada crítica*. Pp. 7-15. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Taylor, S. J. y Bodgan, R. (1996). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona, España: Ediciones Paidós.
- Sabrino, L. (2008). Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos. *AV. Psicol.* Vol. 16 (1). Pp. 109-1367
- Sluzki, C. (2002) De cómo la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social. En Davas Elina y Dense Najmanovich, *Redes: el lenguaje de los vínculos*. Buenos Aires: Paidós.
- Veitya, M., González, N. y Andrade, P. (2012). Depresión en adolescentes. El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35(1), 37-43.
- Vieta, E. (1999). Abordaje actual de los trastornos bipolares. Barcelona: Masson.



Percepción de los Adolescentes de la Licenciatura en Salud Pública en relación a la Violencia Psicológica durante el Noviazgo

Adriana Calderón Guillén
Gaudencio Anaya Sánchez
Estefany del Carmen Anaya Calderón

Resumen

La violencia en México es un factor determinante de la deserción escolar e incluso, una causa importante de muertes infantiles y de adolescentes al crecer en un contexto de violencia cotidiana que deja secuelas profundas. Gran parte de esta violencia, permanece oculta y en ocasiones, es aprobada socialmente. En el caso de la violencia psicológica durante el noviazgo en los adolescentes 7 de cada 10 jóvenes de entre 15 y 24 años de edad sufren este tipo de violencia 3 de cada 10 se suicidan porque se sienten excluidos de la sociedad.

El objetivo de esta investigación fue identificar la percepción que tienen los adolescentes de la licenciatura en Salud Pública de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán México sobre la violencia psicológica que se ejerce durante el noviazgo para establecer una estrategia de intervención que permita disminuir los índices de violencia en la población estudiantil.

Se trató de una investigación no experimental, cuantitativa de corte transversal. Se utilizó una muestra representativa probabilística por selección aleatoria integrada por 68 estudiantes de la Licenciatura en Salud Pública. Se aplicó un cuestionario integrado por 13 ítems tomado de Amanda Negrí Plata.

El estudio permitió identificar la percepción que tienen los adolescentes en relación a la violencia psicológica, iniciando relaciones de pareja antes de los 13 años y aunque reconocen estar en noviazgos conflictivos se sienten culpables justificando al agresor ya que lo consideran como algo normal en la vida cotidiana. Palabras claves: percepción, violencia psicológica, adolescentes, noviazgo.

Palabras clave

Salud pública, licenciatura, violencia psicológica, noviazgo, percepciones.

Introducción

La violencia es el tipo de interacción entre sujetos que se manifiesta en todas aquellas conductas o situaciones que de forma deliberada aprendida o imitada provocan o



amenazan con hacer daño, mal o sometimiento grave ya sea físico, sexual, verbal o psicológico a un individuo o a una colectividad. En los últimos años se han incrementado los casos de violencia en la población, al respecto el Gobierno Federal mediante el Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y Delincuencia (PRONAPRED), ha designado a las niñas, niños y adolescentes como un grupo de atención prioritaria. Adicionalmente, el 4 de enero de 2014 se publicó la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA) para reconocer a los menores como titulares de derechos y garantizar su acceso a una vida libre de violencia; el artículo 19 de la Convención sobre los derechos del niño incluye todas las formas físicas o mentales de violencia (UN, 1990). De acuerdo con diversos estudios, la violencia durante la infancia y adolescencia constituye un severo factor de riesgo, ya que puede dañar el desarrollo psicológico, emocional o cognitivo; también conlleva mayores posibilidades de sufrir otros tipos de violencia o presentar comportamientos antisociales y/o delictivos (Cuevas, Finkelhor, Shattuck, Turner, & Hamby, 2013; Farrington D. P., 2007; Finkelhor, 2008; Holt, Buckley, & Whelan, 2008; Margolin & Gordis, 2000; Daigle, 2013).

A nivel internacional persisten varios retos para atender este problema de salud pública en virtud de que de acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la extensión y tipos de violencia a los que están expuestos los menores se encuentran subestimados. Esto se debe principalmente a tres razones. Primero, algunas formas de violencia son socialmente aceptadas o consideradas como no perjudiciales. Segundo, la edad de los menores representa una dificultad para que revelen sus condiciones, ya sea por miedo al agresor, por desconocimiento de derechos o por falta de acceso a las instituciones o protocolos pertinentes para atender a este grupo de la población. Por último, la pobre cuantificación del fenómeno no solo se debe a un bajo reporte de casos, sino también a la falta de sistemas de información estadísticos que permitan coordinar, transversalmente, los diferentes tipos de comportamientos, agresiones y violencias que sufren los menores de edad. Como resultado, la violencia es percibida como un fenómeno de poca cuantía (CP MERG, 2014; UNICEF, 2014). México no es excepción a este problema. Si bien existen diversas fuentes de información para dimensionar la extensión y tipos de violencias que aquejan a la población, estas siguen siendo limitadas para analizar las violencias. Por lo tanto, los datos disponibles en el país son insuficientes para realizar un diagnóstico integral del problema que sirva de sustento para diseñar su respectiva política pública. (INEGI, 2016)



La violencia en México es un factor determinante de la deserción escolar e incluso, una causa importante de muertes infantiles. Miles de niños, niñas y adolescentes en México, crecen en un contexto de violencia cotidiana que deja secuelas profundas e incluso termina cada año con la vida de centenares de ellos. Gran parte de esta violencia, que incluye violencia física, sexual, psicológica, discriminación y abandono, permanece oculta y en ocasiones, es aprobada socialmente. En el caso de la violencia psicológica en las relaciones de pareja en los adolescentes no es la excepción, 7 de cada 10 jóvenes de entre 15 y 24 años de edad sufren este tipo de violencia 3 de cada 10 se suicidan porque se sienten excluidos de la sociedad. (García 2018)

En el Estado de Michoacán se sigue presentado este tipo de violencia, incluso en los adolescentes que están estudiando en el área de la salud, se ha llegado a un punto en donde la sociedad lo ha integrado como algo cotidiano de tal forma que en la Licenciatura en Salud Pública de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo resulta de suma importancia el identificar la percepción que tienen los estudiantes de primer año de dicha carrera en torno a la violencia psicológica que se presenta durante el noviazgo en los adolescentes con la finalidad de implementar una estrategia de prevención que permita abatir este problema de salud pública.

Praza 2014 realizó una investigación titulada violencia en relaciones de pareja de jóvenes y adolescentes en la Universidad de Huelva, Sevilla, España cuyo objetivo fue estudiar las conductas agresivas en las relaciones de pareja de adolescentes de la provincia de Huelva (España) y su relación con determinadas variables (sexismo, tolerancia a la frustración, se trató de un estudio transversal con cuestionarios sobre una muestra de estudiantes formada por 716 sujetos (398 chicas y 314 chicos), de edades comprendidas entre los 14 y 20 años. Los resultados indicaron que la violencia verbal-emocional era el subtipo de agresión más frecuente entre las parejas adolescentes con independencia del sexo. Las chicas fueron señaladas como más ejecutoras de violencia física y verbal-emocional, mientras que los chicos cometieron más violencia de tipo relacional y sexual.

Alegría A. 2015 realizó una investigación en Costa Rica titulada violencia en el noviazgo: perpetración, victimización y violencia mutua. Una revisión actualidades en psicología, cuyo objetivo fue realizar una revisión teórica acerca de los principales hallazgos de la violencia en el noviazgo en países latinos y de Norteamérica desde una perspectiva inclusiva de género. Se incluyeron estudios del año 2000 al 2013 cuya búsqueda se



realizó en bases de datos. El estudio concluyó en que los cambios socioculturales obligan a llevar a cabo un abordaje distinto de la violencia en jóvenes, considerando una visión inclusiva para promover relaciones de no violencia.

Álvarez. A. 2016 realizó un trabajo de investigación sobre los aspectos psicológicos de la violencia en la adolescencia en donde se hace un abordaje desde las diferentes teorías de la agresividad donde se destaca la importancia de las relaciones tempranas; la enorme plasticidad del infante humano y como el contexto de un individuo va definiendo las conductas de violencia durante las diferentes etapas del crecimiento.

El objetivo general de la presente investigación fue identificar la percepción que tienen los adolescentes de la licenciatura en Salud Pública de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán México sobre la violencia psicológica que se ejerce durante el noviazgo para establecer una estrategia de intervención que permita disminuir los índices de violencia en la población estudiantil.

Fundamentación del problema

Existen diversos tipos de violencia y hoy en día se presenta de manera importante en los adolescentes la violencia psicológica en donde en varias ocasiones es minimizada o justificada por parte de la víctima lo cual lo deja en un estado de indefensión al no tener la posibilidad de reconocer que está siendo violentado (a) generándose un círculo vicioso que lo lleva a enfrentar diversas problemáticas en su entorno de esta manera la violencia en la adolescencia está constituida por manifestaciones de agresividad que se dirigen hacia iguales, familiares o figuras de autoridad. Sin embargo, se debe diferenciar esta violencia de la rebeldía adolescente, la cual se concibe como una etapa transitoria en la que los niños están modificando sus roles en la sociedad, por lo que en la mayoría de los casos no debe ser motivo de alarma. La violencia psicológica es toda aquella agresión realizada sin la intervención del contacto físico entre las personas, originándose cuando una o más personas agrede de manera verbal a otra u otras personas ocasionando algún tipo de daño a nivel psicológico o emocional en las personas agredidas.

Este tipo de violencia se enfoca en la emisión de frases descalificadoras y humillantes que buscan desvalorizar a otro individuo. Esta es una de las razones por la cual la violencia psicológica es difícil de probar y manifestar, y cada día se presenta con mayor frecuencia en ciertos contextos sociales, desde el ámbito escolar, la violencia psicológica se presenta entre los alumnos, dada su inmadurez y la poca capacidad para



socializar, en el mismo entorno familiar suelen generarse este tipo de violencia (de padres a hijos, o entre los padres). Ocasionando que la relación familiar se destruya; en el campo laboral, también surgen algunas situaciones que originan la violencia psicológica; por ejemplo, cuando un empleado es objeto de maltrato verbal con la finalidad de que este renuncie; en realidad este tipo de violencia en la actualidad cada vez se hace más frecuente y lo preocupante es que llega a formar parte del contexto del individuo a tal grado que en muchas ocasiones se convierte en algo cotidiano por lo anterior se considera que esta clase de violencia es una de las más feroces ya que significa una agresión a la psiquis de la persona. En este sentido, si bien es cierto que un golpe puede dejar marcas visibles, una agresión verbal puede herir mucho más profundo en la razón o juicio de esa persona.

El maltratador psicológico se presenta en hombres y mujeres, normalmente quien comete este acto independientemente del sexo que se trate son individuos controladores y con bajo nivel de autoestima, la cual quiere aumentar, disminuyendo la de la persona a la que agreden, existe poca capacidad para gestionar sus propias emociones, generalmente, suelen ser personas amables con la mayoría de las personas, a excepción de su víctima, además de que pueden presentar características psicopáticas (poca compasión hacia los otros) y pueden hasta llegar a tener creencias sobrevaloradas; En ciertos casos, ellos mismos han sufrido de violencia psicológica, aunque el hecho de haber sido maltratado psicológicamente, no lo justifica que se convierta en un maltratador y su conducta hacia la víctima se caracteriza por el uso de todo tipo de amenazas (suicidio, abandono, etc.), gritos, malos gestos, tiene cambios inesperados de conducta, entre otras.

La violencia en las relaciones de pareja constituye un problema de salud pública en la actualidad ya que afecta a todas las edades, razas, clases sociales y religiones, representando una alarma social tanto por la gravedad de los hechos como por la negatividad de sus consecuencias. Las investigaciones internacionales emplean el término de “dating aggression y/o dating violence”, en España, el término más empleado es el de violencia en las relaciones de pareja adolescentes o violencia en relaciones de noviazgo.

Ryan Shorey, Gregory Stuart y Tara Cornelius definen la violencia en relaciones de noviazgo como aquellas conductas que implican agresiones físicas, psicológicas o sexuales entre los miembros de una pareja en el noviazgo.



Desde la psicología, diversos autores intentan explicar las causas de esta violencia en las relaciones de pareja en adolescentes. Aunque actualmente son escasos los estudios que han abordado de forma teórica el origen y mantenimiento de la violencia en estas parejas, existe cierta tendencia a explicarla desde teorías clásicas sobre agresividad o vinculadas a ideas sobre violencia de género en parejas adultas.

El concepto de apego hace referencia a los vínculos emocionales que la gente forma con otras personas a lo largo de su vida, primero con sus progenitores y después con sus amigos, parejas, compañeros e hijos; existen distintas visiones al respecto pero la teoría más conocida es la de John Bowlby el cual considera que el apego se inicia en la infancia y continúa a lo largo de la vida, según esta teoría los adolescentes que proceden de hogares en donde se sufre algún tipo de maltrato, muestran problemas para regular sus emociones, bajas habilidades para solucionar problemas, así como una menor confianza en sí mismo, por lo tanto tienen mayor probabilidad de establecer relaciones conflictivas en virtud de que dicho adolescente tuvo experiencias negativas durante su infancia lo cual se refleja en un comportamiento agresivo.

Alberth Bandura 1973 desde la perspectiva de la teoría del aprendizaje social explica como el aprendizaje en la infancia se produce a través de la imitación de aquello que observamos, por lo tanto las conductas agresivas en la relación de pareja de los adolescentes son el reflejo del aprendizaje de las mismas por experiencia personal o bien por ser testigo de relaciones en las que existe la violencia, por lo tanto las personas que experimentan violencia o se encuentran expuestas a ella tendrán mayor probabilidad de manifestar una conducta violenta.

Lenore Walker 1989 explica que la violencia en las parejas tiene su origen en la distribución social desigual basada en el género, según esta perspectiva la mujer es contemplada como objeto de control y dominio por el sistema patriarcal a través de los principios de la teoría del aprendizaje social, en donde los valores socioculturales del patriarcado y la desigualdad de género transmitidos y aprendidos a nivel individual influyen para la aparición así como el mantenimiento de la violencia; esta perspectiva ha sido adaptada a la violencia en las relaciones adolescentes considerando las múltiples evidencias de la influencia que ejercen los sistemas de creencia tradicionales en los roles de género.



Metodología

Se trató de una investigación no experimental, cuantitativa de corte transversal. El universo estuvo integrado por 235 alumnos de primer año de la Licenciatura en Salud Pública.

Muestra: se utilizó una muestra representativa probabilística por selección aleatoria. Para determinar la muestra se utilizó el método de Juan Castañeda Jiménez quedando de la siguiente manera:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{Ne^2 + Z^2 pq}$$

Método de investigación de Juan Castañeda Jiménez

VALOR	DATOS
Z = nivel de confianza	95%
N = tamaño de población	235
e = precisión o error	10%
p = variabilidad positiva	0.5
q = variabilidad negativa	0.5

$$n = \frac{95^2 (0.5) (0.5) 235}{235(10)^2 + 95^2 (0.5)(0.5)} = 68$$

Los alumnos que se incluyeron fueron aquellos que estaban escritos en la licenciatura en Salud Pública del 1er Semestre.

Fueron excluidos todos aquellos estudiantes de 1er semestre de la Licenciatura en Salud Pública que no desearon participar, aquellos que nos e encontraron en el momento de la aplicación; así como los estudiantes de la carrera de enfermería de nivel técnico.



Se aplicó un cuestionario a 68 alumnos de primer año de la Licenciatura en Salud Pública de la UMSNH.

Instrumento: Se utilizó un cuestionario integrado por 13 ítems tomado de Amanda Negrí Plata de la Universidad de la Laguna España, el cual tiene como referencia La Escala de Tácticas de Dominancia y Tácticas Celosas seleccionados por Kasian y Painter (1992) del Inventario de Maltrato Psicológico de Mujeres de Tolman (1989, 1999).

Se utilizó una muestra probabilística a través de una selección aleatoria (al azar) Los cuestionarios fueron precedidos de un texto explicativo que caracterizó el consentimiento informado. A todos se les dio la opción de no participar o no contestar a las preguntas en caso de que así lo decidiera.

El cuestionario fue auto administrado por un tiempo de 10 a 15 minutos.

La aplicación estuvo a cargo de los responsables de la investigación, y se llevó a cabo en las diferentes aulas de la escuela.

Resultados y discusión

En relación a la población estudiantil encuestada se observa que predomina el sexo femenino en un 58.8% lo que indica que las mujeres se encuentran posicionadas en el ámbito educativo.

En relación a la formación académica de los padres de familia de los estudiantes encuestados se observa que en un porcentaje acumulado del 57.3% corresponde a educación básica, y el 7.4% es analfabeta, dichos datos resultan de suma relevancia ya que indican que un porcentaje considerable no tuvo acceso a la educación media superior y superior. Contrarrestando estos datos con la formación académica de las madres de familia se observa que el 2.9% de ellas es analfabeta y en un porcentaje acumulado el 67.6% de ellas solo tuvieron acceso a educación básica.

En relación a la opinión que tienen los estudiantes en relación a la violencia psicológica cabe resaltar que el 72.1% de los encuestados consideran que dicha violencia se esconde detrás de bromas y desprecios, mientras que el 27.9% consideran que se detecta a simple vista, solo el 8.8% considera que tiene menos importancia que la violencia física y aunque no es una cifra considerable si resulta preocupante el que 6 estudiantes no lo consideren importante hasta que este tipo de violencia se convierte en física.



En relación a la opinión de los adolescentes encuestados el 64.7% considera que la violencia psicológica es más frecuente en menores de 19 años, sin embargo el 33.8% considera que se da con mayor frecuencia en parejas adultas de 19 a 45 años de edad, lo cual corresponde a la opinión de 23 jóvenes dato relevante ya que indica que estos adolescentes no visualizan a la violencia psicológica en la relación de pareja como un problema real que se está presentando en nuestra actualidad de manera frecuente.

En relación a la pregunta “En caso de presenciar alguna situación de violencia psicológica ¿qué harías? El 58.8 % opina que enfrentaría al agresor y el 27.9% llamaría a la policía, sin embargo 9 jóvenes que equivale al 13.2% indican que no harían nada porque no hay que meterse en problemas con la pareja, este dato es de suma relevancia porque indica que estos jóvenes están aceptando ser violentados psicológicamente y no tienen la posibilidad de salir de ese círculo de agresión.

Del total de los adolescentes encuestados solo el 32.4% tienen pareja en este momento y el 67.6 no están en una relación de pareja sin embargo al preguntarles si han tenido alguna vez en su vida pareja el 100% indican que sí.

Del total de los adolescentes encuestados el 36.8% tienen o han estado en una relación de pareja por más de 1 año, el 35.3% ha durado de 5 a 12 meses y el 27.9% han durado menos de 5 meses lo cual indica que existe inestabilidad emocional donde no se toman en serio las relaciones de pareja ni tampoco se asume un compromiso como tal.

En relación a la edad a la cual los adolescentes inician una relación de pareja, en un porcentaje acumulado de antes de los 13 años y a partir de los 13 corresponde a un 60.3% lo cual llama la atención ya que estos jóvenes están iniciando una relación de pareja a temprana edad, sin ningún compromiso, ni responsabilidad y esto favorece la violencia tanto física como psicológica además de traer otros riesgos que hace vulnerable al adolescente de actos vandálicos, delincuencia, consumo de drogas así como embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual entre otros.

En relación a como definen su relación de pareja los adolescentes el 48.5% indican que es buena aunque discuten suelen resolver los conflictos, llama la atención que en un porcentaje acumulado de 41.2% de tener una relación de pareja mala en donde expresan que se llevan muy mal y siempre discuten o bien, una relación regular donde discuten mucho pero aun así siguen adelante estos datos son de suma relevancia porque nos indican que estos jóvenes están en una relación de pareja conflictiva en



donde puede estarse presentando la violencia psicológica y siguen atrapados en esa relación sin tener la posibilidad de darse cuenta y salir de ella.

En relación a lo que más le gusta de su pareja el 44.1% coinciden en que es su forma de ser y el 29.4% lo que más les gusta de su pareja es el físico.

El 51.5% de los jóvenes encuestados consideran que independientemente de cómo se esté dando la relación de pareja seguirán saliendo juntos, el 23.5% consideran que se casarán y en un porcentaje acumulado del 25% consideran que él o ella romperán con esa relación, dicho porcentaje llama la atención ya que se considera que no están visualizando la situación de conflicto que se está viviendo en la relación de pareja y quizá para ellos lo estén visualizando como algo normal.

En relación a los actos que los adolescentes consideran normales en una relación de pareja el 36.8% indica que no se deben permitir secretos de ningún tipo en la pareja, mientras que el 63.2% considera que no es normal hecho de no permitir secretos; el 91.2% sin embargo 6 de los jóvenes que equivale al 8.8% consideran que siempre tienen que saber su pareja donde se encuentra o los planes que tiene lo cual indica que estos adolescentes dependen en gran medida de la aprobación de la pareja para poder tomar decisiones.

Aunque el 83.8% refiere que cada uno sale con su grupo de amigos sin que esto sea un impedimento, el 16.2% considera que no es normal en una relación de pareja que cada uno salga con sus grupos de amigos lo cual indica que estos jóvenes tienen actitudes posesivas que pueden desencadenar en violencia psicológica y esta evolucionar a física.

En relación a que siempre tengan que dedicarse el mayor tiempo para verse el 89.7% expresa que no es un acto normal en una relación de pareja sin embargo 7 adolescentes consideran que lo primordial es dedicarse el mayor tiempo posible en verse lo cual no les permite desempeñarse adecuadamente en el ámbito educativo, cultural y deportivo a los adolescentes.

El 8.8 % que equivale a 6 adolescentes consideran que los enfados frecuentes son porque se quieren y es cosa de pareja, aunque el 92.6% consideran que tratan de hablar lo que les molesta y arreglar los problemas de pareja y no justifican los insultos o desprecios que se presentan en dicha relación cuando se enfadan, 1 de los jóvenes



expresa que en muchas ocasiones le pone trampas a su pareja para ver lo mucho que le quiere, y el 52.9% expresa que cuando su pareja se enfada y no le pide disculpas lo entiende ya que muchas veces el (ella) tiene la culpa. Estos datos resultan de total relevancia ya que el sentirse culpable es parte de la manipulación de la cual es objeto el o la adolescente en una relación de pareja, en donde lo lleva asumir que las situaciones de conflicto que se están presentando durante la relación de pareja es culpa suya por lo tanto asume una actitud sumisa, complaciente que no le permite darse cuenta de que está siendo objeto de agresiones o bien que es el agresor en una relación lo cual inicia en muchas ocasiones de manera psicológica pero que tras estas agresiones puede llevar a la violencia física lo cual puede tener un desenlace fatal.

Conclusiones

La violencia psicológica en la relación de pareja en adolescentes constituye en problema real en nuestra actualidad, aunado a la situación de pobreza de nuestra población en donde la educación se ve afectada tal y como lo muestran los resultados de la presente investigación ya que más del 50% de los padres de familia de los jóvenes encuestados no tuvieron la oportunidad de estudiar, y aunque el 72.1% de ellos consideran que la violencia psicológica se esconde detrás de bromas y desprecios, no reconocen que son violentados (as) o bien que ellos mismos son los agresores ya que consideran que la violencia psicológica se da con mayor frecuencia en parejas adultas lo cual indica que han integrado a este tipo de violencia en su vida cotidiana como algo normal, aunque más del 50% refieren que en caso de presenciar alguna situación de violencia enfrentarían al agresor, al hacer otras preguntas en sus respuestas se observa cierta contradicción ya que inician una relación de pareja antes de los 13 años de edad, enfrentan relaciones poca duraderas lo cual es el reflejo de la inestabilidad que existe en el adolescente, donde hasta cierto punto reconocen que están en relaciones conflictivas pero se encuentran atrapados en un círculo que no pueden salir, un porcentaje considerable se sienten culpables de los conflictos que se están presentando durante la relación de pareja lo cual lo lleva en cierto punto a justificar al agresor.

Por lo anterior resulta preocupante el hecho de que no se estén percatando de la situación real y al permitirse este tipo de violencia también puede agregarse la violencia física desencadenado desenlace fatal.

Desde la perspectiva de salud pública es necesario hacer un abordaje de manera integral con los adolescentes a fin de que puedan detectar este tipo de violencia y



generar las estrategias que permitan fortalecerlos en relación a este tema involucrado directamente a sus familiares.

Referencias bibliográficas

Alegría A. 2015. Violencia en el noviazgo: perpetración, victimización y violencia mutua. Una revisión. *Actualidades en Psicología*, vol. 29, núm. 118. Instituto de Investigaciones Psicológicas Jan sosé, Costa Rica.

Álvarez A. Cienfuegos R. Aspectos Psicológicos de la violencia en la adolescencia. *Revista de Estudios de la Juventud*. ISSN-e 0211-4364. 2016.

Analia García García. (2018) Subdirección de Bienestar y Estímulos del Instituto Mexicano de la Juventud.

Buquet, A., J. Cooper, A. Mingo y H. Moreno (2013), *Intrusas en la Universidad*, México, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) - Programa Universitario de Estudios de Género.

Cantalupo, N. (2014), "Institution-specific victimization surveys addressing legal and practical disincentives to gender-based violence reporting on college campuses", en *Trauma, Violence & Abuse*, 3, vol. 153, pp, 227-241.

Castro, R. e I. Casique (2010), *Violencia en el noviazgo entre los jóvenes mexicanos*, México, UNAM/ Instituto Nacional de la Juventud.

Fernández-Fuertes, A. A. (2011). La prevención de comportamientos agresivos en parejas adolescentes jóvenes. In R. J. Carcedo, & V. Guijo, *Violencia en las parejas adolescentes y jóvenes: Cómo entenderla y prevenirla*. (pp. 87-99). Salamanca: Amarú Ediciones.

Gelles, R. J. (2004). Factores sociales. In J. Sanmartín, (Eds.), *El laberinto de la Violencia. Causas, tipos y efectos*. (pp. 47-56.). Barcelona: Ariel.

INEGI. *Violencia contra niñas, niños y adolescentes: consideraciones conceptuales, metodológicas y empíricas para el caso de México*. Documentos de análisis y estadísticas. 2016.

María Pazos Gómez, Alfredo Oliva Delgado, Ángel Hernando Gómez Universidad de Huelva, Universidad de Sevilla, España. *Violencia en relaciones de pareja de jóvenes y adolescentes* *Revista latinoamericana de Psicología*. Volumen 46, núm 3. enero 2014. <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-latinoamericana-psicologia-205-articulo-violencia-relaciones-pareja-jovenes-adolescentes-S0120053414700184>

R.C. Shorey, G.L. Stuart, T.L. Cornelius (2011) *Dating Violence and Substance Use in College Students: A review of the Literature*. *Aggressive and Violent Behavior*, 16 (2011), pp. 541–550 <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2011.08.003>



Smith, P.H., White, J.W., & Moracco, K.E. (2009). Becoming who we are: A theoretical explanation of gendered social structures and social networks that shape adolescent interpersonal aggression. *Psychology of Women Quarterly*, 33(1), 25-29.

Walker, L. (1989). Psychology and Violence against women. *American Journal of Psychological Association*, 44(4), 695-702.

Wekerle, C., & Wolfe, D. A. (1998). The role of child maltreatment and attachment style in adolescent relationship violence. *Development and Psychopathology*, 10, 571-586.



Factores determinantes en la falta de adherencia al tratamiento de caries dental en niños de la Clínica de Odontopediatría de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Estefany del Carmen Anaya Calderón
Gaudencio Anaya Sánchez
Adriana Calderón Guillen

Resumen

La caries dental es un problema de salud pública con una tendencia ascendente por su incidencia cada vez en niños más pequeños, a pesar de los esfuerzos que se están haciendo para disminuir el índice de niños con caries estamos observando que muchos de estos no terminan su tratamiento, lo que se refleja cuando llegan a consulta con una caries más extensa, con abscesos, y con otras complicaciones.

La falta de adherencia es la primera causa del fracaso terapéutico; en el campo de la odontología se refiere a que el paciente deja de asistir a los tratamientos, poniendo en riesgo no solo su salud bucal, sino su salud general; ya que éstas tienen una estrecha relación y a su vez alteran los aspectos psicológicos, sociales, estéticos y funcionales.

El objetivo de la presente investigación fue determinar los factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento de caries dental en los niños de la clínica de Odontopediatría de la U.M.S.N.H.

Se trata de una investigación clínica, observacional, cuantitativa, transversal, no experimental, retrospectivo.

La muestra estuvo conformada por 41 pacientes pediátricos del diplomado de Odontopediatría. En donde se aplicó una encuesta de 6 ítems. Se incluyeron los pacientes que no terminaron su tratamiento, se excluyeron los que si terminaron su tratamiento.

El estudio permitió demostrar que la falta de recursos económicos, y la falta de tiempo suficiente por parte de los padres o tutores son los factores que determinan en gran medida la falta de adherencia al tratamiento odontológico de la población pediátrica.

Palabras clave

Caries, adherencia, factores determinantes, tratamiento.



Introducción

El presente estudio está enfocado a conocer los factores determinantes para la aparición de la caries dental en niños en el Diplomado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la U.M.S.N.H., Morelia Michoacán. Ya se tienen antecedentes en nuestro país de que la gran mayoría de niños presentan caries a muy temprana edad. En el panorama epidemiológico de este problema de salud el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en un estudio realizado en Morelia se encontró que la población infantil padece en un 80 por ciento afectaciones por la caries dental y 15 por ciento por traumatismos, además de ser los usuarios más frecuentes del servicio de ortodoncia y ortopedia maxilar.

En el departamento de salud comunitaria del Seguro Social se dio a conocer que la caries dental es de elevada incidencia entre niños, dado que estos se niegan a efectuarse un cepillado dental responsable, a raíz de la escasa cultura de salud. Por lo anterior es necesario implementar una estrategia de prevención dental para la población infantil apoyada por las instituciones educativas y del sector salud, así como trabajar de manera conjunta con los padres de familia, para crearles una nueva cultura sobre la importancia de la higiene bucal en etapas tempranas de su vida.

La caries dental, constituye el mayor porcentaje de morbilidad dentaria durante la vida de un individuo. Afectando primordialmente a los niños, ya que estos consumen con mayor frecuencia alimentos ricos en sacarosa empezando a desmineralizar el esmalte empezando a general el proceso de destrucción del mismo lo cual se favorece por la ausencia de hábitos higiénicos mismos que establecen que la limpieza dental debe de ser tres veces al día o bien después de cada comida.

La caries dental se asocia también a errores en las técnicas de higiene, así como pastas dentales inadecuadas, falta de cepillado dental, o no saber usar bien los movimientos del lavado bucal, ausencia de hilo dental, así como también con una etiología genética. Se ha comprobado asimismo la influencia del pH de la saliva en relación a la caries.

Tras la destrucción del esmalte ataca a la dentina y alcanza la pulpa dentaria produciendo su inflamación, pulpitis, y posterior necrosis (muerte pulpar). Si el diente no es tratado puede llevar posteriormente a la inflamación del área que rodea el ápice (extremo de la raíz) produciéndose una periodontitis apical, y pudiendo llegar a ocasionar un absceso dental, una celulitis o incluso una angina de Ludwig.



Según el estudio nacional de salud bucal – ENSAB III realizado en 1980, reportó un aumento en el número de personas con historia de caries, 12 años llevó a la Organización Mundial de la Salud a clasificar a Colombia dentro de los países con alto índice de caries, en América Latino y en América del Norte en México la prevalencia de caries también es muy alta llega casi a 90%.

En relación con el cuidado bucal de los niños, en una encuesta realizada entre otros aspectos se destaca que el 88.5% de las mujeres con niños a su cargo, estuvo de acuerdo con que "los niños son más propensos (que los adultos) a la caries dental", el 83.9% consideran que "el cuidado de la boca del bebé comienza con la salida del primer diente", el 94.5% es consciente que "es perjudicial o dañino para el niño dormir con el tetero en la boca" y que "la alimentación es un factor importante que influye en la formación de los dientes".

Martinez-Perez KM realizo en el 2010 un estudio epidemiológico sobre caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 6 a 12 años, siendo su objetivo determinar la experiencia, prevalencia y severidad de la caries dental, así como el índice de caries significativo (SiC) y las necesidades de tratamiento (TN) en escolares de seis a doce años, su conclusión es que la prevalencia de caries a los seis años de edad índice de CPO-D y con doce años de edad fueron los más altos a los valores establecidos por la OMS.

Mientras en la Universidad de Hong Kong, Chu y Lo, realizaron un estudio en donde seleccionaron al azar 140 estudiantes y 180 personas que trabajaban en dicha institución junto con sus familiares; en dicho estudio se encontró que las personas que trabajaban y sus familiares no asistían a la clínica porque consideraban los costos muy elevados.

En un estudio realizado en 1980 en la Universidad de Massachussets se encontró que los pacientes estaban altamente satisfechos con el ambiente de la clínica; el 90% reportaron un trato con cortesía y 94% pensó que el esfuerzo fue hecho para que ellos se sintieran más confortables, 97% estuvo satisfecho con la explicación del examen y del tratamiento, y 57% expresó estar muy satisfechos con el servicio, 33% satisfecho y 4% insatisfecho (Elizondo 2011).

Aunado a lo anterior se debe considerar la mala técnica en el cepillado, así como también es necesario tener en cuenta que el nivel socioeconómico influye mucho.



Ya que el mas del 30% de la población no termina su tratamiento dental por lo que es conveniente determinar los factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento de caries en los niños de la clínica de Odontopediatría de la U.M.S.N.H.

El objetivo general de la presente investigación fue determinar los factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento de caries dental en los niños de la clínica de Odontopediatría de la U.M.S.N.H.

Fundamentación del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad.

La salud bucodental, fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial. (OMS)

La caries es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana. Las bacterias fabrican ese ácido a partir de los restos de alimentos de la dieta que se les quedan expuestos. La destrucción química dental se asocia a la ingesta de azúcares y ácidos contenidos en bebidas y alimentos.

La caries dental se asocia también a errores en las técnicas de higiene, falta de cepillado dental, o no saber usar bien los movimientos del lavado bucal, ausencia de hilo dental, así como también, y en mucho menor medida, con una etiología genética. Se ha comprobado así mismo la influencia del pH de la saliva en relación a la caries. Tras la destrucción del esmalte ataca a la dentina y alcanza la pulpa dentaria produciendo su inflamación, pulpitis, y posterior necrosis (muerte pulpar). Si el diente no es tratado puede llevar posteriormente a la inflamación del área que rodea el ápice (extremo de la raíz) produciéndose una periodontitis apical, y pudiendo llegar a ocasionar un absceso dental, una celulitis o incluso una angina de Ludwig. (Real Academia Española y Asociaciones de la Lengua Española, 2014)



Estadísticas de necesidad dental en niños. La caries dental es la enfermedad crónica más común de la niñez

Más de 50% de niños de 5 a 9 años de edad tiene por lo menos una cavidad o una obturación; a los 17 años de edad, el porcentaje habrá aumentado a 78%.

Como parte de la niñez, los niños sufren muchas lesiones en la cabeza, cara y cuello.

El 25% de los niños no han visitado un odontólogo antes de ingresar al jardín de niños.

Más de 51 millones de horas escolares son perdidas cada año por enfermedades dentales. (Harris, 2005)

“La Caries Temprana de la Infancia (CTI) o “Caries Precoz de la Infancia” antes conocida como Caries de Lactancia o Síndrome de Biberón o Caries Rampante es un término relativamente nuevo que no es exclusivo del uso prolongado del biberón, sino que engloba todos los tipos de caries que ocurren en la dentición primaria de los niños hasta los 71 meses de edad término adoptado por la Asociación Americana de Odontopediatría en el 2003.

Permitir que los bebés duerman con un biberón es una de las principales causas de CTI o caries rampante. La CTI ocurre en todo el mundo con prevalencia informada entre 5% (EUA) y 55% (Corea del Sur). Nomenclatura Caries rampante Síndrome de caries de la lactancia Caries de biberón Caries infantil temprana CIT grave (CITG).

En donde uno de los principales problemas por los que la caries avanza y genera otros problemas en boca que son derivados de falta de atención de la mismo es la falta de adherencia al tratamiento dental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o la adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento. (OMS 2004) Dado que los pacientes no lo concluyen su tratamiento se han identificado los principales factores que influyen para ello.

Los cuales son: la falta de tiempo por parte de los padres o tutores, para llevar a sus hijos al dentista, el aspecto económico, la calidad del tratamiento y el notar alguna deficiencia en el conocimiento por parte del alumno en donde a continuación hablaremos más detalladamente de cada uno de estos factores.



El Tiempo excesivo de espera en el área de recepción puede influir en las decisiones del paciente pues para él, el tiempo es muy importante. Cuando los pacientes tienen que esperar 10 minutos o más, se sienten molestos y frustrados.

Si los pacientes se encuentran satisfechos con la atención brindada por parte de los estudiantes; ellos permanecerán y se realizarán el tratamiento propuesto por el estudiante, siguiendo las recomendaciones y cumpliendo puntualmente con las citas, por esta razón, el odontólogo tiene gran influencia en la decisión de los pacientes. (Elizondo, 2008)

Este aspecto, se refiere a los elevados costos en los tratamientos. Por un lado, no es costoso dar tratamientos económicos con buenos materiales dentales, por otro lado, la mayor parte de los materiales dentales que se utilizan son de importación (Fodor et al., 2007).

El alto costo de los tratamientos odontológicos es un predictor de deserción para los pacientes, por tal motivo, la causa más frecuente para querer ser paciente de una clínica de estudiantes, es el bajo costo del tratamiento (López et al., 2013).

La calidad del tratamiento consiste en realizar las actividades correctamente, por lo tanto, se requiere que el profesional, de acuerdo con el plan de tratamiento establecido, tome la decisión apropiada de los procedimientos a realizar en cada paciente, para lograrlo se requiere: elección del material ideal, protocolos y/o técnicas para efectuarlo, habilidad, destreza y juicio con el propósito de satisfacer o superar las expectativas y necesidades de los pacientes en cuanto a los tratamientos brindados de manera congruente; teniendo en cuenta que los tratamientos deben perdurar en el tiempo y para que esto se logre debe ser evaluada la calidad, para asegurar un óptimo nivel en el servicio prestado cumpliendo requisitos de excelencia establecidos y demandados por los pacientes.

La formación de profesionales competentes y comprometidos con el desarrollo social constituye actualmente una misión esencial de la educación superior contemporánea. Cada día la sociedad demanda una formación capaz de resolver con eficiencia problemas de la práctica profesional, con un desempeño ético y responsable brindando al paciente la tranquilidad y seguridad de poner su salud en manos altamente capacitadas (Álvarez et al 2008).



El estudiante de odontología será a futuro el profesional responsable de la salud bucal, que contribuye a la preservación y restitución del estado de salud general de individuos y comunidades, para lo cual aplica principios científicos y técnicos con sensibilidad y comprensión por los problemas humanos.

Metodología

Se trató de una investigación clínica, observacional, cuantitativa, transversal, no experimental, retrospectivo. El estudio estuvo integrado por 69 pacientes pediátricos que fueron atendidos en el diplomado de Odontopediatría de junio del 2017 a junio del 2018 en donde nuestra muestra estuvo conformada por 41 pacientes pediátricos.

Los pacientes que se incluyeron fueron aquellos pacientes pediátricos del diplomado de Odontopediatría que no terminaron su tratamiento. Los que se excluyeron fueron pacientes pediátricos que si terminaron el tratamiento. Los que se eliminaron fueron pacientes pediátricos del diplomado de Odontopediatría que actualmente se encuentran en tratamiento.

Resultados y discusión

Se interrogó a los pacientes con el fin de obtener los datos que se plasmaron en el formato que se encontró en una tesis de título “Causas más frecuentes de deserción de los pacientes a las clínicas Odontológicas de la Universidad Santo Tomás sede Floridablanca entre los años 2000 al 2014”, en la Universidad Santo Tomás, Bucaramanga División de Ciencias de la Salud Facultad De Odontología 2015, la cual consistió en realizar dicho cuestionario vía telefónica.

En relación a la pregunta ¿ El paciente termino su tratamiento?, se encontró que de un total de 69 pacientes pediátricos que fueron atendidos, solamente 17 del sexo masculino y 11 del sexo femenino terminaron su tratamiento en el diplomado de la facultad, dando un total de 28 pacientes (40.58%) cabe señalar que 41 pacientes (59.42%) no terminaron su tratamiento de estos predominando en el sexo masculino con un total de 25 pacientes y 16 femeninos este dato resulta de total relevancia ya que en el caso de estos pacientes el hecho de no terminar su tratamiento les ocasionará que el problema de caries siga avanzando y puede ocasionar pérdida prematura de piezas dentales, lo que les podría generar migración del germen del permanente y por consecuencia un apiñamiento, el cual podría ocasionar una mal oclusión desde el punto de vista anatomofisiológico, y desde el punto de vista estético podría generar baja autoestima, por lo que los conduce a un tratamiento en etapas posteriores de ortodoncia.



En relación a la pregunta ¿El aspecto económico fue una posible causa de abandono del tratamiento Odontológico? Se observó que de un total de 69 pacientes (100%) más de la mitad de estos que no terminaron su tratamiento fue por motivos económicos con un 53.7%, lo cual podría indicar que la población de más escasos recursos económicos son lo que no logran concluirlo, en virtud de que aunado a los altos índices de pobreza que en la actualidad está enfrentando nuestra población, para los padres de familia no representa una prioridad la atención odontológica de sus hijos, por lo tanto representa una necesidad desde el punto de vista de salud pública la implementación de diversas medidas preventivas dirigidas a toda la población en general enfocadas al autocuidado para mejorar la calidad de vida de los colectivos humanos.

En relación a las preguntas ¿El trato del personal en general les pareció? y ¿Por parte de quién? Se observó que el 85% de los pacientes refieren que el trato que se les brindó en el diplomado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Michoacana es bueno, un 14.6 % que equivale a 6 pacientes refieren que es regular, lo que nos indica que aunque se trata de un porcentaje mínimo nos lleva a reflexionar el trato que se les está otorgando a los pacientes pediátricos el cual habrá que identificar si este podría en algún momento estar relacionado con la deserción de los pacientes al no estar totalmente satisfechos con la atención que se les otorgo. En relación a estos datos antes señalados cabe mencionar que de los 6 pacientes que refieren un trato regular, 5 de ellos refieren que no hubo un trato bueno por parte del estudiante que los atendió y 1 paciente refirió que no hubo buen trato por parte de la recepcionista, lo anterior nos indica que se debe trabajar con los estudiantes en cuanto al trato adecuado que deben otorgar a todo paciente que solicite los servicios del diplomado así como sensibilizar al personal administrativo para mejorar el servicio.

En relación a la pregunta ¿La calidad del tratamiento les pareció? Se encontró que el 70.7% (29 pacientes) opinan que la calidad del tratamiento les pareció buena, mientras que el 29.3% (12 pacientes) opina que les pareció regular, a los que les pareció regular o mala la atención se le pidió que contestaran 2 preguntas más para determinar por qué les pareció regular o mala; en relación a la pregunta ¿Durante el tratamiento hubo complicaciones? Se encontró que, de los 12 pacientes, 7 opinaron que sí y solo 5 pacientes opinaron que no se presentaron complicaciones, este dato resulta de total relevancia en virtud de que el hecho que se estén presentando complicaciones podría ser por utilizar una técnica inadecuada lo cual indica que se deberán reforzar las prácticas en los estudiantes a fin de garantizar el dominio de las diversas técnicas. En



relación a la pregunta ¿Noto deficiencias en el conocimiento del alumno? Se observó que 8 pacientes contestaron que si notaron deficiencias en el conocimiento del alumno y 4 pacientes nos dicen que no. Por lo anterior se considera que esas deficiencias que los padres de familia identificaron durante el tratamiento de sus hijos podrían estar relacionadas con las complicaciones que se presentaron lo cual indica que la falta de aplicación de una técnica adecuada por parte de los estudiantes del diplomado de Odontopediatría se debe a la falta de conocimientos lo cual debe considerarse en el mapa curricular de la carrera de odontología en virtud de que cursan la materia de Odontopediatría durante el cuarto, y en relación al diplomado quizá se deba reforzar la práctica figurada con tipodontos antes de realizarla en los pacientes a fin de garantizar un mejor servicio a la población que asiste al diplomado de Odontopediatría que ofrece la Facultad de Odontología de la Universidad Michoacana.

En relación a la pregunta ¿El factor tiempo fue motivo de abandono del tratamiento? Se observó que de un total de 41 pacientes (100%), más de la mitad refirió que si influyo el factor tiempo con un porcentaje del 53.7% que equivale a 22 pacientes y un 46.3% que equivale a 19 pacientes indico que no. Al 53.7% que indico que sí, se les pidió que contestaran 3 preguntas como son: si ¿El estudiante cambio su horario y el usuario no fue avisado?, si ¿El padre de familia o tutor ingreso a trabajar o estudiar y no disponía de tiempo? y la última fue ¿Si considera una pérdida de tiempo por diligenciamiento de la historia clínica?

En relación a la pregunta ¿El estudiante cambio su horario y este no le aviso a usted? Se pudo observar que de los 22 pacientes que contestaron que el factor tiempo si influyo, 3 pacientes refieren que fue porque el alumno cambio su horario y no le aviso y 19 pacientes refieren que ellos no tuvieron ese problema, esto se podría mejorar con una adecuada planeación para evitar que se empalmen pacientes además de que es necesario mejorar la comunicación entre el alumno y los padres de familia o tutores para que en caso de alguna eventualidad se les notifique con tiempo cualquier cambio de agenda y les permita organizar sus tiempos a ambos.

En la pregunta ¿Ingreso a trabajar o estudiar y no disponía de tiempo? Se observó que los familiares o tutores de los 22 pacientes pediátricos que no terminaron el tratamiento refirieron que no disponían del tiempo necesario para llevar a sus hijos mientras que el 46.3% nos dice que este no fue factor que influyera en ellos, en relación a estos resultados, cabe señalar que el diplomado de Odontopediatría se oferta únicamente los



sábados y en este sentido la facultad de odontología deberá considerar la pertinencia de ofrecer el servicio entre semana, sin embargo también se debe orientar a los familiares y tutores para que pudieran designar a algún otro familiar para que hicieran el esfuerzo de llevar a sus hijos a concluir dicho tratamiento considerando que los costos son más económicos y para muchos de ellos es la única oportunidad que tienen para atenderse, y de esta manera se evitarían complicaciones que en etapas posteriores se van a presentar por no haber concluido el tratamiento y se tendrán que utilizar técnicas más invasivas, dolorosas y costosas.

En relación a la pregunta ¿Considera que es pérdida de tiempo el diligenciamiento de la historia clínica? Se observó que 5 de los pacientes consideran que la historia clínica es demasiado larga y tediosa y que se pierde mucho tiempo en el protocolo de sacar ficha y realizar dicha historia clínica, mientras que 17 de los pacientes opinan que eso no les genera problema. En relación estos resultados se consideran necesario hacer una valoración de la historia clínica que se está aplicando actualmente a fin de hacerla más dinámica.

En relación a la pregunta ¿El alumno lo llamo para continuar su tratamiento? Se observó que de 41 pacientes que equivale al 100%, el 85.4% de los padres de familia o tutores refieren que no les llamo el alumno que los estaba atendiendo para continuar con el tratamiento y solo el 14.6% refieren que si les llamaron. Cabe señalar que estos datos son de suma relevancia toda vez que 35 pacientes refieren no haber recibido ninguna llamada por parte del alumno del diplomado que los estaba atendiendo una vez que ellos ya no se presentaron para continuar dicho tratamiento lo cual muestra el desinterés por sus pacientes tomando en consideración que los estudiantes del dicho diplomado varios de ellos ya son odontólogos titulados y otros más lo toman como una modalidad para titulación; dicho desinterés indica la falta de compromiso que tiene el alumno del diplomado, para lo cual deberán establecerse las estrategias necesarias que permitan fomentar en el estudiante una conducta ética en beneficio de sus pacientes o usuarios.

Conclusiones

Más de la mitad de los pacientes que inician un tratamiento odontopediátrico no tienen una adecuada adherencia al tratamiento, traduciéndose en un abandono de este en el 59.4% de los casos.

Las dos principales causas de falta de adherencia en el tratamiento de caries dental en niños en edad escolar fueron, la falta de recursos económicos y a que los padres o



tutores refieren no contar con el tiempo suficiente para que su hijo reciba la atención adecuada.

A los pacientes que no lograron adherirse al tratamiento, no se les brindó un seguimiento telefónico adecuado, ya que al 85.4% no se les llamó para invitarlos a retomar su tratamiento.

Por lo que es necesario implementar programas educativos, sobre la importancia del cuidado bucal en los padres o tutores de niños en edad escolar, además de la implementación de más centros de atención en salud donde se brinden tratamientos especializados de Odontopediatría, lo ayudará a disminuir la falta de adherencia por cuestiones económicas y la cuestión de que los padres no cuenten con el tiempo suficiente.

Bibliografía

Alvarado-Gómez V.A., Ramírez V.H., Sánchez-Obando N.A., Pineda-Vélez E.L. (2010) Identificación de pacientes con iatrogenias realizadas en otras instituciones, que ingresaron al servicio de atención prioritaria de la facultad de odontología de la Universidad de Antioquia en el periodo 2009-1. Rev. Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. Colombia, Antioquia.22 (1): 72-80.

Álvarez-Herrera A.F., Sánchez-González C.L., Orozco-Cuanalo L., et al. (2008) Valores de ética profesional en los estudiantes de la carrera de cirujano dentista: El significado del concepto “dentista competente”. Rev. ADM. 64(4): 158-167.

Elizondo-Elizondo J, Quiroga-García MA, Palomares-Gorham PI, et all (2011). La satisfacción del paciente con la atención técnica del servicio Odontológico.Rev Salud Pública y nutrición.

Elizondo-Elizondo J. (2008) La satisfacción del paciente con el servicio Odontológico en la facultad de odontología de la U.A.N.L. [tesis doctoral]. Universidad De Granada. España, Granada.

Fodor A., De la Parra G. (2007). La Relación Paciente/Odontólogo: Algunas Consideraciones. Rev Dental de Chile. 99 (3): P.21-26

López-Portilla J.E., Pilataxi-Sánchez S., Rodríguez-Escobar L.D. et al. (2013) Determinantes de la satisfacción de la atención odontológica en un grupo de pacientes atendidos en la clínica del adulto de la facultad de odontología de la universidad de Antioquia. Rev. gerenc. polit. Salud. Colombia, Bogotá. 12 (24): P.209-225.



López-Soto O.P., Cerezo-Correa M.P., Paz-Delgado A.L. (2010) Variables relacionadas con la satisfacción del paciente de los servicios odontológicos. 9(18): P.124-136.

Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española (2014). «Caries». Diccionario de la lengua española (23.^a edición). Madrid, Espasa.

INEGI-DGG. Superficie de la República Mexicana por Estados. 1999. [Consultado mayo de 2018]. Disponible en: http://mapserver.inegi.gob.mx/geografia/espanol/estados/sinubic_geo.cfm?c=442&e=25&CFID=384248&CFTOKEN=73540955

Editorial del Reader's Digest. (1991). El gran libro de la salud. México,

OMS. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. España, Ginebra.

El desafío de las enfermedades bucodentales. Una llamada a la acción global Atlas de Salud Bucodental Segunda Edición Publicado por la Federación Dental Internacional (FDI) en 2015 Producido para la Federación Dental Internacional (FDI) por Myriad Editions Brighton, RU



Línea Temática 2.

Sociología de la Salud: Investigación, problemas teóricos y posibilidades interdisciplinarias en la Sociología de la Salud. Una revisión de los estudios sociológicos acerca de la dolencia, o enfermedad, salud y muerte como fenómenos sociales y culturales



Género y salud en docentes de educación superior, un acercamiento al ámbito laboral mexicano

Mtra. Gabriela Castro Díaz¹
Dra. Susana Martínez Alcántara²

Objetivo

Describir la asociación entre exigencias laborales, trabajo doméstico y daños a la salud, por género en una población de docentes universitarios.

Problemática

A pesar del desarrollo de las sociedades, en la actualidad, es posible constatar cómo las mujeres continúan asumiendo mayores cargas domésticas, reportan mayor exposición laboral y más daños a la salud que sus compañeros de trabajo, independientemente de su inserción laboral o formación académica.

Metodología

Se realizó una investigación transversal, con análisis bivariado en seis distintas universidades mexicanas. Las muestras fueron aleatorias; los datos se procesaron con el JMP, calculando IC al 95%, $X^2 < .05$. Se controlaron variables de confusión.

Resultados

Participaron un total de 957 académicos, el 61% son hombres y el 72% tiene doctorado y/o maestría. Las mujeres reportan tener una mayor cantidad de exigencias laborales en comparación a los hombres como son: cuota de producción (88% vs 83%) o mayor trabajo en días de descanso (75% vs 66%). Adicional a ello, las principales actividades domésticas son también asumidas principalmente por las mujeres tal como: lavar y planchar (66% vs 34%), o la preparación de alimentos (63% vs 37%). Los datos dan cuenta de los daños de la salud entre mujeres y hombres que se asocian estadísticamente: cefalea tensional (22% vs 15%) fatiga (21% vs 16%) y distrés (35% vs 27%).

Discusión

Estos resultados son similares a los obtenidos en otros estudios sobre la doble jornada.

Conclusiones

Contar con posgrado, no exime a las mujeres de asumir una mayor responsabilidad en las tareas del hogar.



Palabras Clave

Docentes, salud, trabajo, género, posgrado.

Introducción

La salud mantiene una cercana asociación con el trabajo y puede verse afectada por la sobre carga de trabajo, en el caso de los docentes universitarios se ha reportado que el 70% de la población académica debe trabajar más de 48 horas a la semana lo que sobrepasa de manera importante lo estipulado en la Ley Federal del Trabajo den México; incluso más del 85% de los docentes emplean días de descanso e incluso vacaciones para dar respuestas a las exigencias laborales impuestas por normas y políticas de evaluación al desempeño.

Los académicos universitarios normalmente presentan problemas de estrés (burnout), ansiedad, depresión, respiratorios, cardio circulatorios, gastrointestinales, también pueden presentar consecuencias psicosomáticas tales como, trastornos del sueño, cefaleas, fatiga, dolores musculares entre otras muchas complicaciones como son las enfermedades de la voz que suelen ser complicaciones a los que no se les da la debida atención o importancia y posteriormente se convierten en enfermedades crónicas.

Cuando se estudian estos datos desde la perspectiva de género, encontramos que las docentes universitarias particularmente realizan dobles o triples jornadas laborales, son ellas las que principalmente dan respuesta a las necesidades y responsabilidades domésticas, del cuidado del hogar o la familia. Los datos hallados en este trabajo reflejan que son las mujeres quienes están más expuestas y por tanto presentan una mayor prevalencia en los trastornos de salud explorados; afectando así su calidad de vida pues sus relaciones sociales o familiares se ven afectadas al igual que su productividad, lo cual pone de manifiesto la necesidad atender esta problemática.

Al revisar las condiciones laborales entre hombres y mujeres en América Latina se concluye que es el lugar donde existe la mayor desigualdad en el mundo; en el caso de México las cifras no son alentadoras pues en el 2015 estas confirman que las mujeres que laboran fuera del hogar con una actividad remunerada dedican además en promedio 36 horas semanales al trabajo no remunerado, en comparación con los hombres que emplean sólo 15 horas. Es decir, las mujeres dedican más del doble de tiempo registrado por los varones en actividades domésticas o comunitarias (INEGI, 2015).



Las relaciones entre el ambiente laboral y el familiar muchas veces considerados incompatibles son parte fundamental de la satisfacción y bienestar de las personas laboralmente activas. Hasta hace relativamente poco tiempo ha sido un tema de interés para su análisis con la llegada de los factores de riesgo psicosocial en las condiciones de trabajo impuestas al mundo académico.

Fundamentación del problema

A pesar del desarrollo de las sociedades y de la lucha feminista que ha tomado gran relevancia en los últimos años, hoy en día es posible confirmar cómo las mujeres, a pesar de tener mayor preparación profesional e introducirse cada vez más en el campo laboral en puestos de mayor responsabilidad, continúan asumiendo roles tradicionalmente asignados por el grupo cultural de pertenencia, tales como los compromisos en el cuidado de los hijos, la familia o al ocupar mayores cargas domésticas, lo que da como resultado la asunción de doble o triple jornada de trabajo, cuando además realizan actividades comunitarias.

No es de extrañar que las mujeres dedicadas a la labor docente universitaria enfrenten dificultades en el desarrollo pleno de sus actividades académicas: debido a la tensión que genera el mantener un equilibrio, entre las responsabilidades docentes y la familia, lo que ha propiciado en ellas mayores daños en su salud, en contraparte con sus compañeros de trabajo. Las condiciones de trabajo docente han sido analizadas desde diferentes puntos de vista; como la dificultad de apertura de nuevas plazas de trabajo, la resistencia a la jubilación por las bajas pensiones, la falta de recursos económicos en apoyo a las actividades de investigación o la desigualdad de salarios entre hombres y mujeres a pesar de desempeñar funciones similares. Estas son algunas de las problemáticas que aquejan a las universidades y centros de investigación del país. No obstante, el sector servicios y en particular el ámbito de la educación ha sido poco analizado desde la perspectiva de la salud laboral. Por este motivo, el objetivo del presente trabajo es dar a conocer la asociación existente entre las exigencias laborales, el trabajo doméstico y daños a la salud que persiste entre las trabajadoras académicas de la educación superior en México.

Metodología

Se levantó una muestra probabilística, aleatoria y estratificada por facultades de 957 docentes universitarios mexicanos con funciones de docencia y/o investigación, quienes provenían de seis instituciones de educación superior públicas; en la que solo



participaron profesores de tiempo completo. Fueron excluidos trabajadores por honorarios, de medio tiempo, docentes de asignatura, ayudantes o quienes no tienen derecho a participar en los programas de estímulos o bien que se encontraban en año sabático.

Entre los Instrumentos empleados se aplicó una encuesta de uso epidemiológico, la cual se adaptó del Programa de Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores PROESSAT (Noriega, Franco, Martínez, Villegas, Alvear & López, 2001) a las necesidades de cada población universitaria. Asimismo, se aplicaron el inventario DASS 21 para valorar ansiedad, depresión y estrés, el cual fue validado con población latina (Daza, Novy, Stanley & Averill, 2002) y el Yoshitake para medir fatiga, encuesta validada en población mexicana. (Barrientos, Martínez & Méndez, 2004).

Las variables dependientes empleadas conforman el perfil de daño estudiado, el cual se conformó mediante trece diagnósticos presuntivos, las variables independientes se agruparon de la siguiente manera: a) variables demográficas, b) exigencias laborales derivadas de su participación en los programas de estímulos económicos y c) actividades domésticas que dan cuenta de la doble jornada laboral.

Para el análisis estadístico, se estimaron tasas de prevalencia del conjunto de trastornos en estudio. Se llevaron a cabo una serie de análisis uni, bi y multivariados para determinar las asociaciones entre las variables. Los datos se procesaron con el programa estadístico JMP, calculando el Intervalo de Confianza al 95% y ji cuadrada, la $p < 0.05$. Se controlaron las variables de edad, sexo y/o antigüedad para evitar su influencia en las estimaciones sobre los daños a la salud.



Resultados y discusión

El total de la población participante se conformó por 957 académicos, con una mayor participación de hombres (61%).

Cuadro 1. Variables demográficas en docentes de seis universidades mexicanas.

Edad		
Media	52	
DE	9.94	
Mediana	54	
Rango	26-76*	
Género		
	n	%
Mujeres	370	39
Hombres	587	61
Estado Civil		
	n	%
Casados	561	59
Solteros	183	19
Divorciados	102	10
Unión Libre	83	9
Escolaridad		
	n	%
Doctorado	356	37
Maestría	332	35
Especialidad	74	8
Licenciatura	194	20

Fuente: encuesta individual para la evaluación de la salud de los académicos, Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, 2017. N= 957 Docentes universitarios, *Rango en años

La población tiene una media de edad de 52 años y una desviación estándar de 9.94, con un rango que va de los 26 a los 76 años.

En cuanto al estado civil el 68% reportó la presencia de pareja (casados y unión libre). El 37% de los docentes tienen estudios de doctorado y 35% de maestría (ver cuadro 1).

Al explorar las condiciones en las que trabajan los docentes encontramos catorce exigencias que caracterizan la actividad cotidiana de los trabajadores académicos; entre las exigencias consideradas más demandantes se encuentra el 85% el tener que cubrir una cantidad establecida de diversas tareas en un tiempo determinado como son: la elaboración de cursos, clases para estudiantes de licenciatura o posgrado, la publicación de artículos y el dictado de conferencias tanto nacionales como internacionales, entre otras. El 70% de los profesores en general realizan trabajos pendientes en horas, días de descanso y vacaciones; el 46% extiende así su jornada de trabajo a más de 48 horas a la semana.



Hay otro conjunto de exigencias de carácter disergonómico, que son reportadas por una menor cantidad de académicos, tales como la presencia de hombros y muñecas tensas durante el desarrollo del trabajo, que, sin embargo, acusan diferencias importantes en su análisis por género.

Exigencias	%
Cubre determinado número de cursos, clases, artículos y conferencias	85
Realiza trabajos pendientes en horas, días de descanso o vacaciones	70
Realiza tareas muy minuciosas	57
Jornada semanal mayor a 48 horas	46
Control de calidad	42
Espacio fijo	35
Hombros tensos	33
Espacio reducido	29
Muñecas que se tuercen o tensan	24
Incomunicado	18
No puede desatender su tarea por más de cinco minutos	17
Considera que su trabajo daña su salud	16
Supervisión estricta	16
Recibe órdenes confusas	10

Cuadro 2. Exigencias laborales reportadas por docentes de seis universidades mexicanas.

Fuente: encuesta individual para la evaluación de la salud de los académicos, Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, 2017. N= 957 Docentes universitarios.

El Cuadro 3 muestra las diferencias que se identificaron entre mujeres y hombres relacionadas con la exposición diferencial a diversas exigencias laborales. En su conjunto dan cuenta de una mayor cantidad de trabajo asumido por las mujeres, la realización de este en periodos de descanso y junto con ello, la adopción de posiciones incómodas, hombros y muñecas tensas. Las razones de prevalencia son pequeñas con excepción de hombros tensos y la percepción de daño a la salud, más pronunciadas en las mujeres, pero todas son estadísticamente significativas.



Exigencias	N	Mujeres	Hombres	R P	IC	p
Hombros tensos	950	45	25	1.77	1.48-2.12	<0.0001
Percepción de daño a su salud	952	19	13	1.44	1.07-1.93	0.0150
Muñecas tensas	948	28	21	1.35	1.07-1.69	0.0104
Posiciones incómodas	953	23	18	1.29	1.00-1.67	0.0468
Realiza trabajos pendientes en horas, días de descanso o vacaciones	953	75	66	1.13	1.04-1.23	0.0033
Cuota de producción	958	88	83	1.06	1.00-1.11	0.0311

Cuadro 3. Exigencias laborales asociadas por género en docentes de seis universidades mexicanas

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de los académicos, Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores. RP = Razón de Prevalencia ajustada por edad y antigüedad laboral. *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

Un fenómeno parecido resulta cuando se analiza el trabajo doméstico. Como se puede observar en el Cuadro 4, las mujeres asumen el mayor número y proporción de las tareas domésticas en comparación con los profesores. Pues realizan dos veces más la preparación de alimentos, el lavado y planchado de ropa y el lavado de trastes y limpieza de la cocina. Asimismo, casi duplican las actividades correspondientes a el cuidado de los hijos.

De acuerdo con información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014) las mujeres invierten en la preparación de alimentos 13.7 horas semanales, mientras que los hombres solo 4 horas. Con relación a la limpieza de la vivienda las mujeres emplean 9.6 horas semanales en comparación con los hombres que utilizan 4.1 horas.



Actividades	N	Mujeres	Hombres	RP	IC	P
Sacudir, trapear, barrer, hacer camas	942	51.73	48.27	1.65	1.41-1.63	<0.0001
Lavar y planchar ropa	944	65.62	34.38	2.57	2.20-3.0	<0.0001
Preparar comida	945	63.41	36.59	2.7	2.29-3.19	<0.0001
Lavar trastes y limpiar cocina	946	63.14	33.62	1.87	1.63-2.15	<0.0001
Hacer compras	955	45.56	54.44	0.63	0.58-0.69	<0.0001
Zurcir, coser, remendar, tejer	936	74.87	25.13	2.59	2.25-2.97	<0.0001
Cuidar hijos	832	58.54	41.46	1.98	1.68-2.33	<0.0001

*Cuadro 4. Género asociado al trabajo doméstico en docentes de seis universidades mexicanas. Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de los académicos, Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores. RP = Razón de Prevalencia ajustada por edad y antigüedad laboral. *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.*

En un artículo Lavoignet y colaboradores estudiaron el autocuidado de la salud en maestras universitarias mexicanas, ellas expresan que debido a su rol de ama de casa y laboral han sufrido problemas de salud como estrés que repercute e intensifica otras molestias y malestares) afecciones músculo esqueléticas, respiratoria, gastrointestinales diabetes entre otras. La falta de tiempo para realizar actividades recreativas o de ocio han impactado su salud (Lavoignet, Torres, Soltero y Aguilera, 2015).

Del conjunto de indicadores analizados, únicamente el hacer compras se perfila como una actividad principalmente masculina en esta población.

Con respecto a la presencia de daños a la salud, el análisis comparativo por género muestra que las mujeres presentan las prevalencias más altas en todos los trastornos en estudio (Véase gráfica 1).

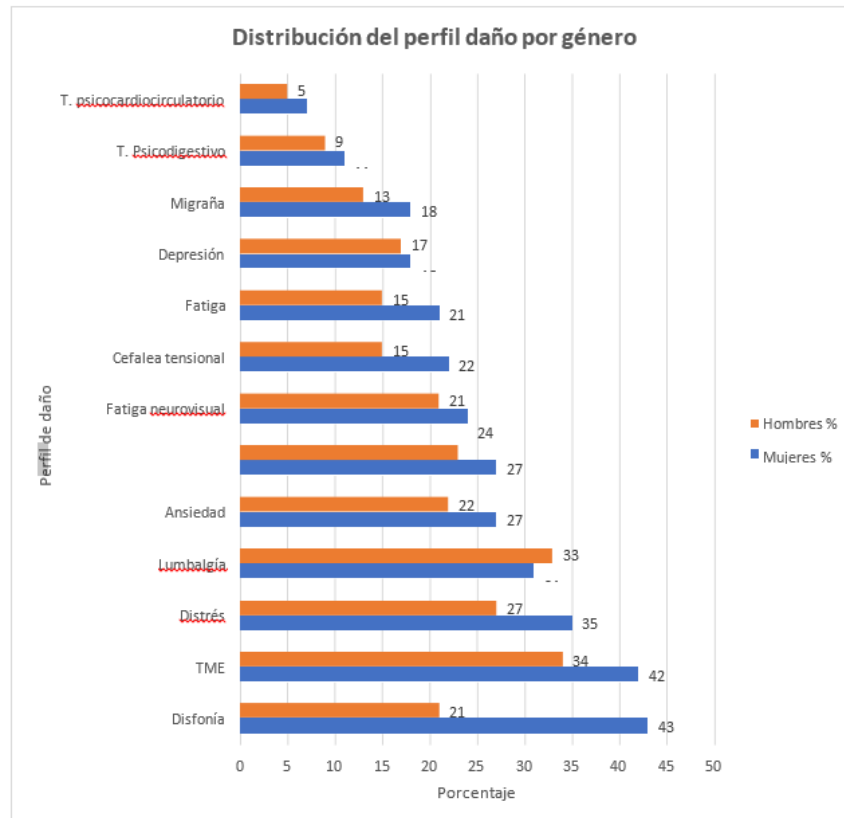


Gráfico No. 1

Sin embargo, las prevalencias más altas y que además alcanzaron asociación estadísticamente significativa fueron: la cefalea tensional (50% más elevada), la migraña (33%) y la disfonía, el estrés y la fatiga con un 25% en promedio. (Véase Cuadro 5).

Daño	N	Mujeres	Hombres	RP	IC
Disfonía	947	43	33	1.27***	1.10 - 1.54
T. Músculo esqueléticos	949	42	34	1.23*	1.05 - 1.47
Distrés	945	35	27	1.25**	1.08 - 1.59
Cefalea tensional	931	22	15	1.5**	1.11 - 1.94
Fatiga	951	21	16	1.25*	1.01 - 1.74
Migraña	926	18	13	1.33*	1.02 - 1.90

Cuadro 5. Daños a la salud asociados al sexo en seis universidades mexicanas.

Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de los académicos, Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores. RP= Razón de Prevalencia ajustada por edad, y antigüedad laboral. *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.



Estudios realizados en la Universidad Libre de Colombia por Rodríguez y colaboradores reportan datos muy similares a los encontrados en este trabajo (Rodríguez, E. Sánchez, J. G., Dorado, H.A. y Ramírez J. M., 2014) al estudiar los riesgos psicosociales en docentes universitarios el en cuanto al control sobre el trabajo y demandas existen niveles de estrés muy alto, alto y medio en el 28% respectivamente, el 76% presentan una alta carga de trabajo percibida por el 76%, la demanda de alta calidad la percibe el 75.5% y la alta carga mental el 93.6%.

Conclusiones o reflexiones finales

Las docentes universitarias, al igual que en otros sectores laborales mantiene una doble jornada laboral, mientras que los varones, ya sea con o sin pareja, mantiene una baja participación en las tareas domésticas.

Las mujeres, en este caso trabajadoras universitarias, continúan reproduciendo los patrones culturales y sociales que prevalecen en la sociedad mexicana y asumen mayormente las labores de “ama” de casa, madre y/o esposa, lo que se perfila como una doble jornada laboral, independientemente de que cuente con pareja y con una carrera profesional. Es decir, aún con un nivel educativo alto, la mujer tiende a adoptar patrones de conducta tradicionales.

Por otro lado, las mujeres reportan también mayores trastornos en su salud en comparación con los hombres. La mayor exposición laboral y la mayor cantidad de tareas domésticas se reflejan en su estado de salud, lo que se perfila como una desigualdad más a las que están expuestas en las instituciones de educación superior.

Para alcanzar un equilibrio entre la vida familiar y laboral es casi imposible con las políticas actuales, es por ello se hace necesario que en las universidades abran espacios de diálogo, análisis y acciones concretas que faciliten el cambio del mundo académico rígido a uno más humano e integral con perspectiva de género, pues la calidad de vida implica la presencia de múltiples roles objetivos y subjetivos.

Por último, consideramos importante el continuar con estudios que den continuidad y enriquezcan el análisis y exploración de la salud ocupacional en el ámbito educativo.



Notas

¹ gcastrod@correo.xoc.uam.mx

² smartin@correo.xoc.uam.mx

Referencias bibliográficas

Barrientos, T., Martínez, S. Méndez, I. (2004). Validez de constructo, confiabilidad y punto de corte de la Prueba de Síntomas Subjetivos de Fatiga (Yoshitake) en trabajadores mexicanos, *Salud Pública de México*, 46(6); 516-523.

Colmex. (2018). *Desigualdades en México 2018*. México: Colmex, Recuperado de <https://desigualdades.colmex.mx/informe-desigualdades-2018.pdf>

Daza, P. Novy, D. Stanley, M. Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish Translation and Validation with a Hispanic Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 24(3):195-205.

DSM-5 (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos de trastornos mentales de la American Psychiatric Association recuperado de <http://areaclínicapediátrica.files.wordpress.com/2015/03/d5-completo-en-espac3b1ol.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía y el Instituto Nacional de las Mujeres. (2015). Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2014. Boletín de prensa Núm273/15, Pg. 1-11. Recuperada de: <http://consulta.mx/index.php/estudios-e-investigaciones/otros-estudios/item/723-inegi-e-inmujeres-encuesta-nacional-sobre-uso-del-tiempo-2014>

INEGI. (2015). Encuesta Intercensal 2015. Los hombres y las mujeres en las actividades económicas. Censos económicos 2014. Recuperada de <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825077938>

http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/CE_2014/702825077938.pdf

Lavoignet- Acosta B.J., Torres-López, T.M., Soltero, R. y Aguilera, M.A. (2015). El autocuidado de la salud y sus significados sociales en docentes universitarias de México. *Enfermería de trabajo*, 5: 44-51. Recuperado de <http://www.enfermeriadeltrabajo.com/ojs/index.php/et/article/viewFile/7/8>

Noriega, M. Franco, G. Martínez, S. Villegas, J. Alvear, G y López, J. (2001) Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores. Serie Académicos No. 34, UAM-Xochimilco.

Rodríguez, E., Sánchez, J.G., Dorado, H.A. y Ramírez, J. M. (2014). Factores de riesgo psicosocial intralaboral y grado de estrés en docentes universitarios. *Revista colombiana*



de salud ocupacional, 4(2): 12-17. Recuperado de <http://revistasojs.unilibrecali.edu.co/index.php/rcso/article/viewFile/111/119>

Vázquez, C.C. (2018) Mujeres y academia: tensión en el ámbito familiar y laboral de las mujeres académicas de tiempo completo de la UASLP y sus consecuencias en la salud. En Puente, C.M (Ed.), Ciencia y tecnología desde el valle del salado (pp.56-68). México: UAS



Desplazamientos discursivos en el campo médico argentino frente a la Ley de Identidad de Género

Dra. Anahí Farji Neer

Resumen

En 2012, Argentina aprobó la Ley 26.743 de Identidad de Género. La misma legalizó las intervenciones médicas para que en caso que así lo soliciten, travestis, transexuales, transgéneros y/o trans construyan una imagen corporal acorde a su identidad de género mediante las tecnologías biomédicas disponibles. Eliminó los requisitos diagnósticos y judiciales vigentes con anterioridad para acceder a dichos tratamientos e intervenciones.

En el presente trabajo analizo la recepción de la Ley de Identidad de Género por parte de profesionales de la salud que entre 2014 y 2016 realizaban o evaluaban el ingreso a tratamientos hormonales y/o quirúrgicos solicitados por la población trans. Para ello analizo entrevistas en profundidad a profesionales de las especialidades de Salud Mental, Endocrinología y Cirugía del Área Metropolitana de Buenos Aires y La Plata. El trabajo describe los criterios adoptados tras la aprobación de la Ley de Identidad de Género por equipos y profesionales para evaluar el ingreso y resultados de dichos tratamientos. Las principales conclusiones del trabajo establecen que la Ley de Identidad de Género afianzó tres desplazamientos en los discursos vigentes en el campo médico local en torno a los requisitos de ingreso y evaluación de resultados de los tratamientos de construcción corporal solicitados por la población trans: del diagnóstico al acompañamiento, del protocolo a la personalización-customización y de la minimización del riesgo al cálculo costo-beneficio. El trabajo expone resultados de mi tesis doctoral y del informe final de la Beca de la Comisión Nacional Salud Investiga 2015-2016.

Palabras clave

Intervenciones médicas, ley, identidad, género.

Introducción

En 2012 fue aprobada la Ley 26.743 de Identidad de Género argentina que permite a cualquier persona cambiar de nombre y sexo en su documento de identidad mediante un trámite personal ante las oficinas del registro civil. También dispone que todas las personas mayores de edad que así lo deseen puedan acceder a prácticas médicas para construir una corporalidad acorde a su identidad de género, estableciendo como único requisito la firma de un consentimiento informado. El contenido de esta legislación fue



elaborado por las organizaciones de travestis, transexuales, transgéneros y trans argentinas, las que demandaron la eliminación de los requisitos diagnósticos y judiciales anteriormente vigentes para acceder a estos derechos.

En el presente trabajo se aborda la recepción de la Ley de Identidad de Género por parte de profesionales de la salud del Área Metropolitana de Buenos Aires especializados en salud trans. Se abordan los cambios y continuidades en los discursos y prácticas de los/as profesionales de la salud a partir de la aprobación de la normativa, respecto a los criterios vigentes en el campo médico global con anterioridad. Describe los enfoques de los/as distintos/as profesionales y equipos respecto a los criterios de ingreso, indicación de tratamiento y evaluación de resultados.

Metodología

El presente trabajo desarrolla un diseño cualitativo basado en el análisis de entrevistas en profundidad a profesionales de las especialidades de salud mental, endocrinología y cirugía del Área Metropolitana de Buenos Aires, que entre los años 2015 y 2016 realizaban o indicaban tratamientos hormonales o quirúrgicos en personas trans. Se realizó un total de ocho entrevistas. Se entrevistaron dos profesionales de salud mental, tres cirujanos/as y tres endocrinólogos/as que se desempeñaban profesionalmente en la Ciudad de Buenos Aires, Ciudad de La Plata y partido de San Martín de la Provincia de Buenos Aires. En las entrevistas se indagó en la trayectoria profesional de los/as entrevistados/as, en los cambios en la organización de la atención a partir de la sanción de la ley y en sus percepciones sobre el paradigma despatologizante presente en el contenido de la Ley. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 45 minutos y fue realizada tras la firma del formulario de consentimiento informado supervisado y aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG) de la Universidad de Buenos Aires. Las entrevistas fueron desgrabadas, cargadas en un software para el análisis de datos cualitativos y codificadas en base a las dimensiones indicadas. El contenido del presente artículo forma parte de la tesis doctoral de la autora, desarrollada en el marco del programa de Doctorado en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y del informe final de la Beca Carrillo-Oñativia otorgada por el entonces Ministerio de Salud de la Nación en el período 2015-2016.



Fundamentación del problema

El artículo N° 11 de la Ley de Identidad de Género argentina se titula “Derecho al libre desarrollo personal” y establece que toda persona mayor de edad que así lo desee puede acceder gratuitamente a tratamientos médicos destinados a adecuar la corporalidad a la identidad de género, estableciendo como único requisito la firma de un consentimiento informado. También establece que menores de edad deben contar con la autorización de sus representantes legales y en caso de solicitar intervenciones quirúrgicas, una autorización judicial. Amparándose en el concepto de salud integral, incorpora dichas prestaciones al Plan Médico Obligatorio. Es decir, establece su cobertura por parte los tres subsistemas de salud (público, privado y obras sociales). Esta normativa dio encuadre legal a prácticas médicas que ya se venían realizando de modo informal o bien supeditado a una autorización judicial. Promovió la incorporación de nuevas especialidades y profesionales a los equipos interdisciplinarios que originalmente se componían de las especialidades de cirugía urológica, endocrinología y salud mental, así como incentivó la conformación de nuevos equipos en instituciones de salud a lo largo del país. En 2015, la mayoría de los/as profesionales especializados en salud trans atendía de modo interdisciplinario tanto en centros públicos como en consultorios privados y de obras sociales. Algunos de los equipos preexistían a la Ley de Identidad de Género y otros se conformaron con posterioridad, ya sea por iniciativa de sus profesionales o bien de las direcciones médicas de las instituciones a las que pertenecen. Eran equipos coordinados de modo centralizado por un/a profesional que pertenecía a la especialidad de psiquiatría, cirugía o endocrinología. Este/a era el encargado de organizar el trabajo entre las distintas especialidades que integraban los equipos interdisciplinarios y realizaba las entrevistas de admisión, evaluación y derivación de los/as pacientes. Ni la Ley o su reglamentación, ni el Ministerio de Salud Nacional a través de ordenanzas u otros instrumentos regulatorios, establecieron taxativamente un modelo de atención. Cada equipo tenía la potestad de elaborar sus propias guías de atención basadas en las guías locales e internacionales, la experiencia clínica acumulada y las concepciones y valoraciones de sus integrantes.

A continuación, se describe la organización de los servicios que ofrecen tratamientos hormonales y/o quirúrgicos a las personas trans y la definición de los criterios de admisión y atención utilizados a partir de la sanción de la Ley de Identidad de Género.

Resultados y discusión

Una de las principales directrices que comenzó a estructurar la atención, en algunos casos con anterioridad a la sanción de la Ley de Identidad de Género, fue la evaluación



integral (física y psicológica) de los/as pacientes a fin de determinar en qué medida se encontraban preparados/as para iniciar los tratamientos solicitados, en especial los quirúrgicos. Los criterios que anteriormente tenían como fin corroborar o descartar el diagnóstico de Transexualismo o Trastorno de la identidad de género, comenzaron a traducirse al lenguaje de la integralidad: los/as profesionales consideraban que es necesaria una evaluación integral para conocer las condiciones físicas, emocionales y psicológicas de los/as potenciales pacientes.

Al decir de los/as profesionales, la evaluación poseía varios objetivos. En principio, entender o ayudar a construir la configuración identitaria de la persona y a partir de allí, ofrecer las distintas opciones de tratamientos para la construcción corporal, informando sus potencialidades y riesgos. También ofrecer herramientas para elaborar las implicancias de esa transición corporal en sus círculos sociales:

Lo que hacemos es detectar la necesidad de cada persona y a partir de su necesidad acompañamos, pero primero aclarar la situación de momento vital de que la persona tenga claro quién es y qué necesita y a partir de eso acompañamos el tipo de tratamientos, hormonales, quirúrgicos, totales, parciales, eso se ve en cada caso en particular (J., psiquiatra).

Siguiendo a los/as profesionales entrevistados/as, las entrevistas de evaluación se orientaban a corroborar que la persona se encontrara emocionalmente apta para realizar los tratamientos, a fin de minimizar los riesgos de arrepentimiento. Para ello construían indicadores, contextualmente elaborados, de la estabilidad o inestabilidad en la toma de decisiones a lo largo de su vida. Un endocrinólogo describía el método utilizado del siguiente modo:

Hablando con él y preguntándole primero su historia, su acompañamiento familiar, su acompañamiento social, su inserción laboral, su aceptación en el entorno, viendo el aspecto que tiene, si tiene aspecto de hombre o de mujer, cómo se viste y preguntándole cómo son sus expectativas, si hizo algún otro tratamiento y tratando de ver un poco... Hay ciertos patrones que te pueden hablar de la persona. Por ejemplo, una persona que te puede llegar a decir “empecé abogacía y dejé, empecé arquitectura y dejé, empecé medicina y dejé, me gusta el teatro, pero no soy constante”, entonces vos podés inferir que por ahí no va a ser constante en su tratamiento (L., endocrinólogo).



La evaluación se basaba en la percepción y valoraciones subjetivas de los/as profesionales respecto a la trayectoria de vida de las personas, instituyendo un protocolo contextual e informal de evaluación de propensiones al arrepentimiento.

Luego de la primera entrevista, el tratamiento psicoterapéutico podía ser obligatorio u opcional, dependiendo del criterio utilizado por el servicio o el/la profesional. Cuando se demandaba algún tipo de intervención quirúrgica, la interconsulta psicoterapéutica era obligatoria. Si la persona ya se encontraba realizando un tratamiento psicoterapéutico por su cuenta, los/as profesionales no indicaban el cambio de profesional, sino que solicitaban contactarse con este a fin de realizar una evaluación conjunta. En este sentido, uno de los profesionales entrevistados refería:

Si ya vienen con una evaluación psiquiátrica de años y todas esas cosas y yo noto que está bien llevado, me parece agresivo cambiarle de terapeuta al final del camino. Entonces charlo con el terapeuta que lo está llevando y si me genera dudas, sí, lo hago evaluar por el equipo que yo trabajo. Si viene el paciente a la deriva y no tiene ningún tipo de evaluación lo enfoco y lo pongo en el sistema nuestro de evaluación (R., cirujano).

Pese a los reclamos del activismo local e internacional sobre la despatologización de las identidades trans (Coll Planas, 2010; Suess, 2010), el requisito del diagnóstico o autorización por parte de un profesional de salud mental continuaba siendo obligatorio para acceder a las intervenciones quirúrgicas. Los/as profesionales sostenían la necesidad de autorización apelando a la irreversibilidad de las intervenciones y utilizando un discurso que se ubicaba a medio camino entre el cuidado y la tutela:

Hay algo que yo no cambio: lo fundamental es con la psicología, con la psiquiatría, porque algunos me dicen “yo no necesito, por la Ley” y yo digo “¿Cómo hacemos para volver para atrás de una cirugía de estas? Imposible. Así que tenemos que estar seguros de que vos estas bien para la cirugía. Si te hacemos mujer ¿Cómo volvemos para atrás? Imposible” (...) Si está tratándose ya hace dos o tres años en otro lado, bueno, (pedimos) el certificado del otro psicólogo o psiquiatra que diga que está en condiciones de operarse (R., cirujano).

Si se demandaban tratamientos hormonales, la indicación de tratamientos psicoterapéuticos dependía del criterio del/a profesional en función de cada caso particular. En ambos casos –obligatorio u opcional– el objetivo de las entrevistas psicoterapéuticas, no era el de corroborar un diagnóstico y descartar la psicosis (en sintonía con los primeros protocolos de atención elaborados por el endocrinólogo



pionero Harry Benjamin en la década de 1970 en Estados Unidos) sino el de acompañar el proceso de toma de decisión respecto a los tratamientos y que los/as profesionales/as tengan garantías sobre la estabilidad emocional de los pacientes. Tras la aprobación de la Ley de Identidad de Género, para los/as profesionales entrevistados, la necesidad de garantías no respondía a una responsabilidad legal sino de ética profesional amparada en la noción de cuidado y salud integral. La atención de la salud basada en estas nociones se encontraba ligada al problema de la gestión de los riesgos tanto somáticos como psicológicos o emocionales asociados a la realización de los tratamientos de construcción corporal. Siguiendo a Michel Foucault (1999), las diferentes formas de gestión de riesgo constituyen estrategias biopolíticas que se vinculan con las mutaciones en las prácticas y discursos médicos como estrategia de gobierno de los cuerpos (Foucault, 1999). Para Mitchell Dean (1998), el riesgo es una forma de ordenar una realidad caótica e imprevisible a fin de tornarla interpretable, medible y proyectable, en definitiva, gobernarla.

Otro de los desplazamientos identificados es el pasaje de un modelo de atención protocolizado compuesto de tres etapas lineales y sucesivas (psicoterapia-hormonización-cirugía genital) a una personalización o customización de los tratamientos en función de las necesidades de los/as usuarios/as. Para los/as profesionales, esta modalidad permitiría maximizar las probabilidades de “éxito” de las intervenciones en lo que refiere a los resultados no solo orgánico-funcionales sino también “simbólicos”, término utilizado para referir a la auto representación corporal y el placer sexual. Así lo explicitaba uno de los cirujanos urólogos:

No es una cirugía nada más. Los cirujanos estamos acostumbrados a pensar en cirugía y nada más, pero si uno se pone a decir que esto es sacar los testículos, sacar el pene, hacer una vagina, no... Tiene un montón de simbolismo. Hay que hablar antes con los pacientes. No todos los pacientes quieren el mismo tipo de cirugía. Hay un tema de customización e individualización de esto, feroz. (...) Nuestras pacientes, como cualquier mujer nativa, pueden tener quilombos sexuales, nuestros pacientes también los tienen: “no me siento, no me encuentro, no llego al orgasmo” cualquier cosa habitual. Bueno, en estos pacientes tiene un simbolismo muchísimo mayor (R., cirujano).

Los/as profesionales asumen que para ser exitosos en este tipo de intervenciones necesitan desarrollar una sensibilidad que excede las meras capacidades técnicas: requiere de una escucha atenta y comprometida de las necesidades y expectativas de las personas. No habría protocolo que pueda suplir la sensibilidad necesaria para llevar



adelante la tarea, se trata de prácticas que intervienen en un aspecto esencial para la constitución subjetiva de las personas, como lo es la identidad y la sexualidad.

Finalmente, en los protocolos anteriormente vigentes el principal riesgo a ser sopesado era el de arrepentimiento o suicidio (Pragier, 2011), mientras que en la actualidad la atención se realiza en base a un amplio mapa de riesgos posibles. Se sopesan una multiplicidad de posibles consecuencias, desde las físicas hasta las de no intervenir la corporalidad. Los/as profesionales parten de la idea de que no existe situación ideal en la que no haya ningún tipo de riesgo. Desde allí discuten con la idea de que un cuerpo ideal es aquel no intervenido ni hormonal ni quirúrgicamente. Desde esta perspectiva, tanto la intervención como la no intervención tienen un costo, sea físico o subjetivo. Así lo explicaba un endocrinólogo:

Hay mucha conmoción entre los profesionales por el hecho de decir “si vos le vas a dar estrógenos lo estás predisponiendo a la trombosis, si le vas a dar progestágenos lo estás predisponiendo al cáncer de mama y a la osteoporosis” (...) O sea, piensan generalmente en el ideal, o sea, en su ideal... “Mejor no le doy nada y lo eximo de riesgo” pero se olvidan que si se lo deja en las condiciones en las que está tiene otro riesgo. Entonces hay realidades donde hay que asumir riesgos, porque si vos tenés una persona que no está contenta con su sexo, tenés que elegir entre el riesgo del deterioro de su salud mental o entre el riesgo de una trombosis, no existe la opción del no riesgo (L., endocrinólogo).

El interrogante que emerge es quién sopesa esos riesgos y quién tiene la última palabra en torno al curso de acción a seguir. La Ley de Identidad de Género eliminó el requisito legal o la potencial denuncia por violación de la Ley de Ejercicio de la Medicina, para los/as profesionales la responsabilidad ético-profesional ocupa el primer lugar. Es decir, partiendo de la idea de que no hay una situación ideal y que siempre hay riesgos a sopesar, los/as profesionales siguen reclamando su autoridad sobre la definición del curso de los tratamientos, apelando a su responsabilidad de cuidado, de índole ético-profesional y a una experiencia clínica insustituible.

Los/as profesionales critican el contenido de la Ley de Identidad de Género en particular, y de modo extensivo, cualquier legislación que tenga por objeto regular el ejercicio de la medicina, práctica en la que en el “ojo clínico” es fundamental e irremplazable. Critican una formulación del concepto de autonomía del paciente que lo entienda como un individuo consumidor de bienes y servicios biotecnológicos, donde el criterio clínico no tendría entidad ni razón de ser:



La ley tampoco nos va a decir a nosotros cómo atender al paciente, ni decir cuál es el momento oportuno de indicar tal estudio, o cuál es el momento de darle o no darle la aprobación para operarse, o decirle cuándo no puede realizar tal tratamiento. Todo lo que vos tenés, o todo lo que el médico hace tiene indicaciones, contra indicaciones, efectos adversos, etc. (...) Entonces, hay un montón de cuestiones que contraindican, por más que haya una Ley, hay cuestiones médicas. (...) la gente cree que como en el papel dice “a mí me tienen que dar...” y de repente el médico es un quiosquero que se planta ahí y viene el paciente y le dice: “deme esto, deme lo otro” (...) vos como médico no existís y no tenés ningún rol (M., endocrinólogo).

La pregunta que emerge al abordar los tres desplazamientos discursivos en el marco de los tratamientos médicos de construcción corporal trans es ¿Hasta qué punto la autoridad médica se ve reconfigurada a la luz de estas transformaciones discursivas? Al respecto cabe decir que las demandas del activismo local y global al campo médico tienen la potencialidad de desestabilizar las certezas de los y las profesionales de salud y promover una revisión crítica de sus propias prácticas.

Reflexiones finales

En el presente trabajo se analizó la recepción de la Ley de Identidad de Género por parte de profesionales de la salud del Área Metropolitana de Buenos Aires especializados en salud trans. Se identificaron una serie de mutaciones discursivas en los criterios de ingreso y evaluación de resultados en tratamientos hormonales y quirúrgicos en personas trans a partir de la aprobación de la Ley de Identidad de Género. Se analizaron las principales mutaciones discursivas identificadas, respecto a los criterios clínicos previamente vigentes en el campo médico: del diagnóstico al acompañamiento, del protocolo a la personalización-customización y de la minimización del riesgo al cálculo costo-beneficio. Dichas mutaciones se dieron en el marco de la aprobación de la Ley de Identidad de Género argentina, que desjudicializa y despatologiza el acceso a los tratamientos médicos de construcción corporal para personas trans. También se ubican como factores explicativos de dichas mutaciones discursivas los cambios en los manuales diagnósticos de circulación global, así como el avance en la adquisición de derechos por parte las personas LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y trans) y la progresiva visibilidad de las demandas de los colectivos trans en el espacio público local.

Las mutaciones discursivas identificadas plantean una serie de interrogantes respecto al modo en que el discurso de la escucha de las necesidades de los/as pacientes en



términos de cuidado y acompañamiento puede plasmarse efectivamente en las prácticas médicas, o si se trata de adecuaciones discursivas a las demandas de los colectivos activistas del campo local y global. El reclamo de los/as profesionales es el de ser reconocidos como expertos/as en su quehacer profesional, y no como meros “expendedores” de hormonas y cirugías. La vigencia de la Ley de Identidad de Género legitima las demandas del activismo de pacientes en general, y del activismo trans en particular. No obstante, las transformaciones en las prácticas del campo médico requieren de un constante diálogo entre organizaciones, pacientes y profesionales en el marco de políticas públicas direccionadas en ese mismo sentido.

Notas

¹ Instituto de Investigaciones Gino Germani

Universidad de Buenos Aires

anahifarji@hotmail.com

Referencias

Barbosa, B. C. Imaginando trans: saberes e activismos em torno das regulações das transformações corporais do sexo. Tesis de Doctorado no publicada. Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Brasil, 2015.

Bento, B. A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual. Garamond: Rio de Janeiro, 2006

Berkins, L. Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros, Buenos Aires: ALITT, 2007.

Berkins, L. y Fernández, J. La gesta del nombre propio: Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina. Buenos Aires: Ed. Madres de Plaza de Mayo, 2005.

CabraL, M. (Post scriptum. In: Berkins, L. Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros. Buenos Aires: ALITT, p. 140-146, 2007.

Coll-Planas, G La policía del género. In: MISSÉ, M. y Coll-Planas, G. (Eds) El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad. Barcelona: Egales, p-55-67, 2010.

Dean, M. Risk, Calculable and Incalculable. *Soziale Welt* v. 49, p. 25-42, 1998.

Di Segni, S. Sexualidades. Tensiones entre la psiquiatría y los colectivos militantes. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2013.



Farji Neer, A. Fronteras discursivas: travestismo, transexualidad y transgeneridad en los discursos del Estado argentino, desde los Edictos Policiales hasta la Ley de Identidad de Género. Tesis de Maestría no publicada. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Maestría en Investigación en Ciencias Sociales, Argentina, 2013.

_____. Sentidos en disputa sobre los cuerpos trans: los discursos médicos, judiciales, activistas y parlamentarios en Argentina (1966-2015) Tesis de doctorado no publicada. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Doctorado en Ciencias Sociales, Argentina, 2016.

Foucault, M. ¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina? In: Estrategias de poder. Barcelona: Paidós, 1999, p. 343-361.

Frieder, K. y Romero, M. Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina. Buenos Aires: Fundación Huésped y Asociación de Travestis, transexuales y transgéneros de Argentina, 2014.

Hausman, B. Changing Sex: Transsexualism, Technology, and the Idea of Gender. Durham: Duke University Press, 1995.

Ortega Arjonilla, E. et al. Discurso activista y estatus médico de lo trans: hacia una reconfiguración de cuidados y diagnósticos". In: Pérez Sedeño, E. y Ortega Arjonilla, E. (Eds) Cartografías del Cuerpo. Biopolíticas de las ciencias y la tecnología. Valencia: Ediciones Cátedra, p. 521-567, 2014.

Pragier, U. M. Trastorno de identidad de género (TIG), un enfoque integral. Revista de la Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva, v. 18, n2, p.45-56, 2011.

Suess, A. Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales. In: Missé, M. y Coll-Planas, G. (Eds.) El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad. Barcelona: Egales, p. 29-54, 2010.



El paradigma de la promoción de salud y la responsabilidad individual: las mujeres en la mira

Franco González Mora¹
Marcia Barbero Portela²

Resumen

En la salud pública actual se impuso una nueva ética que asigna responsabilidad creciente a los individuos en el cuidado y mantenimiento de sus cuerpos.

Indagar sobre los significados que los individuos atribuyen a las enfermedades crónico-degenerativas es relevante, en tanto éstas suelen acompañarlos en el curso de su vida y, de alguna u otra forma, suponen cambios de importancia en su vida cotidiana. En la actualidad, gran parte de la morbilidad y mortalidad prematura por enfermedad cardiovascular es prevenible. Ahora bien, la mera información sobre los riesgos o los factores protectores no son suficientes para el cambio de prácticas y hábitos. Es por ello que, en ocasiones, diversas acciones de salud pública, tanto en prevención como en promoción, registran bajos niveles de efectividad.

El estudio buscó conocer las percepciones de las mujeres adultas (25 a 64 años) sobre los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y los incentivos y barreras para adoptar estilos de vida saludables, mediante grupos de discusión.

La investigación abre el camino para conocer por qué los individuos no adoptan las recomendaciones médicas, tanto en relación con la prevención como con el tratamiento. La interpretación que hacen las personas sobre la enfermedad determina -en parte- las conductas que asumen en torno a ella. Se busca contribuir a desarticular la linealidad entre la información y los cambios de práctica, sacando a luz posibles barreras, resistencias y retraducciones. Los resultados permiten problematizar el enfoque de promoción de la salud predominante en la salud pública contemporánea.

Palabras claves

Salud pública-mujeres-salud cardiovascular

Introducción

En la actualidad las Enfermedades No Transmisibles (en adelante ENT) son identificadas, como uno de los principales problemas de salud pública de mayor relevancia a nivel mundial. Ellas se asocian con el origen de la mayor parte de los problemas de salud de las personas que además incrementan sus necesidades



asistenciales. En casi todas las sociedades actuales las personas viven más años en comparación con generaciones anteriores, pero ello no se ha correspondido con un aumento de los años vividos sin discapacidad, puesto que las consecuencias fisiológicas que generan las ENT pueden afectar seriamente la autonomía física y la salud mental de las personas.

Existe un patrón de desigualdad asociado a factores demográficos, sociales, culturales, económicos (edad, género, nivel socioeconómico, entre otros). A modo ilustrativo, la enfermedad isquémica del corazón es una de las principales causas de muerte entre las mujeres a partir de los 45 años. Las mujeres con enfermedades coronarias, en comparación con los hombres, tienen menos probabilidad de recibir una consulta cardiológica de urgencia y mayor probabilidad de muerte en el primer año luego de un infarto agudo de miocardio (en adelante IAM). Los hombres son dos veces más diagnosticados de IAM en comparación con las mujeres. Ello se explica en parte debido a la baja asociación que hacen los profesionales de la salud y la población en general entre la condición de mujer y la posibilidad de padecer una enfermedad coronaria. (Soto Morales, 2007)

En Uruguay las ENT son responsables del 60% de las muertes y del 62% de las muertes entre los 30 y los 69 años (mortalidad precoz)³. Al año 2000 la mortalidad por causas asociadas al sistema circulatorio según sexo daba cuenta de una situación similar a la de los países de la región: una mayor prevalencia en el caso de los varones⁴. No obstante, tal como ocurre en la región, ello se ha ido modificando en el transcurso de los años. A partir del año 2010 se registra un descenso más pronunciado en la tasa de los varones, lo que marca un incremento de la brecha por sexo (en perjuicio de las mujeres) que se mantiene hasta el último dato disponible (2015)⁵. Asimismo, en los últimos años, se ha reducido la brecha de género -también en detrimento de las mujeres- en aquellos factores considerados de riesgo para las ENT: tabaquismo, consumo problemático de alcohol, consumo excesivo de sal y grasas saturadas, entre otros⁶.

La indagación en torno a los significados que los individuos atribuyen a las ENT es especialmente relevante, en tanto éstas suelen acompañarlos en el curso de su vida y pueden suponer alteraciones en su vida cotidiana. Desde el campo de la salud existe una firme convicción acerca de que estas enfermedades pueden prevenirse a través de acciones de promoción de la salud y que el tratamiento oportuno contribuye a mitigar sus impactos.



La evidencia disponible muestra que las pautas de comportamiento y estilos de vida de las personas son importantes al momento de identificar los factores de riesgo de estas enfermedades. Ahora bien, está ampliamente documentado de que la mera información sobre los riesgos o los factores protectores no son suficientes para el cambio de prácticas y hábitos. Es por ello que, muchas veces, diversas acciones de salud pública basadas en la difusión de información registran bajos niveles de efectividad.

Por otra parte, el nuevo paradigma de la salud pública tiende a correrse de la noción de salud colectiva y a recaer fuertemente en el sujeto individual. Este sujeto es concebido como racional, capaz que decodificar la información que le brinda tanto el personal de salud como a la que accede mediante campañas de promoción o prevención. Se da por supuesto que las personas, una vez que cuenten con la información científica adecuada, serán capaces de tomar decisiones dilucidando lo mejor para su salud individual en base a un cálculo racional costo-beneficio. En este sentido, es posible problematizar el paradigma actual en torno a la salud pública como un mecanismo más, entre otros, de control social. (Petersen y Lupton, 1996).

No obstante, salud y enfermedad son concepciones socialmente construidas y las percepciones de bienestar que tienen las personas están atravesadas por significados culturales y sociales. En tal sentido, este estudio buscó contribuir a desarticular la linealidad entre acceso a más y mejor información y el cambio de prácticas, sacando a luz posibles barreras, resistencias y re-traduccionas de las nociones que adoptan las personas en torno a la salud y la enfermedad. Abordar estos temas mediante enfoques cualitativos permite adentrarse en la vivencia subjetiva de la salud y la enfermedad y explorar las posibles barreras u oportunidades para la adopción de prácticas de cuidado de la salud.

Metodología

La investigación de la que aquí se da cuenta tuvo como propósito comprender los procesos de cambio en torno a la salud de las mujeres, buscando generar insumos para el diseño de acciones que consideren la perspectiva del actor y el marco en el que desarrolla sus prácticas.

Se conformó un equipo multidisciplinario integrado por sociólogos y profesionales de la medicina familiar y comunitaria. El trabajo de campo de la investigación se llevó a cabo en el año 2016 en la ciudad de Montevideo. El objetivo del estudio fue conocer las



representaciones de las mujeres adultas (25 a 64 años) en relación a su salud cardiovascular.

Se optó por un estudio de corte cualitativo adoptando la técnica de grupos de discusión. Se realizaron grupos de discusión con mujeres adultas (entre 25 y 64 años) residentes en Montevideo y de nivel educativo bajo y alto. Las mujeres convocadas se dispusieron a participar y autorizaron el uso de la información mediante la firma de un consentimiento informado. Los grupos fueron grabados, transcritos y procesados en un software para el análisis cualitativo de datos. La investigación cualitativa abre el camino para conocer de manera holística por qué los individuos no adoptan las recomendaciones médicas, tanto en relación con la prevención como con el tratamiento.

Análisis

A partir del análisis de las representaciones de las mujeres montevideanas en torno a su salud cardiovascular se identificaron una serie de elementos que resulta necesario considerar a la hora de (re) pensar las diversas acciones de educación para la salud, promoción de la salud y prevención de enfermedades. En esta sección se introducen algunos aspectos clave que surgieron de los grupos de discusión realizados en la investigación.

Centralidad de la vida cotidiana

El mundo de la vida cotidiana de las personas parece adquirir importancia central como ámbito para problematizar las prácticas asociadas a la salud. Las prácticas que generan gratificación y/o tienen el propósito de simplificar aspectos de la vida diaria se sostienen mediante pautas, consensos y contratos implícitos entre la persona y su entorno más cercano, tanto sea en la familia, en el trabajo o en cualquier otro ámbito de sociabilidad cotidiana. La disposición a revisarlas y modificarlas implica la búsqueda de consensos en cada uno de esos ámbitos y con cada una de las personas o grupos que los conforman. Esta búsqueda de consensos implica muchas veces confrontar intereses y motivaciones entre quienes integran esos espacios. Estos procesos de negociación para la revisión y el cambio de prácticas y de pautas de convivencia ocurren entre personas con diferentes capacidades y recursos (de poder) para incidir en el grupo, sea este la familia, el grupo de pares o en el entorno laboral.

En el caso de la familia, resulta clave considerarla como un espacio en el que se aprenden conductas relacionadas con la salud, en el que se definen y se implementan estrategias para su cuidado y en el que se puede generar las condiciones para la



evitación o precipitación de la enfermedad. Ello se torna aún más evidente con la presencia de niños y niñas en la familia, dado que, en ocasiones, por ejemplo, provoca en los adultos la necesidad de revisar ciertas prácticas asociadas a estilos de vida (hábitos alimentarios, consumo de tabaco, consumo de alcohol, ejercicio físico, entre otros).

La dimensión económica y el uso del tiempo

Las decisiones en torno a la salud están condicionadas por la disponibilidad de recursos, tanto económicos como de tiempo. La investigación muestra que en algunos casos ambos aspectos son indisolubles. Ciertas estrategias vinculadas al cuidado de la salud e incluso a la atención médica, implican “costos” que algunas mujeres no están en condiciones de afrontar. Al margen de si la idea asociada al alto costo económico que conlleva adoptar estilos de vida más saludables se corresponde o no con datos empíricos, lo importante es subrayar que es una noción muy impregnada en el relato de las mujeres, especialmente entre las de nivel educativo bajo.

A ello se suma la persistencia de arreglos familiares y estrategias domésticas de uso del tiempo que reproducen los roles de género tradicionales. Las mujeres son identificadas como importantes proveedoras de cuidado y atención de salud en el ámbito familiar y esta realidad puede en ocasiones condicionar sus decisiones en relación a la atención y cuidado de su propia salud. Ello va en línea con la evidencia sobre la baja predisposición de las mujeres al tratamiento oportuno de los síntomas de enfermedades coronarias cuando se encuentran en ciertos contextos sociofamiliares. Esto es, la presencia de hijos menores, la inexistencia de redes de cuidado a las que acudir y/o una participación a tiempo completo en el mercado de empleo.

Perspectiva de género

El estudio evidencia la relevancia de las relaciones sociales de género -especialmente en el ámbito familiar- para dar cuenta del tipo de experiencia de las personas en torno al cuidado y atención de su salud. La multiplicidad y superposición de tareas y responsabilidades, el déficit de tiempo y los altos niveles de estrés que tales situaciones generan, repercuten en las prácticas de cuidado de la salud adoptadas por las mujeres, así como en la disposición y viabilidad para modificarlas. El recurso “tiempo”, es decir, las horas disponibles para diversas actividades que conforman la trayectoria vital de las personas, se ha transformado en un bien altamente cotizado, que pasa a administrarse en función de las prioridades asignadas a responsabilidades y proyectos de vida. Sin



embargo, la administración de este recurso, en general, adquiere connotaciones y dimensiones muy distintas según se trate de adultos varones o mujeres en el ámbito familiar. En el caso de las mujeres, surge con énfasis la necesidad de articular la vida profesional y académica con las actividades domésticas y el cuidado de los demás integrantes del hogar.

Por otra parte, las valoraciones sobre determinadas afecciones, dolores y/o síntomas orgánicos y su asociación -o no- con una enfermedad, reviste elementos que responden a estereotipos de género. Las enfermedades cardiovasculares son un claro ejemplo de ello, dada la predisposición tanto a nivel de la comunidad como de los profesionales de la salud de asociarlas con los varones. Asumiendo, como se hace aquí, una perspectiva que atribuye relevancia a la forma en que las personas perciben, evalúan y actúan en relación a su salud, la dimensión de género adquiere una preponderancia significativa.

Las construcciones sociales en torno a la salud y la enfermedad

En Uruguay, a pesar de que las mujeres manifiestan conocer los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares (así como sus síntomas y los comportamientos de prevención), tienden a subestimar la enfermedad. Una encuesta realizada en el año 2014 mostró que sólo una minoría de mujeres identifica a las enfermedades cardiovasculares como un problema de salud importante que las afecta, pese a que tres cuartas partes de las encuestadas afirma haber accedido a información sobre las enfermedades del corazón. El estudio arroja que, casi dos tercios de las mujeres calificaron como falsa la aseveración de que las enfermedades del corazón son la principal causa de muerte entre las mujeres. Asimismo, un porcentaje similar (60%) expresó no sentir preocupación en padecer una enfermedad del corazón. Aunque iello se advertía también en otros países de la región, las uruguayas subestimaban el problema en mayor medida (Artucho, 2014).

Estudios sociológicos (Boltanski, 1975) han demostrado que la aptitud para entender, identificar y expresar los mensajes corporales (sensación como síntoma) también dependen de la capacidad para verbalizarlos, en tanto las sensaciones mórbidas no pueden expresarse sin lenguaje. En ello juega un papel relevante las desigualdades de clase. Del mismo modo, la percepción y valoración de las prestaciones en salud están determinadas por expectativas, experiencias pasadas, cercanía social al mundo intelectual sanitario, a la cultura y por la propia frecuencia en el intercambio con médicos y personal sanitario.



En esta línea, se es especialmente relevante reconocer que las representaciones, creencias y mitos en torno a la salud y la enfermedad se posicionan a un nivel similar a la medicina científica como orientador de prácticas. Las construcciones colectivas en torno a la salud y la enfermedad orientan las prácticas y acciones diagnósticas y terapéuticas de las personas, desde la codificación de signos y síntomas hasta la adopción de estilos de vida y hábitos que pueden ser más o menos saludables.

Consideraciones finales

En la salud pública actual se impuso una nueva ética que asigna responsabilidad creciente a los individuos en el cuidado y mantenimiento de sus cuerpos.

Indagar sobre los significados que los individuos atribuyen a las enfermedades crónico-degenerativas es relevante, en tanto éstas suelen acompañarlos en el curso de su vida y, de alguna u otra forma, suponen cambios de importancia en su vida cotidiana. En la actualidad, gran parte de la morbilidad y mortalidad prematura por enfermedad cardiovascular es prevenible. Ahora bien, la mera información sobre los riesgos o los factores protectores no son suficientes para el cambio de prácticas y hábitos. Es por ello que, en ocasiones, diversas acciones de salud pública, tanto en prevención como en promoción, registran bajos niveles de efectividad.

El estudio buscó conocer las percepciones de las mujeres adultas (25 a 64 años) sobre los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y los incentivos y barreras para adoptar estilos de vida saludables, mediante grupos de discusión.

Se identificaron una serie de factores que se torna relevante considerar a la hora de (re)pensar acciones vinculadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Entre ellos, destacamos aquí la centralidad que adquiere el mundo de la vida cotidiana, la dimensión económica y el uso del tiempo, las relaciones sociales de género y las asimetrías de poder al interior de las familias, y por último la necesidad de tomar en consideración las construcciones sociales en torno a la salud y la enfermedad.

La investigación abre el camino para conocer por qué los individuos no adoptan las recomendaciones médicas, tanto en relación con la prevención como con el tratamiento. La interpretación que hacen las personas sobre la enfermedad determina -en parte- las conductas que asumen en torno a ella. Se busca contribuir a desarticular la linealidad entre la información y los cambios de práctica, sacando a luz posibles barreras, resistencias y retraducciones. Los resultados permiten problematizar el enfoque de promoción de la salud predominante en la salud pública contemporánea.



Notas

¹francodel79@gmail.com

²marcia.barbero@gmail.com Unidad de Sociología de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay

³Informe Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles. MS 2013

⁴ La tasa por sexo era de aproximadamente 307 fallecidos cada 100.000 varones y de 303 fallecidas cada 100.000 mujeres según datos sobre mortalidad del Ministerio de Salud.

⁵ En el año 2015 la tasa de mortalidad por causas del sistema circulatorio según sexo era de aproximadamente 242 cada 100.000 varones y de aproximadamente 259 cada 100.000 mujeres.

⁶ Para el caso uruguayo, consultar Informes de la Primera y Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de

Bibliografía

Boltanski, L. (1975). Las clases sociales y el cuerpo. Los usos sociales del cuerpo. Edición Rio de Janeiro: Graal, 1984

Herzlich, C. (1988). De ayer a hoy: construcción social del enfermo. Cuadernos Médico Sociales, (43), 21-31.

Lupton, D.; Petersen, A. (1996) The New Public Health: Health and self in the age of risk. SAGE Publications. Inc.

Lupton, D. (2012). La medicina como cultura. La enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales. Antioquía: Editorial Universidad de Antioquia.

Zola, I.K. (1972). La medicina como institución de control social. En: De la Cuesta, C. (Comp.) Salud y enfermedad: lecturas básicas en sociología de la medicina. Antioquía: Universidad de Antioquía.



O itinerário de mulheres indígenas Kaingang no Processo Saúde Doença

Alice do Carmo Jahn¹
Gabriela Manfio Pohia²
Ethel Bastos da Silva³
Adilson Policena⁴
Antônio Joreci Flores⁵

Resumo

Este estudo tem como objetivo conhecer e analisar os itinerários percorridos por mulheres indígenas Kaingang no processo saúde/doença.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória de abordagem qualitativa, com 36 mulheres Kaingang. Os dados foram coletados através de entrevistas, dinâmicas que problematizaram sobre o tema e observação participante. Para a análise dos dados, utilizaram-se referenciais metodológicos das ciências sociais e saúde coletiva, bem como da análise de conteúdo de Bardin.

Resultados

No itinerário terapêutico as interlocutoras foram unânimes e expressaram que buscam ajuda do 'Kuiã,' e no serviço de saúde existente na aldeia.

Conclusão

As informações que as mulheres Kaingang trouxeram e adotam no processo saúde doença, aponta elementos com direcionamentos aos profissionais na cultura envolvente, para debater e dialogar na perspectiva da valorização das práticas terapêuticas indígenas. A troca de saberes poderá potencializá-los na aplicabilidade nos campos do saber local tradicional com o saber biomédico.

Palavras chaves

Mulher kaingang, cultura, enfermagem; saúde, território.

Introdução

Segundo o último Censo do (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE],2010), há no país 896,9 mil indígenas, 305 etnias, falam 274 línguas diferentes e metade da população é constituída por mulheres. São pessoas que compõe uma diversidade cultural com diferentes formas de organização social, política e econômica que marcam suas especificidades e definem a dinâmica de vida. Entre os povos indígenas encontra-



se o Kaingang, pertencente a língua Jê, fazendo parte do grande tronco macro-jê (D'Angelis, 2012).

Os indígenas Kaingang estão entre os cinco povos mais populosos no país com uma população de 37. 470 mil pessoas (IBGE, 2010). Habitam em Terras Indígenas (TI) demarcadas pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), em acampamentos as margens de rodovias e centros urbanos. São localizados nos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (RS). Nesse Estado, são aproximadamente 18.000 indígenas, sendo que a visibilidade quantitativa é formada pelos Kaingang, situados principalmente ao norte e noroeste gaúcho, territórios adjacentes a Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Campus de Palmeira das Missões-RS.

A referida Universidade vem buscando investir nas potencialidades regionais com inserções de professores e estudantes em atividades de: ensino, pesquisa, extensão, espaços caracterizados pela diversidade sociocultural e étnica. Um dos vínculos vem acontecendo com atores sociais da Terra Indígena Inhacorá - RS/ Brasil, pertencente ao município de São Valério do Sul-RS, desde o ano de 2016, mediante um programa de pesquisa-ação ainda vigente.

Em sua trajetória o povo Kaingang sobreviveu a diferentes desafios entre os quais, a expropriação de seus territórios que gerou profundos impactos no quadro sanitário. Na atualidade o assunto configura como uma das prioridades nas reivindicações dos indígenas ao Estado. Com o aldeamento os territórios foram cada vez mais delimitados, e mais pessoas passaram a circular num mesmo espaço, impondo aos indígenas, a necessidade de ressignificar suas práticas tradicionais. Essa nova conformação incide e pode ser observado na escassez de ervas e plantas para diferentes usos, carência de alimentos, matéria-prima para confeccionar o artesanato entre outros elementos que fazem parte da cultura desse povo (Jahn, et al 2017).

Abordar o assunto saúde com mulheres Kaingang, é necessário conhecer os elementos que assumem importância e norteia a vida do seu povo, os saberes tradicionais, as escolhas no processo saúde doença. Os itinerários terapêuticos permitem compreender os caminhos e práticas adotados por indivíduos e coletividades diante das condições culturais, sociais e políticas disponíveis para o cuidado no processo saúde doença (Baniwa, 2006).



Na organização social, os Kaingang seguem as bases cosmológicas do início formador em sistema de metades clânicas: Kamé e Kairu. As metades simbólicas identificam homens e mulheres que norteiam a formação das pessoas e as relações de parentesco. Nas famílias, os casais desempenham papéis que estruturam e organizam a dinâmica de vida e coletividade. Na cultura Kaingang, os homens estão à frente das articulações e decisões sociopolíticas, porém, esse fato, não significa que as mulheres são excluídas do processo. Pelo contrário, desempenham “papéis essenciais na organização social e econômica, como também, na estreita participação das decisões políticas” (Claudino, pg.43).

As mulheres indígenas exercem papéis centrais também na estrutura e dinâmica social, com afazeres e responsabilidades dentro e fora de sua aldeia. Articulam-se reivindicando seus direitos e de seu povo nas instâncias de controle social. Entre eles, buscam uma atenção diferenciada na saúde assegurada na Constituição Brasileira de 1988, que reconheceu entre outros elementos, o direito das pessoas indígenas a sua cultura e medicina. Porém o que está preconizado na Carta Magna está longe do desejo dos indígenas. No que tange a saúde, em especial da mulher Kaingang, o assunto é pouco abordado na literatura, e quando problematizada, vem descontextualizada da cultura e as especificidades que as envolvem.

Assim, para fins da pesquisa elaborou-se o seguinte questionamento: Qual o itinerário adotado por mulheres indígenas Kaingang no processo saúde doença? O objetivo consiste em conhecer e analisar o itinerário de mulheres indígenas Kaingang da Terra Indígena Inhacorá-RS (Brasil) no processo saúde doença. Na sequência é apresentado alguns elementos teóricos sobre a cultura e saúde Kaingang.

Sobre os Kaingang: algumas informações

Estudos sócio históricos indicam que o povo Kaingang é habitante milenar do Brasil Meridional. Povoaram uma vasta região que se estendia nos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Também possuíam aldeias na Província de Misiones, na Argentina, onde eram chamados de Tupis (Becker, 1995; Ambrosetti, 2006). Eram regiões cobertas por densas florestas de araucária, de modo que o pinhão foi a base de sua alimentação durante o inverno, entressafras e estiagens. Praticavam a caça, a pesca e a agricultura, na atualidade a principal renda dos Kaingang provém da venda do artesanato.



O mito da origem Kaingang trata da divisão cósmica dos gêmeos Kamé e Kanhru, os ancestrais de seu povo que teriam sobrevivido a um dilúvio (Borba, 1908). A metade Kamé, está relacionado ao sol, ao ponto cardeal Oeste. Nas pinturas corporais os desenhos são em forma de riscos compridos, símbolos abertos (râ téi). Os Kanhru correspondem a lua, ao ponto cardeal Leste, e as pinturas são arredondas, em círculos e fechados (râ rôr) (Veiga, 2000; Rosa, 2005; Jahn, 2015).

Uma das principais formas de visualização do sistema dual acontece nas trocas matrimoniais. Nos casamentos não é permitido a união entre pessoa da mesma metade. As metades se complementam enquanto unidade social, mas também se opõem. Uma necessita da outra para dar continuidade a metade oposta (Silva, 2002). A dualidade não está presente só nas pessoas; ela permeia toda a natureza, as plantas, animais, o sol, a lua, pois, de acordo com a cultura do povo Kaingang, na natureza tudo se relaciona com as metades. Os indígenas da Terra Indígena Inhacorá (TI) buscam resgatar e revitalizar seus saberes e práticas tradicionais para que na saúde venha acontecer uma atenção equânime conforme a legislação preconiza (MS, 2002).

Saúde Indígena: elementos teóricos

No Brasil, a atenção à saúde aos povos indígenas teve como marco as missões religiosas unidas às políticas de governo. A primeira iniciativa do Estado na proposição de uma política de atenção à saúde indígena data de 1910, quando foi criado o Serviço de Proteção ao Índio (SPI), inserido no Ministério da Agricultura. A iniciativa justificava-se por se considerar os índios “num estágio infantil da humanidade”, mas, com possibilidades passíveis de evolução e integração social (PNASI, 2002, p.9; Jahn, 2015).

Os povos indígenas têm experimentado estilos de vida os quais se refletem no processo saúde-doença com impacto negativo, como a morbimortalidade, somando-se aos indicadores de renda, habitação e educação, entre outros.

Na evolução das políticas de saúde, diferentes órgãos e instituições responderam pela gestão e assistência aos povos indígenas. No entanto, destaca-se a importância da Reforma Sanitária Brasileira com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Mesmo ano que aconteceu a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena (CNPSI), a qual estabeleceu as bases para criação de um sistema específico e diferenciado para a atenção à saúde dos índios.



Os debates e articulações políticas tiveram impacto nas deliberações da Constituição Federal de 1988, na qual foi reconhecido o direito dos povos indígenas à saúde diferenciada, e inserida como um componente do Sistema Único de Saúde (SUS), órgão regulamentado na Lei Orgânica da saúde n. 8080/90 e na Lei complementar n. 8142/90. Para atender os preceitos legais foi proposto a criação de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em 1999, mais conhecido como Lei Arouca (Lei no 9.836/99).

A sistematização do modelo assistencial foi organizada mediante a estruturação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que no total são 34 no país sob a responsabilidade do governo Federal. Os DSEI têm como função organizar a rede de atenção básica dentro das terras indígenas de forma integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada com o SUS.

Vinculados aos DSEI encontram-se os Polos-Base, que são as primeiras referências na rede de atenção à saúde aos indígenas. Estes podem estar localizados dentro das Terras Indígenas ou nos municípios de referência. Foi preconizado que a atenção à saúde a população seja realizada por equipes multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), composta por médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, odontólogos, agente de saúde bucal, farmacêuticos, agentes indígenas de saneamento (AISAN), agentes indígenas de saúde (AIS) entre outros (PNASI, 2002).

A estrutura do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, estrutura interligada ao SUS, tem como propósito ampliar o acesso dos indígenas à atenção básica com serviços diferenciados, recursos humanos qualificados para atuar em contextos interculturais, em conformidade com as suas demandas em saúde. E quando necessário, são referenciados aos serviços de média e alta complexidade da população não indígena.

A metodologia da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva desenvolvida na Terra Indígena Inhacorá-RS, na qual foram analisados o itinerário de mulheres indígenas Kaingang no processo saúde doença. O local está estruturado em uma só aldeia. Possui 2.843,38 hectares e se localiza à margem direita do Rio Inhacorá, a 14 quilômetros da sede do município de São Valério do Sul, distante 443 quilômetros da capital do Estado-RS. Uma característica importante na aldeia, é ser habitada exclusivamente por indígenas Kaingang, o que há diferencia dos demais territórios habitados por índios desse grupo (Jahn et al, 2017).



Fizeram parte do estudo 36 mulheres indígenas, e os dados foram obtidos através de um instrumento semi-estruturado que norteou as entrevistas, as quais foram gravadas e transcritas. Foi usada a técnica de análise de conteúdo temático proposto por Bardin (2009), organizada em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento, inferência e interpretação dos resultados. Também foram realizadas duas dinâmicas com as mulheres indígenas, que de forma simbólica retrataram seus itinerários na saúde doença. As conversas informais e observações foram registradas em diário de campo. Não houve a necessidade de interpretes na coleta dos dados em função das mulheres serem bilíngues, falam o idioma Kaingang e o português.

A pesquisa respeitou todos os preceitos éticos das Resoluções, no_ 466/2012 e no. 304/2000 do Conselho Nacional de Pesquisa que envolve seres humanos e populações indígenas. Também seguiu a Instrução Normativa 01/1995/FUNAI/PRESI. O registro com o parecer da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), possui registro nº08620.010740/2018-04; Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 83865718.6.0000.5346 e Autorização de Ingresso em Terra Indígena nº 79/AAEP/PRES/2018.

O estudo foi desenvolvido no período que compreendeu de julho de 2018 a julho de 2019. A identificação das mulheres é feita pelo descritivo índia seguindo a ordem das entrevistas (índia 1, 2 e assim sucessivamente).

Resultados e discussões

Fizeram parte do estudo 36 mulheres indígenas Kaingang, com idade entre 18 e 45 anos, são bilíngues falam a língua Kaingang e a portuguesa. A maioria das mulheres possui ensino fundamental incompleto. Em relação ao estado civil das interlocutoras quase todas são casadas, e os relacionamentos perfazem de 02 a 43 anos. Possuem de 1 a 7 filhos. Na organização social do povo Kaingang é possível visualizar a manutenção e a presença de aspectos culturais, como se verifica em especial nos casamentos, que se baseiam nas metades clânicas: o Kamẽ e o Kanhru, os quais são respeitados e mantidos na TI da presente pesquisa.

Referente à religião, 21 indígenas referiram ser evangélicas, 13 católicas e 02 declaram não seguir nenhuma religião. Na TI existem atualmente três igrejas evangélicas, sendo que os seus administradores e pastores são indígenas. Não há estrutura física para os indígenas que são católicos. Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa conduzida por Jahn (2015) com os Kaingang da TI Serrinha/RS, onde foi identificada a



ausência de igreja física para os seguidores da religião católica, e também com predomínio das evangélicas, fenômeno cada vez mais observado nas aldeias. Destaca-se que os indígenas têm a liberdade em seguir uma religião sem interferência da liderança.

A renda das famílias indígenas provém de algumas frentes, especialmente da venda de artesanatos. Existem cultivos praticados pelos índios como meio de subsistência e produção, com destaque ao que os índios chamam de lavoura coletiva ou comunitária.

Outra modalidade são as roças familiares com o plantio de mandioca, milho, batata doce, abóbora, trigo, e alguns deles criam aves e suínos. Como fonte de renda a agricultura de subsistência, e existe a ocorrência de trabalhadores assalariados que realizam trabalhos diários para os não indígenas em outras cidades, principalmente nas atividades de colheita de maçã e em frigoríficos; ainda há trabalhadores indígenas junto a programas governamentais, além de aposentados e pensionistas.

Em relação às moradias, estas se assemelham às estruturas físicas dos não índios, algumas foram obtidas mediante o projeto do governo “Minha Casa Minha Vida”. Possuem energia elétrica, água encanada, mas com ausência de rede de esgoto e coleta seletiva de lixo. A comunidade tem como pontos de referência na educação duas Escolas, uma estadual e um Instituto.

Ao problematizar com as mulheres indígenas Kaingang o itinerário no processo saúde doença, as interlocutoras foram unânimes e expressaram que buscam ajuda do ‘Kuiã,’ e no serviço de saúde existente na aldeia. As indígenas lançam mão e possui ambos os sistemas de atenção como referência. Porém, é presente a significação cultural, guiada pela presença e intervenção do sábio Kaingang (Kuiã) que permeia o percurso das mulheres. A TI Inhacorá, é um dos poucos territórios no Estado do RS, que conta com a presença da figura do guia espiritual da tradição Kaingang, também chamado de ‘Curandor’, ‘Sábio’, ‘Pajé’, ‘Xamã’, entre outros.

O Kuiã desempenha um papel primordial na aldeia há mais de 40 anos. Período que vem acontecendo grandes festividades alusivas ao seu trabalho. Dada a sua importância, a programação faz parte do calendário dos Kaingang com data fixa. Há cerca de 20 anos, acontece no dia 6 agosto de cada ano. Tal fato se refere após o Kuiã ter tido um sonho, um prenúncio e assim foi fixada esta data, a qual é comemorada independente do dia da semana.



Os serviços prestados pelo Kuiã são relacionados à benzimentos e preparo de remédios para os indígenas, tanto para as crianças como para adultos e sem cobranças de dinheiro no momento do atendimento. Também são feitas orações e aconselhamentos. Depois do seu trabalho, é oferecida uma grande festa conforme mencionado anteriormente. É um ritual, uma forma de pagar as promessas feitas para os seus

‘JÁGRÉ’, que são os espíritos companheiros que intermediam na cura, assim como, na aquisição de remédios que o Kuiã oferece para as pessoas (Cipriano, 2015, p.24).

Esta atividade é muito valorizada pelos kaingang e ninguém se opõe quando são cobrados no dia 6 de agosto. Nesse dia, todos os que foram pedir a cura e os remédios efetivam pagamento com um certo valor em dinheiro, duas galinhas e dois foguetes para acordar o JÁGRÉ do Kuiã. O dinheiro serve para comprar os alimentos como pães que são muito consumidos pelos indígenas hoje para misturar na comida. Porém, só as pessoas que pediram a cura e os remédios é que cooperaram para a realização da festa. Geralmente todos são convidados para almoçar com o Kuiã, inclusive os não índios (Cipriano, 2015, p.24).

Segundo Baniwa (2006) “os povos indígenas organizam seus saberes a partir da cosmologia ancestral que garante e sustenta a possibilidade de vida. É a cosmologia que estabelece os princípios norteadores e os pressupostos básicos da organização social, política, econômica e religiosa” (Baniwa, 2006 pg,171).

Ao abordar com as mulheres Kaingang sobre saúde e seus itinerários, elas trouxeram os elementos que assumem importância e norteiam a cultura do seu povo, suas práticas tradicionais, para decidir e negociar o que envolve a comunidade nos cuidados. Os saberes e sistema da cultura marcam as especificidades dos diferentes grupos étnicos que permanecem vivas e têm sido transmitidas de geração em geração. Os dados expressos pelas mulheres foram reveladores do que permeia a vida na coletividade, as opções e adoção no itinerário no processo saúde doença no sistema Kaingang (Jahn et al, 2017).

O Itinerário das indígenas na saúde doença passa pela existência do Kuiã (curador), descrito como referência na comunidade conforme as expressões que seguem:

“ O curador cuida da nossa saúde, cuida das pessoas aqui na aldeia”(indígena 4).



“curador reza por nós, dá remédios que ele faz” (indígena 08). “eu fico doente, sou levada no Kujá, ele dá remédios, cuida das índias (indígena 17). “Ele o Kuja é muito importante, na casa dele sempre temos cuidados” (indígena 23).

“Nós valorizamos o Kujá, ele reza por nós, faz oração e dá remédios do mato” (indígena 28).

“quando as pessoas ficam doente vão no curador, ele cuida das pessoas (indígena 36).

Como se verifica, as mulheres buscam em seus itinerários terapêuticos ajuda do líder espiritual da aldeia, o Kuiã. A ele que recorrem sempre que necessitam de orientação ou intervenção em situações que venham interferir no bem viver e na saúde. As expressões das interlocutoras são semelhantes e se revestem de importância acerca da pessoa que acessam nos itinerários na saúde doença. Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa realizada por Vidal (2011) com índios da etnia Munduruku, no Estado do Pará-Brasil, que também mencionaram em seus itinerários terapêuticos as intervenções do pajé. “Buscam a cura no pajé e no puxador do peito, uma espécie de rezador e benzedor”.

As mulheres Kaingang trouxeram a quem recorrem em busca de ajuda na saúde doença não só nas interlocuções, mas também mediante ilustrações. O grupo realizou desenhos de suas moradias e muito próximo como referência, a casa do Kuiã. Chama atenção o colorido que imprimem em seus espaços e entornos de vida, a natureza onde tudo se relaciona, suas referências. Mais distante em seus esquemas as indígenas trouxeram o serviço de saúde, como se referem, o “postinho de saúde, o posto de saúde”.

Os dados mostram os elementos que envolvem e norteia o itinerário das indígenas na saúde doença, com destaque no saber da medicina no sistema Kaingang. Para os povos indígenas, a percepção de saúde doença deve estar em harmonia com a natureza, “razão pela qual o território é para eles algo sagrado e indispensável, e o “mal” (doença) chega quando essa harmonia é rompida” (Baniwa, 2006. pg, 176).

Assim ao falar sobre o Kujá “é muito delicado, pois estamos falando da espiritualidade Kaingang uma questão sagrada que nem tudo pode ser revelado, estão além do nosso saber, são conhecimentos que pertencem somente ao povo” (Biazi, 2014, p.19). Os conhecimentos de um Kujá só serão repassados a um novo líder espiritual, desde que este se comprometa em dar sequência aos ensinamentos junto ao povo. Mas não é ‘qualquer pessoa’ que assume a função, existem rituais que devem ser respeitados e



seguidos. Isso também se processa em relação ao saber sobre as plantas medicinais e seu uso (Jahn, 2015).

Estudo na etnologia Kaingang tem demonstrado que na prática xamânica desse povo, o Kuiã é a liderança espiritual responsável pelo bem-estar do grupo (Veiga, 1994, 2006; Crépeau, 1997, 2000; Silva, 2002; Rosa, 2005; Jahn, 2015).

O Xamanismo, como instituição, expressa as preocupações centrais da cultura e da sociedade, como a apreensão com o fluxo das energias e sua influência no bem-estar dos humanos. Consiste em entendê-lo como um sistema simbólico, cosmológico, que abrange o sociocultural e o ecológico, pensado a partir da coletividade e da concepção de mundo do grupo (Langdon, 1996).

O Kuiã não se envolve somente na cura, nos banhos com ervas e preparação de rituais. A ele é atribuído a visão com possibilidades de acessar planos sobrenaturais e de prever eventos futuros. Seu poder provém da capacidade de interlocuções com os espíritos, atuando como mediador entre o domínio dos seres vivos e dos mortos, animais e vegetais, humanos e não humanos.

O Xamã Kaingang, para Crépeau (1997;2002), estabelece dois tipos de saberes xamânicos: os 'guiados' e os 'não guiados'. Os saberes guiados correspondem às práticas assistidas por auxiliares não humanos — o tigre, a coruja, a onça, entre outros. Os saberes 'não guiados' incluem uma variedade de práticas, entre as quais o conhecimento fitoterápico ou referente aos 'remédios do mato' muito difundidos entre os Kaingang. São saberes não atribuídos a nenhum ser sobrenatural.

Para Silva (2002), as práticas curativas também revelam as relações entre os opostos. A doença origina-se fora do mundo social, ela também não provém da natureza, mas é no seu domínio que se localizam os poderes para preveni-la e curá-la. O vínculo entre o sistema xamânico e domínio da natureza, evidencia que as práticas curativas Kaingang também revelam as relações entre opostos, marcando para os indígenas a eficiência simbólica da conexão de princípios contrários, que organizam a vida social e política. "O poder dos remédios oriundos da natureza é potencializado na medida em que são usados, lado a lado ao mesmo tempo, dois componentes diversos, um considerado Kamé, o outro, Kainru-kré" (Silva, 2002, p.205).



Na cultura do povo Kaingang a transmissão dos saberes e ensinamentos são repassados de geração em geração pela tradição oral, perpetuando-se historicamente mediante essa prática. Na atualidade os índios estão buscando conhecimentos em Universidades, também como forma de registrá-los, para que os saberes tradicionais não sejam perdidos. Os indígenas relatam com frequência que os sábios das aldeias estão morrendo, e com eles parte da cultura. E se não ocorrer os registros, as futuras gerações poderão não conhecer os aspectos fundamentais do povo Kaingang (Biazi, 2014, p.19).

Na concepção dos povos indígenas Baniwa (2006) descreve duas maneiras de se contrair doenças: “por provocação de pessoas (feitas) e por provocação da natureza (reação)... “Não existe doença natural, biológica ou hereditária. Ela é sempre adquirida, provocada e merecida moral e espiritualmente. A saúde sim é natural, é a própria vida, uma dádiva da natureza, mas cuja manutenção depende de permanente vigilância e cuidado contra os espíritos maus da natureza. A doença, portanto, é o resultado da luta interna da natureza entre os espíritos “bons” e os espíritos “maus”. Neste último caso, enquadra-se o papel do pajé como profundo conhecedor dos segredos e das capacidades da natureza. Como tal, o pajé é uma espécie de intermediário entre os seres naturais e os sobrenaturais, desde a criação do mundo, quando os seres humanos e os não-humanos violaram as primeiras regras da natureza.

O Sistema de Saúde no itinerário das mulheres Kaingang

As mulheres indígenas em seus itinerários na saúde doença trouxeram como referência cultural, o líder espiritual (Kuiã) nas intervenções. Retrataram elementos que permeiam a existência em coletividade, a medicina tradicional, mas também, buscam o serviço de saúde existente na aldeia, comumente chamado pelos indígenas, ‘o postinho de saúde’, local que presta atenção para cerca de 1.300 pessoas.

Os profissionais que atuam na Unidade Básica de Saúde são: uma enfermeira, uma odontóloga, três técnicos de enfermagem, três agentes indígenas de saúde (AIS), dois agentes indígenas de saneamento (AISAN), uma funcionária de serviços gerais e quatro motoristas. No momento de parte da coleta dos dados da pesquisa havia um médico cubano. Observa-se que a quase totalidade dos profissionais que prestam cuidados as mulheres não são indígenas, o que é uma realidade em muitas aldeias do Estado do RS.



A configuração de uma equipe com preparo para atuar em contexto intercultural, é fundamental e poderá impactar na atenção à saúde. Trazer informações na perspectiva das mulheres no itinerário terapêutico, aponta oportunidades e direcionamentos aos profissionais na cultura envolvente, para dialogar e fazer a diferença nas práticas culturais e suas interfaces.

Destaca-se que na historicidade o espaço da presente pesquisa traz elementos que envolvem uma realidade complexa, tendo como motivação a disputa de terras entre índios e agricultores. O território passou por mudanças significativas na sua configuração com o processo de expropriação, (re) demarcação das Terras Indígenas, o que conseqüentemente deixou resquícios da passagem de uma cultura para outra. Isso impôs aos Kaingang desafios e necessidades de outras experiências e adaptações culturais (Jahn et al, 2017).

Nas interlocuções as indígenas disseram que também acionam em seus itinerários terapêutico o sistema formal de saúde, incorporando as condutas biomédicas e medicamentosas. As medidas preventivas foram destacadas e pautadas nos 'exames citopatológico', 'exames das mamas' e de 'pré-natal, com a indicação para os 'partos cesáreos'. Para as mulheres, a referência que dispõem na cultura Kaingang, somam-se as do sistema formal de saúde, o qual presta assistência e realiza encaminhamentos aos serviços pré-determinados da rede como segue as expressões:

“Aqui nós temos o postinho de saúde, lá dão remédio para nós” (indígena 04). “No postinho as enfermeiras atendem as mulheres, fazem o exame preventivo (indígena 14).

“Lá o médico receita os remédios (indígena 21). Eu fui lá, “eu fui no postinho, a enfermeira fez o preventivo, a gente se cuida” (indígena 26).

“Eles vão cuidar né, fazer exame preventivo” (indígena 32).

O fato das interlocutoras trazerem em seus itinerários o uso do sistema biomédico, não significa que estão abrindo mão da medicina da cultura. A (as) escolha das mulheres acontece por ambos os sistemas (tradicional e o biomédico) que acessam e caminham paralelamente com os saberes Kaingang. Para quem não possui informações a respeito dessa etnia, poderá fazer inferência que o sistema da cultura não tem eficácia. Porém o que envolve a discussão, é o fato dos saberes não dialogarem tornando complexo e distante uma atenção à saúde aos indígenas de forma 'diferenciada'.



O itinerário das mulheres no processo saúde doença vincula-se a medidas preventivas, o que é um avanço importante, e devem ser disseminadas entre elas com trocas de saberes na construção compartilhada de cuidados, perspectivando caminhos mais acolhedor e equânimes na atenção à saúde. A atenção à saúde as indígenas que é visualizada no sistema oficial, limita-se a procedimentos técnicos, uso de tecnologias duras, abordagem centrada na doença e na queixa conduta de profissionais. Conhecer a cultura do 'outro' deveria transcender os elementos biológicos, sem reforçar medidas focadas na doença, na tecnificação de procedimentos como rotina terapêutica.

Neste sentido, no campo da saúde doença, os povos indígenas sempre possuíram suas concepções e formas próprias de tratamento e cura. Mas no contato interétnico, conheceram a medicina dos brancos, centrada no uso de medicamentos, uso de tecnologias, na concepção de doença como algo biológico que é materializado e expresso no saber da biomedicina (Baniwa, 2001 Pg, 177).

Estudos na antropologia questionam a dicotomia cartesiana e apontam a insuficiência da tecnologia biomédica nas ações em saúde-doença voltada aos indígenas. O paradigma hegemônico apresenta contornos fragmentados, com escopo que não contempla a biodiversidade étnica, cultural e o reconhecimento dos saberes indígenas. As discussões também se fazem quanto à abordagem de profissionais que não consideram no seu fazer, o contexto social e cultural dos indígenas, que muitas vezes expressam atitudes etnocêntricas.

As construções das experiências que cada grupo desenvolve e os eventos que permeiam o mundo social e cultural propiciam a emergência de arranjos próprios de cuidados à saúde. Nessa direção, Kleinman (1980) auxiliaram a compreensão ao propor o Sistema de Cuidado à Saúde como sistema cultural. Para o autor supracitado, o Sistema de Cuidado à saúde é apreendido como um conjunto de todos os elementos e arranjos de uma sociedade que se relaciona aos saberes e práticas no processo saúde, doença e cura.

Segundo Kleinman, Eisenberg e Good (1978) e Kleinman (1980), a experiência da doença é moldada culturalmente, o que determina a forma como é percebida e são realizados os enfrentamentos para superá-la. A proposta de Kleinman (1980) é de pesquisar a realidade social do indivíduo doente. Também desta que os sistemas de cuidados à saúde são constituídos pela interação entre três setores diferentes: o profissional, o folk e o popular, os quais vinculariam normas, condutas específicas e as



crenças, legitimando as alternativas terapêuticas. Em cada um desses setores, a doença é percebida e interpretada de maneira diferente, e, do mesmo modo, as formas de cuidado.

Considerações gerais

Neste artigo buscou-se conhecer e analisar os itinerários percorridos por mulheres indígenas Kaingang no processo saúde/doença. O foco da análise possibilitou compreender inicialmente o modo de vida das indígenas que incide na organização social enquanto grupo étnico. No itinerário terapêutico as interlocutoras foram unânimes e expressaram que buscam ajuda do 'Kuiã, '. A ele que recorrem sempre que necessitam de orientação ou intervenção em situações que venham interferir no bem viver e na saúde. Disseram também que acionam o sistema formal de saúde, incorporando as condutas biomédicas e medicamentosas. Buscam incorporar as medidas preventivas pautadas nos 'exames citopatológico', 'exames das mamas' e de 'pré-natal,

Conhecer a cultura do 'outro' deveria transcender os elementos biológicos, sem reforçar medidas focadas na doença, na tecnificação de procedimentos como rotina terapêutica. As informações que as mulheres Kaingang trouxeram e adotam no processo saúde doença, aponta elementos com direcionamentos aos profissionais na cultura envolvente. A troca de saberes poderá potencializá-los na aplicabilidade nos campos do saber local tradicional com o saber biomédico.

A partir do exposto, almejar o encontro na troca de conhecimentos culturais deveria estar no centro das reflexões na formação de recursos humanos, em especial os da saúde. Os dados desta pesquisa se limita a um grupo de mulheres indígenas da Terra Indígena Inhacorá, portanto não se aplica a todo etnia Kaingang. A diversidade cultural também se encontra entre um mesmo povo e não permite generalizações.

Notas

¹ jahnalice@gmail.com UFSM – Brasil

² gabimanfioo@gmail.com UFSM - Brasil

³ ethelbastos@hotmail.com UFSM - Brasil

⁴ adipolicena@gmail.com UFSC – Brasil

⁵ a1flores@terra.com.br UFSM – Brasil



Referências

(A). LEI n.º 9.836/99, de 23 de setembro de (1999). Acrescenta dispositivos à Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que —dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: . Acesso: 12 nov. 2019.

Ministério da Saúde. (2012). Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova as Normas para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Brasília: MS.

Alves, P. C.; Souza, I. M. A. (1999). Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Experiências de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Ambrosetti, J.B. (2006). Os índios Kaingang de San Pedro (Misiones). Tradução Thiago Bolívar. Campinas, SP: Curt Nimuendajú.

Aresi, C. (2008). Transformações culturais e território: o Kaingang da reserva de serrinha-RS. 2008. 169f. Dissertação [Mestrado]- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Bardin, L. (2009). Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA. BANIWA, Gersem dos Santos Luciano. (2006) O Índio Brasileiro: O que Você

Precisa Saber sobre Os Povos Indígenas no Brasil Hoje, de Coleção Educação Para Todos. Série Vias dos Saberes, volume 1. Brasília: Ministério de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; Rio: LACED/Museu Nacional, 2006. ISBN 85-98171-57-3.

Becker, I.I.B. (1995). O índio Kaingang do Rio Grande do Sul. São Leopoldo: UNISINOS, pág. 334.

Benevide L, (2014) Portillo JAC, Nascimento WF. A atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil: das missões ao subsistema. *Tempus* 8(1):29-39.

Borba, T. M. (1908). *Actualidade indígena*. Curitiba: Imprensa Paranaense.

Biazi adriana aparecida belino padilha de terezinha guerreiro ercigo (2014). A formação do kujá e a relação com seus guias espirituais na terra indígena Xaçecó –SC, p.57. TCC UFSC.

Brasil. Ministério da Saúde. (2002). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Aprovada pela Portaria n 254, de 31 de janeiro de 2002. Brasília: MS. Disponível em: Acesso em: 12 nov. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei 8.042, (1990), Lei 8.080 de 19 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde -



SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recurso financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: MS, 1990. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm/?portal=pagina.visualizarArea&codArea=313>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

Cipriano, P. (2015). Terras habitadas por Kaingang, Terras habitadas por colonos: a história da divisão da Terra Indígena Inhacorá.

Claudino, Cleci. (2015) O Papel Social da Mulher Kaingang da Terra Indígena Guarita: Trabalho de Conclusão de Curso. 62 f. TCC (Graduação) - Curso de Licenciatura Intercultural Indígena, Departamento de História, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Crépeau, R.R. (2002). A Prática do Xamanismo entre os Kaingang do Brasil meridional: uma breve comparação com o xamanismo bororo. Porto Alegre: Horizontes Antropológicos, a.8, n.18, p.113-9.

D'Angelis, W.R. (2012). A língua Kaingang. Portal Kaingang. Disponível em: Acesso em: 12 nov. 2019.

Ibge. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Índios Zona Urbana e Rural. Rio Grande do Sul. Disponível em: Acesso em: 24 nov. 2019.

Jahn, A.C. (2015). O Kófa: uma etnografia sobre velhice Kaingang. 143 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Kleimann, A. (1980). Patients and healers in the context of culture: na exploration of the borderland between anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley: University of California. 415p. 17

Kleinman, A.; Eisenberg, L.; Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry, Philadelphia, v.4, n.1, p.140-9.

Langdon, (1988) E. Jean. Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento, In: Revista de Saúde em Debate. São Paulo: Centro Bras. De Estudos de Saúde, p. 12-15.

Langdon, E.J. (1996). Xamanismo- velhas e novas perspectivas. In: LANGDON, E.J. (Org.) Xamanismo no Brasil: Novas Perspectivas., Florianópolis: EdUFSC. p.9- 37.

Rosa, R.R.G. (2005). A dinâmica do Xamanismo Kaingang. Numem, Revista de Estudos e Pesquisa da religião. Juiz de Fora, v.8, n.2, p.79-103.

Silva, S.B. (2002). Dualismo e Cosmologia Kaingang: o Xamã e o domínio da floresta. Rev Horizontes Antropológicos, Porto alegre, v.8, n.18, p.189-209.



Veiga, J. (1994) Organização Social e Cosmovisão Kaingang: uma introdução ao parentesco, casamento e nomeação em uma sociedade Je meridional. 219f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Vidal Motta, Maria Catarina Salvador da Basta, Paulo Cesar Teixeira, Elizabeth Laura Maria Nogueira (2011). Itinerários terapêuticos dos índios munduruku do Pará no tratamento da Tuberculose: uma contribuição para a prática de enfermagem, 16º SENPE Campo Grande –MS.



Cuidados en la atención prenatal desde las mujeres migrantes embarazadas en dos comunas de la Región Metropolitana de Chile¹

Alejandra Martínez²

Resumen

Este documento tiene como objetivo conocer cómo se construye y expresa el cuidado desde la agencia de las mujeres migrantes en periodo de embarazo en su vínculo con una red estatal de protección social en la Región Metropolitana de Santiago, Chile. Así, se busca contar con un acercamiento a la compleja relación entre el sistema sanitario y las mujeres migrantes a fin de superar desafíos en cuanto a acceso y atención de salud.

El término “cuidado” se entiende como todas aquellas actividades que tienen la intención de beneficiar emocional, psíquica y físicamente a las mujeres embarazadas migrantes.

Para cumplir con el objetivo se propone una metodológica cualitativa que reúne como participantes a usuarias migrantes embarazadas del Programa Chile Crece Contigo en dos comunas de la Región Metropolitana de Chile.

Los resultados preliminares de este documento indican que las mujeres despliegan ciertas estrategias para cubrir sus necesidades de cuidado, las cuales pueden estar sustentadas en las relaciones transnacionales con sus familiares o la búsqueda de información por internet. Todo esto se presenta de dos maneras, a través de puntos de inflexión en el embarazo y indicando cierta responsabilidad a personas consideradas como clave.

Palabras clave

Servicio de salud, atención prenatal, embarazo, cuidado, mujer migrante.

Introducción

La migración como un determinante social de la salud se explica cuando existen dimensiones económicas, sociales y culturales que pueden estar condicionadas por la movilidad y así tener consecuencias o alterar de alguna manera la salud de las personas migrantes. Específicamente, en el caso de las mujeres migrantes, la evidencia destaca que existen aún desafíos para avanzar en la equidad al acceso y atención en salud de las mujeres migrantes a nivel global (Fredsted Villadsen, Hvas Mortensen, & Nybo Andersen, 2016; Heaman et al., 2013; Puthussery, 2016).



En Chile, la migración ha ido en aumento y con rapidez (Departamento de Migración y Extranjería, 2017), por lo que las políticas públicas han estado centradas en los desafíos relacionados al acceso a la salud, coincidiendo con lo que ocurre en la región latinoamericana (Cerrutti, 2010; Guerra Zúñiga & Ríos Hidalgo, 2017). Sin embargo, en el caso de la salud materna, poco se ha puesto la atención en las redes sociales o cuidados informales que inciden en la salud, y las cuales pueden estar basadas en las relaciones transnacionales y configuradas desde el Estado.

La propuesta de este documento es conocer las diferentes expresiones de los cuidados desde la agencia de las mujeres migrantes en el periodo de gestación. Específicamente, se han entrevistado a mujeres embarazadas que forman parte del Programa Chile Crece Contigo de dos Centros de Salud Familiar (CESFAM) de dos comunas de Santiago de Chile. En este sentido, la pregunta que guía es: ¿cómo se construye y expresa el cuidado (informal) de las mujeres migrantes en periodo de embarazo? Planteando que las mujeres estarían gestionando sus propias formas de cuidado, satisfaciendo las necesidades y expectativas, lo cual se puede traducir en una tensión entre el cuidado que emerge desde las mujeres y el que se desenvuelve desde el Estado.

Desde el análisis de los cuidados que se dan de manera informal, se espera con este documento aportar a la comprensión de aquellas tensiones existentes entre las lógicas institucionales y las mujeres migrantes embarazadas para cubrir sus propias expectativas de los cuidados en la salud.

Antecedentes

A modo de contextualización, según datos de la CASEN 2017 (Ministerio de Desarrollo Social, 2018) la población migrante ha ido en aumento en los últimos años, pasando de 154.643 en el 2006 (el 1% de la población total) a 777.407 en el 2017 (el 4,4% de la población total), con poca diferencia entre hombres y mujeres, pero que igualmente, la mayoría se encuentra en edad reproductiva. En este sentido, un punto relevante es la diferencia entre chilenos y migrantes en la afiliación al sistema previsional de salud, siendo que el 15,8% de los migrantes no cuentan con sistema previsional, en contraste al 2,2% de los nacionales. En el caso de la cobertura de Fonasa, la población migrante afiliada es del 65,1%, en comparación al 78,7% de los chilenos.

En relación, según documentación oficial del Ministerio de Salud, las mujeres migrantes que estén embarazadas y en situación irregular, pueden solicitar la inscripción al sistema de público de salud a través de un RUT provisorio. Sin embargo, el acceso a la salud



ante estas condiciones es aún un desafío, ya que muchas veces la atención, independientemente a que sea pública o privada, está condicionada por el pago si es que ella no cuenta con el RUT provisorio entregado por Fonasa (Calderón & Saffiro, 2017).

Estudios previos ya habían evidenciado que existe una limitada relación entre las mujeres migrantes y los funcionarios de salud, el desafío es acentuar las particularidades de la población migrante, como también en reconocer a las mujeres como sujetas de derechos sexuales y reproductivos en el embarazo (Núñez, 2012; Nuñez & Torres, 2007; Scozia, Leiva, Garrido, & Álvarez, 2014). Asimismo, otro punto crítico parece ser el momento del parto, Avaria (2018) en su estudio sobre mujeres migrantes y parto institucionalizado en Chile, destaca que la intersección entre raza, género, clase y nacionalidad tiene relación con imaginarios y prácticas de subordinación hacia esta población.

Ante esta situación resulta necesario un acercamiento a las perspectivas de las propias mujeres migrantes que están embarazadas, comprender las estrategias que despliegan como formas de cuidado ante diversas situaciones en el acceso y la atención de salud. Por lo tanto, se propone abordar el análisis de los resultados preliminares desde la circulación del cuidado.

Primeramente, siguiendo la denominación planteada por Bryceson y Vuorela (2002), la familia transnacional se constituye cuando sus miembros viven separados físicamente, pero más allá de las fronteras, mantienen la unidad para el bienestar colectivo de la familia. Y en este sentido se sigue el concepto de Baldassar y Merla (2014) el cual incluye a la familia extensa y no solamente la relación padres-hijo/a. El cuidado dentro de las relaciones transnacionales se ha también categorizado en tipos de acuerdo con la provisión de cuidados, es así como Baldassar (2007a), Baldassar y Merla (2014) y Kilkey y Merla (2014) reflexionan que el cuidado es multidimensional y puede ser practicada de manera presencial o a distancia, financieras y personales, como también pueden expresarse moral o emocionalmente. Si bien existen diferentes dimensiones como el género y la clase social que interactúan en las relaciones transnacionales, Kilkey y Merla (2014) y Merla (2014) han demostrado que, en la provisión de cuidado en las familias transnacionales, las instituciones en el país de recepción pueden estar afectando los acuerdos que se llevan dentro de las familias. Por ejemplo, pueden existir restricciones en cuanto a las visas y acceso a comunicación.



De esta manera, siguiendo a Baldassar y Merla (2014) se denomina a la circulación del cuidado cuando existe un intercambio de cuidado dentro de las familias transnacionales, pero que está condicionada por el contexto político, económico y cultural de los países. Por lo tanto, el cuidado se desenvuelve en dos niveles. Micro, dentro de las redes familiares transnacionales, basadas en la reciprocidad y amor, pero también en la tensión y las relaciones asimétricas, pudiendo formar parte personas de diferentes generaciones. Y, el nivel macro, el cual indica que el cuidado está sujeto también a otras dimensiones, es decir, está relacionado con los contextos sociales, políticos y económicos que afectan a las mujeres migrantes, ya que éstos facilitan u obstaculizan las redes.

En este sentido, se pueden destacar dos puntos importantes para el análisis de las entrevistas de este documento. Primeramente, que el rol del internet no se limita sólo a la comunicación entre miembros de las familias transnacionales (Madianou, 2016; Madianou & Miller, 2013), porque muchas mujeres pueden estar conectadas al buscar información o al crear redes de apoyo a través de las experiencias parecidas de otras mujeres en blogs o foros (Lupton, Pedersen, & Thomas, 2016; Pedersen & Lupton, 2018). Pero también se ha argumentado que existen limitaciones en las comunicaciones transnacionales, por lo que momentos de visitas o co-presencia son necesarias para mantener aquellas relaciones (Baldassar, 2007b)

El segundo punto importante para este documento es la co-presencia de la familia, desde la emoción y expectativas que se crean entorno al cuidado transnacional. Así, el cuidado transnacional existe por medio de la capacidad, la obligación y los compromisos negociados dentro de las familias e influenciado por la distancia. Estos acuerdos están asociados con el historial de las relaciones familiares, el ciclo de vida familiar y eventos específicos de crisis. Por su parte, las emociones y expectativas que se crean en las redes familiares, en términos de responsabilidad hacia las familias, pueden ser impactadas en mayor o menor medida por aquellas estructuras sociales -meso nivel- y estatales -macro nivel- que se desarrollan en el país de origen y destino (Baldassar, 2008).

Metodología

Esta investigación emplea una metodología de investigación cualitativa, llevando a cabo un estudio de caso. A través de las observaciones y las entrevistas en profundidad, se



comprenden las formas que adquiere y se expresa el cuidado en la vida de las mujeres migrantes en periodo de gestación.

El estudio se realiza en las comunas de Renca y Recoleta, ubicadas en la Región Metropolitana de Santiago. El acceso y reclutamiento de participantes se realiza a través de los Cesfam de ambas comunas. Por su parte, las estrategias que se están utilizando para invitar a participar de la investigación son: 1) estoy asistiendo a los talleres del Programa Chile Crece Contigo para posteriormente invitar a las mujeres migrantes y, 2) luego de los controles médicos, espero a la mujer en la sala de espera.

Además de ser los lugares donde se realiza el reclutamiento de participantes para las entrevistas en profundidad, estoy realizando observaciones. Es importante mencionar que, en cuanto a los talleres del Programa Chile Crece Contigo, cada Cesfam los organiza y plantea de manera autónoma, teniendo horarios, temas y periodicidad de manera distinta en cada Centro de Salud. El Programa sólo exige como meta que realicen e inviten a los talleres a todas mujeres embarazadas.

Por otro lado, estoy en continua conversación con las matronas (obstetras) de los Cesfam para conocer su agenda y estar en la sala de espera cuando mujeres migrantes terminan sus controles médicos. Estos controles se realizan una vez al mes.

El trabajo de campo comenzó en Renca en abril 2019 y en Recoleta en mayo 2019. Por lo que, hasta el momento, realicé ocho entrevistas en profundidad a mujeres migrantes embarazadas que habitan en ambas comunas. Con las siguientes características:



País de origen	Edad	Comuna de residencia	Residencia en Chile	Trimestre de embarazo	Nº de hijo/a	Constitución del hogar
Colombia	20	Renca	9 meses	Tercer	Primer	Tía, mamá y hermano
Venezuela	24	Renca	11 meses	Segundo	Primer	Pareja y hermano de la pareja
Perú	34	Recoleta	5 años	Tercer	Primer	Pareja
Colombia	22	Renca	6 meses	Tercer	Primer	Pareja y familia de pareja
República Dominicana	22	Renca	1 año y 7 meses	Tercer	Primer	Pareja
Bolivia	36	Recoleta	4 meses	Primer	Primer	Pareja

Tabla 1. Características de las mujeres participantes. Mayo 2019 a agosto 2019.

Debido a que aún estoy realizando invitaciones a participar y espero realizar más entrevistas en ambas comunas, especialmente en Recoleta, no será posible realizar comparaciones entre ambas. Por tanto, los resultados preliminares que se presentan en este documento están basados en el total de las entrevistas realizadas hasta la fecha.

Por el momento no he realizado entrevistas a mujeres haitianas, la razón es porque no he tenido la posibilidad de invitar a mujeres que hablen fluidamente español y que, por tanto, puedan dar el consentimiento de realizar la entrevista.

Todas las entrevistas han tenido la autorización para la grabación de audio, he cambiado los nombres de las participantes por un pseudónimo. Respecto al lugar de las entrevistas, dependió de las mujeres participantes, en algunos casos se realizaron en las casas de ellas, en otros en cafeterías.

Las entrevistas se ejecutaron en un ambiente informal, llevándose a cabo una conversación fluida en base a los siguientes tópicos determinados previamente: Aspectos migratorios, a fin de conocer la forma en que se dio su proyecto migratorio, las personas que estuvieron involucradas y sus expectativas sobre su futuro, es decir, si se visualiza en el país y cómo se ve.



Niñez y cuidados, para tener un acercamiento sobre cómo fueron los cuidados en su familia de origen, amigos, vecinos. Con el fin de comprender qué espera hoy en día en términos de cuidado y cómo ha construido este concepto interna y socialmente.

Comunicación actual con su familia de origen, con el objetivo de indagar sus procesos de gerenciamiento de cuidado, el apoyo que recibe y cómo se conecta con ellos.

Relación de pareja y cuidado, conocer el apoyo que pueda darse dentro de la relación de pareja en el país de destino (Chile), conocer su visión y experiencia sobre la responsabilidad de los hombres en la etapa del embarazo y posterior crianza. Y, por supuesto, de qué manera el Programa influye en esto.

Atención de salud, conocer desde su experiencia cómo se da esta atención en los Cesfam y dentro del Programa, desde la atención de los controles prenatales, hasta los talleres y capacitaciones en el proceso del embarazo.

A través de la observación he podido conocer aquella interacción entre las mujeres embarazadas y las personas expertas del Programa, o bien, con personas que estén pasando por la misma experiencia. A partir de la experiencia de participar (como oyente) en los talleres, los hogares de las participantes del estudio y los centros de salud se comprenden e interpretan los significados y símbolos que generan el cuidado en la salud. Para esto, tomo notas luego de los talleres y las interacciones en las salas de espera.

En cuanto a los datos de las entrevistas transcribí y analicé según el análisis temático (Braun & Clarke, 2006). Hasta el momento, he generado los códigos iniciales y, en una etapa incipiente, la búsqueda de temas.

Resultados

Observación del ambiente clínico y los talleres prenatales

Primeramente, en cuanto a infraestructura, ambos Cesfam en ciertos horarios del día están colapsados físicamente por la cantidad de personas en las salas de espera. Por esta razón, el Cesfam de Renca no cuenta con una sala única para los talleres del Chile Crece Contigo y se observó que algunos acompañantes de las mujeres embarazadas quedaban fuera de las salas cuando se realizaban los talleres. En Recoleta, el Cesfam cuenta con un espacio exclusivo, pero es decisión de la persona que dirige el taller si quiere solicitar o no aquel lugar.



Así también, en ambos Cesfam cuentan con un mediador lingüístico por cada establecimiento, quienes sólo están ciertas horas del día. Los mediadores están normalmente en los mesones, donde las personas se acercan para solicitar hora o avisar que llegaron a la cita. En relación, en el Cesfam de Recoleta se encontraron afiches en kreole con indicaciones importantes, por ejemplo, acerca de la vacuna contra la influenza.

Un punto importante es la forma en que se desarrollan los talleres del Chile Crece Contigo, en cada Cesfam es diferente en horarios y temas a desarrollar. Se observó así que, muchas veces los talleres son delegados a los practicantes matronas y nutricionistas, pero con observación de las funcionarias de salud. Los talleres a los que se han asistido han estado enfocados directamente a la provisión de conocimiento sobre los cuidados prenatales, el estrés en el embarazo, reconocimiento de posibles abortos, preparación del parto y alimentación en el embarazo.

En las salas de espera se ha observado que algunas mujeres haitianas se saludan y conversan en kreole, así también las personas adultas mayores, pero no así mujeres migrantes con nacionalidad distinta a la haitiana, o nacionales que estén embarazadas, pese a que en ambos Cesfam están divididos por sectores donde viven. Así, también se ha observado que en los Cesfam ni en los talleres hay instancias de comunicación y creación de lazos entre mujeres embarazadas, menos aún entre migrantes y nacionales. En relación, se consultó a las/os funcionarios de salud, quienes han dicho que las mujeres haitianas son las que mayormente se comunican entre ellas a causa del idioma. Ante esto, siendo la atención primaria de salud el primer nivel de contacto con la sociedad (Chile Crece Contigo, 2018), se encontraría una homogenización y direccionalidad de los conocimientos que se da solamente a través de los controles prenatales mensuales y los talleres.

Cuidados informales en embarazo

En este documento se centra la forma en que el cuidado se manifestaría de manera informal, a través de la relación transnacional que las mujeres migrantes embarazadas mantienen con sus familiares y amigos en sus países de origen. Este puede ser ejemplificado con la experiencia de Myriam, ella vive en Santiago con su pareja del mismo país, toda su familia de origen está en Rca. Dominicana, por lo que comentó que habla a menudo con su mamá y hermanas. En este caso, la comunicación ritual



(Baldassar, 2007) se convierte en comunicación estratégica para muchas mujeres, Myriam ha expresado que pide consejos y pregunta dudas a sus familiares:

Ya yo tengo a mi mamá, por eso casi no tengo dudas. Y tengo a ella para que me cuente, me hable, me diga.

Myriam. 22 años, primer hijo/a. Myriam también comentó que sus preguntas a la matrona están relacionadas al funcionamiento del hospital y los servicios. Así también se puede analizar que solicitar consejos es una medida que se hace ante la ausencia de explicaciones. Éste es el caso de Juana:

P: Y en todo este proceso de embarazo, en algún momento, ¿hablaste con tu mamá sobre algún consejo que en el Cesfam te hayan dado?

R: Mmm, no, o sea no, una vez, bueno, hace poco que me mandaron fierro, entonces... este... empecé como a, empecé a ir al baño, pero hacía oscuro, negro, y entonces, yo como que me empecé a asustar, entonces me dijeron no, que eso era normal. Pero yo sin embargo yo digo 'no, mamá mire', mi mamá 'no, hija, eso es el mismo fierro, a mí me pasó igual (...), ahí me calmé.

P: ¿Pero en el Cesfam te explicaron cómo, por qué? R: No.

P: ¿Solamente te dieron?

R: Sí, o sea simplemente me dijeron que este, lo de la pastillas y que, qué más, es que en realidad ellos, o sea cuando ellos explican, eso es otra cosa, porque cuando los doctores (...) en vez de explicarte bien el por qué, esto, esto otro, no, ellos como que son más directos, así pues y ya, o sea a veces uno queda como, como guiñando que a veces no entiende. Yo a veces tengo que preguntar, preguntar porque no, no logran, no se explican bien.

Juana, 24 años, primer hijo/a.

En este ejemplo también se cruzan dos temas relevantes. Por un lado, Juana había comentado que semanalmente está en contacto con su mamá que vive en Venezuela, pero que pide consejos a ella cuando no entiende algún síntoma o duda en el embarazo. Por otro lado, si bien las entrevistadas han comentado que los controles médicos son rutinarios, llama la atención que en los talleres no se converse de temas que pueden parecer básicos, pero son preocupantes para las mujeres entrevistadas.

Se podría también reflexionar sobre la vulnerabilidad a la que estaría expuesta la mujer en etapa de embarazo, las advertencias que se le presentan y que podrían causar temor por la salud de su bebé, no estarían siendo abordadas en controles médicos o talleres. Ante la vulnerabilidad de no saber qué hacer ante situaciones así, las mujeres migrantes



entrevistadas reconocen plasmar diferentes estrategias, a veces de una manera solitaria, buscando en internet, por ejemplo. Otras veces, creando conexiones con sus familiares o amigos de su país de origen.

En este sentido, en el trabajo de campo se plantea realizar algunas entrevistas a mujeres chilenas embarazadas para saber si el análisis está reflejando la realidad de las mujeres migrantes embarazadas. Así, se indagará sobre su experiencia con los profesionales de salud para saber si ellas también recurren a sus familiares cuando tienen dudas sobre su proceso de embarazo.

Comunicaciones virtuales y de co-presencia en el embarazo

La utilización de internet se da para hablar con la familia o amigos, pero también para buscar información. Este último es el caso de Carolina, hasta el momento de la entrevista sus padres no sabían la noticia de que estaba embarazada porque había sentido pena ya que no se casó antes, por lo que no podía hacerle consultas a ninguno de ellos. Ante esto, buscó alternativas en internet como también consultando a una amiga:

En YouTube digamos, que es lo que podía comer una embarazada, qué no podía comer, porque yo no sabía qué podía comer, porque mi pareja me dice 'tomate un té de jengibre' y no puede ser, yo estaba tomando té y como me estaba estriñendo. Entonces, empecé a tomar para que me podía bajar un poquito y pregunté a una amiga que está en Calama, igual ella ya tuvo su bebé acá en Chile y yo le pregunto y me dice 'no tomes mucho té, puede hacerte mal, porque puede ser muy caliente, hazte ver canelita, no muy tinto, pero puedes tomar eso, pero no té de bolsa de canela, no'.

Carolina, 36 años, primer hijo

Siguiendo a Baldassar (2017), también las relaciones a distancia por internet (redes sociales) pueden tener limitaciones en momentos cuando la demanda de cuidados es más alta. Gloria ejemplifica este caso, comentó que su principal apoyo es su primera hija que está en Ecuador, con ella habla todos los días. Llegó embarazada a Chile, ilusionada por un trabajo que le habían comentado unos amigos ecuatorianos en el norte del país, pero esto no resultó como ella deseaba. Se quedó en el país esperando que la situación mejore, pero no consiguió trabajo ni tampoco pudo volver a Ecuador como deseaba por el avanzado embarazo. Actualmente vive con unas amigas que conoció en su proceso migratorio, así reflexiona:



Las mujeres, yo pienso, que están embarazadas y quieren venir a migrar, no, no lo hagan, terrible (...) si ya están embarazadas acá (en Chile) y si tienen a su pareja, a alguien cercano a ella ahí sí, pero si está sola, no. Que tenga familiares, alguien cercano.

Gloria, 39 años, segundo hijo/a.

Patricia también conversa con su mamá desde Perú a diario, ella indica que está pendiente de cómo está, pero quisiera que su mamá viviera en Chile. Como no puede hacer que esto suceda, quiere que su mamá esté presente en un momento específico:

Viste porque quisiera estar en este embarazo, estar con mi mamá, con mi familia, no, pero mi mamá va a venir para diciembre, se queda para que, para que me ayude más que nada, porque todavía no sé si voy a dar parto normal o cesárea, porque para mi hijo ha sido cesárea.

Patricia, 27 años, segundo hijo/a.

La relación virtual transnacional en el embarazo cumple un rol importante en el cuidado informal de las mujeres embarazadas, el estar conectadas con alguien, ya sea su mamá, amiga o incluso mujeres que hayan pasado por experiencias similares, puede ayudarlas a entender y saber cómo actuar en su embarazo.

Pero esta relación no presencial podría tener límites que se perciben cuando existen ciertos puntos de inflexión en el proceso que están viviendo, por ejemplo, la frustración de no conseguir trabajo ni poder volver a Ecuador en el caso de Gloria y la llegada del parto en la experiencia de Patricia. En estos puntos, podría ser importante reflexionar qué estaría pasando con la atención primaria en salud y el Programa Chile Crece Contigo, la necesidad de relacionarse con personas que hayan pasado por la misma experiencia podría estar respondiendo no sólo a una necesidad innata del ser humano, sino a una falta de reconocimiento a ellas, sus experiencias previas y sus conocimientos familiares por parte del sistema de salud. Cuidado de la persona clave en el momento clave

Como se mencionó anteriormente, el cuidado se estaría manifestando de manera informal en situaciones que pueden ser consideradas como puntos de inflexión en el embarazo y por personas clave para las mujeres. Es así como se podrían dividir en tres momentos importante, el acceso a la atención en salud, advertencias en el embarazo y en el parto.



Cuando Carolina se enteró que estaba embarazada se acercó a solicitar atención médica al Cesfam, pero como había llegado hace poco tiempo a Chile y sus papeles estaban en trámites, le dijeron que debía contar con tres meses cumplidos en el país para inscribirse. La persona clave que la ayudó en este proceso fue una mujer haitiana, familiar de su pareja:

Ella (familiar de su pareja) igual me ayudó mucho ahí, para ingresar, para que yo pueda ir a consultar y todo eso, porque yo estaba en 0, no sabía qué iba a hacer. Entonces, ella me indicó qué papeles tenía que hacer y llenar, ella me ayudó ahí, no sé, tal vez había una que estaba en otra ventanilla, eh, como que no tenía muchas ganas para atender a los extranjeros, entonces como que no, ella le habló a la, hay una que atiende a los inmigrantes haitianos, a ella le habló y ella me atendió. Y me atendieron bien.

Carolina, 36 años, primer hijo/a

En el caso de Myriam, ella reconoce que tuvo que llamar a su mamá porque estaba asustada por la salud de su bebé. Aquí se podría reflexionar que, ante la vulnerabilidad en el ámbito local, el cuidado se manifiesta como una obligación en la relación transnacional. Este último en el sentido de que la mujer migrante embarazada y sin medios para consultar, solicita consejos a la persona clave que vive en el país de origen, porque el sistema de salud público no pudo brindarle aquella atención de salud.

A veces hay situaciones que uno se asusta de noche po, mi bebé duró medio día sin moverse, yo estaba asustada po, no sabía qué hacer, entonces lo que tuve que hacer es llamar a mi mamá y explicarle. Y todavía yo no estaba inscrita aquí en el consultorio y tuve que pagar 50 lucas para que me atiendan nomás, porque no tengo seguro.

Myriam, 22 años, primer hijo/a.

Myriam también ha comentado sobre su preocupación al momento del parto, el temor que se repite con otras mujeres migrantes embarazadas es la soledad ante una emergencia como es el parto. Por lo mismo, su mamá tiene intenciones de venir a Chile para estar con ella en ese momento, pero Migraciones le solicita una serie de documentos para ingresar al país.

O sea, (en el pre-parto) no tengo a quién llamar, quien socorre en ese momento, entonces por eso también necesito a mi mamá, porque no puedo estar sola en ese problema así. Pero me la están complicando, ya tengo casi un mes preparando, me la están complicando harto, me pidieron hasta dólar, le pidieron hasta dólar a ella.



Entonces, me la están complicando mucho y no, y mi mamá no va a estar tampoco bien, mi mamá va a estar más llamando que... entonces, que ella llame y que mi esposo le diga que está trabajando, pero que me diga, pero usted ya me dijo que ya está pariendo, como que... se va a preocupar po y yo no quiero un problema. Entonces, si tuviera más o menos alguien donde quedarme cerca del hospital, también pero tampoco eso tengo, está muy lejos.

Myriam, 22 años, primer hijo/a.

En el caso del parto, Rocío comenta que sus padres quieren estar en el parto, pero ella no los puede recibir porque vive en la casa de la familia de su esposo. En este caso, la previsión de cuidado se refleja en la intención de acompañarla en un momento importante como es el parto, pero al mismo tiempo, existen limitaciones que hacen que esto no pueda ocurrir.

Él (su papá) quería venir para el parto, él dice 'yo quiero estar ahí, en tu parto', pero yo le digo 'papito, mira, es que acá no me siento cómoda', o sea me gustaría sí que viniera, pero también mi mamá me dice lo mismo 'hija, me gustaría ir' y yo le digo 'no, o sea no me siento cómoda que ustedes estén acá', porque obvio, estoy en casa ajena.

Rocío, 22 años, primer hijo/a

Estos relatos indicarían las negociaciones que se realizan en la familia transnacional, los cuales son muchas veces reorganizados por momentos de crisis y que se expresan como angustia por la soledad de la migración. En este sentido, se podría analizar el impulso detrás de la llamada como una forma de depositar responsabilidad a la persona que está en el país de origen. Pero el impulso que las llevan a pedir ayuda ante situaciones tendría base en la falta de provisión de cuidados "formales" en esta etapa de sus vidas.

Reflexiones finales

En los tres temas que se han tratado en este documento se podría indicar que las condiciones que determinan la salud pueden estar condicionando la salud y el bienestar de las mujeres embarazadas migrantes entrevistadas. En los relatos se puede rescatar el despliegue de sus estrategias para cubrir sus necesidades de cuidado en el embarazo, como buscar información en internet o renegociar las relaciones familiares a nivel transnacional.



Los puntos de inflexión presentados en los relatos, como también la responsabilidad que se provee a la persona clave – en la mayoría de los casos, la mamá- podría estar indicando que existiría un déficit en los cuidados que se proveen por parte del sistema de salud chileno, es así como la vulnerabilidad que sienten y la angustia por el acceso a la salud o por algún síntoma nuevo, las hace recurrir a la persona con mayor confianza.

La soledad también es otro de los temas que pueden ser profundizados, porque se percibiría una desprotección en dos niveles, macro y meso, ya que las mujeres relatan que, ante situaciones, como la preparación al parto, no tienen a quién recurrir y que sólo recurren a los profesionales de salud cuando sienten algún síntoma grave o cuando necesitan conocer más sobre el funcionamiento del sistema de salud.

El despliegue de estrategias también tiene sus limitaciones, siguiendo a Baldassar y Merla (2014), en ocasiones el círculo del cuidado está condicionado por ciertas restricciones que escapan de las personas. En los relatos se podrían percibir las intenciones de tener esta relación de co-presencia entre la mujer migrante y sus familiares, pero que estas se ven afectadas por limitantes externos, como las restricciones de las visas y las comodidades.

Otro punto que podría ser interesante discutir es que el cuidado adquiriría su expresión y forma de manifestarse según las necesidades de las personas, pudiendo estar en país de origen o destino. En la literatura sobre cuidados se puede visualizar una amplia cobertura a cómo se manejan los cuidados desde los cuidadores, pero no así al revés. Por lo que, se podría indicar que los puntos de interacción más fuertes en el cuidado informal durante el embarazo tendrían una relación con aquella desprotección o vulnerabilidad que siente la mujer ante situaciones de crisis.

Por último, es importante mencionar que este documento tiene limitaciones. Los resultados y análisis presentados son preliminares. Por la cantidad de entrevistas realizadas y transcritas hasta el momento, no es posible hacer comparaciones entre comunas. Se tiene planificado realizar entrevistas a unas 2 o 3 mujeres chilenas embarazadas para asegurar que el análisis está reflejando la realidad de las mujeres migrantes embarazadas participantes. De esta manera, el trabajo de campo de la primera etapa de la investigación terminará en septiembre 2019.



Notas

¹ Este documento presenta datos y análisis preliminares de la tesis doctoral titulada “Cuidados en el ámbito de la salud: Chile Crece Contigo desde la experiencia de mujeres migrantes embarazadas y lactantes”.

² Candidata a Doctora en Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Estudiante afiliada al Núcleo Milenio para el Estudio del Curso de la Vida y Vulnerabilidad (MLIV). Doctorado financiado por CONICYT-PFCHA/Doctorado Nacional/2017-21170329. Contacto: alejandra.martinez@uc.cl

Referencias

Avaria, A. (2018). “El parto (no) es cuestión de mujeres”. Representaciones de las mujeres nacionales, migrantes y extranjeras, en el contexto del parto, desde los profesionales de salud, en Santiago de Chile. *Academia y Crítica*, (2), 1-30.

Baldassar, L., & Merla, L. (2014). *Transnational families, migration and the circulation of care: understanding mobility and absence in family life*. New York: Routledge.

Baldassar, L. (2007a). Transnational families and aged care: The mobility of care and the migrancy of ageing. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 33(2), 275- 297.

Baldassar, L. (2007b). Transnational families and the provision of moral and emotional support: the relationship between truth and distance. *Identities: Global Studies in Culture and Power*, 14, 385-409.

Baldassar, L. (2008). Debating culture across distance: transnational families and the obligation to care. En R. Grillo (Eds), *The family in question: immigrant and ethnic minorities in multicultural Europe* (pp.269-291). Amsterdam: Amsterdam University Press.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2006), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Bryceson, D. & Vuorela, U. (2002). Transnational families in the 21st Century. En D. Bryceson & U. Vuorela (Eds.), *The transnational family: new european frontiers and global networks* (pp. 3-30). Oxford: Berg Publishers.

Calderón, F., & Saffiro, F. (2017). Avances y Desafíos en el ejercicio del derecho a la salud desde la experiencia del SJM. En B. Cabieses, M. Bernales, & A. M. McIntyre (Eds.), *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas* (pp. 51-59). Santiago: Universidad del Desarrollo.

Cerrutti, M. (2010). *Salud y migración internacional: Mujeres bolivianas en la Argentina*. Buenos Aires: PNUD, CENEP y UNFPA.



- Departamento de Migración y Extranjería. (2017). Reportes Migratorios Poblacion Migrante en Chile. Recuperado de http://www.extranjeria.gob.cl/media/2018/01/RM_PoblaciónMigranteChile2.pdf
- Fredsted Villadsen, S., Hvas Mortensen, L., & Nybo Andersen, A. M. (2016). Care during pregnancy and childbirth for migrant women: How do we advance? Development of intervention studies - The case of the MAMA ACT intervention in Denmark. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 32, 100-112. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.08.013>
- Guerra Zúñiga, M. E., & Ríos Hidalgo, M. (2017). Embarazo como estrategia de regularización del estatus migratorio. Discurso de los trabajadores en salud en atención primaria. En B. Cabieses, M. Bernales, & A. M. McIntyre (Eds.), *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas* (pp. 213-224). Santiago: Universidad del Desarrollo. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11447/978>
- Heaman, M., Bayrampour, H., Kingston, D., Blondel, B., Gissler, M., Roth, C., ... Gagnon, A. (2013). Migrant women's utilization of prenatal care: A systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 17(5), 816-836. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1058-z>
- Kilkey, M. & Merla, L. (2014). Situating transnational families' care-giving arrangements: the role of institutional contexts. *Global networks*, 14(2), 210- 247.
- Lupton, D., Pedersen, S., & Thomas, G. M. (2016). Parenting and Digital Media: From the Early Web to Contemporary Digital Society. *Sociology Compass*, 10(8), 730-743.
- Madianou, M. (2016). Ambient co-presence: transnational family practices in polymedia environments. *Global Networks*, 16(2), 183-201.
- Madianou, M., & Miller, D. (2013). Polymedia: Towards a new theory of digital media in interpersonal communication. *International Journal of Cultural Studies*, 16(2), 169-187.
- Merla, L. (2014). La circulación de cuidados en las familias transnacionales. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, 106, 85-104
- Ministerio de Desarrollo Social. (2018). *Inmigrantes. Síntesis de resultados de la CASEN 2017*. Santiago.
- Núñez, L. (2012). Necesidades de las mujeres migrantes y la oferta de atención en salud reproductiva. Discrepancias y distancias de una relación no resuelta. En C. Stefoni (Ed.), *Mujeres inmigrantes en Chile ¿Mano de obra o trabajadoras con derechos?* (pp. 233-272). Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Nuñez, N., & Torres, C. (2007). *Mujeres migrantes peruanas y salud reproductiva*.



Santiago.

Organización Internacional para las Migraciones. (2012). Manual de Referencia: Migración saludable en América Central.

Pedersen, S., & Lupton, D. (2018). 'What are you feeling right now?' communities of maternal feeling on Mumsnet. *Emotion, Space and Society*, 26, 57-63.

Puthussery, S. (2016). Perinatal outcomes among migrant mothers in the United Kingdom: Is it a matter of biology, behaviour, policy, social determinants or access to health care? *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 32, 39-49. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.09.003>

Sánchez Pfeiffer, K., Valderas Jatib, J., Messenger Coloma, K., Sánchez Godoy, C., & Barrera Quezada, F. (2018). Haiti, new immigrant community in Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(2), 278-283. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062018000200278>

Scozia, C., Leiva, C., Garrido, N., & Álvarez, A. (2014). Barreras interaccionales en la atención materno-infantil a inmigrantes peruanas. *Sociedad y Equidad*, (6), 6-33. <https://doi.org/10.5354/0718-9990.2014.27213>



O cuidado em saúde das mulheres em situação de rua que perderam o poder familiar de seus filhos recém-nascidos

Eliezer Rodrigues
Liria Lanza

Palavras chave

Cuidado em saúde, gênero, maternidade, mulheres em situação de rua, políticas sociais.

A vivência de rua e o uso abusivo de substâncias psicoativas são dilemas dos grandes centros urbanos e devem figurar no escopo das políticas sociais. Nesse contexto, a vida das mulheres que experimentam a maternidade na rua, demanda atenção às suas especificidades, sendo o cuidado no âmbito da saúde um dos elementos mais significativos em função do conjunto de ações a elas destinado tais como: pré-natal parto e puerpério. Essa realidade está presente no contexto brasileiro e é o elemento central desse estudo. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que objetivou identificar as percepções e tendências de cuidado em saúde, destinado às mulheres que passaram por uma gestação no contexto do uso de substâncias psicoativas e vivência de rua. Foi discutido a partir de diversas referências bibliográficas publicadas entre os anos de 2010 e 2018 que problematizaram tal realidade no Brasil. A pesquisa apontou que, embora os cuidados aconteçam, desde o pré-natal até o parto e puerpério, a maior parte dos casos resultou na retirada do bebê do convívio da mãe endossada pelo Poder Judiciário. Retirada essa, realizada logo após o parto no ambiente onde ele ocorreu (maternidades, hospitais, etc.) redundam numa ação moralizante e proveniente do julgamento de que, tais mulheres são incapazes de conduzir a sua própria vida e cuidar dos seus filhos. Outrossim, tendem a tornar o cuidado à mulher, elemento coadjuvante à garantia de proteção social da criança, sendo minimizado tão logo o nascimento e separação da mãe e do bebê.

Introdução

O Cuidado está em constante disputa no âmbito da saúde coletiva brasileira, entre os que o conceituam e os trabalhadores que o operacionalizam nas suas práticas cotidianas. Tal disputa, situa-se essencialmente, na relação contraditória entre a saúde como um direito social coletivo, com perspectivas emancipatórias e de construção de sujeitos sociais que tem Estado como o seu provedor principal. Por outro lado, a saúde privatista/prescritiva que impõe modos de vida e reduz a autonomia do sujeito, sendo o mercado o âmbito privilegiado de sua realização.



No que se refere ao conjunto de direitos sexuais e reprodutivos essa disputa se reafirma e assume contornos singulares, em especial na gestação. Isso porque, é nesse período que a mulher além do autocuidado tem que responder por um ser humano em potencial que esta sendo gerado, nesse sentido ela torna-se alvo de atenção. Às mulheres em situação de rua, o período gestacional é o momento em que elas são alcançadas de modo mais efetivo pela política de saúde e os desdobramentos daí decorrentes estão diretamente associados à sua condição de vida na rua e uso de substâncias psicoativas.

Não obstante, são passíveis de ação do poder judiciário, uma vez que, apoiado no Estatuto da Criança e do Adolescente, podem intervir quando a mulher não se submete aos cuidados básicos no período gestacional, inclusive o afastamento da mãe com bebê por ocasião do seu nascimento.

Este artigo realiza uma problematização a respeito do tema, baseados em materiais (artigos científicos, dissertações de mestrados e trabalhos de conclusão de curso) entre os anos de 2010 e 2018, no primeiro disponibilizados pelo indexador SciELO.

No primeiro item discutimos como o cuidado está relacionado ao patriarcado e da dominação das mulheres, no âmbito de uma sociedade patriarcal, no segundo momento apontamos o conteúdo encontrado nos materiais estudados e as principais tendências do cuidado em saúde.

O cuidado e as relações de opressão.

O termo cuidado refere-se a determinadas relações sociais que são parte inerente da sociabilidade e sobrevivência humana, “nascemos e vivemos em corpos e mentes frágeis e vulneráveis que exigem cuidados ao logo de todo o ciclo vital” (Bengoia, 2018, p. 47), contudo ao serem atravessadas pela lógica capitalista tais relações são convergidas em estruturas de dominação.

O masculino e do feminino serão produtoras de formas diferenciadas de existência: ao feminino o âmbito da sobrevivência doméstica e ao masculino a esfera de sobrevivência pública. A esfera doméstica, é o local onde o cuidado aparece como elemento central, uma vez que, nesse ambiente que se produz e reproduz a vida humana.



Segundo Bengoa (2018) é a partir dos estudos feministas que o conteúdo dos cuidados domésticos começou a ser considerado elemento fundamental para a reprodução da vida social.

Assim, a ideia de reprodução social se amplia para incorporar os cuidados, mas também, simultaneamente, amplia-se o conceito de cuidado para considerar como tais todos aqueles trabalhos orientados para o cuidado da vida – serviços de saúde, de atenção direta, etc. – realizados fora dos lares. (p. 46)

Ainda segundo esta autora, o cuidado é indispensável à existência da vida humana sem a qual a estrutura social não seria possível, dessa forma deveria ser considerado, para além do trabalho feminino, como elemento fundamental a todos os sujeitos, e estruturantes na sociedade. Reside aqui uma contradição fundamental para entendermos o cuidado, já que, embora ele seja indispensável para a existência da vida humana ele não é considerado pelo processo produtivo e os trabalhos a ele relacionados, no ambiente doméstico não são remunerados, mas indispensáveis para a reprodução capitalista em curso:

Com a expansão do capital, as contradições sociais locais se deslocam para uma contradição universal entendida como uma contradição entre a acumulação capitalista global e a manutenção de condições aceitáveis de reprodução social [...]. Tudo isto tem a ver com reduções no gasto público em saúde pública, educação e políticas sociais em geral, com processos de privatização, desregulamentação e a chamada crise dos cuidados. Como consequência, se produz uma enorme insegurança na vida cotidiana que apresenta uma ordem de gênero, por serem as mulheres as responsáveis pela manutenção da vida (Bengoa, 2018 p.49)

Ao ser incorporado pelo Estado os processos de cuidado são traduzidos em políticas sociais que realizam a produção e reprodução da força de trabalho de modo continuado, em geral, o setor de cuidados são ocupados por mulheres cuja remuneração é menor quando comparada com as profissões majoritariamente ocupadas por homens. Não obstante, as críticas dos estudos feministas tem apontado que quando as mulheres ocupam os postos de trabalho, os cuidados das suas famílias, as suas casas, os seus idosos e crianças são destinados às mais pobres e com vínculos de trabalhistas mais



precarizados e menor remuneração. Assim, as mulheres ocupam duplamente as funções de cuidado, seja na esfera das políticas sociais, seja no âmbito doméstico.

É no âmbito do debate ora delineado que a produção do cuidado nas políticas sociais e em especial no cuidado em saúde traz consigo o lastro de dominação patriarcal.

Ao conceituar e a práxis do trabalho no âmbito da saúde coletiva e os autores que discutem o cuidado.

(Feuerwerker 2005, Merhy 1997, Paim 2001), problematizam possibilidades de práticas que consideram os sujeitos-alvo das políticas de saúde como elemento central, cujos interesses e direitos sociais devem ser considerados, favorecendo a expansão do humano como sujeito histórico, negando formas controladoras e prescritivas.

O padrão engendrado pela Carta Constitucional, dialoga com tal perspectiva, ao caracterizar a nova lógica da política de saúde brasileira sob os signos da universalidade na cobertura, integralidade no atendimento e a “subordinação das práticas privadas à regulação em função da ‘relevância pública das ações e serviços’ nestas áreas”. (FLEURY, 2008, p. 66).

Desenvolver o cuidado a partir dessa lógica poderia colaborar para percepção das relações desigualdades entre homens e o conjunto de opressões vivenciadas por um coletivo de mulheres, nesse sentido destacamos a mulher em situação de rua.

Segundo Rosa e Bretas (2015 p. 276) ainda é incipiente os dados referentes às pessoas em situação de rua no Brasil, contudo há que se destacar a pobreza como um elemento marcante nessa população, e o uso de substâncias psicoativas, em especial o crack, sobre os números, os autores apontam:

Elas estão em menor número nas ruas comparadas aos homens; a porcentagem de mulheres em situação de rua é de, aproximadamente, 18% no cenário nacional¹ e de 13% na cidade de São Paulo, sendo 1.885 mulheres em um universo de 14.478 adultos ou idosos em situação de rua.

Outro dado importante para o debate que estamos propondo, refere-se a raça, a população em situação de rua é majoritariamente negra repondo os estereótipos e as formas de opressão que essas pessoas vivenciam, tais informações podem ser



observadas pelos dados apontados pelo Caderno Temático do Ministério da saúde: Saúde da População de Rua:

População em Situação de Rua é composta predominantemente por homens (82%), sendo a proporção de negros (67%) consideravelmente maior que o percentual de negros na população brasileira (50,7%, segundo Censo Demográfico de 2010). (Brasil, 2014 p. 13)

Há uma diversidade de estruturas de opressão que interagem entre si de modo cumulativo sobre a ordem social. O capitalismo se apropria do patriarcado e da hegemonia branca para explorar a força de trabalho da mulher negra, por exemplo, aprofundando relações de dominação.

Não há, de um lado, a dominação patriarcal e, de outro, a exploração capitalista. Para começar, não existe um processo de dominação separado de outro de exploração. Por esta razão, usa-se aqui e em outros textos, a expressão dominação- exploração ou exploração-dominação. Alternam-se os termos, para evitar a má interpretação da precedência de um processo, e por via de consciência, da sucessão de outro. (Saffioti, 2004 p. 131)

A partir da relação de dominação-exploração que se constituem espaços destinados a cada um dos sexos, Segundo Izquierdo (1990), os critérios sob os quais são estabelecidas tais relações são sexistas, classistas e racistas.

Não obstante, mulheres cuja realidade vivida articula diversas formas dominações e opressões, tende a sofrer de mais intensamente os impactos das ações controladoras e prescritivas recaindo sobre elas a face mais arbitrária das políticas sociais, nesse contexto Kergoat (2010), aponta que as relações de opressão articulam-se de modo dinâmico e, entendê-las sob a lógica da consubstancialidade torna inteligível e descortina como a classe, a raça, e o gênero repercute de modo diferenciado sobre conjunto das mulheres.

A ideia de consubstancialidade, como espero ter mostrado, não implica que tudo está vinculado a tudo; implica apenas uma forma de leitura da realidade social. É o entrecruzamento dinâmico e complexo do conjunto de relações sociais, cada uma imprimindo sua marca nas outras, ajustando-se às outras e construindo-se de maneira



recíproca. Como disse Roland Pfefferkorn, “essas relações estão envolvidas intrinsecamente umas com as outras. Elas interagem e estruturam, assim, a totalidade do campo social”. Mas o fato de as relações sociais formarem um sistema não exclui a existência de contradições entre elas: não há uma relação circular; a metáfora da espiral serve para dar conta do fato de que a realidade não se fecha em si mesma. Portanto, não se trata de fazer um tour de todas as relações sociais envolvidas, uma a uma, mas de enxergar os entrecruzamentos e as interpenetrações que formam um “nó” no seio de uma individualidade ou um grupo. (Kergoat, 2010 p.100)

Nesse sentido, é evidente que as mulheres em situação de rua são, na sua maioria numérica, pobres e negras. A negritude, contudo, nem sempre figura nos processos autodeclaratórios, resultado do embranquecimento da população brasileira, fato que pode ser observado nos estudos de Freitas, (2015 p. 30) na sua pesquisa com mulheres em situação de rua, gestantes:

No quesito raça, uma coisa me chamou a atenção. Ao entrevistá-las esqueci de perguntar de que raça elas se consideravam. Fiz então uma classificação a partir de como eu as categorizaria e considerei que três das jovens eram negras e uma branca. Todavia, optei por usar a informação do prontuário, da entrevista de admissão no serviço. A partir dos dados obtidos nesses documentos, das quatro jovens uma é classificada como branca, uma como negra e duas como pardas. Fiquei me questionando então sobre o que é ser parda e considero que essa é uma questão que pode nos levar a pensar sobre um certo “embranquecimento” da população, através de uma ação de “apagar” o marcador raça no que se refere a identidades negras.

O Ministério da Saúde em 2015 aponta a necessidade de reafirmar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em situação de rua no processo de acompanhamento dentre os quais destacam:

Seu direito de decidir, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filhos, quantos filhos deseja ter e em que momento de sua vida; direito de viver plenamente sua sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças, independente de estado civil, idade ou condição física; e o direito de acesso a serviços de saúde que garantem privacidade sigilo e atendimento de qualidade, sem discriminação. (Brasil 2016 p.5)



A necessidade de se reatualizar pressupostos constitucionais e prerrogativas que são estruturantes do Sistema Único de Saúde, não ocorre de modo aleatório, isso demonstra o fato que a pessoa em situação de rua por vezes tem os seus direitos questionados, em face da sua vida degradante, tornando-se “objeto, de práticas questionáveis”. Quando se trata de mulheres o questionamento aos direitos fundamentais sofrem mais riscos já que historicamente deveriam estar reduzidas ao espaço privado e a maternidade protegida e, portanto, constata-se que:

“Sobre elas, pesa um julgamento de que vivem em condições/circunstancias nas quais a gravidez é um evento “indesejado” na perspectiva de muitos profissionais/serviços que acessam ou percorrem. Pesa, ainda sobre elas o estereótipo de que são incapazes de gerir a própria vida – pelo uso do crack, pelas precárias e até “perigosas” condições de vida – conformando, assim, um discurso operante sobre estas mulheres e sua impossibilidade de permanecerem com seus filhos.” (Orsine et. al. 2018 p. 77)

O pensamento, embora cartesiano, parece verdadeiro: “se elas são incapazes de exercer o autocuidado, também não cuidarão dos seus filhos” é nesse sentido que o cuidado em saúde se torna um elemento que atravessa a vida dessas mulheres no período da gestação. Isso porque, os executores do cuidado em saúde são os mais indicados para falar, ao menos os mais convidados, para apontar quais as possibilidades do exercício da maternidade devido ao acompanhamento pré-natal que deveria ser executado e o conjunto de procedimento que dali decorrem.

A realidade ora, problematizada está presente no contexto brasileiro, foi constatado que no território nacional, foram abrigados 1.877 bebês com menos de um ano, segundo o Conselho Nacional de Justiça. A Seção de Orientação e Fiscalização das Entidades Sociais (SOFES), aponta ainda que entre 2014 e 2016 mais de 90% dos casos estavam relacionados ao uso de crack por seus genitores.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que identifica como percepções e tendências de cuidados de saúde direcionados a mulheres que passam por uma gestação no contexto do uso de substâncias psicoativas e vivências de rua. Foi discutido a partir de diversas referências bibliográficas publicadas entre os anos de 2010 e 2018 que problematizaram a realidade no Brasil, as palavras-chave utilizadas para a pesquisa foi: maternidade e rua, maternidade e uso de crack, poder familiar.



Foram excluídos da pesquisa, textos que tratavam de menores de idade, de elementos essencialmente biológicos, os que não apontava, no título e/ou no resumo, de temas relacionados ao assunto proposto. Entre o material, pesquisado, três foram trabalhos de conclusão de curso de graduação, duas dissertações de mestrados e oito artigos científicos, quase todos foram escritos por autores da saúde pública tendo primazia a enfermagem, seguida da psicologia e serviço social e apenas um da área do direito, totalizando 13 textos.

Resultados e discussão

Essa pesquisa apontou que, embora os cuidados de saúde, desde o pré-natal até o parto e puerpério, a maior parte dos casos resultou na retirada do bebê do convívio da mãe endossado pelo Poder Judiciário. Retirada essa, realizada logo após o parto no ambiente em que ocorreu (maternidades, hospitais, etc.).

Em geral, essa atitude é “justificada” pela suposta proteção da criança, a despeito do Estatuto da Criança e do Adolescentes que aponta como um dos direitos fundamentais o convívio familiar e comunitário.

“As mães cujos corpos não sejam considerados suficientemente controlados pelo Estado serão então consideradas incompetentes para a maternagem, ou, ao menos, para uma certa maternagem esperada e preconizada para a formação dos corpos para o trabalho, por um Estado regente de uma sociedade de controle, sociedade de sequestro: [...] A judicialização de vidas vulneráveis e a insuficiente porosidade das mobilizações em defesa do direito à maternidade em nossa sociedade têm mostrado arranjos sociais que interferem na construção de novas possibilidades de cuidado em saúde.” (Sousa et. al. 2018 p.30).

A retirada compulsória, além de ser uma ação violenta/moralizante para as mulheres em questão e as suas famílias, limitam as possibilidades de ação dos serviços, já que esses terão que lidar o tempo todo com “certeza” que essas mulheres não terão a presença dos filhos após a gestação, tolhendo possibilidades de trabalhar com as novas possibilidades que o cuidado ao bebê poderia proporcionar, portanto, antes mesmo de finalizar a gestação já se tornam:

Mães órfãs de seus próprios filhos, sequestrados, antes da primeira mamada, nas maternidades de várias cidades do país. Cordão umbilical arrancado com violência, interrompendo compulsoriamente a relação mãe-filho (a), reduzindo-a à mãe-depositária, com que o bebê só pode permanecer até seu nascimento e, tão logo retirado



de seu útero e entregue a equipamentos de “proteção”. – destaque do autor (Siqueira et. al. 2018)

No estudo realizado em Belo Horizonte — MG foi possível identificar o sofrimento das mães que tiveram os seus filhos retirados. Tal cidade foi estudada em função de uma lei municipal que determina a retirada compulsória, o que reforça uma tendência nacional. No artigo intitulado “oh! Pedaco de mim, oh! Metade amputa de mim...” de Siqueira et. al. (2018) é possível perceber o sofrimento das mães, a disputa de concepções de cuidado e a submissão aos processos impostos pelos serviços de saúde e assistência social, de modo a não ter o seu filho retirado.

[...] o zion foi arrancado de mim por uma maternidade pública de bh e pelo tjmg, a ágatha e o joão moram comigo, tenho a guarda deles. eu fiz o pré-natal do zion, apresentei os exames em audiência, a enfermeira acompanhou o pré-natal. testemunhou a favor. mas o juiz não considerou [...] assim que o zion nasceu foi registrado em cartório pelo pai biológico como: zion davi o. g, mas o juiz não considerou, simplesmente anulou a primeira identidade do meu filho e colocaram o nome no meu filho: gabriel alves dos reis. (Siqueira et. al. 2018 p. 55)

Marta não teve duvidas, fez uma ação de “resgate” e no dia de sua alta saiu com seu bebe, mesmo sem autorização, e voltou para o hotel em que morava, a mãe-heróina agiu na clandestinidade para garantir um direito. (Siqueira et. al. 2018 p. 55)

Algum tempo depois Maria M. nos conta que teve vários conflitos junto à maternidade. Relembra que ao ser proibida sua entrada era “dito e redito que para ter o direito de ter minha filha nos braços eu deveria demonstrar vontade de me recuperar” (sic). Ela se perguntava: “Recuperar? Recuperar do que? Seria da dignidade perdida? Dos meus direitos violados?” Dentre tentas perguntas uma clareza nos temos: Maternidade não é o lugar para se definir o destino da vida destas mulheres! Pois o foco não deve ser na droga e sim no sujeito, com toda sua historia e complexidade! (Siqueira et. al. 2018 p. 56)

Nos estudos de Abruzzi (2011), no contexto de uma ala psiquiátrica de um hospital geral, ela aponta que além dos sentimentos próprios do período gestacional como insegurança, preocupação, as mulheres em situação de rua deparam-se ainda com o constrangimento, vergonha, desamparo, somados à preocupação com o bebe e os impactos que a sua vida, em especial o vício causará na criança estão presentes em todos os sujeitos do estudo que ela realizou.



A preocupação com o bebê foi amplamente manifestada pelas entrevistadas, e de acordo com Costa (2002), esse pensamento é comum frente a um diagnóstico de gestação de alto risco. O sentimento de aflição se intensifica diante da previsão real ou imaginária de uma situação desagradável, como o risco do bebê vir a ter algum problema (Oliveira, 2008). Nesse sentido, as gestantes usuárias de crack em estudo revelaram sentimento de apreensão ao perceberem que poderiam estar prejudicando seus filhos. (Abruzi 2011 p.22)

Vieira, (2016) é uma das poucas pesquisadoras da área do direito a problematizar a situação aqui delineada, ela reforça o seu debate pautando-se na resolução do Ministério da Saúde, já citada nesse texto, em especial ao que se refere a garantia dos direitos constitucionais. Entre os elementos pautados pela autora está a clara judicialização da questão social e a ausência de garantia de proteção social a essa mulher e, coloca como horizonte que:

[...] é preciso haver uma mudança de paradigma, de modo que não ocorra, necessariamente, uma limitação dos direitos da mãe de ficar com o seu bebê, pelos direitos fundamentais da criança. Defende-se a existência de um ponto de equilíbrio entre os direitos constitucionalmente protegidos de ambos e que eles, a priori, devem se efetivar de maneira complementar, visto que não existe mãe sem bebê, e nem bebê sem mãe. (p. 23 e 24)

Almeida e Quadros (2016) e Freitas (2015), discutem sobre o desejo que essas mulheres declaram de serem mães e de exercerem a maternidade como podem, e aqui cabe o dado de realidade que, mulheres usuárias deliberadas e abusivas de crack e em situação de rua, dificilmente manterão o cuidado a seus filhos e o exercício da maternagem vinculada ao modelo tradicional e patriarcal de maternidade.

Abundam as publicações que recomendam às mães cuidar pessoalmente dos filhos e lhes "ordenam" amamentá-los. Elas impõem, à mulher, a obrigação de ser mãe antes de tudo, e engendram o mito que continuará bem vivo duzentos anos mais tarde: o do instinto materno, ou do amor espontâneo de toda mãe pelo filho (Badinter, 1985, p. 145).

Embora haja o reconhecimento das dificuldades decorrentes da vivência de rua e do uso de substâncias psicoativas ainda persiste no imaginário o padrão de cuidados e maternagem idealizado a atribuídos às mulheres, as demais formas de exercer a maternidade são criminalizadas ainda mais quando existem marcadores fortes como a vivência de rua e o uso abusivo de substâncias psicoativas.



As dificuldades que as mulheres enfrentam por serem usuárias de substâncias psicoativas e viverem em situação de rua, deveria ser mote para a construção de políticas alternativas e formas de proteção social específicas para garantir a convivência familiar comunitária e não “autorização” para práticas controladoras, autoritárias que tolhem os seus direitos fundamentais.

Considerações Finais

Ainda que haja o reconhecimento das dificuldades decorrentes da vivência de rua e do uso de substâncias psicoativas ainda persiste no imaginário o padrão de cuidados e maternagem idealizado e atribuídos às mulheres.

As demais formas de exercer a maternidade são criminalizadas ainda mais quando existem marcadores fortes como a vivência de rua e o uso abusivo de substâncias psicoativas. Tais elementos são fortalecidos pelo processo de consubstancialidade entre as diversas opressões que elas vivenciam, articulam as relações entre classe, raça e gênero e reatualiza a necessária e urgente ação de proteção à vida e à saúde dessas mulheres e garantia dos seus direitos, inclusive o direito de cuidar da sua prole, no contexto dos seus limites e possibilidades.

Referências

Almeida, Diana Jenifer Ribeiro de; Quadros, Laura Cristina de Toledo. A pedra que pariu: Narrativas e práticas de aproximação de gestantes em situação de rua e usuárias de crack na cidade do Rio de Janeiro Pesquisas e Práticas Psicossociais 11 (1), São João del Rei, Janeiro a junho de 2016.

Abruzi, j. c. a experiência da gestação na perspectiva de gestantes usuárias de crack internadas em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral Trabalho de Conclusão de Curso. Porto alegre 2011

Badinter, Elizabeth. Um amor conquistado: O mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

Bengoa, Cristina Carrasco A economia feminista: um panorama sobre o conceito de reprodução Temáticas, Campinas, 26, (52): 09-10, ago./dez. 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde da população em situação de rua: um direito humano / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.



_____ Nota Técnica conjunta sobre Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos.: 10 de maio de 2016.

Feuerwerker, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS, Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005;

Fleury, Sonia. Reforma do estado, seguridade social e saúde no Brasil. In: Matta, G. C.; Lima, J. C. (Org). Estado, sociedade e formação profissional em saúde, contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 49-89.

Freitas Hirleidy Mirelle da Costa Nas mãos: A criança e o cachimbo. As experiências de maternidade das mulheres usuárias de crack – Dissertação de Mestrado- Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco RECIFE 2015

Izquierdo, M. J. Bases materiais do Sistema Sexo/Gênero. Trad Livre SOF- São Paulo 1990.

Kergoat, Daniele Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais, Novos Estudos Cebrap 86, março 2010 pp. 93-103.

Merhy Emerson E, em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E.; Onocko, R. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

Orsine. Adriana. O. L. M. et. al. Sofia: narrativa de uma história de abandono e sequestro dos direitos de vir a ser. Saúde em Redes. 2018; (supl. 1) 75-83

Paim, Jairnilson S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISCUFBA. Brasília, 2001.

Rosa, A. S., Bretas A.C.P. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. Interface (Botucatu). 2015;19(53):275-85.

Saffioti, Heleieth. Iara. Bongiovani. Gênero, patriarcado e violência. 2ª edição, São Paulo: Expressão popular: fundação Perseu Abramo, 2015 (1ª edição 2004).

Siqueira, P.M. et. al. “Oh pedaço de mim, oh metade amputada de mim” Saúde em Redes. 2018 (supl.1) 51-59

Souza M. B.S, et. al. Mães Órfãs: o direito à maternidade e a judicialização das vidas em situação de vulnerabilidade Saúde em Redes. 2018; 4(Supl.1):27-36



Vieira, Taís Soares. A Convivência Familiar como Direito Fundamental das Mães em Situação de rua, Usuárias de Drogas, ou não, e seus Filhos. _fls. Artigo (Graduação em Direito) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.



La interrupción voluntaria del embarazo en México: la desigualdad en el acceso desde el análisis del marco jurídico vigente

MSP Sandra C. Gallegos Lecona¹

Resumen

El acceso a la interrupción voluntaria del embarazo es reflejo de las desigualdades tanto económicas, como políticas, culturales y legales que tienen las mujeres. En el caso de las restricciones legales, éstas no frenan el número de casos, lo que provoca es que éstos sean llevados a cabo se en la clandestinidad y, por lo tanto, bajo condiciones riesgosas para la mujer.

A nivel jurídico, la discusión en torno a la IVE está en dos niveles diferentes: el primero sobre su despenalización, el segundo en su legalización. En la actualidad, en México y dado que en muchos estados la normatividad vigente le considera un delito, la discusión está centrada mayoritariamente en el primer nivel.

Actualmente en México, 32 entidades federativas permiten la interrupción legal del embarazo (ILE) en casos muy restringidos, siendo dos estados que tienen una legislación que la permiten sin ninguna restricción hasta la semana 12 de gestación: la Ciudad de México (desde el año 2007) y Oaxaca (desde el año 2019). Para el análisis se realizará una revisión sistemática de los Códigos Penales estatales y federal.

Palabras clave

Embarazo, interrupción, desigualdades, marco jurídico.

Introducción

En América Latina, la interrupción voluntaria del embarazo tiene fuertes restricciones y penalizaciones a nivel legal y administrativo, dichas restricciones tienen como efecto dificultar su acceso sobre todo a las mujeres más vulnerables, dicha vulnerabilidad radica del lugar geográfico de dónde provengan (campo o ciudad), de su contexto socioeconómico o bien, si pertenecen a alguna etnia. (IPAS, 2016:4).

El International Projects Assistance Services (IPAS) señala que para el año 2013, los países más restrictivos de la región, respecto a la interrupción voluntaria del embarazo son Bolivia, Brasil y Argentina, al ser penalizado como un crimen. Como ejemplo, IPAS afirma que durante el periodo 2007-2011, 334 mujeres fueron encarceladas por interrumpir su embarazo, de las cuales el 45% tenían menos de 24 años, el 55% eran no blancas, el 78% solteras y el 53% con estudios hasta el nivel primaria. (IPAS, 2013:2)



En el otro extremo, está Uruguay, país que desde el año 2012 ha legalizado la interrupción voluntaria del embarazo, lo cual ha impactado positivamente en los indicadores de mortalidad materna. (IPAS, 2013)

En el caso mexicano, la legislación es en general moderada de excepción, en dónde todos los estados permiten la interrupción del embarazo en caso de violación. Únicamente dos estados contemplan en su legislación la interrupción voluntaria del embarazo en todos los casos: Ciudad de México (2007) y Oaxaca (2019). Esto conlleva a que la discusión esté más centrada sobre su despenalización más que en su legalización.

Dicho lo anterior, el objetivo de la presente ponencia es conocer los marcos jurídicos vigentes en las entidades federativas mexicanas y en México en materia de interrupción del embarazo. Entendiéndose el marco jurídico vigente como un conjunto de normas exteriorizadas que tienen una finalidad social de convivencia a través del establecimiento de derechos y obligaciones. Estas normas son de carácter obligatorio en un territorio y en un tiempo determinado (Pereznieto, L., 2002).

Fundamentación del problema

El acceso a la interrupción voluntaria del embarazo de forma legal es reflejo de las desigualdades tanto económicas, como políticas, culturales y legales que tienen las que mujeres; que llevan a facilitar o dificultar el acceso a este procedimiento. Las restricciones no frenan el número de abortos realizados, ya que estos se llevan a cabo en la clandestinidad y bajo condiciones riesgosas.

A pesar de que en la Ciudad de México la interrupción del embarazo hasta la semana 12 de gestación es legal en todos los casos desde el 2007 y en Oaxaca a partir de 2019, el resto del país continúa con legislaciones restrictivas, las cuales no solo no permiten la interrupción del embarazo en todos los casos, sino que lo penalizan y lo castigan, salvo en situaciones muy puntuales.

Así, encontramos que la discusión en torno a la IVE está en dos niveles diferentes: el primero sobre su despenalización, el segundo en su legalización. En la actualidad y dado que en muchos estados la normatividad vigente le considera un delito, la discusión está centrada mayoritariamente en el primer nivel.



Las posturas de las personas impactan en las instituciones y por tanto en las leyes. Susana Lerner, Agnes Guillaume y Lucia Melgar (2016) proponen una escala gradualista respecto a las posturas sobre IVE:

- a. Prohibición tajante: en dónde se localiza la derecha más conservadora. Piden la penalización de la IVE y exigen aún mayores restricciones
- b. Moderada de excepción: en esta postura únicamente es aceptado la interrupción del embarazo por motivos terapéuticos cuando representa un riesgo para la salud. Esta postura también es gradual, dependiendo de los motivos que se consideran aceptables para interrumpir un embarazo.
- c. Moderada liberal: en este sentido, se da como margen el primer trimestre del embarazo para interrumpirlo (hasta la semana 24), argumentando que durante este periodo el feto no puede sentir.
- d. Liberal extrema: la decisión recae sobre la voluntad de la mujer. No existe temporalidad ni restricción mientras el feto sea inviable fuera del útero.

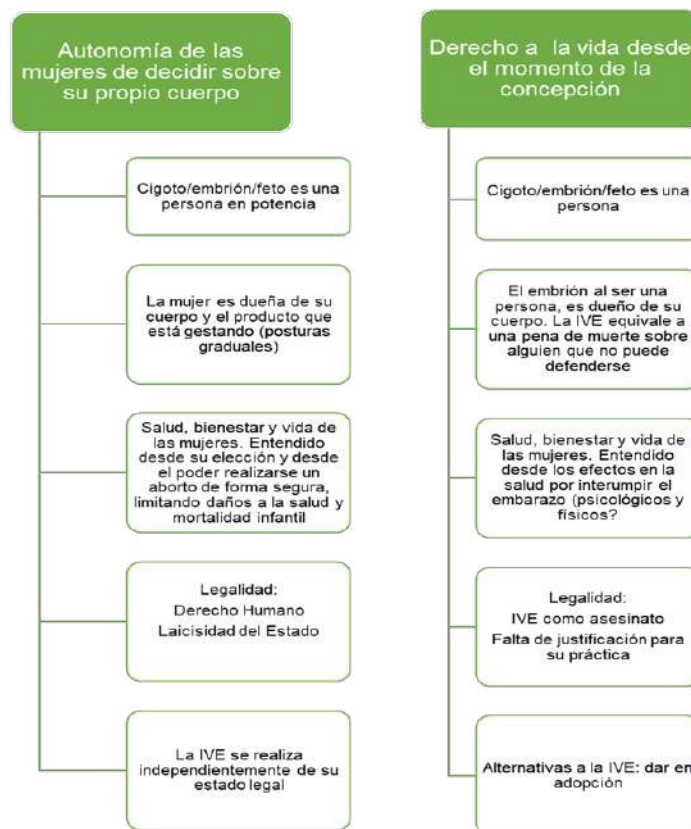


Figura 1. Elementos que influyen las posturas sobre la interrupción voluntaria del embarazo
Elaboración propia



Metodología

Revisión sistemática de los Códigos Penales (federal y estatales) vigentes en las páginas de los congresos estatales, páginas de gobierno. Utilizando como palabras clave: aborto, causales legales, penas. Por tanto, la revisión estará focalizada en tres puntos:

- Causales legales consideradas en los Códigos Penales: Violación, imprudencial o culposo, peligro de muerte, malformaciones genéticas o congénitas del producto, grave daño a la salud para la mujer, inseminación artificial no consentida, causas económicas graves y la interrupción voluntaria del embarazo por demanda de la mujer hasta la semana 12 de gestación.
- Penas establecidas para las mujeres en caso de interrumpir el embarazo
- Penas establecidas para el personal de salud en caso de ayudar a interrumpir un embarazo.

Resultados y discusión

Causales legales que permiten la interrupción legal del embarazo

Una causal legal es una relación que marca la ley entre dos eventos en un sistema (Oxford Reference, 2019), lo que se traduce en aquellos motivos por los cuáles se permite algún evento. En el caso de la IVE, se refiere a las razones por las cuales es permitida la interrupción del embarazo en un marco legal.

Los códigos penales estatales y federales, son los documentos que plasman las causales legales, así como las restricciones para la interrupción voluntaria del embarazo. La legislación nacional es restrictiva, permaneciendo como tabú en muchos colectivos.

El Código Penal Federal (2019), establece en su Capítulo VI. Aborto 6 algunas directrices acerca del tema. En el artículo 329, define aborto como “la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez” (Código Penal Federal, 2019, p. 98). Además, estipula las causales por las cuales no es penalizable la interrupción voluntaria del embarazo (artículos 133 y 134): 1) Como resultado de una violación. 2) Por peligro de muerte de la mujer (a criterio del médico que le asista, considerando el criterio de otro más). 3) Por peligro de muerte del producto (a criterio del médico que le asista, considerando el criterio de otro más). 4) Por imprudencia de la mujer embarazada.



En lo que respecta a los Códigos Penales a nivel estatal, las causales legales en materia de interrupción voluntaria del embarazo varían. Esto provoca grandes diferencias en el acceso a este derecho. A continuación, se presenta dos gráficos que resumen las legislaciones actuales a nivel nacional en materia de interrupción legal del embarazo.

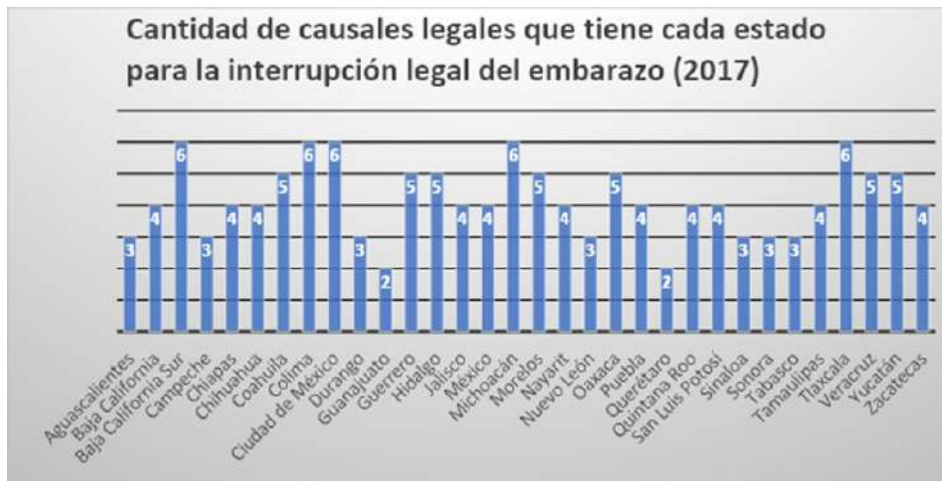


Figura 2. Cantidad de causales legales que tiene cada estado para la interrupción legal del embarazo (2017) Elaboración propia. Fuente: IPAS, 2017

Tal como se muestra en el cuadro anterior, los estados con menos causales legales para poder interrumpir legalmente el embarazo son Guanajuato y Querétaro. Mientras que los estados más liberales en la materia resultan Colima, Michoacán, Tamaulipas y la Ciudad de México.

Cabe señalar, que a pesar de que la Ciudad de México no se menciona explícitamente en su legislación como motivos de IVE el peligro de muerte y causales económicas de la madre, su legislación permite desde el año 2007, la IVE en todos los casos hasta la semana 12 de gestación (Population Council, 2008).

A continuación, se presenta un desglose de las causales legales para la IVE en cada una de las entidades federativas del país.

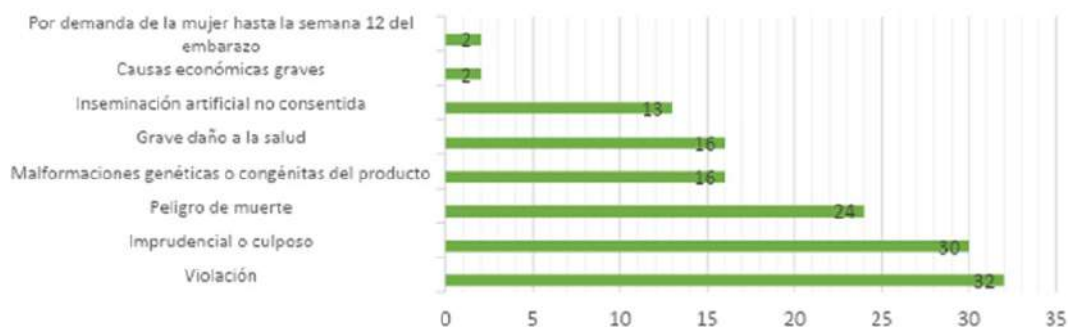


Figura 3. Causales legales por las cuales se permite la interrupción del embarazo a nivel nacional, 2019. Elaboración propia. Fuente: IPAS, 2017



El gráfico anterior muestra que todos los estados aprueban la interrupción del embarazo por violación. Seguido por aborto imprudencial o culposo (30), en tanto que las causales económicas graves (2) o por demanda de la mujer hasta la semana 12 de gestación (2), son las causales que menos se contemplan en las legislaciones nacionales.

Penalizaciones por interrumpir voluntariamente el embarazo

El Código Penal Federal (2019) es un documento restrictivo en materia de interrupción del embarazo, que en sus artículos del 330 al 332, estipula penas de uno a tres años de prisión a las mujeres que interrumpan el embarazo y a las personas que le ayuden, que en caso de ser profesionales de la salud, se les retiraría la licencia de dos a cinco años.

El artículo 332, tiene varias tiene particularmente una carga conservadora en los términos que utiliza. En primer lugar, es utilizada la palabra “madre” dando una carga moral a la mujer quien interrumpe el embarazo. Otro punto señalable es el hecho que las penas hacia las mujeres varían dependiendo de tres circunstancias, que evidentemente muestran un estereotipo de género significativo: Que no tenga mala fama; que haya logrado ocultar su embarazo, y que éste sea fruto de una unión ilegítima (Código Penal Federal, 2009). A pesar de ello, cabe resaltar que, “a partir de la entrada en vigor del Código Nacional de Procedimientos Penales en 2014, el delito de aborto en México se clasifica como no grave.” (Gire, 2018)

Dicho lo cual, se realizará en primer término un análisis de aquellas penas dadas a las mujeres que interrumpan voluntariamente su embarazo, posteriormente se analizarán las sanciones a las personas que ayudan a dichas mujeres, incluyéndose el personal de salud. Ambos análisis se llevarán a cabo de forma cualitativa.

Penas dirigidas a las mujeres que interrumpan el embarazo en las legislaciones locales

Prácticamente en todos los estados las penas por “aborto” contemplan un periodo de cárcel para las mujeres, dichos periodos van de los 6 meses a los 5 años de prisión, en muchos casos combinados con multas. En el caso de la Ciudad de México, las penas contempladas en la ley se marcan después de la semana 12 de gestación. En los estados de Baja California Sur, Campeche, Ciudad de México y Michoacán, la pena en cárceles puede ser sustituidas por trabajo comunitario.

El único estado que no encarcela a las mujeres es Veracruz, en dónde el estado ofrece un tratamiento médico, así como medidas educativas y de salud para las mujeres. Mientras que, en Chiapas, Morelos, Tamaulipas y Tlaxcala, la condena en prisión puede



ser sustituida por diversos programas de atención para las mujeres, principalmente tratamiento médico y psicológico.

Específicamente, Tamaulipas ofrece este tipo de tratamientos médicos y psicológicos, resaltando un tema moral de tendencia conservadora en el programa:

"apoyar a las mujeres a superar los efectos causados como consecuencia del aborto provocado, así como reafirmar los valores humanos por la maternidad ayudando al fortalecimiento de la familia." (Código Penal del Estado de Tamaulipas, 2016, Art. 357)

Otro tema para señalar, que refiere mayor conservadurismo en las legislaciones locales. A continuación, serán citados los más relevantes:

- Los estados de Jalisco, Nuevo León, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tlaxcala y Zacatecas utilizan como término para referirse a la mujer que interrumpe su embarazo como "madre", este término deja a las mujeres como asesinas de sus hijos desde el momento de la concepción.
- En Quintana Roo y Zacatecas, se realiza un señalamiento respecto a las condenas en cárcel, disminuyendo el periodo de pena en el caso que la mujer no tenga mala fama, haya logrado ocultado exitosamente su embarazo y que el embarazo sea producto de una relación ilegítima. Estos señalamientos quedan en el terreno de lo subjetivo de quien participe en el juicio.

Cabe señalar que, en términos generales, la penalización del aborto se considera cuando el acto fue consumado. De acuerdo con Gire (2018), los abortos no consumados son penalizados en "Coahuila y Veracruz, mediante el delito de lesiones al concebido, y en el caso de Zacatecas, de manera expresa, mediante la penalización de la tentativa de aborto que produzca lesiones al feto."

Penas dirigidas a quienes ayudan a las mujeres a interrumpir el embarazo

Las penas para las personas que ayudan a interrumpir el embarazo de una mujer varían considerablemente, dependiendo de diversos aspectos que se resumen en el siguiente cuadro.



Aspectos	Tipo de pena
Si se practica con el consentimiento de la mujer o sin el consentimiento de la mujer	<p>Las penas van de los 15 días a los 6 años de prisión. En algunos casos combinados con multas. Estos castigos suelen ser similares o iguales a aquellos que se les da a las mujeres.</p> <p>Solo Baja California Sur y Campeche contemplan trabajo comunitario para estas personas</p>
Si se practica (en el caso de ser sin el consentimiento de la mujer) con o sin violencia	<p>En el caso de efectuarse el aborto sin el consentimiento de la mujer, las sanciones son mayores, más aún si se efectuaran con violencia.</p> <p>En el caso de efectuarse sin violencia, las condenas van de los 3 a los 8 años de prisión. Con sanciones económicas en el caso de Aguascalientes, Colima, Durango, Hidalgo, Guanajuato, Estado de México, Morelos, Nayarit, San Luis Potosí, Sonora y Veracruz.</p> <p>De igual forma, se establece la necesidad de reparación del daño en los estados de Aguascalientes y Tamaulipas.</p> <p>En el caso de realizar sin consentimiento de la mujer y con violencia la interrupción del embarazo, la normativa establece condenas de 4 a 15 años, con multas más importantes (en los estados donde se aplican para la interrupción del embarazo sin consentimiento y sin violencia) y con reparación del daño en los estados de Aguascalientes y Tamaulipas.</p> <p>Solo se considera en el estado de Tamaulipas una pena especial (de 1 a 5 años de prisión) para las parejas de las mujeres que las obliguen a abortar. (Código Penal del Estado de Tamaulipas, 2016)</p>
Si se practica a mayores de edad o a menores de edad	Únicamente Querétaro y Tamaulipas hacen una referencia a si la mujer es mayor o menor de edad para realizar una variación en las condenas, siendo mayor si se efectuó en estas últimas.
Si lo realiza personal médico	Al practicar el aborto alguna persona que forme parte del personal médico, las condenas son las mismas que para quienes ayudan a efectuar la interrupción, solo que a éstas se les suma el hecho de suspender su profesión, o bien, en el caso de reincidir, privarlos totalmente de su ejercicio.
Si es la primera vez que lo realiza o si reincide	En caso de reincidir, las penas aumentan en los estados de Jalisco, Nayarit, Tlaxcala y Jalisco. Estas penas pueden ser mayores en años, multas o bien, en el caso de los médicos, esta reincidencia puede implicar privarlos de su ejercicio definitivamente.

Figura 4. Aspectos que deben considerarse para el tipo de pena que reciben quienes ayudan a las mujeres a interrumpir su embarazo. Elaboración propia con información de los 32 Códigos Penales estatales.

Legislación de la Ciudad de México. Primer estado que aprueba la interrupción voluntaria del embarazo legalmente

El Código Penal para el Distrito Federal, en su Título 1. Capítulo V. Aborto que abarca del artículo 144 al 148, establece la reglamentación acerca de lo que es aborto,



definiéndolo como la interrupción voluntaria del embarazo después de la semana 12 de gestación (Asamblea Legislativa DF, 2012). El Código Penal responsabiliza al médico sobre la información que debe proporcionarse a la mujer embarazada: objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos. Así como los apoyos existentes

Oaxaca y su proceso de despenalización de la interrupción del embarazo

En septiembre de 2019, el Congreso del estado de Oaxaca aprobó la despenalización de la interrupción del embarazo hasta la semana 12 de gestación, convirtiéndose en el segundo estado en hacerlo (García, A.K., 27 de septiembre de 2019). Durante varias semanas se llevó a cabo el debate para reformar el Código Penal del estado, finalmente con 24 votos a favor (por parte de las bancadas de Morena y Partido del Trabajo) 12 en contra y 6 abstenciones (por parte del PRI, PAN y Encuentro Social), se consiguió la aprobación a dicha reforma (Editorial Universal, 27 de septiembre de 2019; Redacción Animal Político, 25 de septiembre de 2019).

El Código Penal aún no ha sido modificado, pero el proceso conlleva a un gran avance en materia de la salud reproductiva de las mujeres; que de acuerdo con Laura Estada, diputada por Morena quien propuso la iniciativa, las cifras que la Secretaría de Salud de Oaxaca registran son de aproximadamente 2,300 interrupción del embarazo realizadas de forma clandestina cada año, que considerando el subregistro, pudieran llegar a 9,000 (Redacción Animal Político, 25 septiembre de 2019).

Conclusiones

La legislación en México tiende a ser moderada de excepción al solo aceptarse ciertas causales en cada uno de los estados, siendo la violación la única aceptada en todo el país, la voluntariedad del acto está por mucho lejos de estar legalizado. Actualmente dos estados son los únicos que aprueban la interrupción del embarazo hasta la semana 12 de gestación: la Ciudad de México (2007) y Oaxaca (2019).

La penalización para aquellas mujeres que incurran en “aborto”, en prácticamente todos los estados implica una condena en prisión, que en algunos casos es combinado con multas. De igual forma, aquellos que ayuden a practicar la interrupción del embarazo, tienen penas de prisión, las cuales varían dependiendo si: la mujer es mayor o menor de edad, si se efectuó con consentimiento o sin el consentimiento de la mujer; y en el caso de ser personal de salud, además de las penas establecidas, se suma el retiro de



la licencia de forma temporal o bien, en caso de reincidir, el retiro permanente de la licencia.

Tanto la Constitución Política nacional, como las constituciones locales, en su mayoría, consideran que la vida debe ser respetada desde el momento de la concepción; lo cual contiene una perspectiva conservadora respecto al tema, dificultando la posibilidad de legislar en materia de interrupción voluntaria del embarazo. Pero, a pesar de la legislación vigente, existe un vacío legal en lo que respecta al embrión, específicamente aquellos de inseminación artificial o aquellos que están crioconservados. Por lo tanto, a pesar del texto conservador y de la prohibición de la interrupción del embarazo de forma voluntaria en casi todo el país, para ciertos temas existe ambigüedad en el respeto a la vida y el estatuto del embrión.

Notas

¹ Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, UAM Xochimilco, México

Referencias bibliográficas

Código Penal del Distrito Federal. Asamblea Legislativa del DF. 2012:120. Disponible en: http://www.fimevic.df.gob.mx/documentos/transparencia/codigo_local/CPDF.pdf

Detienen a partera clandestina que realizó un aborto (lunes 5 de septiembre de 2005), El Siglo de Durango. Justicia. Disponible en: <http://elsiglodedurango.com.mx/pdf/2005/09/05/05dgo04e.pdf>

Diccionario UNESCO de las Ciencias Sociales Tomo I (1987) Planeta-Agostini. España Kane, G., Galli, B., & Skuster, P. (2013). When abortion is a crime: The threat to vulnerable women in Latin America. Factsheet. Ipas. Estados Unidos. P. 2. Disponible en: <file:///C:/Users/Sandra/Downloads/FCSCRIE13.pdf>

Pereznieto Castro, Leonel (2007). Introducción al estudio del derecho, Oxford.

Código Penal Federal (2019), Cámara de Diputados, México. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/9_120419.pdf

Código Penal Aguascalientes (2019). Gobierno de Aguascalientes. México. Disponible en: <http://eservicios2.aguascalientes.gob.mx/NormatecaAdministrador/archivos/EDO-4-11.pdf>

Código Penal Baja California (2019). Congreso de Baja California. México. Disponible en:

http://www.congresobc.gob.mx/Parlamentarias/TomosPDF/Leyes/TOMO_V/Codpenal_07NOV2016.pdf



Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Baja California Sur (2019). Departamento de Apoyo Parlamentario. México. Disponible en: <https://www.cbcs.gob.mx/index.php/cmply/1488-codigo-penal-para-el-estado-libre-y-soberano-de-estado-de-baja-california-sur>

Código Penal del Estado de Campeche (2019). Congreso Campeche. México. Disponible en: <http://legislacion.congresocam.gob.mx/index.php/leyes-focalizadas/anticorrupcion/6-codigo-penal-del-estado-de-campeche>

Código Penal para el Estado de Chiapas (2018). Poder Judicial Chiapas. México. Disponible en: <http://www.poderjudicialchiapas.gob.mx/forms/archivos/45d9codigo-penal-para-el-estado-de-chiapas%281%29.pdf>

Código Penal del Estado de Chihuahua (2019). Congreso del Estado de Coahuila. México. Disponible en: <http://www.congresochihuahua2.gob.mx/biblioteca/codigos/archivosCodigos/64.pdf>

Código Penal del Estado de Coahuila de Zaragoza (2017). Congreso del Estado de Coahuila. México. Disponible en: <http://congresocoahuila.gob.mx/portal/wp-content/uploads/2014/11/coa08.pdf>

Código Penal del Estado de Colima (2016). Dirección de Procesos Legislativos. CNDH. México. Disponible en: <https://cdhcolima.org.mx/wp-content/uploads/2017/01/C%C3%B3digo-Penal-para-el-Estado-de-Colima.pdf>

Código Penal del Estado Libre y Soberano de Durango (2018). LXVII Legislatura Durango. México. Disponible en: [http://congresodurango.gob.mx/Archivos/legislacion/CODIGO%20PENAL%20\(NUEVO\).pdf](http://congresodurango.gob.mx/Archivos/legislacion/CODIGO%20PENAL%20(NUEVO).pdf)

Código Penal del Estado de Guanajuato (2018). Procuraduría General de Justicia del Estado de Guanajuato. México. Disponible en: <https://portal.pgjguanajuato.gob.mx/PortalWebEstatat/Archivo/normateca/2.pdf>

Código Penal del Estado de Guerrero (2008). Gobierno del Estado de Guerrero. México. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Estatat/GUERRERO/Codigos/GROCOD07.pdf>

Código Penal para el Estado de Hidalgo (2016). Instituto de Estudios Legislativos. PJH. México. Disponible en: http://www.pjhidalgo.gob.mx/transparencia/leyes_reglamentos/codigos/codigo_penal_estado_hgo.pdf

Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Jalisco (2019). Gobierno del Estado de Jalisco. México. Disponible en:



<https://www.jalisco.gob.mx/sites/default/files/C%25C3%25B3digo%2520Penal%2520para%2520el%2520Estado%2520Libre%2520y%2520Soberano%2520de%2520Jalisco%2520%252826OCTU12%2529.pdf>

Código Penal del Estado de México (2017). Gobierno del Estado de México. México. Disponible en: <http://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/cod/vig/codvig006.pdf>

Código Penal de Michoacán (2018). Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo. México. Disponible en: <http://leyes.michoacan.gob.mx/destino/O10020fue.pdf>

Código Penal para el Estado de Morelos (2019). Consejería Jurídica del Poder Ejecutivo del Estado de Morelos. México. Disponible en: <http://marcojuridico.morelos.gob.mx/archivos/codigos/pdf/CPENALEM.pdf>

Código Penal para el Estado de Nayarit (2016). Poder Legislativo del Estado de Nayarit. México. Disponible en: <https://transparencia.nayarit.gob.mx/resources/uploads/cofonay/pdfs/16.-%20Codigo%20Penal%20para%20el%20Estado%20de%20Nayarit.pdf>

Código Penal para el Estado de Nuevo León (2019). Congreso Legislativo del Estado de Nuevo León. México. Disponible en: http://www.hcnl.gob.mx/trabajo_legislativo/leyes/pdf/CODIGO%20PENAL%20PARA%20EL%20ESTADO%20DE%20%20NUEVO%20LEON.pdf

Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Oaxaca (2018). Poder Legislativo del Estado de Oaxaca. México. Disponible en: <https://sspo.gob.mx/wp-content/uploads/2018/09/C%C3%B3digo-Penal-para-el-Estado-Libre-y-Soberano-de-Oaxaca.pdf>

Código Penal del Estado Libre y Soberano de Puebla (2016). Congreso del Estado de Puebla. México. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Puebla/wo96585.pdf>

Código Penal para el Estado de Querétaro (2017). Marco Normativo. CNDH. México. Disponible en: <http://armonizacion.cndh.org.mx/Content/Files/DMVLV/CP/QRO-CP.pdf>

Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Quintana Roo (2018). Congreso de Quintana Roo. México. Disponible en: <http://documentos.congresoqroo.gob.mx/codigos/C6-XV-20180427-157.pdf>

Código Penal del Estado de San Luis Potosí (2018). Congreso de San Luis Potosí. México. Disponible en:



http://congresosanluis.gob.mx/sites/default/files/unpload/legislacion/codigos/2019/02/Codigo_Penal_del_Estado_%20de_San_Luis_Potosi_27_Dic_2018.pdf

Código Penal para el Estado de Sinaloa (2016). Congreso de Sinaloa. México. Disponible en:

http://www.congresosinaloa.gob.mx/images/congreso/leyes/zip/codigo_penal_28-dic-2016.pdf

Código Penal para el Estado de Sonora. Gobierno del Estado de Sonora. México. Disponible en:

http://www.stjsonora.gob.mx/acceso_informacion/marco_normativo/CodigoPenalSonora.pdf

Código Penal para el Estado de Tabasco (2017). Gobierno del Estado de Tabasco. México. Disponible en:

http://tsj-tabasco.gob.mx/resources/pdf/biblioteca/codigo_penal.pdf

Código Penal para el Estado de Tamaulipas (2016). Procuraduría del Estado de Tamaulipas. México. Disponible en: <https://www.tamaulipas.gob.mx/procuraduria/wp-content/uploads/sites/14/2017/02/13-codigo-penal-para-el-estado-de-tamaulipas-211216.pdf>

Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Tlaxcala (2016). Gobierno del Estado de Tlaxcala. México. Disponible en: http://tsjtlaxcala.gob.mx/transparencia/Fracciones_a63/l/codigos/codigopenaltlaxcala.pdf

Código Penal del Estado de Veracruz (2015). Poder Legislativo del Estado de Veracruz. México. Disponible en: <http://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/PENAL270115.pdf>

Código Penal de Estado de Yucatán (2018). Congreso de Yucatán. México. Disponible en: <http://www.congresoyucatan.gob.mx/legislacion/codigos>

Código Penal para el Estado de Zacatecas (2018). Congreso de Zacatecas. México. Disponible en: www.congresozac.gob.mx/coz2/imprime.php?cual=103

GIRE (2018). Maternidad o castigo. La criminalización del aborto en México. GIRE. México. Disponible en:

https://criminalizacionporaborto.gire.org.mx/assets/pdf/Maternidad_o_castigo.pdf

García, A.K., 3 claves sobre la despenalización del aborto en Oaxaca. Artes e ideas. El Economista, 29 de septiembre de 2019. Disponible en:

<https://www.economista.com.mx/arteseideas/3-claves-sobre-la-despenalizacion-del-aborto-en-Oaxaca-20190929-0004.html>



Editorial El Universal. Aborto legal en Oaxaca. El Universal, 27 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/editorial-el-universal/aborto-legal-en-oaxaca>

Redacción Animal Político. La marea verde gana en Oaxaca: Congreso local aprueba despenalizar el aborto, Animal Político, 25 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.animalpolitico.com/2019/09/congreso-oaxaca-aprueba-despenalizar-aborto/>



Assistência aos processos de abortamento: a perspectiva de médicos residentes de duas universidades públicas em São Paulo, Brasil¹

Rosana Machin²
Márcia Thereza Couto²

Resumo

O aborto é um importante tema sob a perspectiva da saúde pública e permeia a prática de diversas especialidades. Como algumas das interrupções envolvem ilegalidade há dificuldade em se dimensionar o fenômeno. Foi estimada a ocorrência global de 56 milhões de abortamentos induzidos entre 2010 e 2014, sendo 54,9% destes em situações inseguras. As taxas de abortamento não foram menores em países com legislação restritiva entre 2010-2014, mas foi percebido que medidas de planejamento familiar e acesso seguro ao abortamento são essenciais. Diante deste cenário, a formação de profissionais da saúde solicita atenção especial, pela magnitude do fenômeno, pela necessidade de habilidades ao cuidado das mulheres em situação de abortamento e pelas consequências das ocorrências para a saúde sexual, reprodutiva e mental das mulheres. Enfocamos a assistência a processos de abortamento e sua relação com a formação médica recebida em Ginecologia e Obstetrícia (GO) e Medicina de Família e Comunidade (MFC), de residentes de duas faculdades públicas paulistas. A pesquisa seguiu a metodologia qualitativa e a produção dos dados empíricos se norteou pela técnica de entrevista em profundidade (13 residentes). Os residentes em GO relatam pautar-se nas experiências práticas para condução dos casos de abortamento. Os residentes em MFC relatam discussões sobre o tema e suas conexões com questões de gênero. O conhecimento clínico, o desenvolvimento de habilidades e técnicas e a maior inserção da abordagem de gênero na formação, se revelam fundamentais para o exercício do cuidado integral às mulheres em processo de abortamento.

Palavras-chave

Aborto; formação médica; gênero

Introdução

A legislação que trata de aborto induzido na Brasil data de 1940 e prevê realização de abortamento legal em casos de risco para a vida da mãe, gravidez decorrente de estupro e, desde 2012, casos de fetos que apresentem anencefalia. Embora haja subnotificação dos casos de abortamento, este é considerado como uma das quatro principais causas



de morte materna (OMS, 2013) e a curetagem manual pós- abortamento o terceiro procedimento obstétrico mais realizado no país (Brasil, 2011).

O aborto é conceituado como a interrupção da gravidez ou expulsão do feto da concepção antes que seja viável (22º semana) ou com o produto da concepção pesando menos de 500 gramas ou com menos de 16 centímetros (Brasil, 2011), sendo espontâneo ou provocado. Além destas somam-se as interrupções de gestações decorrentes de risco de vida para a mãe portadora de patologia grave e em razão de malformações fetais, as interrupções de gravidezes resultantes de violência sexual e os abortos provocados. Como algumas das interrupções envolvem ilegalidade e julgamentos de caráter moral há dificuldade em se dimensionar o fenômeno. O abortamento inseguro, por sua vez, é definido como procedimento para interromper uma gravidez não desejada realizado por pessoas sem as devidas habilidades ou em ambiente sem os mínimos padrões médicos, ou ambos (OMS, 2013).

Foi observado declínio nas mortes decorrentes de complicações por abortamento, o que se considera influência de maior uso do medicamento Misoprostol (Diniz, Medeiros, Madeiro, 2017), em relação a métodos caseiros (chás, venenos, manipulação uterina perfurante, etc.). No entanto, devido principalmente a falta de orientação em relação ao uso do medicamento ou mesmo uso de medicamentos inseguros, complicações ainda ocorrem em cerca de 50% dos casos de aborto medicamentoso (Diniz, Medeiros, 2010).

No ano de 2013, registraram-se 205.855 internações decorrentes de abortos no Brasil, sendo 154.391 por interrupção induzida (Monteiro, Adesse, Drezett, 2015). Segundo os autores, no período de 1995 e 2013, houve uma diminuição de internação de mulheres de 10 a 49 anos por complicações de aborto (redução de 27%) e a estimativa do número anual de abortos induzidos recuou 26%. Tais fatos seriam resultado de fatores como o aumento da escolaridade da população feminina, a redução da taxa de fecundidade total e a ampliação de cobertura das medidas anticoncepcionais. Essa redução seria ainda consequência do elevado percentual de mulheres em idade fértil esterilizadas.

O estudo sobre aborto realizado por Diniz (et al., 2017) trouxe elementos para a desconstrução do estereótipo da mulher que aborta. Identificou-se que em sua maioria são mulheres entre 20 e 29 anos, em união estável, com até 8 anos de estudo, trabalhadoras e católicas. Nesse sentido, o abortamento indica ser um evento reprodutivo comum na vida das mulheres brasileiras. O evento está distribuído em todas as idades, entre mulheres casadas ou não, em todas as religiões, em todos os níveis



educacionais, em todos os grupos sociais, raciais, regiões do país e municípios de tamanhos variados, indicando uma permanência estrutural e disseminada da prática na vida das mulheres. Aos 40 anos, uma em cada cinco mulheres já fez ao menos um aborto.

A partir desse cenário, a formação de profissionais da saúde solicita cuidado particular com relação adimensão do fenômeno, a necessidade de habilidades ao cuidado das mulheres em situação de abortamento e as consequências das ocorrências para a saúde sexual, reprodutiva e mental das mulheres. Para as Diretrizes Curriculares Nacionais propostas pelo MEC em 2014 (Brasil, 2011) a formação do profissional médico deve estar em consonância com o sistema de saúde e o quadro epidemiológico vigentes. Nesse sentido, em face de uma questão de saúde pública de tal magnitude é relevante considerar a formação que os estudantes de Medicina recebem sobre o tema, no contexto da graduação e nas residências médicas.

As questões de gênero precisam ser abordadas na formação dos futuros médicos e demais profissionais da saúde, especialmente pela maneira como a cultura médica trata (e ainda permanece tratando) problemas e tratamentos de saúde (Verdonket al, 2009; Bleakley, 2013). Bickel (2001) e Verdonk (et al., 2009) sugerem que escolas de medicina adotem visões mais claras sobre a relevância da abordagem de gênero na formação de seus alunos. Trazem como exemplo a necessidade de abordagem clínica das doenças coronarianas, a farmacologia, temas médico-sociais como violência doméstica e sexual, tópicos como sexualidade e problemas sexuais e domínios como a saúde mental. Ademais, destacam as diferenças de gênero em assuntos como a comunicação e a relação médico-paciente como especialmente relevantes na formação. E, concluem, advogando a necessidade de gênero fazer parte da formação em “cuidados primários de saúde” por causa de seu caráter multidisciplinar.

A partir desse contexto o presente estudo aborda como a formação médica articulada com as biografias pessoais, experiências de vida e opiniões influenciam a prática médica com relação ao dilema moral caracterizado pelo aborto e como a vivência do cotidiano da especialidade pode contribuir para modificar ou solidificar posicionamentos adotados pelos profissionais.

Metodologia

Os dados empíricos que apoiam as análises e discussões propostas constituem recorte de uma investigação mais ampla sobre a incorporação da perspectiva de gênero na



formação médica e na prática clínico-assistencial de residentes de Medicina de Família e Comunidade e Ginecologia e Obstetrícia de duas universidades públicas de São Paulo. O objetivo da pesquisa foi analisar a percepção sobre a formação em Ginecologia e Obstetrícia e Medicina de Família e Comunidade sobre a temática do aborto. O estudo foi realizado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente (processo CEP. 1.912.088).

Foi utilizada a metodologia qualitativa aplicada à saúde com uso da técnica de entrevista em profundidade, devido a sua potencialidade de captar, a partir de um roteiro pré-definido flexível, os valores e os sentidos que os sujeitos atribuem às suas experiências pessoais e profissionais (Becker, 1994). Do roteiro faziam parte perguntas sobre as vivências da formação em medicina e as experiências na residência médica relativas à temática de gênero e ao abortamento buscando dar voz e liberdade aos participantes da pesquisa na temática central do estudo.

As entrevistas foram realizadas no período de maio a setembro de 2017. Para o recrutamento dos sujeitos de pesquisa foi utilizada a técnica de “bola de neve”, buscando-se uma amostra não probabilística onde os participantes do estudo indicam outros participantes, até que se atinja o ponto de saturação (Dewes, 2013). Os primeiros participantes foram acessados no âmbito de dois cursos de Residência, indicados pelos coordenadores dos programas de residência das universidades. Como critérios de inclusão consideraram-se: homens e mulheres, cursando Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e Ginecologia e Obstetrícia, que aceitassem participar do estudo.

Foram realizadas 13 entrevistas contando entre essas 7 profissionais especializados em Ginecologia e Obstetrícia (GO) e 6 profissionais especializados em Medicina de Família e Comunidade (MFC). As entrevistas foram realizadas individualmente, em local definido pelos entrevistados, com média de duração de 50 minutos e gravadas com permissão dos entrevistados e assinatura do TCLE. As entrevistas foram transcritas na íntegra com a verificação posterior da acurácia das transcrições. Como critério de saturação foi considerado os significados atribuídos à experiência sobre conteúdos relacionados à perspectiva de gênero na formação médica e ao abortamento no contexto da formação teórico-prática na residência médica (Fontanella et al, 2008).

Entre os entrevistados 9 eram mulheres e 4 homens; formados entre os anos de 2011 e 2015; 7 eram da residência de Ginecologia e Obstetrícia e 6 de Medicina de Família



e Comunidade. Oriundos de instituições de ensino público na graduação eram 8 e de instituições privadas 5, localizadas em diferentes estados do país. Todos no momento da entrevista realizavam especialização em duas universidades públicas do Estado de São Paulo, Brasil. Conforme o ano de formação de cada um deles expressa são todos médicos jovens, que ainda vivenciam um processo de construção de seu eu-médico e com lembranças recentes da graduação.

No processo de análise foi realizada análise de conteúdo temático (Silverman, 2009). Nela focalizamos tanto os temas previstos no roteiro como os emergentes e, para ambos, seguimos quatro etapas no processo de análise: 1. Processo de impregnação dos relatos, 2. Delimitação dos temas prioritários para análise (temas previstos no roteiro e emergentes), 3. Síntese preliminar dos principais achados; 4. Confrontação dos achados empíricos primários com a literatura relativa aos temas e a fundamentação teórica. Do processo de análise emergiram as seguintes categorias de análise: abordagem da temática na graduação e acolhimento na assistência ao processo de abortamento. Os resultados e a discussão destas categorias serão apresentados a seguir.

Tratamento do tema na formação

O campo médico historicamente se volta para a prática como meio principal de transmissão dos saberes, muitas vezes desvalorizando o aprendizado teórico. Dada a relevância da temática para o campo da saúde das mulheres, os desdobramentos em termos da saúde física e psíquica e os preconceitos associados ao aborto na sociedade, o tema do abortamento induzido se perpetua no ambiente acadêmico. Em conjunto com diversos outros temas considerados polêmicos a formação dos estudantes de Medicina parece não estar possibilitando a construção de uma relação médico-paciente na qual haja uma postura empática e um ambiente de acolhimento para abordagem do problema, prejudicando dessa forma a visão do paciente como um ser além de sua condição e ou patologia no momento da consulta.

A abordagem do tema do abortamento na graduação médica, que sobressai das análises das entrevistas, permite delinear um panorama preocupante. Embora a totalidade dos entrevistados refira presença de aulas sobre o tema, a abordagem teórico-prática nas distintas faculdades onde se graduaram é voltada principalmente para questões legais e biológicas, conduzindo para um momento de tensão durante a prática clínica, de forma dissonante com o previsto na Norma Técnica - Atenção



Humanizada ao Abortamento (2011). Foi comentado que, por tratar-se de um tema polêmico, poucos docentes estariam dispostos a aprofundar-se no assunto, reconhecendo a dificuldade de discuti-lo. Também foi destacado que a política institucional influencia a quantidade e a qualidade das aulas, conforme observado no excerto de entrevista abaixo:

Se chegasse uma paciente em risco de vida que precisava fazer um aborto, ela tinha que ser mandada para outro hospital [...]. Então, porque era católico [a instituição]. Então os residentes não aprendiam a fazer[...] as pessoas não comentavam muito. Eu tive uma aula sobre isso, mas foi só na graduação e ninguém falava sobre o assunto. E12, feminino, MFC.

Os casos de abortamento legalizado previstos pela legislação atual foram corretamente referidos pela totalidade dos entrevistados, que chegaram a mencionar não haver necessidade de registro de boletim de ocorrência para a realização do aborto em casos de abuso sexual e procedimentos necessários para prosseguir com o abortamento nos casos de anencefalia e risco iminente de morte materna. Tal conhecimento pode ser reflexo da valorização do ensino do panorama legal em que toca o tema abortamento e preocupações de ordem ético profissional.

Eu sigo o código de ética, até porque eu também não quero me envolver, mas o que a gente aprende é que pela lei você é obrigado a notificar um aborto provocado, e aí uma vez notificado a promotoria poderia processar essa mulher, e você estaria indo contra a lei se não notificar, sabendo que foi um aborto provocado. Mas isso é completamente contra a privacidade da paciente, que te passou a informação em consulta, não é algo que ponha a vida de alguém em risco, não vai por a vida dela nem de outros em risco iminente e só nessas situações que você pode quebrar a privacidade, então segundo o código de ética médico, você está errado em quebrar o sigilo. Então eu e a grande maioria dos GOs tomam essa abordagem. Quando a pessoa admite, seja porque você achou algo ou porque elas chegam contando, o que eu faço: explico as complicações, a implicação legal caso ela queira contar para alguém e falo que eu não vou contar, mas eu também não escrevo no prontuário. Porque daí eu me comprometo legalmente se eu escrevo no prontuário, e depois alguém descobrir e processar ela. E4, feminino, GO.

Em relação à possibilidade de denúncia do abortamento ilegal pela equipe de saúde, a totalidade dos entrevistados compreende que não é seu papel envolver mecanismos judiciais nos casos de mulheres em processos autoinduzidos de abortamento. O ato citado de omissão em prontuário quando se conhece a autoindução do abortamento é



encarado como um meio de proteger-se e proteger também a paciente de possíveis repercussões legais caso seja levantada a possibilidade de abortamento induzido.

O tempo e a prática são considerados fatores determinantes para o desenvolvimento do cuidado pelo residente, na medida em que as situações de abortamento são rotineiras para os médicos.

Acho que a gente com o tempo aprende a conversar melhor e falar sobre isso com a paciente, porque temos que tomar o cuidado de não banalizar uma coisa que para a gente é comum, mas para a paciente é a primeira vez, para ela é o mundo dela que caiu. E3, feminino, GO.

Residentes de MFC trouxeram o entendimento da autonomia que as mulheres devem ter sobre o próprio corpo, relatando que, quando se deparam com casos de mulheres com gestações indesejadas e que desejam o abortamento, acolhem e informam no atendimento.

Eu falei assim: 'você tem algumas opções, tem opção disso, opção de clínica e opção de falar que foi abuso' e é isso, né. Aí ela 'nossa, nunca achei que iam me falar isso no posto de saúde, se soubesse tinha vindo antes' e eu peguei e falei 'ó, a gente não tá com muito tempo', ela já tava com 16 semanas. Então, 'vou te dar um tempo pra você pensar sobre isso e a gente segura o SIS [ficha de abertura de pré natal], não precisa abrir agora e você vai pensando, se precisar de alguma ajuda, se sangrar, se não sei o quê, se for fazer isso tenha alguém por perto' aí foi isso, ela usou três vezes miso e não abortou. E8, feminino, MFC.

A abordagem do tema aborto durante a graduação foi bastante uniforme entre os residentes, segundo as diversas faculdades, com privilégio dos temas biológicos e legais relacionados ao abortamento. A falta de discussões com relação ao acolhimento dessas pacientes, por sua vez, caracterizou o maior ponto de tensão e divergência entre os residentes das especialidades: enquanto na GO valoriza-se a prática como meio de aprendizado, sem relatos sobre discussões teóricas, a MFC parece valorizar a discussão como forma de uniformizar a abordagem realizada por seus residentes.

Acolhimento na assistência ao processo de abortamento

O processo de acolhimento está baseado na realização de uma escuta qualificada, com acesso às tecnologias necessárias conforme preconizado na Política Nacional de Humanização (Brasil, 2006). Sendo uma das principais diretrizes das práticas de cuidado em saúde, se processa segundo a lógica denominada por Neves e Heckert



(2010) como intersubjetiva-relacional. Esta diz respeito à compreensão do acolhimento como relação com o outro, construção de vínculos interpessoais a partir de uma escuta solidária e atenta aos sofrimentos na e pela abertura do exercício clínico ao plano coletivo e relacional.

O não estabelecimento de uma relação adequada com as pacientes é um fator que limita o cuidado segundo os entrevistados. Foi referido que trabalhar no acolhimento das pacientes poderia ajudar no planejamento de assistência, para entender o que levou a mulher a provocar o abortamento, os caminhos que foram seguidos. Além disso, como forma de otimizar o relacionamento com as pacientes, observam que poderiam ser feitas certas mudanças no fluxo dos atendimentos, com um acompanhamento longitudinal por um profissional que conheça a história a fundo, evitando assim expor a paciente a julgamentos pelos novos profissionais com os quais entre em contato.

A estruturação do sistema de saúde e suas consequências para o acolhimento dessas mulheres foi discutido na limitação do estabelecimento de uma relação com as pacientes. Um sistema no qual o tempo disponível para cada atendimento é reduzido torna difícil abordar questões delicadas como o abortamento. Muitas vezes, não há um acompanhamento da mulher por um profissional fixo durante o trajeto pelo serviço.

Nesse sentido, a vulnerabilidade da mulher aos julgamentos de diversos profissionais pode afetar não só o cuidado dispensado no momento, como igualmente a confiança no serviço de saúde no sentido de contatá-lo futuramente se for necessário.

Todos os entrevistados indicaram compreender a importância do acolhimento adequado das pacientes (Barbosa, Bobato, Mariutti, 2012). Entre os residentes da MFC o acompanhamento dos casos é mencionado como de modo mais próximo aos médicos assistentes. Tal atitude parece ajudar na constituição de uma orientação mais uniforme quanto à abordagem das pacientes pelos médicos quando estes se deparam com questões mais polêmicas quando surgem dúvidas sobre os procedimentos técnicos.

No caso da abordagem de questões de gênero durante a formação igualmente foi um dos fatores, que contribuíram para fazer com que os residentes em MFC se vissem mais preparados para lidar com situações de abortamento autoinduzido comparativamente aos profissionais de GO. Foi observado o tratamento da temática relativa a visão do profissional sobre a mulher que abortou, seus motivos e as possíveis consequências dessa ação.



As trajetórias dessas mulheres (Coast, Norris, Moore, Freeman, 2018) envolvem diversos agentes, possibilidade de acesso ao serviço de saúde, e ainda aspectos relacionados à gênero e sexualidade. Das falas dos entrevistados emergiram reflexões sobre esse contexto.

“Quem está grávida é a mulher, quem foi irresponsável foi a mulher, não foi uma opção do homem. E é isso que a gente vê na prática. “Ah, e o companheiro?” “não quer”. E é simples, não quer”, E1, feminino, GO.

Tal fala demonstra como o enraizamento dos papéis de gênero na sociedade pode ter efeitos com repercussões sociais e da saúde intensas, pois no caso de uma mulher cujo companheiro a abandona durante a gestação, num país em que o abortamento é ilegal e perigoso, a repercussão dessa gravidez na vida futura de ambos a mulher e a criança pode ser significativas.

Foi importante perceber que os médicos também estão cientes do seu direito de objeção de consciência, para casos em que não haja risco iminente de morte e que outros profissionais capacitados possam realizar a assistência. No entanto, há situações que derivam de julgamento pela moral religiosa, trazendo à tona a necessidade de melhor preparar os médicos evitando que suas crenças pessoais interfiram de forma prejudicial no relacionamento com as pacientes sob sua responsabilidade.

Porque a gente sabe que no Brasil quem quer abortar aborta, mas quem complica o abortamento é quem é pobre, não tem dinheiro para pagar uma clínica de abortamento, que a gente sabe que tem aos montes por aí. Quem não tem esse dinheiro para fazer um abortamento um pouco mais seguro, apesar de ainda ilegal, é quem aborta com agulha de crochê, quem aborta com sonda, cabides, esses abortamentos são os que complicam. Abortamento em clínica de aborto, com comprimido que se acha na Praça da Sé, esses se sucedem um pouco mais tranquilamente, e aí não chega para nós. E6, masculino, GO.

Assim, os residentes de MFC tiveram uma postura ativa quando a legislação foi tratada, indicado serem favoráveis à legalização do aborto. O argumento para embasar tal posicionamento envolveu o direito da mulher de decidir sobre seu próprio corpo, num entendimento de que ela teria autonomia de decisão que se sobrepõe aos direitos de qualquer outra pessoa sobre o conceito e pelas evidências em saúde pública, que indicam maiores taxas de morbi-mortalidade entre as mulheres que induzem o abortamento.



A questão do gênero, de não deixar a mulher ser dona do próprio corpo e achar que ela temesse instinto natural de parir e que toda mulher tem que amar esse período da gestação. E quando a gente começa a desconstruir esse conceito e problematizar a questão de gênero, é muito mais fácil resolver. O que eu quero dizer é que assim eu acho que a Medicina de Família é diferente. Não é porque a gente discute o abortamento, eu acho que é porque é trabalhada a questão da autonomia da mulher, de ser dona do próprio corpo, das próprias decisões, de modo que eu não preciso discutir qual que é a minha opinião sobre aborto, porque é muito óbvio. E13, masculino, MFC.

Para os médicos entrevistados há concordância com o fato de que a ilegalidade da prática do aborto tem pouco impacto no impedimento da prática quando uma paciente decide por interromper uma gestação. Assim, tende a atuar como fator de risco para aquelas mulheres que não dispõem de acesso a meios seguros de realizá-lo. O grande impacto na redução das gravidezes indesejadas advém de uma política de educação sexual e planejamento familiar, que permita evitar gestações não planejadas (Faundes, Shah, 2015).

Considerações finais

O tema do abortamento na formação teórica durante a faculdade de Medicina revela estar ainda pautado pelo domínio biológico e legal. Nas residências de GO e MFC, a presença de aulas teóricas e discussões voltadas a gênero, sexualidade e feminilidade parecem contribuir para uniformizar a prática clínica.

Considerando os relatos dos entrevistados foi perceptível que nos atendimentos prestados às mulheres em abortamento se privilegia a dimensão técnica. A ênfase do cuidado, de forma geral, parece concentrar-se na recuperação física e reprodutiva, mesmo quando expressam a importância de valorizar os aspectos psicológicos e de estímulo a autonomia feminina sobre o próprio corpo.

Concluindo, o conhecimento clínico, o desenvolvimento de habilidades e técnicas, particularmente no tocante à maior inserção da abordagem conceitual de gênero na formação na graduação e na residência, além do amadurecimento de atitudes pessoais, éticas e profissionais são aspectos fundamentais para a formação médica e o exercício do cuidado integral às mulheres em processo de abortamento.

Notas

¹Este estudo contou com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que, por meio das bolsas de iniciação científica das graduandas



em Medicina Ana Luísa Smith Rocha e Maria Renata Mencacci Costa, tornaram este estudo possível.

² Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo, Brasil.

Referências

- Barbosa, A.S.S.F., Bobato, J.A.C., Mariutti, M.G. (2012). Representação dos Profissionais da saúde pública sobre o aborto e as formas de cuidado e acolhimento. *Rev. Spagest (Ribeirão Preto)*. 13(2):44-55.
- Becker, H. (1994). *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec.
- Bickel, J. (2001). Gender equity in undergraduate medical education: a status report. *Journal of women's health & gender-based medicine*.10(3):261-70.
- Bleakley, A. (2013). Gender matters in medical education. *Medical Education*. 47: 59-70.
- Brasil. (2001). Diretrizes Curriculares nacionais. Brasília; 2001 [citado 26 Jun 2018]. Disponível em:http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde (BR). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Coast, E., Norris, A., Moore, A.M., Freeman, E. (2018). Trajectories of women's abortion-related care: A conceptual framework. *Social Science Medicine*. 200: 199-210.
- Dewes, J. (2013). Amostragem em bola de neve e respondent-driven sampling: uma descrição dos métodos. [citado 26 Jun 2018]. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/93246>.
- Diniz, D., Medeiros, M. (2010). Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Cienc Saude Coletiva*. 15(Suppl1): 959-966.
- Diniz, D., Medeiros, M. E Madeiro, A. (2017). Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Cienc Saude Colet*. ;22 (2): 653-660.
- Faundes, A., Shah, I.H. (2015). Evidence supporting broader access to safe legal abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131.S56–S59.



Fontanella, B.J.B., Ricas, J., Turato, E.R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica*. 24 (1),17-27.

Monteiro, G.F.M., Adesse, L. E Drezett, J. (2015). Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013. *Reprodução & Climatério*. 30 (1):11-18.

Neves, A.C., Coelho Heckert, A.L. (2010). Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. *Estud Pesqui Psicol*.10(1):151-168.

OMS. Organização Mundial da Saúde. (2013). Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas da saúde. 2 ed. Genebra: OMS.

Silverman, D. (2009). Interpretação de dados qualitativos. Métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Porto Alegre: Artmed.

Verdonk, P., Benschop, Y.W.M., De Haes, H.C.J.M.et al. (2009).From gender awareness to gender bias in medical education. *Adv in Health Sci Educ*. [citado 24 Jun 2018]. Disponível em <http://ihse.qmul.ac.uk/cme/units/qa/>.



Consecuencias derivadas de la participación en programas de estímulos económicos y su efecto en la salud de docentes universitarios mexicanos

Dra. Susana Martínez Alcántara¹
Mtra. Gabriela Castro Díaz²

Resumen

Objetivo

Identificar la prevalencia de trastornos que potencialmente pueden desarrollarse en función del trabajo académico y su asociación con las consecuencias derivadas de la participación en programas de estímulos.

Problemática

Desde hace 30 años, las universidades mexicanas impulsaron el incremento de los ingresos salariales con base en la productividad laboral. Sin embargo, también incrementó tareas, diversas consecuencias negativas y algunos trastornos en la salud.

Metodología

Se usó un mismo método en 6 estudios realizados en universidades de diferentes Estados del país. Las muestras fueron aleatorias en 4 de ellas; los datos se procesaron con el JMP, calculando IC al 95%, $X^2 < .05$. Se controlaron variables confusoras.

Resultados

Participaron 957 académicos, con 52 años de edad en promedio. El 61% son hombres y el 72% tiene doctorado y/o maestría. El 58% cuenta con estímulos económicos. Las principales exigencias son cubrir una cuota de producción (85%) y trabajar en días de descanso (70%). Las principales consecuencias de participar en la búsqueda de estímulos son el sacrificio del trabajo en equipo (32%) y el deterioro de la vida familiar y social (32%). Los daños son: la disfonía y los trastornos músculoesqueléticos (37%), el estrés (30%) y la lumbalgia (28%). El deterioro de la vida familiar y social se asoció con los 13 trastornos en estudio con $X^2 < 0.0000$,

Conclusiones

La sobrecarga de trabajo y el desarrollo de múltiples funciones, les permiten garantizar una mejora en sus niveles salariales. No obstante, su salud se ha menoscabado y existen consecuencias negativas que la están impactando.



Palabras Clave

Docentes, salud, trabajo, estímulos económicos.

Introducción

Por influencia y recomendación de organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) se crea en México la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) en 1950, como una asociación no gubernamental que funciona como un mediador entre los intereses del Estado y los de las universidades autónomas; desde entonces propone y opera políticas públicas. En los últimos 30 años la ANUIES ha impulsado la evaluación de la Educación Superior en sus diferentes modalidades y se ha valido para ello de instituciones como los Comités de Pares (CIEES), el Consejo de Acreditación (Copaes), el Centro de Evaluación de la Educación Superior (Ceneval), El Programa de Mejoramiento al Profesorado (Promep), El Programa de Fortalecimiento Institucional (PIFI), la Fundación Empresa-Universidad entre otros más.

Con apoyo de la ANUIES, el gobierno mexicano ha impuesto la evaluación al desempeño docente como estrategia política la cual busca tres objetivos: recuperar el control del Estado en materia educativa, mejorar la calidad de la educación pública y establecer mecanismos administrativos-laborales de control sobre el ingreso, promoción y reconocimiento del trabajo docente. (Guzmán, 2018).

Sobre esta última cuestión, se han generado una serie de programas que recompensan o reconocen el trabajo docente vía la evaluación del mismo y, por consiguiente, la obtención de becas y estímulos que mejoran el salario. La participación en estos programas por parte del personal académico, ha implicado asumir una serie de exigencias laborales para alcanzar dichos estímulos y las consecuencias sobre la vida social, familiar y laboral no se han hecho esperar. Este deterioro percibido guarda, asimismo, una relación estrecha con diversos daños en la salud, como se podrá observar en este trabajo.

Como consecuencia de los recortes presupuestales y la implantación de políticas internacionales el trabajo se ha visto afectado; lo cual se expresa en menos recursos para salarios y en un incremento de las exigencias laborales al interior de las universidades. Una parte importante del presupuesto de las universidades, se destina al pago de estímulos económicos a docentes y/o investigadores, los cuales



tienen que ser concursados con base en tabuladores de puntuación que cada institución determina y para obtenerlos, es necesario el cumplimiento obligado de diversas actividades laborales para alcanzar la productividad necesaria con la consiguiente sobre carga de trabajo

Es por este motivo que el presente trabajo tiene como objetivo identificar la prevalencia de daños en la salud física y mental que potencialmente pueden desarrollarse en función de las condiciones del trabajo académico y su asociación con las consecuencias derivadas de la participación en programas de estímulos económicos.

Con los resultados de este estudio, también será posible tener un acercamiento a la realidad que se vive en las universidades públicas con relación a la salud docente, ya que, en México, como en muchos países de latinoamérica, existe un subregistro de enfermedades profesionales o relacionadas con la actividad laboral.

Fundamentación del problema

Como consecuencia de los recortes presupuestales y la implantación de políticas internacionales el trabajo se ha visto afectado; lo cual se expresa en menos recursos para salarios y en un incremento de las exigencias laborales al interior de las universidades. Una parte importante del presupuesto de las universidades, se destina al pago de estímulos económicos a docentes y/o investigadores, los cuales tienen que ser concursados con base en tabuladores de puntuación que cada institución determina y para obtenerlos, es necesario el cumplimiento obligado de diversas actividades laborales para alcanzar la productividad necesaria con la consiguiente sobre carga de trabajo.

Es por este motivo que el presente trabajo tiene como objetivo identificar la prevalencia de daños en la salud física y mental que potencialmente pueden desarrollarse en función de las condiciones del trabajo académico y su asociación con las consecuencias derivadas de la participación en programas de estímulos económicos.

Con los resultados de este estudio, también será posible tener un acercamiento a la realidad que se vive en las universidades públicas con relación a la salud docente, ya que, en México, como en muchos países de latinoamérica, existe un subregistro de enfermedades profesionales o relacionadas con la actividad laboral.



Metodología

Se realizó una investigación de carácter transversal y observacional con seis muestras aleatorias que conforman un total de 957 docentes de educación superior con funciones de docencia y/o investigación proveniente de seis diferentes universidades públicas de México. Se controlaron las variables de edad, género y antigüedad.

Se establecieron asociaciones entre el perfil de daño, las exigencias laborales, la participación en el programa de becas y estímulos económicos y las consecuencias derivadas de la participación en dicho programa de estímulos. Para ello se realizaron análisis univariados, bivariados y multivariados; se buscaron razones de prevalencia y se estimó el nivel de significancia de $p < 0.05$, con la prueba de ji cuadrada. Para el análisis de los datos se empleó el programa estadístico JMP en su versión 8.

Los ayudantes de profesor, el personal de asignatura, el personal académico que labora de tiempo parcial, temporal o aquellos que no tienen derecho a participar en los programas de primas al desempeño fueron excluidos de este estudio.

Se utilizaron tres instrumentos: el primero, fue una encuesta de tipo epidemiológica (PROESSAT) de aplicación individual que fue supervisada por los investigadores durante su aplicación. Fue adecuada a población mexicana; la cual retoma criterios establecidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, editado por la American Psychiatric Association APA. (Noriega, Franco, Martínez, Villegas, Alvear y López, 2001)

El segundo instrumento empleado fueron las escalas de depresión, ansiedad y estrés 21 (DASS 21). (Daza, Novy, Stanley y Averill, 2002). Que tiene la ventaja de ser un instrumento de autorreporte, el cual fue validado para población latina adulta. El tercero fue la prueba de síntomas subjetivos de fatiga Yoshitake (Barrientos, 2004) que evalúa fatiga, a través de síntomas somáticos, subetivos y mixtos, el cual fue validado con población mexicana con un punto de corte de siete respuestas afirmativas.

Resultados y discusión

La muestra de estudio se compone de 957 académicos con actividades de docencia y/o investigación, 61% son hombres y 39% son mujeres; que se encuentran en un



rango de edad entre los 26 a 76 años, el promedio de edad es de 52 años. La mayoría (59%) son casados. La mayor parte de los encuestados tiene estudios de posgrado; 37% tienen doctorado y el 35 % corresponde a los estudios de maestría. Como se puede apreciar es una población que en su mayoría cuenta con estudios de posgrado (80%).

Edad	Género	n	%	Estado Civil	n	%	Escolaridad	n	%
Media	Mujeres	37	39	Casados	56	59	Doctorado	35	37
DE	Hombres	58	61	Solteros	18	19	Maestría	32	35
Mediana	Total	95	100	Divorciados	10	10	Especialidad	7	8
Rango				Unión Libre	8	9	Licenciatura	19	20
				Viudos	2	3		4	

Cuadro 1. Variables demográficas de académicos de seis universidades mexicanas. Fuente: encuesta individual para la evaluación de la salud de los académicos, Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, 2017.

**Rango en años*

Para explorar las condiciones de trabajo bajo las cuales se llevan a cabo las actividades laborales de manera cotidiana y buscar en su momento su asociación con posibles daños en la salud, se indagó sobre diversas exigencias laborales que se asumen para cumplir el trabajo tanto docente como de investigación y difusión de resultados.

Una de las exigencias más sentidas para los académicos, 85% la refirió, es el tener que cubrir una cantidad determinada de cursos, clases, escritura de artículos o conferencias. Una segunda exigencia es trabajar en días de descanso e incluso vacaciones. El 70% de los docentes señaló destinar estos periodos a dichas tareas. Junto con ello casi la mitad de los docentes prolonga su jornada de trabajo más allá de las 48 horas semanales; extendiendo así el tiempo efectivo de trabajo muy por arriba de lo que la Ley Federal de Trabajo en México (LFT) estipula.

Asimismo, el 57% reporta que realizan tareas muy minuciosas, el 42% reconoce un



estricto control de calidad en cada una de sus actividades. (Véase Cuadro 2)

Exigencia	%
Cubre determinado número de cursos, clases, artículos y conferencias	85
Realiza trabajos pendientes en horas, días de descanso o vacaciones	70
Realiza tareas muy minuciosas	57
Jornada semanal mayor a 48 horas	46
Control de calidad	42
Espacio fijo	35
Espacio reducido	29
Incomunicado	18
No puede desatender su tarea por más de cinco minutos	17
Considera que su trabajo daña su salud	16
Supervisión estricta	16
Recibe órdenes confusas	10
Su trabajo es peligroso	6
Su trabajo es aburrido	3

Cuadro 2. Exigencias laborales de la organización y división del trabajo, comparativo entre las muestras de seis universidades mexicanas. Fuente: encuesta individual para la evaluación de la salud de los académicos, Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, 2017.

N= 957 Docentes universitarios

En el Cuadro 3 se puede observar el perfil de daño de esta población. Se identificaron tres trastornos en promedio por cada trabajador. El ejercicio docente implica para el trabajador académico un desgaste físico e intelectual no obstante ser una actividad creadora. Entre los principales padecimientos que aquejan a los trabajadores del sector educativo destacan los trastornos músculo esqueléticos (37%), la disfonía (37%), el distrés (30 %) y la lumbalgia (28%). Este perfil guarda correspondencia con lo que sucede con la población trabajadora a nivel mundial: los trastornos músculo esqueléticos ocupan ya el primer lugar (OIT, 2013). Si los sumamos con la lumbalgia, alcanzan una prevalencia del 65%. Un porcentaje muy elevado de esta población está con alguna dolencia de este tipo.

La disfonía es característica de la población docente que hace un uso sostenido de la voz. El distrés es también cada vez más común entre los trabajadores. En esta población ocupó el tercer lugar.

Hay otro conjunto de trastornos, que no por presentar prevalencias menores dejan de ser importantes, es el caso de los trastornos de sueño (24%), la ansiedad (24%) y la fatiga neurovisual (22%) están afectando aproximadamente a una cuarta parte



de los profesores encuestados.

Cuadro 3. Perfil de daños en la salud de académicos de seis universidades mexicanas.	
Daño	Tasa*
Trastornos músculo esqueléticos	37
Disfonía	37
Distrés	30
Lumbalgia	28
Trastornos del sueño	24
Ansiedad	24
Fatiga neurovisual	22
Cefalea tensional	18
Depresión	18
Fatiga	18
Migraña	15
Trastornos psico-digestivos	10
Trastornos Cardio-circulatorios	6
Tasa	29.9

Cuadro 3. Perfil de daños en la salud de académicos de seis universidades mexicanas.
*Fuente: encuesta individual para la evaluación de la salud de los académicos, Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, 2017. N= 957 Docentes universitarios *Tasa por cada 100 trabajadores.*

En el Cuadro 4 se pueden observar un conjunto de exigencias relacionadas con la cantidad e intensidad del trabajo; o en otras palabras, las que responden a la necesidad de cubrir una cuota de producción. El análisis bivariado muestra que en el grupo de docentes que reportó realizar trabajos pendientes en horas, días de descanso o vacaciones, existe más del triple de probabilidades de padecer fatiga general, casi del triple de presentar fatiga neuro visual (RP, 2.88, $p < 0.00001$) y distrés (RP 2.64, $p < 0.0001$) y el doble o más del doble de probabilidades de presentar trastornos del sueño, migraña, cefalea tensional y depresión, todos con una $p < 0.0001$, en comparación a los colegas que respetan el tiempo asignado al descanso.

De la misma forma aquellos docentes que trabajan jornadas mayores a las 48 horas semanales presentaron ocho padecimientos entre los que se destacan la lumbalgia (RP 1.59, $p = 0.0002$), la fatiga (RP 1.57, $p = 0.0021$) y la migraña (RP 1.54, $p = 0.0223$). Cuando se somete al trabajador a actividades con escasa movilidad se ven afectadas sus habilidades corporales y puede ser desencadenante de diversos trastornos que comprometen la salud como la depresión que se manifestó en el 57% de los docentes. El estar fijo en su lugar de trabajo se asoció a cuatro de doce padecimientos estudiados entre los que se destaca la presencia de la ansiedad con una prevalencia del 50% ($p = 0.001$) con los trastornos del sueño (38%) y el distrés (38%).



Cuadro 4. Exigencias laborales y daños a la salud, en académicos de seis universidades mexicanas.					
Realiza trabajos pendientes en horas, días de descanso y vacaciones					
Daño	SI	NO	RP	IC	P
Fatiga	22	8	3.14	1.90 - 4.46	<0.0001
Fatiga neurovisual	27	10	2.88	1.86- 3.93	<0.0001
Distrés	37	15	2.64	1.77 - 3.17	<0.0001
Trastornos del sueño	30	12	2.63	1.81- 3.58	<0.0001
Migraña	17	8	2.42	1.48 - 3.61	<0.0001
Cefalea tensional	21	10	2	1.41 - 3.04	<0.0001
Depresión	20	11	2	1.35 - 2.83	<0.0001
Ansiedad	27	16	1.8	1.26 - 2.26	<0.0002
Lumbalgia	32	20	1.68	1.24 - 2.09	<0.0001
TME	40	31	1.29	1.06 - 1.59	<0.0063
Jornada semanal mayor a 48 horas					
Daño	SI	NO	RP	IC	P
Lumbalgia	34	23	1.59	1.19 - 1.80	0.0002
Fatiga	22	14	1.57	1.16 - 2.02	0.0021
Migraña	17	12	1.54	1.05 - 1.97	0.0223
Fatiga neurovisual	26	18	1.52	1.13 - 1.84	0.0028
Cefalea tensional	20	15	1.42	1.03 - 1.81	0.0253
TME	44	31	1.42	1.19 - 1.67	<0.0001
Distrés	38	23	1.35	1.33 - 1.98	<0.0001
Trastornos del sueño	28	22	1.28	1.03 - 1.61	0.0248
Estar fijo en su lugar de trabajo					
Daño	SI	NO	RP	IC	P
Depresión	23	14	1.57	1.24 - 2.16	0.0005
Ansiedad	30	20	1.5	1.17 - 1.85	0.001
Trastornos del sueño	29	22	1.38	1.07 - 1.68	0.0108
Distrés	37	27	1.38	1.13 - 1.67	0.0013

Fuente: encuesta individual para la evaluación de la salud de los académicos, Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, 2017.
 N= 957 Docentes universitarios, RP= razón de prevalencia, IC= Intervalo de confianza, P= 0.05
 Datos ajustados por las variables de género, edad y antigüedad en la docencia.



Una de las consecuencias más relevantes que se identificó en esta población, es el reporte del deterioro de la vida social, laboral y familiar como consecuencia de su inserción en la búsqueda de los estímulos económicos, ya que el tiempo que reclama para completar con todos los requerimientos de docencia, investigación y difusión es intenso, con repercusión en esas dimensiones.

Como se puede observar en el Cuadro 5, los que reportaron ese deterioro están presentando prevalencias duplicadas o casi duplicadas de depresión, lumbalgia, trastornos psicósomáticos digestivos, musculoesqueléticos, astenopia y ansiedad. Una lectura diferente que se puede hacer de este cuadro da cuenta de la asociación estadística de esta consecuencia con los 13 trastornos en estudio.

Daño	N	Si	NO	RP Cruda	RP Ajustada	IC
Trastorno psico-circulatorio	589	15	4	4	5***	2.37-8.10
Depresión	591	29	12	24	2.33***	1.65-3.31
Lumbalgia	592	45	21	21	2.14***	1.67-2.75
Trastorno psico-digestivo	593	15	8	19	1.87*	1.15-2.99
T músculo esquelético	593	56	30	30	1.86***	1.52-2.25
Astenopía	591	36	19	29	1.84***	1.42-2.47
Ansiedad	594	33	22	22	1.80**	1.16-2.01

*Cuadro 5. Perfil de daño en la salud asociado al deterioro de la vida social, laboral y familiar de académicos de seis universidades mexicanas. Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de los académicos, Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores. RP= Razón de prevalencia, $X^2=$ Ji cuadrada. $P < 0.05$ RP Crudo= Razón de prevalencia, RP Ajustada = Razón de Prevalencia ajustada por edad, sexo y antigüedad laboral. *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.*

Finalmente, se identificaron prevalencias más altas de daño en aquellos académicos que perciben que trabajar bajo la modalidad de pago a la productividad, está teniendo una repercusión sobre el trabajo en equipo, como se puede observar en el cuadro 6.



Deterioro del Trabajo en equipo						
Daño	N	Sí	NO	RP Cruda	RP	IC
					Ajustada	
Depresión	594	26	14	1.9	1.85**	1.30-2.56
Fatiga	597	26	18	1.4	1.52*	1.07-2.02
Lumbalgia	595	36	25	1.4	1.44	1.11-1.83
Trastornos de sueño	596	37	25	1.5	1.44**	1.13-1.87
Distrés	593	45	32	1.4	1.43**	1.14-1.73
Astenopía	594	31	22	1.4	1.36*	1.05-1.86
Disfonía	594	43	32	1.3	1.34*	1.07-1.65

*Cuadro 6. Perfil de daño en la salud asociado al deterioro del trabajo en equipo de académicos de seis universidades mexicanas. Fuente: Encuesta individual para la evaluación de la salud de los académicos, Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores. RP= Razón de prevalencia. $P < 0.05$ RP Cruda= Razón de prevalencia, RP Ajustada = Razón de Prevalencia ajustada por edad, sexo y antigüedad laboral. *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.*

Conclusiones o reflexiones finales

Las exigencias que demanda la actividad docente para aquellos que participan en los diferentes programas de estímulos económicos se asociaron estadísticamente con los trece daños a la salud en estudio.

La sobrecarga de trabajo y el desarrollo de múltiples funciones, les permiten garantizar una mejora en sus niveles salariales. No obstante, su salud física y mental se ha menoscabado. Muestra de ello es que se ven obligados a realizar trabajos pendientes en espacios destinados al descanso como son las vacaciones; atentando así en contra del reposo mental y físico, en detrimento de la recuperación para funcionar a nivel óptimo.

Entre los principales daños destacan los trastornos músculo esqueléticos y la lumbalgia (65%), seguidos de la disfonía (37%) y el distrés (30%); que intensifica los diversos trastornos en estudio. En esencia la sobre carga de trabajo da cuenta del impacto de los recortes presupuestales sobre los trabajadores, que se les obliga a trabajar cada día más con salarios cada vez más recortados.

A las múltiples tareas de índole administrativas, se añaden las actividades propias de la docencia e investigación, mismas que deben ser evaluadas en distintos periodos. Esto genera una importante sobre carga de trabajo que excede los horarios de trabajo habitual. El mantener de forma constante este ritmo de trabajo tiene implicaciones en la salud de los docentes que buscan mejorar sus ingresos, como se muestra en este estudio.



Dadas las consecuencias asociadas a los programas de desempeño, se pone en duda la calidad de los programas de evaluación siendo indispensable valorar las bases y métodos que emplea el propio sistema de evaluación en busca de condiciones menos desfavorables al bienestar de la comunidad docente.

Notas

¹ smartin@correo.xoc.uam.mx1

² gcastrod@correo.xoc.uam.mx1

Referencias bibliográficas

Barrientos, T., Martínez, S. Méndez, I. (2004). Validez de constructo, confiabilidad y punto de corte de la Prueba de Síntomas Subjetivos de Fatiga (Yoshitake) en trabajadores mexicanos, *Salud Pública de México*, 46(6); 516- 523.

Daza, P. Novy, D. Stanley, M. Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish Translation and Validation with a Hispanic Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 24(3):195-205.

DSM-5 (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos de trastornos mentales de la American Psychiatric Association recuperado de <http://areaclinicapediatrica.files.wordpress.com/2015/03/d5-completo-en-espac3b1ol.pdf>

Guzmán, F. (2018) La experiencia de la evaluación docente en México: Análisis crítico de la imposición del servicio profesional docente. *Revista iberoamericana de evaluación educativa*. 11(1), 135-158. Recuperada de: <https://revistas.uam.es/index.php/riee/article/view/9512>

Noriega, M. Franco, G. Martínez, S. Villegas, J. Alvear, G y López, J. (2001) Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores. Serie Académicos No. 34, UAM-Xochimilco.

Organización Internacional del Trabajo (2013). La prevención de las enfermedades profesionales. 2 millones de trabajadores mueren cada año, Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo. 28 de abril de 2013. (informe oficial).



La relación entre causas sociales y salud. Más allá del debate determinantes-determinación de la salud

Adriana Murguía Lores

Resumen

A partir de la década de los años setenta del siglo pasado, la epidemiología crítica y la medicina social latinoamericanas han cuestionado tanto los supuestos epistemológicos de la epidemiología tradicional, como el posterior desarrollo del marco de los determinantes sociales como pilar de la explicación de las inequidades en salud. Estos cuestionamientos se han dirigido a la falta de sustento teórico de la epidemiología; a la reducción de los determinantes en factores cuantificables, y a las nociones de causalidad que subyacen a dichos modelos. Los análisis de la epidemiología crítica latinoamericana han destacado importantes limitaciones teórico-metodológicas de los modelos dominantes en el abordaje de la relación entre las causas sociales y los procesos de salud/enfermedad. Sin embargo, el objetivo de este trabajo es plantear que la teoría de las causas sociales como causas fundamentales ofrece respuestas satisfactorias a algunas de críticas elaboradas por esta escuela, sin abandonar la relación epistémica entre explicación y causalidad, un abandono que han planteado importantes representantes de la epidemiología crítica.

Palabras clave

Epidemiología crítica, medicina social, Latinoamérica, social, salud.

Introducción

Desde el siglo XIX la evidencia empírica sobre la relación entre la distribución de la salud/enfermedad de las poblaciones y sus condiciones de vida se ha incrementado constantemente. Dicha asociación se mantiene a pesar del cambio en los patrones de morbilidad/mortalidad, así como del incremento de la esperanza de vida de la población en general resultado de los logros de la biomedicina y la epidemiología. Estos cambios ponen de manifiesto que los factores sociales adquieren un lugar cada vez más importante en la explicación de los patrones de salud/enfermedad: en la medida en que la posibilidad de intervenir médicamente los procesos se incrementa, la importancia de los factores sociales se profundiza, porque no es la intervención médica por sí misma la que puede explicar la salud de los grupos sociales. Una ilustración de esta realidad es que la relación entre diversos factores sociales y resultados inequitativos en salud se mantiene, por ejemplo, en regiones tan contrastantes como Europa, en donde la gran mayoría de los países cuenta con sistemas universales de salud, y América Latina, en



donde el acceso a los servicios es muy desigual, y en donde la coexistencia de enfermedades infecciosas y crónicas multiplica la carga de la enfermedad.

La generalidad de este hecho no ha producido uniformidad en las formas de encararlo, ni epistémica ni prácticamente. En el complejo campo constituido por la epidemiología, la epidemiología social, la medicina social y la salud pública, en el que participan actores de ámbitos muy diversos –académicos, de los sistemas de salud, de organizaciones internacionales- no necesariamente se comparten los supuestos ontológicos y epistémicos que sustentan la producción de conocimiento, y por tanto, se sostienen concepciones diversas sobre las intervenciones adecuadas para enfrentar los problemas derivados de la relación positiva entre la desigualdad social y las inequidades en la salud. Respecto a este problema, en nuestro contexto destaca la contraposición que se ha producido en la última década entre la investigación sobre los determinantes sociales de la salud y la determinación social defendida por la epidemiología crítica latinoamericana.

El objetivo de este trabajo es argumentar que la teoría de las causas sociales como causas fundamentales aporta una respuesta satisfactoria a alguna de las críticas centrales que la epidemiología latinoamericana ha formulado tanto a la epidemiología tradicional como a la epidemiología de los determinantes sociales de la salud: las nociones de causalidad que subyacen a dichas propuestas y su sustento teórico. Con este propósito, el trabajo desarrolla la siguiente estructura: I) Delineo la emergencia de la discusión determinantes/determinación de la salud en el contexto de la epidemiología social. II) Describo la noción de causalidad de los modelos epidemiológicos dominantes criticados por la epidemiología crítica. III) Argumento que la búsqueda de mecanismos tal como propone la teoría de las causas sociales como causas fundamentales supera la noción de causalidad que rechaza la epidemiología crítica, sin abandonar la relación epistémica fundamental entre causalidad y explicación.

Epidemiología, epidemiología social, epidemiología crítica

La medicina social europea del SIX constituyó un hito respecto de la atención que prestó a la relación entre los procesos de salud/enfermedad y las condiciones de vida de las poblaciones. No obstante, los logros de la teoría germinal de las enfermedades produjeron un viraje hacia la búsqueda de agentes patógenos “socialmente neutros” como causa de las enfermedades, y esta búsqueda sentó las bases tanto de la medicina



biomédica -volcada a la curación de individuos enfermos- como de la epidemiología unicausal.

Sin embargo, el creciente peso de las enfermedades no contagiosas evidenció las limitaciones tanto de la epidemiología volcada a la búsqueda de la relación entre una causa y un efecto, como del modelo de la medicina curativa. Siendo así, mediando el siglo XX surgió lo que David Armstrong denomina la medicina de la vigilancia, que constituye una nueva forma de práctica médica que subraya la interacción de múltiples factores en la producción de las enfermedades y la ampliación de la vigilancia médica a la población en su conjunto, lo que ha tenido importantes consecuencias medicalizadoras.

Uno de los pilares de la medicina de la vigilancia es la epidemiología de los factores de riesgo, a la que subyace una lógica causal probabilística y cuyo desarrollo ha conducido a la formulación de refinamientos técnicos y metodológicos cada vez mayores, capaces de abordar la causalidad múltiple que caracteriza a las enfermedades crónicas. Esta complejización, sin embargo, ha profundizado la individualización y biologización de una disciplina que debiera ser, por definición social: “La individualización del objeto de estudio de la epidemiología se refiere al proceso por el cual la salud se concibe como un proceso definido exclusivamente a nivel de los individuos, y cuyos determinantes se limitan a factores o procesos que ocurren exclusivamente a nivel individual... la biologización es el proceso por el cual los determinantes de la salud se conciben exclusivamente a nivel de las características biológicas”. Estas características han sido tan dominantes en la investigación epidemiológica, que desde diferentes ámbitos –las ciencias sociales y la epidemiología misma- se han producido llamadas a la consideración de los factores sociales.

Hacia la mitad del siglo pasado se propuso en la *American Sociological Review* el término epidemiología social, como una propuesta a investigar la relación entre salud y sociedad explícitamente vinculada a la sociología. Más tarde, Leo Reeder, uno de los fundadores de la sociología médica, definió la epidemiología social como el estudio del papel de los factores sociales en la etiología de la enfermedad, y le otorgó a la teoría un lugar prominente en este empeño. A pesar de estas propuestas sociológicas, la posterior institucionalización de la epidemiología social constituyó una especialización interna de esta disciplina, que por tanto heredó sus métodos, orientaciones, y la distancia entre la investigación epidemiológica y la teoría sociológica.



La primera teoría formulada por la epidemiología social para explicar la relación causal entre biología y medioambiente social –como le denominó John Cassel en 1976- fue la teoría psicosocial, que sostiene que estresores psicosociales como la desorganización social, la marginación y el aislamiento alteran la susceptibilidad de los individuos a las enfermedades porque afectan funciones neuroendocrinas. Posteriores ampliaciones de la teoría proponen la carga alostática como mecanismo que explica por qué los estresores psicosociales pueden ser directamente patogénicos y no solo alteradores de la susceptibilidad a las enfermedades. Esta teoría conecta directamente procesos biológicos y sociales, sin embargo, generalmente no aborda la distribución de los factores estresantes como producto de procesos sociopolíticos y económicos

Un segundo conjunto de propuestas se ha abocado a la investigación de los procesos que la teoría psicosocial no elabora. Estos se agrupan bajo dos denominaciones: teorías de la producción social de la enfermedad y de la economía política de la salud. Estas formulaciones emergieron en el clima político de las décadas de los 60 y 70 tanto en Europa como en Estados Unidos. En América Latina emergió la epidemiología crítica, respaldada por la fuerte presencia del marxismo en las universidades públicas. Su impronta ha sido muy importante en los programas de medicina social de la región, y su énfasis en las dimensiones macro ha conducido a sus defensores a prestar especial atención a los sistemas de salud y a las políticas sanitarias del subcontinente.

En la tradición anglosajona se incluye en este conjunto la investigación sobre los determinantes sociales de la salud. Este constituye un campo diverso en el que existe una amplia variedad de formas de definir y analizar los determinantes. Sin embargo, el campo se caracteriza por dos elementos: la constante tematización de las inequidades en la salud, y el uso de herramientas sociológicas.

En este segundo conjunto de teorías la atención recae en las estructuras económicas y políticas que producen y reproducen las inequidades en salud sin “buscar de forma sistemática integrar los conceptos biológicos en la explicación de la modelación social de la salud”

Hacia finales del siglo pasado surgió una tercera corriente de teorías de epidemiología social: aquellas que proponen la creación de modelos ecológicos, que abarcan múltiples niveles de organización –biológico, psicológico, social- de manera dinámica, con la intención de superar la causalidad lineal característica de la epidemiología tradicional: “el paradigma ecoepidemiológico... firmemente enraizado en los postulados de la salud



pública...considera que los diferentes niveles de organización aportan elementos causales y patogénicos disímiles al proceso de salud/enfermedad, por lo que la elaboración de teorías explicativas en los diferentes niveles permite entender específicamente la enfermedad y su prevención”

Este rápido esbozo del desarrollo de la epidemiología social permite vislumbrar su complejidad, dada la diversidad de programas de investigación que alberga, lo que dificulta enormemente hacer generalizaciones sobre el conocimiento producido en el área. Aquí interesa destacar la contraposición que se ha producido entre la investigación sobre los determinantes sociales de la salud y aquella sobre la determinación social desarrollada por la epidemiología crítica latinoamericana. Ambas comparten la preocupación por las inequidades en salud; la incorporación a la epidemiología social de la consideración de las condiciones macroestructurales como causa de las enfermedades y la reflexión sobre las consecuencias prácticas del conocimiento producido. A pesar de coincidir en estos importantes puntos de partida, las posiciones ideológicas, epistemológicas y teóricas de las que parten dichas propuestas son distintas, y la crítica de la epidemiología latinoamericana al enfoque de los determinantes se centra en dos cuestiones que la primera ha elaborado desde su surgimiento en la década de los setenta: la causalidad y la explicación.

Riesgo, determinantes, determinación. Causalidad y explicación

Como ya se señaló, la epidemiología crítica latinoamericana surgió como contrapropuesta de la epidemiología tradicional, su biologicismo e individualismo. En palabras de Jaime Breilh, uno de sus principales representantes:

“Bajo el influjo social de los 70 se crearon las condiciones para que varios núcleos de la medicina social de América Latina se enfocaran en la relación entre el orden social capitalista y la salud, escenario en el que fue posible proponer de manera directa y pormenorizada el uso de la noción de determinación social de la salud en la epidemiología...herramienta teórica...forjada en el debate y la ruptura con el canon de la epidemiología clásica y su multicausalismo lineal, luego frente al modelo empírico-funcionalista de la epidemiología ecológica y ahora, frente a la epidemiología de los determinantes sociales de la salud”

En este proceso de simultánea crítica y producción, dos cuestiones han constituido focos de atención permanente de la epidemiología crítica: las nociones de causalidad



en uso en los modelos que critican y falta de teorías que fundamenten la interpretación de la evidencia.

Como afirma Breilh, el primer momento de desarrollo de la escuela latinoamericana lo constituyó la confrontación con el canon de la epidemiología tradicional, es decir, la epidemiología de los factores de riesgo. Destaca a este respecto la crítica a su reduccionismo y linealidad. El reduccionismo se refiere a la explicación de la realidad social en términos de sus componentes, que se consideran ontológicamente precedentes, y la linealidad se asocia a que la investigación se mantiene en un solo nivel de análisis. Estas características se ilustran en la siguiente cita, de un texto sobre la inferencia causal en epidemiología:

“...a diferencia de lo clínicos, para los epidemiólogos (y salubristas) nuestro objeto de estudio son las poblaciones. Las poblaciones son conjuntos de individuos y por tanto podemos estimar un efecto causal agregado: el efecto causal promedio en una población de individuos. A nivel poblacional podemos establecer efectos causales promedio bajo una u otra condición”.

Para la epidemiología crítica esta concepción de las poblaciones como agregación de individuos resulta inaceptable, y frente a ella propone el colectivo que “implica un grupo humano que es social e histórico”, inserto en relaciones sociales que no pueden reducirse a nivel de los individuos, sino que los precede. Asimismo, para esta escuela, anclada en una concepción teórica totalizadora de la sociedad y dinámica de los procesos, la estimación de causalidad a partir del análisis estadístico de asociaciones fragmenta la realidad y cosifica las relaciones causa-efecto. En este sentido es que se critica la concepción humeana de causalidad que guía a esta clase de investigación epidemiológica, una concepción que no se pregunta por los mecanismos que subyacen a las asociaciones observadas.

Habría que decir que algunas de las limitaciones de la epidemiología de los factores de riesgo han sido objeto de reflexión al interior mismo de esta tradición. No sólo porque los mecanismos que producen las enfermedades permanecen como cajas negras inexploradas cuando solamente se observan asociaciones entre exposiciones y enfermedades, sino porque la teoría contrafactual que sustenta desde hace casi un siglo la inferencia de efectos causales es poco adecuada para la investigación de dimensiones sociales resistentes al control, la eliminación de sesgos y la cuantificación.



A pesar de que las críticas al interior de la epidemiología tradicional condujeron a la disciplina a refinamientos metodológicos y técnicos que han posibilitado la incorporación de dimensiones sociales a la investigación, a decir de los críticos latinoamericanos esta ampliación no ha alterado sus presupuestos ontológicos y epistemológicos centrales. En ese sentido, por ejemplo, Naomar De Almeida, uno de los representantes salientes de la tradición latinoamericana afirma que, al otorgarse el mismo peso a los diversos factores en los modelos multicausales, se desvirtúa el carácter social de la enfermedad

En el contexto anglosajón, desde los últimos años del siglo pasado las críticas a la epidemiología multicausal también han conducido a la propuesta de modelos alternativos, como los ya mencionados modelos eco-sociales. Por ejemplo, en un texto de 1998, el prominente epidemiólogo Mervin Susser, uno de sus proponentes afirmaba:

...la moderna epidemiología de los factores de riesgo... no aprovecha ni la profundidad y precisión de los microniveles, ni la amplitud de los macro niveles. No caricaturizo al decir que la epidemiología de los factores de riesgo, aunque se describe como una ciencia poblacional, tiende a concebir su objetivo en un solo nivel de análisis y una agregación de individuos desconectados”

Los modelos eco-epidemiológicos reconocen la causación de múltiples niveles de organización –celular, individual, comunitario, poblacional-, así como la necesidad de desarrollar métodos adecuados (cualitativos y cuantitativos) para investigarlos. Con este propósito manifiestan la necesidad de evitar tanto la falacia ecológica –consistente en inferir causalidad a nivel individual a partir de comparaciones de nivel poblacional- como la falacia atomística –consistente en inferir causalidad a nivel de la población a partir de comparaciones de nivel individual- y evitar asimismo otorgarles el mismo peso a factores que por sus propiedades deben ponderarse de manera diferenciada, como suelen hacerlo los modelos multicausales.

Algunos modelos de la epidemiología ecológica aspiran a una epidemiología integrativa en la que la investigación de factores de riesgo se complementaría con estudios de otros niveles; otros, al desarrollo de una teoría ecológica comprehensiva

Si bien los modelos eco-epidemiológicos y la epidemiología latinoamericana coinciden en la crítica al “aplanamiento” causal de los modelos tradicionales, los primeros contrastan con la concepción explícita de la epidemiología crítica como una epidemiología de la desigualdad que considera que la determinación de los procesos de



salud/enfermedad se encuentra en las condiciones socioeconómicas de los colectivos y que la investigación de este proceso define su objeto.

El interés en las inequidades en salud y su relación con las condiciones sociales macroestructurales es compartido por la epidemiología crítica y el campo de los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, desde hace un poco más de una década, estas últimas se han contrapuesto a la determinación social de la salud. Esta contraposición constituye, como afirma Breilh, el último giro en el desarrollo de la tradición latinoamericana.

Si bien no existe una definición unívoca de los determinantes sociales, la concepción de la Organización Mundial de la Salud ha adquirido una gran influencia después de que en 2008 la comisión organizada para abordarlos publicara un informe producto de tres años de trabajo. En este documento se afirma:

La comisión tiene una visión global de los determinantes sociales de la salud. La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población...los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país” (cursivas añadidas).

Llama la atención en esta cita la coincidencia con la epidemiología crítica en términos del interés por las inequidades, la atención en el nivel estructural de los procesos y la postura normativa, es decir, la afirmación de que las inequidades son evitables, y por tanto, injustas. Surge entonces la pregunta por las razones de la crítica de la tradición latinoamericana al marco de los determinantes.

En 2008, después de que la comisión de la OMS publicara su informe, se organizó en el contexto de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social un taller para analizarlo, el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. La discusión que generó este encuentro evidenció las principales diferencias entre ambas posturas. La más importante la constituye el posicionamiento teórico que se deriva de concepciones ontológicas distintas.



Desde su origen, la epidemiología latinoamericana ha concebido los procesos de salud/enfermedad como resultado de las contradicciones de las sociedades capitalistas: “En las formaciones capitalistas, estos procesos esenciales de la reproducción social expresan la contradicción histórica entre: propiedad privada, producción colectiva y apropiación inequitativa de la riqueza que deviene en las relaciones económicas de explotación y exclusión, en relaciones de poder profundamente asimétricas y opresivas. Esta toma de posición ontológica sobre la naturaleza de la sociedad, se opone a la posición de la OMS, que, afirman los académicos latinoamericanos, carece de una elaboración explícita sobre la sociedad.

Si bien efectivamente la literatura sobre los determinantes sociales (es decir, no solo la producida por la OMS, sino la del campo más amplio de la producción anglosajona) carece de una teoría de la sociedad, se infiere de la lectura que su marco de observación lo constituyen las sociedades liberales de derecho, y por ende las diferencias ontológicas con la epidemiología latinoamericana son irreductibles, y de éstas se derivan diferencias teóricas importantes: en la investigación el lugar de las clases sociales de la producción latinoamericana es ocupado por el estatus socioeconómico y es éste el que se relaciona con los procesos de salud/enfermedad. Esta diferencia resulta central, dado “la clase social es lógicamente anterior a su expresión en la distribución de las ocupaciones y sus ingresos, la riqueza, la educación y el estatus social”.

En relación directa con esta diferencia central, otra crítica la constituye que en el marco de los determinantes sociales las estructuras sociales se desagregan en variables cuantificables, y a esta desagregación de los determinantes en factores causales, la epidemiología latinoamericana opone la determinación social, “que implica la integralidad del sujeto en relación con su realidad, a sus contextos significativos, a su cultura, a su salud enfermedad, a su ubicación en el proceso productivo...”

Este rápido recorrido por de las críticas de la epidemiología latinoamericana a la investigación sobre los determinantes sociales de la salud evidencia que las diferencias encuentran sus raíces en supuestos ontológicos que a su vez conducen a concepciones diferentes sobre cómo acercarse al conocimiento de la realidad, y en esta crítica la causalidad constituye una constante en la producción de esta escuela. Sin embargo, habría que decir que tanto en la práctica científica como en la filosofía de la ciencia la discusión sobre la causalidad y la explicación causal han avanzado en sentidos que la epidemiología latinoamericana no ha elaborado. Rechazar la causalidad empirista no



tiene por qué derivar en un rechazo de la causalidad en sí misma; la superación de la causalidad empirista no conduce a la “superación del causalismo”, como afirma Jaime Breilh.

Las causas fundamentales y los mecanismos que subyacen a las inequidades en salud

La crítica de la epidemiología latinoamericana en relación con la causalidad se ha centrado en la concepción humeana que subyace a los modelos epidemiológicos tradicionales, es decir, a la causalidad reducida a conjunciones constantemente observadas. Esta concepción, como argumentan los epidemiólogos latinoamericanos, está inextricablemente ligada al empirismo, y sus limitaciones han sido ampliamente elaboradas y reconocidas. En ese contexto es que durante las últimas décadas se ha producido un resurgimiento de los debates sobre la causalidad tanto en las ciencias como en la filosofía, y el retorno de una concepción realista de la causalidad que se opone a principios empiristas básicos. El realismo sobre las causas tiene dimensiones ontológicas y epistemológicas: frente al escepticismo respecto de nuestra capacidad de acceder a la realidad del mundo -una tesis central de la concepción humeana de causalidad-, afirma la posibilidad de que nuestro mejor conocimiento científico lo haga.

En la epidemiología esta discusión ha conducido a dos posturas: por un lado, a la reivindicación de la concepción tradicional criticada por la escuela latinoamericana: la epidemiología de las cajas negras, cuyo objetivo se limita al análisis estadístico de asociaciones. Por otro, a la afirmación de que la inferencia causal en epidemiología implica descubrir mecanismos, y que éstos constituyen la vía para establecer hipótesis causales plausibles.

Como afirma el filósofo de la epidemiología Alex Broadbent, para quienes trabajan con determinantes sociales de la salud, la identificación de mecanismos por medio de los que los primeros producen sus efectos resulta crucial, porque es a través de su elucidación que los determinantes sociales como causas de la salud/enfermedad adquieren plausibilidad. El sociólogo Daniel Little lo ilustra de la siguiente manera: “la raza en sí misma no es un mecanismo causal, sino más bien un factor social que juega en una variedad de mecanismos...la raza está asociada con resultados diferenciales en salud...La tarea del sociólogo es descubrir alguno de los mecanismos o caminos a través de lo que la raza ejerce influencia en la salud”



Siguiendo este razonamiento, ni el nivel socioeconómico, ni el género, ni la clase social constituyen en sí mismos los mecanismos que producen las ventajas/desventajas en salud de las que existe amplia evidencia. Estos son factores sociales que ejercen sus efectos a través de mecanismos que se postulan teóricamente, porque no se pueden inferir de las asociaciones observadas.

En este último sentido, la búsqueda de mecanismos causales implica otra diferencia crucial con el empirismo y con la epidemiología de las cajas negras: postularlos requiere de teorías sustantivas del ámbito de la realidad del que se trate. Sin embargo, a este respecto también surge una diferencia importante con la epidemiología latinoamericana: la búsqueda de los mecanismos que explican las inequidades en salud no compromete una teoría de la sociedad omniabarcativa.

Como se expuso antes, la determinación defendida por la epidemiología latinoamericana se fundamenta en una teoría de la sociedad y se critica a la investigación sobre los determinantes porque carece de ella. Pero esta es una crítica que corre el riesgo de caer en la falacia de la regresión del porqué, que consiste en “la resistencia a aceptar una explicación sobre la base de que la explicación misma no ha sido explicada. Como regla general, esto es una falacia porque una explicación puede ser buena, aunque no provea la explicación completa del explanandum”

En el caso que nos ocupa, buscar los mecanismos mediante los que los factores sociales producen inequidades en salud constituye un ámbito de investigación legítimo, capaz de producir explicaciones plausibles, que no necesariamente se tiene que fundamentar en una teoría de la sociedad como aquella de la que parte la epidemiología latinoamericana. Por el contrario, “el descubrimiento de mecanismos sociales requiere la formulación de teorías de nivel medio de estos mecanismos y procesos... explicaciones de los procesos sociales reales que tienen lugar a nivel más alto que los de la acción individual pero más bajo que la teoría de los sistemas sociales” En ese sentido, los mecanismos que se proponen son mecanismos locales, que operan el ámbito de investigación del que se trata.

Enmarcada en esta lógica, durante la última década del siglo pasado en el ámbito de la sociología médica se propuso la teoría de las causas sociales como causas fundamentales como una manera de acercarse al problema, “que se puede afirmar, es el más importante en la intersección entre sociología y epidemiología... cómo



comprender la generalizada relación positiva entre diversos indicadores de posición social...y la salud”

Las causas sociales son causas fundamentales porque: 1) mantienen una relación persistente con los resultados en salud con los que se asocian causalmente; 2) se relacionan con múltiples resultados de salud; 3) no se pueden reducir a explicaciones de otro nivel (por ejemplo, de conductas individuales)

Partiendo de esta concepción, la elaboración primera de Link y Phelan propuso el uso de recursos flexibles diferencialmente distribuidos –materiales, de poder, de conocimiento y relaciones sociales- como los mecanismos a través de los que las causas sociales producen inequidades en la salud. Esta concepción tiene la ventaja teórica de introducir la agencia de los actores sociales sin reducirla al voluntarismo que subyace a la individualización de los factores de riesgo: los agentes toman decisiones, pero lo hacen con acceso a recursos diferencialmente distribuidos. Posteriores refinamientos de la teoría proponen mecanismos adicionales como el habitus, las redes sociales y la agencia institucional para comprender los procesos sociales que subyacen a los patrones inequitativos en salud.

La teoría de las causas sociales como causas fundamentales supera la causalidad criticada por la epidemiología latinoamericana, pero a diferencia de ésta, propone una serie de mecanismos locales que posibilitan la investigación cuantitativa y cualitativamente de cómo se producen las disparidades en salud en contextos concretos, en los que los actores sociales usan los recursos a los que tienen acceso – materiales, sociales, epistémicos- de maneras que explican cómo se producen las vías causales por las que se producen las disparidades e injusticias en salud tan ampliamente documentadas. Constituye una teoría que abre un camino para la producción teórica, pero también para una investigación empírica que, como afirman sus proponentes, aborda la pregunta central en el cruce la epidemiología con la sociología médica.

Notas

¹ Universidad Nacional Autónoma de México



Intersubjetividad, instituciones y burocracia en la relación médico paciente/sistema de salud

Wilmar Reyes Sevillano

Objetivo

Analizar la experiencia subjetiva de enfermar de diabetes desde una perspectiva interseccional, considerando los diferentes elementos que configuran las relaciones que establece el diabético con el sistema de salud y sus representantes.

Problemática

Esta investigación se ocupa de las tramas relacionales que se instituyen entre los sujetos enfermos (en su rol de pacientes) y los representantes de las instituciones de salud en tanto detentores de un discurso que enuncia e impone verdades a partir del ejercicio de micropoderes, es decir, de prácticas que moldean subjetividades y garantizan el funcionamiento de la lógica asistencial a partir de la docilidad de los cuerpos. Se analiza el proceso salud-enfermedad-atención (SEA).

Metodología

Se realizó una etnografía multisituada (14 meses en campo, en una clínica de carácter privado, un centro de salud público y dos barrios populares de Santiago de Cali), 16 entrevistas en profundidad y cinco grupos focales con sujetos diabéticos.

Discurso biomédico, instituciones y producción de subjetividades

Cuando el sujeto enfermo deviene paciente, ingresa en la dinámica hospitalaria; una lógica que le compele a seguir recomendaciones/ordenes médicas. Nos referimos a una serie de exigencias que persiguen la cura, -si es alcanzable- o intentan enlentecer el proceso degenerativo que acompaña la enfermedad crónica. En el caso de la últimas, las demandas inevitablemente atañen a la subjetividad y la identidad de los individuos; se les convida a realizar cambios permanentes respecto a sus hábitos y prácticas. De ahí que se considere ineludible que el enfermo pase por un proceso de educación en salud; cuyos objetivos apuntan al conocimiento de la enfermedad (por parte del paciente) y al reconocimiento de la necesidad de realizar cambios en el estilo de vida. Podemos afirmar que en el primer momento se hace educación, mientras que al segundo le asiste la intención reeducar.

En tal ejercicio (re)educativo la organización del espacio físico juega un papel fundamental en tanto productor de subjetividades. Ello incluye a todos los actores

involucrados en la lógica hospitalaria. Ejemplificaremos esto mediante un par de viñetas etnográficas en las que describiremos los dos escenarios en los cuales se realizó la observación participante para este trabajo: el centro de salud (público) y la clínica privada, con el fin de compararlos y analizar sus puntos de encuentro y sus diferencias en el abordaje de los sujetos y su condición de enfermos.

La organización espacial en una clínica privada en el distrito de aguablanca:



Figura 1. Clínica privada en el distrito de aguablanca

Está ubicada en una zona principalmente residencial y rodeada de casas y edificaciones de apartamentos. Al frente se ubican una gran panadería, un almacén de lujos para motos y una ferretería. Algunos vendedores ambulantes se benefician de sus andenes y la gran cantidad de personas que por ahí circula, para vender sus productos.

La clínica es relativamente pequeña; se compone de tres edificaciones de distintos tamaños: en una funciona la farmacia, otra se divide entre el centro de terapia física y la cafetería, estas se ubican una al lado de la otra, separadas por las entradas vehicular y peatonal de la institución y tienen en frente la edificación más grande: esta es de tres plantas, tiene en su fachada el nombre de la clínica, dos entradas peatonales, cuatro ventanillas de atención y un puesto de fotocopias. En cada entrada hay un portero regulando el ingreso y dispuesto a guiar a los usuarios en los procesos administrativos y atencionales.

Cada entrada conduce a una sala de espera, en cada una hay un espacio para que los usuarios se registren y notifiquen que han llegado a la consulta, de esto se encargan entre tres y cuatro empleados administrativos sentados tras un mostrador que no tiene vidrio y favorece una comunicación directa, es decir, sin altavoces, micrófonos o cristales de por medio. Todo usuario debe presentar su cedula de ciudadanía y validar su cita para luego disponerse a esperar. En las salas hay alrededor 40 sillas, siempre



situadas en dirección al televisor, nunca hacia el espacio administrativo de atención, que se sitúa a un costado. En la televisión se proyecta un canal extranjero cuya programación es sobre vida animal. Nunca se proyectan canales nacionales y el tv siempre está sin volumen.

Las personas suelen esperar en silencio, la interacción es poca, y predomina el uso del teléfono celular, aunque las personas mayores suelen mantener su mirada fija en la televisión. El llamado a la consulta se hace por medio del altavoz. Alrededor de las salas se encuentran la mayoría de los consultorios; todos estos tienen una placa de plástico con un número que los identifica y/o con el servicio que ahí se presta (ej; oftalmología). Ningún consultorio tiene placas con el nombre del médico que en él atiende.



Salas de espera en la clínica privada

Los consultorios son amplios, en todos hay un escritorio, dos asientos para los usuarios, uno para el médico y uno más (bastante incomodo) para cuando hay un observador¹ en la consulta. Hay, por supuesto, un computador moderno (aunque el sistema que resulta lento y a veces problemático para el desarrollo normal de la consulta), y una estantería en la que se ubican libros, publicidad farmacológica, algunos insumos necesarios para la consulta y elementos personales del profesional que atiende. Este espacio de atención está dividido en dos gracias a un bastidor metálico que separa el lugar de la auscultación, es decir, donde se ubican la camilla, la báscula y el tensiómetro, entre otros elementos propios del servicio. Todos cuentan con lavamanos y un dispensador de jabón líquido antibacterial. Solo unos cuantos tienen baño privado, ello depende del servicio que en él se preste. Toda la clínica cuenta con aire acondicionado, pero vale anotar que la temperatura en los consultorios es particularmente baja.



En la primera planta hay además un espacio de atención de urgencias: un largo pasillo en el que se ubican alrededor de 12 camillas con diferentes instrumentos de monitoreo, al lado de cada una hay un asiento para acompañantes. Generalmente ahí son dirigidas las personas que presentan algún tipo de descontrol; como niveles de azúcar muy elevados y/o crisis hipertensivas, entre otros. Este lugar siempre es de paso, lo que quiere decir que la estancia allí es relativamente corta (la clínica no opera las 24 horas) y tiene por objetivo regular el estado de salud, ya sea para enviar al paciente a casa o para, si es grave su condición, remitirlo a otro centro asistencial que preste servicios de mayor complejidad. En ese mismo piso, pero en el otro extremo, hay un auditorio que sirve para las reuniones de los profesionales, para las celebraciones realizadas por los trabajadores y, por supuesto, para los talleres educativos dirigidos a los pacientes. También es en esta zona donde se encuentra ubicada la cocineta de uso exclusivo para los trabajadores.

En la segunda planta hay dos salas de espera con las mismas características de las ya descritas, los consultorios también tienen la misma disposición y organización espacial. Los muebles y enseres son uniformes; escritorios, biombos y demás son exactamente iguales. En cada uno de estos pisos hay baños públicos para hombres y mujeres, cada uno con tres sanitarios y tres lavamanos; siempre con papel higiénico y jabón líquido. Hay en ellos un secador de manos y grandes espejos con mensajes educativos alusivos a la importancia del lavado de manos.

La última planta (tercera), es la más pequeña, en ella se ubica parte de la administración: dirección médico-científica de la clínica y call center. El acceso a ese espacio es restringido y pocos usuarios conocen de su existencia. Allí la regla fundamental es el silencio y solo se puede acceder si quienes están adentro deciden abrir la puerta. Por supuesto, en esta zona el baño es de carácter privado.

Todos los pasillos de la clínica están sobrecargados con carteleras informativas sobre enfermedades y el cuidado de la salud y con gráficos que aluden a las normas de comportamiento esperado dentro del lugar. Estos son poco leídos y/o atendidos por los usuarios, cuando se acercan a ellos pierden el interés rápidamente. Son muchos y, a veces, con mensajes muy extensos que, generalmente, se valen de un discurso en tono amenazante que pretende educar a partir del temor a la enfermedad.

El otro escenario en el que se desarrolló la etnografía. Un centro de salud en distrito de aguablanca:



Figura 4. Centro de salud en el distrito de aguablanca

Se erige en una de las vías más importantes del barrio, vía en la que abunda el comercio de productos y servicios, muy cercana además a la avenida ciudad de Cali; la arteria más importante del oriente de la ciudad. Justo a su lado hay una estación de policía, detrás está la iglesia del barrio y una gran cancha de fútbol, al frente tiene todo complejo deportivo-recreativo, diagonal a su parte trasera está ubicada la caseta de la junta de acción comunal, al otro lado de la calle, en la esquina contigua hay una gran panadería y a su alrededor muchos vendedores ambulantes y personas que han organizado su vida laboral en el espacio vial circundante; generalmente como cuidadores de vehículos: los carros se parquean en frente de la entrada, las motos a un costado, el precio por cuidarlos oscila entre 500 y 1000 pesos según la voluntad de quien paga.

En la gran puerta de entrada hay un portero que no regula el ingreso; a nadie se le pregunta a qué va, si tiene cita o no, o qué tipo de diligencia debe realizar, sirve de guía solo si así se le demanda. En la parte exterior hay una ventanilla, la farmacia, ahí las personas, organizadas en tres cortas filas, reclaman sus medicamentos. Ubicada junto a la puerta, pero al interior de la institución están las ventanillas de autorizaciones; lugar donde los usuarios se reportan con documento de identidad.



Facturación y sala de espera en Centro de Salud



El centro de salud tiene dos plantas, en la primera hay una gran sala de espera; sus asientos son metálicos y estas dispuestos en una suerte de ele rodeada por los consultorios y la ventanilla de solicitud y entrega de muestras de laboratorio. Este espacio solo cuenta con un televisor, lo que hace que desde algunos puntos del mismo no pueda verse. Dicho tv es grande y siempre muestra la programación de uno de los canales nacionales. Su volumen es bajo, pero se escucha. Los asientos cercanos al televisor son los primeros en ocuparse. Los usuarios miran atentamente y comentan respecto a la programación: temprano en la mañana y al mediodía se proyecta el noticiero, quizás el programa televisivo que más comentarios y discusiones suscita. Aunque generalmente las opiniones son compartidas; todos parecen tener una respecto a los diferentes temas de interés regional, nacional e internacional. En el segundo nivel hay dos salas de espera pequeñas, solo una de ellas tiene tv y, a diferencia de la sala del primer piso, estas permanecen casi desoladas.

En el lugar es común que las personas se conozcan gracias a que son habitantes del mismo sector. La sala de espera constituye un punto de encuentro, un sitio para compartir experiencias generalmente alusivas la vida privada; el discurso íntimo constantemente aflora en las conversaciones entre pares. En estos encuentros el silencio no es la prioridad, se habla fuerte, haciendo caso omiso al mensaje: “por favor permanezca en silencio, una persona está siendo atendida que en algún momento puede ser usted” (texto pegado en una de las ventanillas de atención). A propósito, en las paredes de los pasillos hay varias carteleras y avisos educativos, informativos e instructivos, sin embargo, muy pocas personas se detienen a leerlos y, cuando lo hacen no tardan mucho; los miran, pero no los leen.

En este centro de salud los pacientes no son llamados por medio del altavoz, lo que se estila es que el usuario que sale de la consulta llame al siguiente por pedido del profesional. La atención suele tardar entre 15 y 25 minutos y, casi siempre, quien sale de la consulta lo hace con la mirada fija en la orden escrita que acaban de recibir.

Los consultorios son pequeños; tienen un escritorio con computador (moderno), un asiento para el profesional y dos para usuarios, en la mayoría hay una camilla, una báscula, un ventilador y un gabinete. No existe homogeneidad en los enseres usados en los diferentes consultorios, ni tampoco en la forma en que se distribuyen dentro del lugar. Dichos enseres no pocas veces están deteriorados y/o son evidentemente viejos. Al menos en los consultorios que tuvimos la oportunidad de visitar, no se separa el lugar



de la atención con el de la auscultación médica, es decir, no hay un bastidor que separe la camilla del resto del lugar. Las puertas de los consultorios también se ven deterioradas; por falta de pintura o por humedad, en todas hay avisos en papel (a veces escritos a mano, a veces impresos) que indican el número del consultorio y/o las actividades que ahí se desarrollan, estos están pegados con cinta o papel adhesivo. En el lugar hay dos baños públicos por piso, uno para hombres y uno para mujeres, cada uno con un sanitario y un lavamanos; solo ocasionalmente están dotados con jabón y/o papel higiénico. En general el centro de salud se ve viejo y deteriorado, especialmente en su interior. Sin embargo, se nota un esfuerzo constante por mantenerlo limpio.

Ambas instituciones están imbuidas en la lógica barrial (popular) y no desentonan con las dinámicas propias del sector. De hecho, entre ellas y las personas cercanas se ha establecido una suerte de relación dialéctica que enmarca y define las prácticas y las formas en que ellas se ponen en juego. No obstante, es menester mencionar y argumentar que en cada caso el encuentro entre el establecimiento y el barrio se da de manera diferente: en la relación clínica–barrio, por ejemplo, es la primera la que impone en alta medida las dinámicas, pues, aunque llegó tardíamente al sector, se presenta como una ayuda, como un servicio indispensable, un acto de bondad en tanto lleva servicios especializados de medicina a sectores olvidados por el Estado. Sus propietarios pueden, si así lo consideran, retirar el servicio de la zona, cerrar el lugar. Esto quedó demostrado algunos años atrás, cuando decidieron eliminar el servicio de urgencias que se prestaba 24 horas, reduciéndolo a 12 horas; argumentando que los altos niveles de inseguridad y violencia representaban un alto riesgo para los prestadores del servicio: una empleada administrativa afirma: “aquí teníamos urgencias las 24 (horas), pero, resulta que acá llegaban los pandilleros heridos, los traían los amigos amenazando a todo el mundo con armas e insultando la gente. La cosa se volvió insostenible y toco cerrar el servicio”. Esto explica, entre otras, el porqué de los controles que regulan la entrada de vehículos y peatones al lugar, la insistencia en que las personas se identifiquen e informen para qué están ahí. También ayuda a entender porque en la entrada de la clínica no se aglomeran vendedores ambulantes. Solo hay dos puestos de frutas que, al estar ubicados en el espacio público y lejos de la entrada principal de la institución han logrado evitar ser desalojados. “uno sabe que no les cuadra mucho (que estén allí), pero pues esto es la vía pública” refiere uno de los vendedores.



En el caso del vínculo centro de salud-barrio la lógica es diferente. Esta institución nació con el barrio, se han construido juntos –en su estructura física y su dimensión simbólica– en una relación estrecha que hace que sean indispensables el uno para el otro. A diferencia de la clínica, este establecimiento es de carácter público, es para todos y de todos y así lo entiende la gente, pues lo asume como propio, como un lugar en que todos caben y todos tienen derecho; a vender servicios y productos, a opinar, a reclamar, a ayudar, a estar...

Recordemos además que en esa misma zona se concentran varias edificaciones representativas de dimensiones y/o elementos fundamentales en la organización y el reconocimiento de todo barrio: el deporte, la recreación, la administración, la seguridad (o su percepción), la religión (y su consecuente espiritualidad) y, por supuesto, la salud. Es por ello que en el discurso cotidiano este epicentro barrial representa el pedazo diferente. Y ello es un imaginario que trasciende las fronteras de barrio, como lo manifiesta un taxista: “allá (al barrio) lo llevo, pero si es cerca de la estación (de policía) y el centro de salud, más adentro no”. Para él solo esa zona es segura y transitable.

Sujetos similares, los mismos enfermos, diferentes pacientes

Hemos mostrado parte de las maneras en que las personas experimentan y establecen su cotidianidad alrededor de las instituciones. Ahora discutiremos respecto a la producción de subjetividades dentro del lugar. Partiremos de una hipótesis que surgió durante el trabajo de campo y que titula este acápite: Las dos instituciones reciben los mismos enfermos y estos, a su vez, tienen similares condiciones socioeconómicas, culturales y materiales. Empero, son diferentes pacientes, en tanto son producidos al interior de la institución desde los parámetros asistenciales y burocráticos considerados pertinentes y transmitidos -impuestos- por la vía del lenguaje.

Decir que reciben el mismo enfermo es una referencia a las patologías de quienes acceden al servicio en estos lugares; ellos generalmente están (o son) diagnosticados con alguna enfermedad cardiovascular y/o llegan con alguna urgencia más o menos grave. En ese orden de ideas, la igualdad tiene que ver con el discurso de la biomedicina y su clasificación de las dolencias orgánicas. Además, hay que precisar que los servicios que se prestan tanto en el centro de salud como en la clínica son básicamente los mismos, siendo un poco más especializados los que ofrece la institución privada. Se atienden signos y síntomas de la misma índole.



Las similitudes entre los sujetos tienen que ver con las condiciones sociales, económicas y materiales en las que viven, es decir, con sus posibilidades. Y también con la cultura y los hábitos y habitus que en su adentro se han configurado: los consumos, las prácticas deportivas, recreativas y alimentarias, entre otras. Sin duda otro elemento coincidente entre los usuarios es el estigma del que son víctimas al vivir en el distrito de aguablanca; un sector entendido, junto a la zona de ladera, como el lugar en el que confluye todo lo negativo de la ciudad como la pobreza, la violencia, la desigualdad, la inseguridad y demás. La gente suele trabajar y ocuparse de las mismas actividades: las mujeres son amas de casa, venden servicios, se dedican a atender negocios de comercio, son estilistas; los hombres, por su parte, laboran - generalmente- como obreros de la construcción, cerrajeros, motoristas, vendedores ambulantes, mecánicos, entre otras actividades propias de la clase obrera.

Entonces, los sujetos que demandan el servicio tienen en general las mismas características; son hijos de la misma cultura y, sobre todo, de discursos similares: algunos que se imponen desde afuera, es decir, desde otros sectores de la ciudad y la sociedad, y otros que obedecen a las diferentes formas que en sus círculos más cercanos (familia, amigos, barrio) han dotado de sentido la experiencia de vivir en las condiciones adversas ya mencionadas. En otras palabras, hay un discurso externo anudado al estigma con su consecuente rotulación y/o a la sobrestimación de cualidades que configuran una especie de discriminación positiva: “esos negros son muy bravos pa’ camellar² -afirma un habitante de otro sector de la ciudad- y son muy buenos en los deportes”. Existe también un discurso interno; elaborado, reelaborado y significado por quienes han vivido y/o padecido los avatares que supone residir en el distrito.

Ambos artefactos del lenguaje operan de manera concomitante y tienen por característica ser productores de malestares, por un lado, y de identidades por otro. En ese orden de ideas dividen y suturan gracias a la relación dialéctica que mantienen y que se pone en juego mediante las relaciones intersubjetivas. Así, el espacio social funge como educador.

A los sujetos referidos la cultura les ha enseñado cuál es su lugar en el mundo y también les enseña cómo jugar a lo que se impone como realidad. Es decir; les ofrece, mediante el ejercicio discursivo ya mencionado, y a través de la historicidad y la experiencia, las herramientas necesarias para desarrollar y mantener su identidad aún en medio de lo totalizante que pueda resultar el campo social al que pertenece y su peso simbólico. Es



la posibilidad de hacerse sujeto al interior un contexto que tiende a reificarlo puesto que no le reconoce más que a partir de los imaginarios contruidos a su respecto. La cultura es productora de sinsentido en tanto representa aspectos que escapan a toda posibilidad de explicación lógica y/o aceptable. Empero, encarna el sentido al permitir y disponer el escenario para la comprensión y resignificación de la experiencia de vivir.

Ahora bien, la educación que la cultura brinda a los sujetos solo es visible, legible y legitima a partir de su representación mediante los actos, o sea, gracias su incorporación; seguimos a Bourdieu (1999) cuando afirma que:

El sentido práctico es lo que permite obrar como es debido sin plantear ni ejecutar un “debe ser” (kantiano), una regla de comportamiento. Las disposiciones que actualiza, maneras resultantes de una modificación duradera del cuerpo llevada a cabo por la educación, pasan inadvertidas mientras no se convierten en acto (p. 184).

Obrar como es debido, por supuesto, no tiene que ver con hacer lo correcto en el sentido moral, sino con hacer lo necesario para mantenerse activo dentro del campo para ser partícipe de él en tanto sujeto que resiste, hasta donde le es posible, el vasallaje que deviene con la estructura. Un claro ejemplo de ello lo encontramos en la descripción (de las instituciones) antes realizada, particularmente cuando mencionamos que algunos sujetos hacen su vida laboral alrededor de las edificaciones en las que se presta el servicio de salud, pues ello explica una de las maneras en que se articulan la posición ocupada dentro del campo y las posibilidades que este dispone. Es una forma de hacerse cargo de las condiciones dadas, a partir del uso debido de la experiencia y la historicidad: soportar largas jornadas laborales, de pie y casi a la intemperie, y sin sentir vergüenza por lo que se hace (puesto que en otros espacios puede entenderse como indigno), solo es posible gracias a la educación dada por la cultura y la forma en que ella -y la clase social que representa- ha sido encarnada. La historia, a veces repetida en los cuerpos de varias generaciones, legitima el quehacer, eliminando toda forma de indignidad que pueda adjudicársele.

En todo caso, la huella -indeleble- que deja la cultura en los sujetos haciéndolos detenedores de un saber práctico, pero pre-reflexivo supone un el punto central del desencuentro entre el sujeto paciente y el médico y su discurso científico. Fundamentalmente, como veremos; porque los saberes contruidos en el seno de la cultura, resisten cualquier tipo de análisis y/o intervención que pretenda desestimarlos; más allá de lo lógico y consistente que el argumento se presente³.



Es por ello que afirmamos que en las instituciones de salud observadas se tienen diferentes pacientes, o mejor, se producen pacientes diferentes: La clínica ofrece espacios más organizados, mejor distribuidos, sus instalaciones son más modernas que las del centro de salud, sin embargo, comparten la pulcritud y el orden.

En la privada los vigilantes favorecen la promoción de orden. Su disposición a ayudar disminuye en los sujetos la sensación de vigilancia y la transforma en una percepción de seguridad necesaria. En otras palabras, estos no se erigen, en el imaginario de los usuarios, como vigías sino como guías, como garantes del orden dispuestos a colaborarles en el ingreso en una lógica que no pocas veces resulta problemática, incluso cuando se lleva mucho tiempo participando de ella.

En el centro de salud, más que vigilante hay un portero (solo uno): él siempre está de pie al lado de la única entrada; un gran portón siempre abierto. Generalmente solo saluda como respuesta a un saludo previo. No pregunta para qué se visita el lugar, no ofrece guía más que cuando se le demanda. El común de los visitantes suele ignorarlo, pasando sin saludar y a veces sin mirarlo, frente a lo que él se muestra indiferente.

Lo interesante es que más allá de las evidentes diferencias respecto a las prácticas de los vigilantes/porteros en cada lugar, la experiencia de espera y atención se vive de manera organizada y bajo los parámetros de la institución. Lo que cambia pues, son las vías mediante las cuales opera lo simbólico: en la clínica la presencia y la mirada del vigilante produce formas de conducirse dentro del lugar y ello opera incluso durante los breves periodos de ausencia de estos, o incluso, en los lugares donde no están. Esto por supuesto produce una suerte de autorregulación que compele a los sujetos a la espera paciente y el respeto por las condiciones impuestas.

En el centro de salud, ante la ausencia o la figura desidiosa del portero, lo que se produce son prácticas, por un lado, de autorregulación y, por otro, de regulación (a los otros). Los mismos sujetos mantienen el orden a partir de discursos internalizados: se preguntan, se guían, se ayudan, se ordenan y se disciplinan entre sí. Hay un evidente ejercicio de solidaridad que solo puede darse entre quienes se asumen como pares, es como si existiese cierta conciencia de colegaje, no solo como enfermos/pacientes sino como sujetos que comparten muchas características particularmente adversas.

En la privada pocos lugares de atención administrativa tienen ventanillas, lo que favorece una comunicación más directa en la que la mirada toma relevancia. No



obstante, esa misma mirada -que aprueba o sanciona- favorece la subordinación y reactualiza la distancia, no tanto entre los sujetos que interactúan, sino entre los lugares simbólicos que cada uno ocupa dentro del escenario en cuestión. El contacto directo permite y facilita el llamado de atención, el regaño y la orden. Entonces, tal cercanía, que en el discurso organizacional se entiende como más humana solo disfraza los llamados al orden: ya la distancia no la impone el grueso vidrio, sino que queda a consideración de quien atiende y la forma en que ha internalizado el discurso institucional. Ahora bien, esta forma de atención, paradójicamente, aumenta las posibilidades de interlocución, pues el ejercicio de observación nos permite afirmar que cuando se prescinde del vidrio la atención se alarga algunos segundos pues anima a los usuarios a preguntar sobre lo que no comprenden, a contestar y a manifestar los desacuerdos. El vidrio, en cambio, produce la sensación de apresuramiento, lo que tiene que ver con que la mirada ya no es directa, pues está atravesada por el cristal que además dificulta la escucha para ambos, produciendo relatos más breves y más directos en los que prima la orden y su consecuente obediencia, reduciendo la posibilidad de alegato. Así sucede en el centro de salud.

La forma en que se impone la espera también es diferente en ambos lugares; como ya se insinuó en la clínica prima el silencio, que se mantiene a partir de tres mecanismos: 1. por la presencia (real o simbólica) de los vigilantes; 2. mediante el altavoz y 3. A través de una imagen la que aparece un rostro de perfil (cuyo sexo no es distinguible) con un dedo índice en los labios y la nariz en señal de silencio. Es ese lugar la disposición espacial de la sala pretende evitar en contacto visual en dirección de los pacientes hacia el personal administrativo, quienes en cambio gozan de un lugar privilegiado, una suerte de panóptico que permite la vigilancia. Sin embargo, los usuarios podrían ejercer la misma vigilancia sobre los trabajadores con solo girar la cabeza, mas no lo hacen y prefieren otras prácticas. Lo que también se explica al reconocer el papel de los mecanismos discursivos (tratados en el capítulo sobre el cuerpo) que se desprenden de la práctica médico-asistencial que les hace creer a los sujetos que, aun en medio de las dificultades del servicio, son privilegiados por poder acceder a él.

En el centro de salud la espera configura un espacio de encuentro con pares, es el punto de intersección entre la vida cotidiana (ajena a la enfermedad) y la experiencia de enfermar y ser paciente. Ahí los sujetos se ponen en juego, se dejan ver en una dimensión muy íntima, muy personal. La vergüenza no parece tener lugar y todo discurso, en tanto sea sincero tiene cabida y goza de la escucha de los otros. Incluso



de quienes no quieren esperar, pues, como ya se mencionó, el silencio no es un imperativo. Vale anotar que en estas salas de espera los trabajadores están menos expuestos, pues lo que las rodea son consultorios (de puertas cerradas) y no espacios administrativos de atención.

Respecto a la forma en que los pacientes⁴ son llamados a la consulta debemos comentar que en la clínica privada este se hace a través del altavoz; y aquí nos atrevemos a proponer una metáfora: es una voz que viene de arriba, sin cuerpo, sin nombre, pero poderosa, casi divina... a la que responden los pacientes de manera consecuyente; pues se levantan de sus sillas rápida y ansiosamente para cumplir con el encuentro que temen perder, dando muestras de la reverencia que profesan hacia el médico. Ahora bien, si por alguna razón esto no ocurre, el llamado se repite solo 15 o 20 segundos después. Lo que deja ver que el profesional no está dispuesto a esperar. Es dueño del tiempo del paciente, porque el propio, como mostraremos más adelante, le pertenece a la institución y su dispositivo burocrático.

En el centro de salud, en cambio, el llamado suele ser voz a voz, lo que aumenta la mentada camaradería y la complicidad entre los usuarios y hace más terrenal al médico. Ello no elimina, por supuesto, la distancia natural entre este y los pacientes.

Respecto al escenario de la consulta⁴, podemos afirmar que la elegancia del consultorio en la clínica hace que la mayoría de los usuarios se sientan compelidos a estar acorde a la situación y el lugar, de ahí que tiendan a vestirse de manera más refinada, suelen verse muy pulcros y con sus atuendos bien llevados. Allí los sujetos parecen más subordinados, más dados a recibir la orden médica y por ello tienden a conducir su cuerpo a partir del orden y la pulcritud que le adjudican al encuentro. Caso contrario a lo que ocurre en el centro de salud donde la presentación personal ocupa un segundo plano, aunque siendo también acorde a la apariencia del lugar en general. A lo que apelan los sujetos en este escenario es a la apariencia habitual, se muestran cómo son, pues el servicio es entendido solo como una extensión de la cotidianidad y no como una excepción dentro de la misma. Entonces, estos sujetos no desentonan, no se sienten obligados a ofrecer otro semblante y ello hace que asuman la consulta de manera más tranquila. Ahora bien, no desconocemos que en ambas situaciones se evidencia un ejercicio de subordinación; en el primer caso lo que se muestra son sujetos afanados por agradar, por mostrarse dignos de presentarse ante el médico. En el segundo caso, en cambio, lo que se ve son sujetos que han encarnado su lugar dentro del escenario



social (pobreza, exclusión y estigmatización) y lo usan de manera pre-reflexiva para mantener los beneficios que ello pueda traerles dentro del servicio y en la relación con los superiores. Las dos posturas dan cuenta de una respuesta a las demandas del escenario en tanto espacio físico y discursivo. Así cada lugar imprime en sus pacientes lo que considera necesario para prestar el servicio según los parámetros que se propone.

Finalmente, aludiremos al tipo de servicio al que acceden los usuarios, tratando de dilucidar cómo esto opera en la forma en la que asumen la atención. En el sistema de salud colombiano existen dos modelos de afiliación; el subsidiado y el contributivo: el primero tiene por objetivo beneficiar a las personas cuyo nivel de pobreza no les permite pagar por los servicios, generalmente por no estar vinculados laboralmente o por no estarlo de manera formal (empleo con prestaciones de ley). A este grupo también pertenecen los desmovilizados, los habitantes de calle y los indígenas, entre otros grupos especiales. Esta población clasificada mediante el Sisben (sistema de clasificación de beneficiarios), así quienes cumplen con los criterios para ser ubicados en los niveles uno y dos de la misma, adquieren el derecho a acceder al POS⁵ (plan obligatorio de salud) de manera gratuita.

En el otro tipo de vinculación (contributivo) los individuos realizan un aporte económico cuya cantidad depende de sus ingresos, ello les permite acceder a servicios de salud de mayor alcance y calidad, además, implica la afiliación de su núcleo familiar al sistema y le supone beneficios como recibir subsidio en caso de incapacidad laboral o durante la licencia de maternidad, entre otros.

Esta descripción sobre el tipo de vinculación al sistema de salud no pretende ser exhaustiva. La traemos a colación porque es un elemento configurador de la experiencia subjetiva de ser paciente. Lo que encontramos es que, en el centro de salud, gracias por demás a su carácter público, la mayoría de los usuarios pertenecen al régimen subsidiado, mientras que, en la clínica, debido a su condición de privada, el grueso de la población atendida está vinculada al régimen contributivo ya sea como cotizantes o como beneficiarios (de quien realiza el aporte). Esto es importante pues el ejercicio de observación deja en evidencia que en la institución de carácter público las técnicas corporales tienen un carácter menos violento, pues hay una disposición subjetiva de los usuarios a subordinarse: “de todas maneras es mucha gracia que uno pueda tener una buena atención sin pagar un peso” (afirma una mujer mientras espera atención en el



centro de salud). Esta lógica bajo la cual se asume el servicio permite mantener el orden jerárquico establecido, entonces ya no opera la imposición insistente y agresiva del discurso biomédico e institucional, sino que estos se presentan naturalizados y representados por los sujetos mismos. En la clínica, la experiencia se ha simbolizado de otra manera: “si estoy pagando tengo derecho a que me atiendan, es más, ¡me tienen que atender!” (afirma un hombre en una conversación con el personal administrativo). Los efectos que esto tiene en la forma en que se presta el servicio son evidentes, pues los dispositivos de control se hacen más severos, hay mayor control y vigilancia. Esa dinámica abre varios escenarios de acción: por un lado, legitima la queja y el reclamo como opción de manifestar el malestar, por otro, produce en los sujetos la necesidad de cumplir a cabalidad con las exigencias para evitar sanciones y, finalmente, genera en los prestadores del servicio la idea de que las muestras de poder deben ser más contundentes pues hay mayor riesgo de insubordinación.

La entrevista a uno de los médicos permite ilustrar algunos de nuestros puntos:

La parte social influye mucho, por lo menos el paciente de acá (otra institución privada), que es un paciente contributivo y que tiene acceso a más cosas... ellos son los pacientes que no se quedan sin los medicamentos por falta de plata. El de allá (refiriéndose a los del régimen subsidiado, mientras señala el oriente de la ciudad), en cambio, se queda sin los medicamentos y sin tomarlos porque definitivamente no tiene y, además, allá se ve mucho la parte de lo social en especial si el paciente es de raza negra, el paciente de raza negra todavía cree mucho en la cultura y en lo que le enseñaron los ancestros y en cuanto maticas les dicen y eso influye muchísimo en ellos. ¡Más en el paciente diabético! (Méd2/2018).

Este médico cataloga los pacientes según el régimen al que pertenecen. Su clasificación responde a elementos anudados a lo cultural, lo económico y lo social, y se encuentra fuertemente atravesada por los prejuicios, lo que lo lleva a reproducir un discurso construido desde el estigma: equipara raza negra, pobreza y régimen subsidiado y asume que quienes tienen estas características viven en el oriente de la ciudad⁶ y viceversa. Por otro lado, reduce la cultura a algo en lo que se cree o no negando su papel fundamental en la constitución de la identidad de los sujetos, en la producción de subjetividades y, por lo tanto, en el proceso terapéutico que intenta presidir.

Su mirada etnocentrista le lleva a coligar lo social a lo económico, por un lado, y lo cultural con lo racial por otro; entendiéndoles como elementos cuya relación impacta positiva o negativamente en la enfermedad y el tratamiento. Ahora bien, coincidimos en



que estos son aspectos fundamentales cuando se trata de comprender la enfermedad y lo que con ella deviene; lo que no compartimos es que sean clasificados como positivos o negativos, pues estos deben entenderse y tratarse como condiciones de posibilidad y, en consecuencia, como configuradores de la experiencia del padecimiento.

Así pues, seguimos a Bourdieu al asumir que las practicas están reguladas para regular los cuerpos y la forma en que estos se conducen. Ello a partir de las técnicas necesarias para producir sentimientos y pensamientos que mantengan los ordenamientos y lógicas preestablecidas o se encaminen y desarrollen las que se consideren necesarias; primero para el funcionamiento del campo y, por añadidura, para los sujetos. En las salas de espera, por ejemplo, esto se evidencia en las imágenes que decoran las paredes: Estas apuntan a producir en los sujetos valores como el respeto y la solidaridad y prácticas como; el silencio, la paciencia, la quietud y la sumisión. Siempre a partir de movilizar sentimientos como; la culpa, el miedo, la vergüenza y la incertidumbre.





Carteles en pasillos y consultorios

Según Bourdieu (1980) el principio de la eficacia simbólica podría encontrarse en el poder que otorga sobre los otros, y especialmente sobre sus cuerpos y sus creencias, la capacidad colectivamente reconocida de actuar, por medios muy diversos, sobre los montajes verbo-motores más profundamente ocultos, ya sea para neutralizarlos, ya sea para reactivarlos haciéndolos funcionar miméticamente. (p. 112).

Entonces estas técnicas tienen eficacia simbólica en tanto actúan en el inconsciente de los sujetos, movilizándose fibras que operan a partir del lenguaje, la historia personal y la experiencia; elementos que entrañan la verdad del sujeto. La disposición del espacio físico, el discurso, la actitud y el hábito del personal de salud, ligado a tantos otros aspectos y sujetos que participan de la experiencia del servicio al que asisten los enfermos, están cuidadosamente organizados para evocar e inhibir lo que se considere conveniente.



La sutil pero insistente presencia de diversas técnicas de modelación de los sujetos tiene efectos en tanto son internalizadas. En nuestro caso esto quedó ilustrado cuando mostramos que los sujetos suelen hablar poco en las salas de espera (especialmente en la clínica privada), asumiendo la premisa del silencio como elemento fundamental para la cura. Demanda constantemente desatendida por los niños, en quienes aún no operan muchas de las lógicas impuestas por lo que sus padres o cuidadores generalmente no dudan en llamarlos al orden transmitiendo así el mensaje de la organización. Verbigracia lo narrado en la siguiente viñeta:

Un niño de aproximadamente siete años (acompañado de sus padres y su hermana) sale de uno de los consultorios llorando muy fuerte mientras se toma el brazo en el que había sido vacunado. Su padre lo toma fuerte del brazo, se acerca a su oído y le dice: “bueno ¡ya! ¿te vas a callar o no?”. El niño sigue llorando, pero en silencio.

El padre le enseña al niño la forma adecuada de conducir su cuerpo para participar de la dinámica asistencial: no se llora fuerte, pues no se debe perturbar a los otros y debe primar el silencio. El dolor corporal del niño produce malestar subjetivo en el padre, le hace sentirse expuesto ya que atrae la mirada de las demás personas. De ahí la respuesta -violenta- que intenta reestablecer el orden y responder a los códigos mínimos de comportamiento exigidos en el lugar, a partir de intentar anular y/o regular la experiencia de padecimiento del niño.

Ahora bien, es interesante cómo cuando dicho control parental falla aparece el ya mencionado mensaje por altavoz; la voz sin cuerpo (generalmente quien envía el mensaje no está a la vista de los pacientes y el resto del personal de salud), que funciona como reguladora de los cuerpos de quienes esperan. Estos mensajes no se presentan de manera violenta, de hecho, aparecen como nimiedades necesarias para agilizar el proceso de atención y garantizar su calidad.

A lo largo del día esa misma voz replica insistentemente los derechos y los deberes de los pacientes/usuarios. El discurso sobre los derechos suele ser lacónico, por ejemplo: “señor usuario usted tiene derecho a ser respetado por sus opiniones”; “señor usuario usted tiene derecho a un trato digno y no soportar ningún tipo de sufrimiento evitable”. Mientras que respecto a los deberes los mensajes son más largos, mejor vocalizados y se dan pausadamente: “solicitar al equipo médico y de diagnóstico la información necesaria para comprender y autorizar los procedimientos y tratamientos propuestos



por ellos”; “cancelar de manera oportuna rigurosa las cuotas moderadoras, copagos, multas a que haya lugar de acuerdo a su plan de salud”, entre otros.

Llama la atención que los derechos aludan a lo que deberían ser imperativos constituyentes de cualquier relación intersubjetiva. Que sea necesario decir lo que es lógico obedece a que no pocas veces los pacientes/usuarios se perciben o son atropellados en su posición de sujetos de derecho, a partir de la imposición de discursos y/o procedimientos con los que no necesariamente están de acuerdo y que incluso pueden generar mayor malestar y padecimiento que la enfermedad misma. En ese orden de ideas los derechos de los pacientes constituyen deberes para los prestadores del servicio a quienes se les demanda respeto y trato digno hacia los pacientes. Los deberes, por otro lado, son presentados como ordenes, como instrucciones, por ello se dicen pausadamente garantizado su claridad. La mención a deberes y derechos constituye un ejercicio educativo que se sustenta en lo evidente a partir de hacerlos parecer los únicos caminos para gozar de un buen servicio. Seguimos a Bourdieu (1980) cuando afirma que “la astucia de la razón pedagógica reside precisamente en el hecho de arrebatar lo esencial con la apariencia de exigir lo insignificante como el respeto de las formas” (p. 112). En nuestro caso, la referencia a lo esencial nos conduce al análisis del lugar que ocupan la identidad y la subjetividad de los enfermos en el proceso salud-enfermedad-atención, pues, cómo se ha mencionado, es ahí donde se ubica el malestar de la enfermedad en tanto experiencia que atañe no solo a lo orgánico sino a la vida en general. Los espacios de educación en salud y las consultas médicas y de enfermería son representativas de dicho padecimiento.

Notas

¹ Cabe anotar que en la clínica en mención se presentan procesos educativos con futuros profesionales de la salud, por ello es común que en algunas consultas el medico este acompañado de estudiantes que observan las prácticas. Ellos se ubican en un asiento redondo, sin espaldar, sin apoyabrazos y con rodachinas; lo que lo hace particularmente incómodo.

² Buenos para trabajar; referencia generalmente asociada a la potencia física y la capacidad de resistir largas y activas jornadas laborales. Aquel es un comentario evidentemente racializado que da cuenta del imaginario construido alrededor de los habitantes del sector: “todos son negros, obreros y fuertes...”

³ Esta cuestión se desarrolla de manera profunda a lo largo del capítulo 5 dedicado a la cultura, el estilo de vida y el habitus



⁴ Cabe anotar que mientras en la clínica privada se realizó una observación prolongada en el espacio de la consulta médico-paciente, en el centro de salud solo tuvimos posibilidad de acceder a unas pocas consultas.

⁵ Se refiere a los servicios a los que tienen derecho quienes estén vinculados al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). En este se incluyen la distribución de medicamentos, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención en general.

⁶ Es claro que no desconocemos el cruce constante entre estas características y las desventajas que produce para quienes las reúnen. Lo que sostenemos que esto no puede asumirse como una perogrullada y menos permitir que opere, en tanto prejuicio, en la forma en la que se presta la atención en salud.

Referencias

Bourdieu, P. (1980). El sentido práctico. Argentina: Siglo XXI

Bourdieu, P. (1999). Meditaciones pascalianas. España: Anagrama



Males globales y sociología de la salud en Perú

Eudosio Sifuentes¹

Palabras clave

Sociología, salud, globalización, Perú.

Introducción

Los informes de los últimos cinco años acerca de la salud mundial generados por la Organización Mundial de la Salud, OMS, la OPS, el PNUD, el Banco Mundial y otros organismos multilaterales de carácter regional, además de los Ministerios de Salud y de desarrollo de diversos países confirman que los males cardiovasculares, los cánceres, la diabetes, las enfermedades diarreicas; la desnutrición infantil, el sobrepeso y la obesidad; los males de tipo materno perinatal y algunas enfermedades mentales como el Alzheimer y la depresión se encuentran en los primeros lugares de la morbilidad; algunos de estos males unidos a las diversas formas de muerte traumática constituyen las diez primeras causas de muerte en el mundo.

Conocer y comprender esta realidad en toda su dimensión es de importancia actual, pero requiere, especialmente en el Perú, de una nueva Sociología de la Salud centrada en las nuevas perspectivas de la ciencia, del pensamiento complejo, de las teorías del caos y el desorden y del “fin de las certidumbres”.

Nuestra ponencia revisa esta relación, considerando el desarrollo de la sociología en contextos de cambio epidemiológico en la salud global y de paradigmas en la ciencia.

El problema

El estudio de los males globales de salud y de los estados de malnutrición requieren de un enfoque integral, desde la totalidad y la complejidad centrado en las relaciones sociales; definiéndolos como fenómeno social con múltiples determinantes, incluyendo tanto las creencias y tradiciones acerca de la salud y la enfermedad; como las prácticas, rituales y costumbres de las colectividades ante eventos fundamentales de la vida como el nacimiento, las enfermedades y la muerte; además, la construcción de representaciones y discursos en torno a la salud y a la vida, hasta las estructuras mismas del poder, del trabajo, de las clases sociales, de la integración, de los conflictos y la movilidad social; de la dinámica de los mercados internos y externos de medicinas y alimentos; de la dinámica de los medios de comunicación y de información. El tema implicaría la necesidad de abrir todas las miradas que van desde las ciencias sociales,



de las ciencias de la salud, de los discursos del poder, de la sociedad civil, y de las informaciones. Sin embargo, el asunto posibilitaría la construcción o recreación de conceptos y de nuevas ideas en la Sociología a partir de las observaciones epistemológicas planteadas en la segunda mitad del siglo XX; pero también en el orden práctico resultaría útil para la construcción de nuevas estrategias, programas y políticas orientadas al logro de estados saludables de nutrición.

Pensar en una nueva Sociología de la Salud es pertinente ante los cambios globales producidos en la salud humana y en el perfil epidemiológico actual.

De todas las enfermedades, las que tienen mayor prevalencia y mayor morbimortalidad en la sociedad contemporánea, son las enfermedades crónicas y degenerativas, que afectan a las tres cuartas partes de los casos; mientras que las enfermedades infecciosas y contagiosas a la cuarta parte. La OMS en un informativo del 2008 daba cuenta de 57 millones de muertes por enfermedades, de las cuales el 73% abarcaba las crónicas y degenerativas. Diez años después se mantienen estables ya que para el 2016 el promedio llegaba al 72% y el total a 56 millones. La magnitud de las enfermedades se torna más aguda en algunas ciudades capitales de países ricos y pobres por el tamaño, la densidad y el estilo de vida de sus poblaciones.

El 2016 el Instituto de Medición y Evaluación de la Salud, logró identificar 84 factores de riesgo en 333 enfermedades que experimentaban 15 ciudades europeas. El estudio observó que en lo fundamental se trataba de enfermedades crónicas y degenerativas, por lo que fueron ubicadas en el primer lugar; las transmisibles en segundo lugar, junto con la muerte materna y perinatal y por último las muertes por accidentes de tránsito.

El 2013 murieron 17.3 millones de personas en el mundo por la enfermedad cardiovascular, la misma que constituye la principal causa de muerte por enfermedad. (American Heart Stroke Association:2017, p.1). Por infarto al miocardio murieron el 2016: en USA 111,777, en México 87,614, en Alemania 48,669. En el Perú según el MINSA más del 28% de la población peruana sufre de una enfermedad cardíaca.

Según los informativos de la OMS, la diabetes es una enfermedad global. En 1980 se identificaron 108 millones de personas afectadas; el 2014, subió a 422 millones. En Perú, el 6.9% de la población sufre de este mal; en Bolivia, el 6.6%; en Ecuador, el 7.3%; en Colombia y Brasil el 8.1%; en Venezuela el 8.8%; Argentina y Cuba el 10.2%; en México, el 10.4%; en Chile 11.4%. En Europa tienen diabetes el 10% de la población de



Hungría; 9.6 en la República Checa; 7.4% en Alemania; 9,4% en España; 8% en Francia. También en Oriente se desplaza esta enfermedad, en la India 7.8% de su población afectada de diabetes; en la China 9.4%; y en Japón el 10.1%

En cuanto al número de muertes por cáncer en el mundo es de 163.5 por cada 100, mil por año según datos del 2011 al 2015. En Perú el 2018 el cáncer mató a 33,000 personas. El cáncer que causa el mayor número de muertes en el mundo es el pulmonar, seguido por el hepático, colorrectal, gástrico y mamario.

Las investigaciones recientes están constatando que las tasas más altas de obesidad en el mundo se encuentran en los países anglosajones, con Estados Unidos a la cabeza. En América Latina destacan las ciudades de México y Santiago. De acuerdo a los estudios del Ministerio de Salud, el 70% de la población peruana está afectado por el sobre peso; mientras que el 30% por obesidad. Las ciudades peruanas donde hay una mayor prevalencia de obesidad y sobrepeso con niveles crecientes de obesidad son las más grandes y se ubican en la región costera, junto al litoral como Lima, Tacna, Piura y Lambayeque. Pero estos males están en crecimiento importante en las zonas de pobreza y pobreza extrema de los Andes del Perú, especialmente en Huancavelica, Cajamarca, Huánuco y Ayacucho. En estas ciudades crece la obesidad y el sobrepeso por un lado y por otro, persiste la desnutrición afectando del 25 al 33% de la población infantil; y con niveles de anemia que afectan a más del 45% de la población femenina de todas las clases sociales.

Los males identificados recorren el mundo sin importar las fronteras sociales. La teoría acerca de la transición epidemiológica, considera a los países desarrollados en una situación de superación de las enfermedades contagiosas y transmisibles, que pasaron a segundo plano, supuestamente por su baja prevalencia; y que éstas se concentraron en el mundo sub-desarrollado, por sus bajos ingresos y su precario desarrollo urbano; enfrentando de manera principal y prioritaria las enfermedades crónicas y degenerativas. El problema es que la correlación encontrada por los epidemiólogos no es satisfactoria y plantea una gama de dudas ya que en los países pobres hay un crecimiento más acelerado de los males crónicos y hay un resurgimiento de los males contagiosos en los países ricos. En Estados Unidos hay alarma, porque reaparecieron una quincena de enfermedades transmisibles y contagiosas como difteria, varicela, tos convulsiva, sarampión, rubeola, hepatitis, influenza y otras afectando en lo que va del año, a cientos y miles de personas, especialmente niños.



La explicación de las enfermedades contagiosas en algunas regiones y países a fines del siglo XIX y comienzos del XX por biólogos y médicos, que se atrevieron a ver algunos elementos sociales; mientras la Sociología estaba en la aventura clásica de su formación; ya no es suficiente para entender la dinámica de los males globales en el siglo XXI. Hoy se trata de ver la salud global y local en toda su complejidad. Su tratamiento y dimensión técnica corresponde a los especialistas del campo médico. Pero en lo fundamental, se trata de un fenómeno social, que la Sociología no priorizó en su agenda temática. En la etapa actual, la Sociología trata de enfrentar un doble desafío: En primer lugar, determinar el campo de la salud humana global y local como un objeto complejo, como una relación social interrelacionada y en interacción a las múltiples relaciones sociales. En segundo lugar, plantear nuevos enfoques desde una Sociología de la Salud, como especialidad, abierta a todas las culturas, a las ciencias sociales y al pensamiento científico del siglo XXI, libre de razonamientos esquemáticos, unilaterales, mecánicos de causa-efecto

Los males globales y los estados de malnutrición desde la perspectiva sociológica

Abordar el estudio de los males globales y de los estados de malnutrición de los pueblos de las regiones del Perú es un nuevo desafío para la Sociología del siglo XXI, que viene revisando su experiencia en el campo de la investigación, en el análisis de las relaciones sociales y en el examen de su propia epistemología, en circunstancias radicalmente diferentes al período de formación de su pensamiento.

Mientras pensadores, filósofos y sociólogos de Francia, Inglaterra, Alemania e Italia sentaban las bases para la construcción de la Sociología clásica entre 1820 y 1920; paralelamente médicos y biólogos especialmente de Estados Unidos y Francia buscaban explicaciones acerca de los determinantes, de los orígenes y el rápido crecimiento de las enfermedades contagiosas en diversas partes del mundo, con la finalidad de detenerlas, como la malaria y la fiebre amarilla que cobraron más de veinte mil vidas de obreros en el proceso de construcción del Canal de Panamá; o como la verruga o la bartonelosis durante la construcción de la línea ferroviaria Lima-La Oroya, en el centro del Perú, que llevó a Alcides Carrión, siendo estudiante de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en 1885 a experimentar el mal en su propio cuerpo, a fin de encontrar los antídotos. Los trabajos de investigación de las enfermedades tropicales, llevó a los científicos a analizar las condiciones de vida de los trabajadores como elementos inmersos en las relaciones sociales; por lo que las



estrategias de prevención y control de estos males pasaban por la identificación, descripción y comprensión de las relaciones sociales; conocer sus procedencias, hábitos y costumbres; saber cómo viven, cómo se alimentan, cómo resuelven sus necesidades. En buena cuenta los llevó a hacer una sociología sin ser sociólogos.

Entre fines del XIX y comienzos del siglo XX, en la etapa fundacional de la sociología, el tema de la salud y la nutrición no estaban en la agenda de estudios de las ciencias sociales, ni en la ciencia; en cambio, la medicina y la biología lograron incorporar en sus estudios las costumbres y la vida cotidiana unida a la salud y las enfermedades de algunos contextos de guerra y de colonización. Por eso, desde un enfoque de la epidemiología, se logró determinar que las enfermedades más extendidas en el ámbito mundial eran las enfermedades infecciosas y contagiosas, por lo que el descubrimiento de la penicilina y de las vacunas fueron los grandes aportes de los científicos del XIX para el cuidado de la salud; y para el desarrollo de la nutrición saludable fueron importantes en la producción y consumo de los alimentos las ideas y las prácticas del higienismo y las tecnologías de la pasteurización; además de los análisis bioquímicos de los alimentos. Fue muy importante conocer el contenido nutricional de los alimentos para los viajes y trabajos; en este proceso hubo acercamientos al conocimiento del ámbito nutricional como un fenómeno social. El hambre y las hambrunas a pesar de su gran impacto social, no generaron debate para su tratamiento desde las ciencias sociales; no era tema para la “sociología del momento”; porque tampoco ésta se concebía así.

Alrededor de los 30 años previos para el paso al siglo XXI, la época, el mundo, la sociedad, la salud, la nutrición de la humanidad, el pensamiento, la tecnología, la ciencia y específicamente la sociología experimentaron cambios radicales de ruptura y transformación demandando una nueva explicación. Como respuesta se abrieron paso la teoría cuántica; las teorías del caos, de las bifurcaciones y catástrofes. Específicamente en la Sociología surgieron nuevas formas de pensar la sociedad y los fenómenos sociales, sin las ataduras de los viejos mitos, de lo esquemático y mecánico sobreponiéndose a los nuevos discursos del orden, para enfocarlos desde la complejidad y la interconexión de todos los fenómenos, buscando describirlos, comprenderlos y enfrentarlos integralmente considerando un escenario global y cambiante. Como en el período formativo, hoy tenemos en la Sociología para la etapa actual de cambio de época y transformación global nuevos representantes como Balandier, Morin, Foucault, Norberto Elías, Bourdieu, Beck; facilitando además el nuevo



camino y la incursión para una Sociología que privilegie en su agenda temática los componentes referidos a la salud y la vida.

El primer desafío en este período fue poner en cuestión los viejos paradigmas en el pensamiento y en la investigación científica. En realidad, todo pasó a debate; se comprendió “el fin de las certidumbres” (Prigogine, I. 1996), y se extendió la reflexión ante “el fin de la historia” (Fujuyama 1988). La crítica fundamental se centró contra las explicaciones cartesianas, la simplicidad del razonamiento de causa-efecto, apelando al ejercicio de un pensamiento que abarque el movimiento y la multiplicidad de los fenómenos en su interconexión y múltiple dependencia, de una manera integral, en toda su complejidad, y totalidad. Si la naturaleza y el mundo se veían desde la física cuántica articulado desde sus partículas más pequeñas e insospechadas a sus efectos e interacción con grandes fenómenos, de manera integral y relativa como lo explicaron Max Plank y Eistein; del mismo modo, para los nuevos sociólogos las sociedades, o los fenómenos sociales, como los estados de salud y nutrición de las colectividades, no pueden explicarse como permanentes, sujetos a un ámbito cerrado, o derivados de una sola causa; en realidad, están asociados a una gama de relaciones sociales interconectadas y en interdependencia con innumerables factores, tal como los aborda George Balandier al elogiar la fecundidad del movimiento en su Teoría del Caos y el desorden, escrito luego del “fin de las certidumbres” por Ylya Prigogine.

En lo epistemológico, la Sociología sigue, como en el período formativo, encontrando conceptos, y fundamentos teóricos y metodológicos en la física y otras disciplinas de las ciencias naturales. En el pasado, desde el siglo XVI hasta inicios del siglo XX la filosofía racionalista, los métodos y la física de René Descartes ejercieron un predominio determinante. A partir de los años de 1930 y sobre todo en la última mitad del siglo XX aparecen nuevas teorías y orientaciones en la Sociología, como recreación y desarrollo, en el campo social, de la física cuántica. Descartes y Newton ceden el paso a Einstein, a las teorías del desorden y el caos. En la época de formación de la sociología clásica, la salud y la nutrición humana fueron temas explicados por médicos y científicos; en la actualidad, se comprende como un producto de las múltiples relaciones sociales por lo que los sociólogos tienen el reto de enfocar el tema de manera prioritaria, porque se trata de la vida de la humanidad. Hoy como nunca, los males afectan directa y simultáneamente al individuo y a la sociedad global en un “mundo desbocado” (Giddens, G., 2008).



Desde la década de 1980 se vive un cambio epidemiológico. Las sociedades experimentan un crecimiento acelerado de las enfermedades crónicas, degenerativas y cancerígenas; pero también, el crecimiento de males nutricionales; de desórdenes alimentarios y un crecimiento global de colectividades con sobrepeso y obesidad, como resultado de múltiples determinaciones. El tema ya no es un asunto clínico, ni tarea para médicos y biólogos, que se encargaron de estudiar las epidemias contagiosas hace más de 100 años, cuando la Sociología estaba concentrada en la priorización de la construcción de las teorías generales acerca de los sistemas sociales, de los procesos y cambios, de las estructuras del poder, del conflicto y la integración social; sin tiempo para problemas aparentemente temporales y sectoriales que no generaban atención, ni asombro para la investigación (Popper, 2012).

Inmanuel Wallerstein en su libro *Abrir las ciencias sociales* (2006). Sostiene que, a partir de 1945, al presente las Ciencias Sociales han experimentado grandes cambios en diálogo con los cambios producidos en las ciencias naturales, en un contexto mundial de grandes cambios en la correlación de fuerzas; en el crecimiento de la población; en la expansión del sistema universitario; en el crecimiento de la hegemonía de los Estados Unidos. En este contexto, se reorientan los estudios enfatizando los estudios de área que comprendía realidades, especialistas, temas, enfoques y etapas que han llegado a afectar la estructura de las instituciones y a relativizar el tiempo de acuerdo a la diversidad de las realidades históricas y sociales; lo que ha puesto nuevos retos a los científicos sociales que han asumido estrategias de abordaje uniendo sus objetos de estudio y recreando sus metodologías, teorías y compromisos, produciéndose en algunos casos superposición de las ciencias sociales; definiendo lo universal y lo local parroquial, como ámbitos complejos que pueden conectarse, que no les concibe como antagónicos.

Conclusiones

Los estudios realizados acerca de los problemas de la salud, aunque pocos; logran evidenciar el campo, el objeto, la urgencia y la importancia de una Sociología de la Salud, que tiene como desafío, asumir como eje las nuevas perspectivas que animan a la ciencia; las cuales vienen de Francia, Alemania, Inglaterra y Estados Unidos, como en el período formativo; pero a diferencia de éste, ahora destacan algunos países de América Latina, de la India y el oriente; y se perfilan como nuevos clásicos, en la época contemporánea, George Balandier y su enfoque del desorden y el caos en las ciencias sociales; Edgardo Morín que nos introduce al pensamiento complejo.



La interacción entre las relaciones sociales, los males globales y los estados de malnutrición, es objeto y campo de análisis de una nueva Sociología de la salud con posibilidades de dar a conocer una realidad asociada a la vida de personas y colectividades del ámbito local y global en su totalidad y complejidad superando las explicaciones esquemáticas de causa-efecto.

Alrededor de 10 enfermedades recorren gran parte de los países del mundo ubicándose en los primeros lugares de la morbilidad y mortalidad. Asociar los males infectocontagiosos a países de poco desarrollo y males crónicos, degenerativos y cancerígenos a los países más desarrollados no es convincente porque los 10 males de mayor prevalencia afectan tanto a los países ricos, como a los pobres. Por esta razón, el tema escapa del campo médico y un constituye un objeto y campo de primera prioridad para la sociología de hoy.

Notas

¹Sociólogo, Mg. Salud Pública, Docente de la UNMSM. Experto en proyectos de desarrollo. Creador de la teoría sociológica de la energía social

Bibliografía

Aroca Sevillano, L. N., & Castañeda Castro, E. L. (2017). Factores maternos condicionantes en el estado nutricional de los niños de 2 a 4 años atendidos en consultorios externos del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, Cajamarca – 2016. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Recuperado de <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/418>

Balandier, G., (2007) El desorden. La teoría del caos y las ciencias sociales. Elogio de la fecundidad del movimiento. Barcelona. GEDISA

Ccallata, C., & Amelia, R. (2018). Influencia de factores sociales, culturales y de salud en la desnutrición crónica en niños menores de 05 años beneficiarios del programa vaso de leche en el Distrito de Ilave, Provincia de “El Collao”, Departamento de Puno 2015. Universidad Nacional de San Agustín. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6967>

Dalghren, Göran., Whitehead, Margaret (2010) Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población. Liverpool. Universidad de Liverpool y Oficina Europea de OMS. Recuperado de: <https://bit.ly/38GTUxQ>



- Díaz, A., Arana, A., Vargas-Machuca, R., & Antiporta, D. (2015, julio 1). Health and nutrition of indigenous and nonindigenous children in the Peruvian Amazon/Situación de salud y nutrición de niños indígenas y niños no indígenas de la Amazonia peruana. Recuperado 23 de mayo de 2019, de Revista Panamericana de Salud Pública website: <http://link.galegroup.com/apps/doc/A435637253/HRCA?sid=googlescholar>
- Foucault, M. (1981) *Las Palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. México. Siglo XXI
- Frenk, J. (1993) *La salud de la población hacia una nueva Salud Pública*. México. FCE
- Franco Patiño, Sandra (2010) Aportes de la sociología al estudio de la alimentación familiar. Manizales, Colombia. *Revista Luna Azul*, 31 pp. 139-156 Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/luaz/n31/n31a10.pdf>
- Guardia, Carlos (2008) *Salud pública y saneamiento en la zona del Canal de Panamá: Un recuento histórico 1880-1895* <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v95n1p62.pdf>
- INEI (2019) Biblioteca del INEI. Registro y acceso a todas las publicaciones. Recuperado de: <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/publicaciones-digitales/>
- INEI (2019) PERÚ. Encuesta demográfica y de salud familiar – ENDES-2018
- Ingeniería Económica de la Universidad Nacional del Altiplano, Castillo Porto, S. C. P., Calsin Quispe, G., & Ingeniería Económica de la Universidad Nacional del Altiplano. (2017). Factores socioeconómicos que determinan la desnutrición crónica infantil en niños menores de cinco años en el Perú – 2014. *Semestre Económico*, 6(1), 26-43. <https://doi.org/10.26867/se.2017.1.61>
- Lander, Edgardo Comp. (1993) *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*
- Mora, Héctor (2012) *El mundo de la vida* Recuperado de: <https://bit.ly/2M1TLxh>
- Morin, E. (2007) *El paradigma de la complejidad*. Barcelona. GEDISA.
- Najmanovich Denise (2018) *La complejidad: de los paradigmas a las figuras de pensar*. En: *Revista COMPLEXUS. Revista de complejidad, ciencia y estética*. Buenos Aires. Universidad de CAESE. 10pp. Recuperado el 9 set 19 de: <https://bit.ly/2JuuwD6>
- OMS, (2016) *Perfiles de los países, prevalencia de la diabetes y los factores de riesgo*. Recuperado de: <https://www.who.int/diabetes/country-profiles/es/>
- Popper, K. (2012) *La responsabilidad de vivir. Escritos sobre política, historia y conocimiento*. Barcelona. PAIDOS
- Quijano, A. (2010) *Cuestiones y horizontes. De la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*. Madrid. Akal



Rodríguez-Chacaltana, F. W., Quispe-Illanzo, M. P., Oyola-García, A. E., Cruz-Mita, C. Y. C. D. L., Portugal-Medrano, M. A., Lizarzaburu-Córdova, E. E., & Mejía-Vargas, E. (2018). Calidad de vida y su relación con la malnutrición en el adulto mayor de la provincia de Ica. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 18(4), 1-1.

Sergas (2016) Los determinantes de las desigualdades en salud. Comisión para reducir las desigualdades en España. Recuperado de: [//www.sergas.es/Saude-publica/Documents/4019/Conferencia_inaugural_Carmen_Borrell.pdf](http://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/4019/Conferencia_inaugural_Carmen_Borrell.pdf)

Sevillano, G., & Edgar, M. (2017). Determinantes económicos y sociales que influyen a la desigualdad del estado nutricional de la población infantil entre 0.5 y 5 años de edad en el departamento de La Libertad, período 2000 - 2016. Universidad Nacional de Trujillo. Recuperado de <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/10441>

Sifuentes, E (2012) Energía social y teoría sociológica en *Revista de Sociología*. XVIII. 22 pp. 313-328, Lima. UNMSM Escuela de Sociología

Sifuentes, E (2009) *Energía social libertad y bienestar*. Lima. San Marcos

Sobrino, M., Gutierrez, C., Cunha, A. J., Davila, M., & Alarcon, J. (2014, febrero 1). Child malnutrition in children under 5 years of age in Peru: trends and determinants/Desnutricion infantil en menores de cinco anos en Peru: tendencias y factores determinantes. Recuperado 23 de mayo de 2019, de *Revista Panamericana de Salud Publica* website:

<http://link.galegroup.com/apps/doc/A404172738/HRCA?sid=googlescholar>

Tapia, E. C. O., Hajar, W. J. S., Estrada, O. C., Ayudante, W. R. P., & Solano, J. J. P. (2017). Hábitos alimentarios y estado nutricional de los estudiantes de las universidades de la Región Lima - 2015. *BIG BANG FAUSTINIANO*, 5(3). Recuperado de <http://revistas.unjpsc.edu.pe/index.php/BIGBANG/article/view/25>

Vega, J, Solar, O., Irwin, A. (2006) *Equidad y determinantes sociales de salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas de acción*. USA. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://bit.ly/3nTCGUz>

Wallerstein, I. (2005) *Las incertidumbres del saber*. Barcelona. GEDISA

Wallerstein, I. (2006) *Abrir las ciencias sociales*. México. Siglo XXI



Formación en Competencias Culturales a futuros profesionales de salud en el nuevo perfil demográfico chileno

Carolina Carstens Riveros¹²³
Alicia Arias-Schreiber⁴⁵

Resumen

La presente reflexión tiene por objetivo describir una experiencia de formación en competencias culturales a estudiantes de salud de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile. En la actualidad Chile es el principal receptor de migración internacional de la región; a pesar de los avances del sector salud garantizando el acceso administrativo de migrantes internacionales a los dispositivos de atención, aún existen brechas de cobertura y utilización de estos servicios, limitando el acceso efectivo a los mismos. La nueva política de salud de migrantes, propone la formación de profesionales con competencia cultural para superar estas barreras. Durante la implementación de un electivo abierto a estudiantes de ocho carreras de salud, se aplicó un instrumento de sensibilidad intercultural pre-post y un grupo de discusión exploratorio; ambos se analizaron y triangularon mediante estadística descriptiva y análisis de contenido, respectivamente. Se observaron cambios estadísticamente significativos en la sensibilidad intercultural de los estudiantes y se relevan inquietudes sobre la aplicación de competencias culturales en su futura práctica profesional. La discusión se centra en: ¿Cómo trasladar el enfoque de competencias culturales desde la formación a la práctica? ¿Cómo evaluar su aplicación e impacto en el acceso efectivo de migrantes internacionales a servicios de salud?

Palabras clave

Competencias culturales, profesionales, salud, Chile.

Introducción

En los últimos años, Chile se ha convertido en el principal país receptor de migración internacional de la región. El Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y el Departamento de Extranjería y Migración (DEM), estimaron que al 31 de diciembre de 2018 había 1.251.225 personas migrantes en Chile. Aunque ha habido valiosos avances normativos para garantizar el acceso al sistema de salud de las personas migradas, se han documentado restricciones discrecionales de acceso a los mismos.

A nivel global se reconoce el desarrollo de competencias culturales en salud como estrategia para enfrentar las desigualdades de acceso a la salud de las personas



migradas. La reciente Política de Salud de Migrantes internacionales de Chile (2018), propone la capacitación de profesionales del sector salud para su mejor desempeño en escenarios de atención a población migrante, aproximación que se ha utilizado extensamente en la implementación del enfoque de competencias culturales en salud.

Dado este escenario, un grupo de académicos/as de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, decidimos plantear un curso electivo de Competencias Culturales para la Salud (desde ahora CCS). Esta ponencia tiene por objetivo, describir una experiencia de formación en competencias culturales a estudiantes de ciencias de la salud.

Fundamentación del problema

La alta tasa de migración regional que ha llegado a Chile en los últimos años, ha reconfigurado de manera dinámica la situación demográfica, aumentando el perfil multicultural que caracteriza a las sociedades contemporáneas.

Según el último censo, la población extranjera residente en Chile al 19 de abril de 2016 ascendía a 756.465 personas, equivalente al 4,4% de la población censada (MIDESO, 2017) A fines del año 2018, según datos estimados por INE y DEM (2019), la población extranjera residente en Chile ascendía a 1.251.225 personas, lo que constituye un aumento de 67% de la población migrada residiendo en Chile desde el momento censal (20 meses de diferencia), en que también se observa una reconfiguración de las principales nacionalidades representadas (INE-DEM, 2019). Este escenario constituye el número y proporción más altas documentadas de población extranjera residiendo en Chile (OEA; 2014).

Este crecimiento ha desafiado la capacidad de respuesta de ciertos sectores de la sociedad, lo que se traduce en la necesidad de generar acciones locales y heterogéneas, con el objetivo de garantizar acceso a algunos servicios sociales; entre ellos se destacan las medidas tomadas por el sector salud y educación.

Acceso a salud de personas migradas internacionales en Chile

Según datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) del año 2017, el 15,8% de la población migrada no se encuentra afiliada a ningún sistema previsional de salud, mientras que solo 2,3% de la población chilena se encuentra en la misma situación; este escenario se acentúa en los niños/as migrados/as, que alcanzan 21,4% de desafiliación en salud (MIDESO; 2017). Estas brechas también se encuentran



en la utilización del sistema sanitario, en particular en el acceso a atención médica frente a un problema de salud y a garantías explícitas en salud, entre otros (MIDESO, 2019). La brecha entre población chilena y extranjera, está documentada en torno a la cobertura y el acceso.

Frente a este panorama las autoridades han realizado esfuerzos por ofrecer medidas de protección en salud para la población migrada; hacia el 2003 se dictaminó que mujeres gestantes debían ser atendidas independiente de su situación migratoria, medida que se amplía hacia el 2008 a niños/as y adolescentes hasta los 18 años, y posteriormente a todas las atenciones de urgencia (MINSAL, 2018).

El año 2014 se conformó un equipo Asesor Sectorial de Salud de Inmigrantes, integrado por varios organismos de salud del estado, quienes tuvieron -entre otras tareas- la de elaborar una Política de Salud de Inmigrantes que fue presentada el año 2018 (MINSAL, 2018). En este contexto, el 2015 se publicó el Decreto Supremo N°67, que habilita como calificación para ingresar al seguro público y acceder gratuitamente a sus prestaciones, personas migrantes indocumentadas carentes de recursos, garantizando su acceso al sistema de salud público.

No obstante, estos importantes avances de carácter regulatorio, se han documentado episodios de discriminación y racismo experimentadas por la población migrada en los servicios de salud y sus trabajadores, así como restricciones discrecionales de acceso a los mismos (Librona, Mansilla; 2017/ Araujo, et.al, 2002/ Rojas, 2008).

A nivel internacional, se ha propuesto el desarrollo de competencias culturales como respuesta a la necesidad de proveer cuidados de calidad a poblaciones culturalmente diversas, así como a la reducción de inequidades sanitarias entre estos grupos y las poblaciones autóctonas o mayoritarias (Fernández; 2018).

Competencia cultural en salud

El concepto de competencia cultural emerge en la década de los setenta en el hemisferio norte occidental, como respuesta a un proceso de diversificación de la migración internacional y del auge de movimientos por los derechos civiles, incluyendo los de minorías étnicas (Boyle, Springer; 2008).

No hay consenso respecto de la definición de CCS, tratándose de un concepto multidimensional (Boyle, Springer; 2008) y multinivel (Pedrero, Bernal, Chepo; 2019),



sin embargo, la principal distinción conceptual se encuentra entre aquellas que operacionalizan el desarrollo de CCS como un proceso continuo y permanente, y aquellas que la plantean como un estado resultado de la adquisición de habilidades (Godwin, Clarke, Barton; 2001). Una de las definiciones más usadas, corresponde a la de Terry L. Cross, quien definió en 1989 como competencias culturales al “conjunto de comportamientos, actitudes y políticas congruentes que se reúnen en un sistema, organización o entre profesionales, haciendo posible que estos respondan efectivamente en situaciones interculturales” (Cross, Bazron, Dennis, Isaacs; 1989). De esta definición destacan su enfoque sistémico, al plantear al menos tres niveles desde los cuales debiera desarrollarse CCS: sistema de salud (políticas), organizaciones (gestión) y trabajadores/as del sector (prácticas), identificando posibles espacios de intervención.

Tradicionalmente, desde un enfoque categórico o específico cultural se ha considerado que la CCS se puede alcanzar al aumentar el conocimiento de los/as trabajadores/as del sector salud sobre los valores, creencias y prácticas de las culturas de origen de sus pacientes, planteando que el conocimiento de la cultura nueva sería la base con la cual adecuar los cuidados sanitarios, haciéndolos efectivos para estos colectivos. Así, se ha buscado sistematizar elementos claves de las culturas de las minorías más representadas en distintos escenarios, con el objetivo de mitigar las inequidades sanitarias.

Este enfoque tiene ciertas limitaciones relacionadas con el reduccionismo culturalista y esencialista en que incurre (Kleinman, Bensonsn, 2008), generando un conocimiento que prontamente queda desactualizado, dado el carácter dinámico de la cultura y de los procesos de diversidad cultural; a lo que se suma la dificultad de incorporar diferentes grados de aculturación o asimilación cultural que los/as individuos/as y colectivos experimentan en su lugar de destino, resumiendo cultura a nacionalidad u etnitización. Por último, la crítica más contundente refiere a la reducción de fenómenos sociales complejos a términos culturales, potenciando el reforzamiento de estereotipos (Kleinmann, Benson, 2008).

Un enfoque alternativo que emerge desde la antropología médica y los estudios transculturales, corresponde al denominado transcultural o genérico-cultural, que se lograría a través de la promoción de procesos autorreflexivos sobre el rol de la cultura propia en encuentros interculturales y la identificación de aspectos claves que atraviesen



cualquier encuentro entre culturas (Kleinman, Benson, 2008). Así, emergen conceptos como humildad cultural y seguridad cultural, como marco de actuación de un quehacer clínico reflexivo, alerta de su potencial rol iatrógeno en la imposición de prácticas, fomentando la asimilación de las poblaciones migradas (Jongen et al; 2017).

La principal limitación de la literatura en el área, consiste en la heterogeneidad de nomenclaturas, intervenciones y metodologías de evaluaciones descritas, las que disminuyen la comparabilidad y sistematización de los resultados.

Sensibilidad intercultural

La Sensibilidad Intercultural (SI), emerge desde el enfoque de competencia comunicacional intercultural y hace referencia a “el deseo que motiva a las personas a conocer, comprender, apreciar y aceptar las diferencias entre culturas” (Chen y Starosta, 1996), y apela a actitudes individuales del ámbito afectivo de la competencia cultural, basado en la “capacidad de proyectar y recibir respuestas emocionales positivas antes, durante y después de las interacciones interculturales” (Chen y Starosta, 1996). Este constructo invoca aquellas emociones y sentimientos que se relacionan con situaciones particulares, que podrían determinar mayor empatía en situaciones de diversidad. El modelo de SI se basa en la premisa de que la cultura es aprendida, recurriendo a la comprensión de las diferencias y similitudes culturales, motivo por el que podría ser entregado a través de un programa formativo. En definitiva, la SI es un “concepto bastante complejo que incluye la habilidad de reconocer factores culturales, sociales y políticos, y matices en las nuevas situaciones” (Sanhueza, Cardona, Friz, 2012).

Estudiantes de carreras de la salud

La Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, alberga ocho carreras de la salud (medicina, enfermería, kinesiología, fonoaudiología, terapia ocupacional, tecnología médica, obstetricia, nutrición), formando una amplia gama de profesionales de la salud del futuro, bajo la visión y misión institucional que refieren a la “formación de profesionales integrales con pensamiento crítico y principios éticos, generando conocimiento pertinente y vinculando su quehacer con la comunidad y el entorno (...)” (FAMED, 2016), reconociendo como valores institucionales el pluralismo, inclusión, respeto, tolerancia, solidaridad, diálogo, humanismo, honestidad, transparencia, excelencia, pensamiento crítico, responsabilidad, compromiso social, justicia y equidad. Para lograr estos objetivos, se realizan Cursos de Formación General (desde ahora CFG), que son electivos implementados durante el 2013 dentro de un marco de



innovación curricular. Se incorpora un plan de formación general, que incluye cursos de tres áreas: Compromiso Ciudadano, Crecimiento Personal, y, Arte, Deportes y Actividad Física, con el objetivo de la formación integral del futuro profesional de salud. Todos y todas las/os estudiantes de la Universidad deben cursar y aprobar un programa/asignatura de cada una de las líneas mencionadas, para lo cual se ofertan diferentes alternativas.

En este contexto, la creación e implementación de un CFG de “Competencias Culturales y diversidades en la atención en salud”, se genera con el fin de entregar herramientas para afrontar la diversidad de usuarios/as en el contexto del cambio demográfico a propósito de las migraciones, entre otros. Este curso se inscribe en el área de Compromiso Ciudadano, que se basa en el respeto de valores fundamentales de la diversidad y la multiculturalidad, así como tendiente a desarrollar acciones que evidencien el compromiso de construir una sociedad mejor y más democrática.

Este curso contaba con tres unidades:

- Unidad 1: Introducción a las Competencias Culturales. En esta unidad se relaciona el campo de competencias culturales en el contexto de Chile actual y se conocen los principales enfoques y modelos en competencias culturales.
- Unidad 2: Desarrollo de las competencias culturales. Durante esta unidad se desarrolló el reconocimiento de la cultura propia e identidad cultural, se entregaron herramientas para el trabajo con población culturalmente diversa en la atención en salud y se propició la reflexión en torno al rol profesional y ciudadano en la valoración a la diversidad, siguiendo la secuencia propuesta por la teórica del área, Irena Papadopoulos.
- Unidad 3: Competencias en la atención a otras poblaciones diversas. En la última unidad, se relacionan los elementos claves en la atención a poblaciones culturalmente diversas y se discute sobre las barreras socioculturales en la atención de salud de otras poblaciones.

Para lograr los objetivos esperados se realizaron clases expositivas asociadas a lecturas personales previas, talleres prácticos, actividades con facilitadores interculturales de establecimientos de atención primaria y foros debate con actores claves (representantes de diversos perfiles - académico, activista, profesional - de las diversidades sexuales, étnicas y funcionales).



El curso fue impartido por un grupo interdisciplinario de académicos/as y profesionales de la Facultad de Medicina, coordinado por una médica, acompañada por profesionales formados/as en antropología, terapia ocupacional, sociología y enfermería, lo que permitió complementar diferentes experticias, reflexiones y metodologías.

Metodología

El presente artículo, es una reflexión de carácter descriptiva sobre una experiencia de formación en competencias culturales para futuros profesionales de la salud, considerando una evaluación de SI y la percepción de los participantes del curso. Se utilizaron técnicas de carácter cuantitativo y cualitativo, tanto para la generación de datos como para su posterior análisis.

La muestra consistió en el universo de estudiantes que participaron del curso, quienes consintieron voluntariamente, no habiendo rechazos para participar (11).

Para aproximarse al efecto específico del curso en la SI de los/as estudiantes que asistieron, se aplicó una escala específica el primer y el último día de clases.

La escala de SI fue creada y validada por Chen y Starosta (2000) y ha sido ampliamente utilizada, particularmente en el ámbito educativo. El año 2012, Ruiz Bernardo adaptó y validó la escala a una versión en castellano. Se consideró pertinente este instrumento, ya que, (i) la SI corresponde a una de las dimensiones teóricas propuestas para el desarrollo de competencia cultural, (ii) el instrumento ha sido ampliamente utilizado en diferentes contextos educativos, y (iii) está validado al castellano.

El instrumento corresponde a un cuestionario con 24 ítems que se responden en una escala Likert de 5 puntos, con el fin de medir la actitud hacia la interacción con personas de diferentes culturas. Los 24 ítems dan cuenta de cinco dimensiones relevantes para la SI: (i) implicación de la interacción, (ii) respeto por las diferencias culturales, (iii) confianza en la interacción, (iv) disfrute de la interacción, (v) atención en la interacción.

Adicionalmente, se aplicó una encuesta que levantó información de contexto de los/as estudiantes y otra de evaluación de cada una de las actividades del CFG. De esta forma, se buscó atender variables que la literatura ha descrito como relevantes para el desarrollo de SI: (i) pertenecer o identificarse con un colectivo de la diversidad, (ii) haber vivido en un lugar diferente respecto de su origen, (iii) tener contacto con personas de otras culturas o pertenecientes a colectivos de la diversidad.



Con apoyo del paquete Stata 12 se realizó estadística descriptiva para evaluar el resultado pre-post en la escala. Para dimensionar cualitativamente las percepciones de los participantes del curso, se realizó al final del mismo una discusión grupal que fue grabada y analizada con el software de análisis cualitativo Atlas.ti 8. Los análisis cualitativo y cuantitativo fueron triangulados, con el objetivo de enriquecer la discusión.

Antes de aplicar los instrumentos señalados, los/as estudiantes firmaron un consentimiento informado donde se explicaba el objetivo del ejercicio, y la finalidad que consistía en la implementación de mejoras en futuras ocasiones.

Resultados y discusión

El CFG se impartió durante el primer semestre del año 2019, y tuvo una modalidad mixta que consistió en clases expositivas, talleres, paneles con invitados/as y ejercicios en terreno. Así, la primera unidad consistió en tres clases expositivas realizadas por los docentes responsables del curso, donde se solicitó a los/as participantes leer un texto específico previa sesión. La segunda unidad del curso, se realizó en cuatro sesiones a través de la modalidad de talleres, donde se realizaban diferentes ejercicios con el objetivo de desarrollar el autoconocimiento cultural, el reconocimiento cultural y la sensibilidad cultural, siguiendo la secuencia propuesta por Papadopoulos. Dentro de esta unidad, se programó una sesión de actividad prácticas en terreno, coordinando que duplas de estudiantes acompañaran las labores de un facilitador intercultural en establecimientos de atención primaria de una comuna vecina a la Facultad con una larga historia de multiculturalidad y que en la actualidad corresponde a una de las 10 comunas con mayor proporción de población migrada: el 16% de sus residentes son personas migradas internacionales y otro 11% corresponde a personas de pueblos indígenas (CENSO, 2017). En esta sesión, se esperaba que pudieran observar la dinámica que subyace la labor de los facilitadores interculturales y las situaciones en que se involucran cotidianamente, en conjunto con identificar elementos relacionados con las CCS, aspirando a que relacionaran de forma crítica las tensiones entre la aplicación práctica y los elementos teóricos revisados en clases.

Para la tercera unidad, correspondiente a competencias culturales asociadas a otras poblaciones diversas, se realizaron tres sesiones en formato foro-panel conformados por tres personas de perfiles diversos y complementarios (académicos, profesionales del área, activistas) en cada una de las siguientes temáticas: diversidad funcional, diversidad de género y diversidad étnica (enfocada en pueblos originarios). El objetivo de abrirse a otras diversidades guarda relación con la aproximación transcultural de la



CCS, en que no sólo atienden diversidades étnico-nacionales, sino también otras diversidades de incipiente visibilización en el mosaico multicultural de las sociedades contemporáneas, aludiendo a que la diversidad cultural trasciende el ámbito fronterizo y que existen tópicos claves a los que debe atenderse en cualquier encuentro intercultural.

Al final del semestre, la evaluación consistió en la realización de un ensayo, el que fue expuesto en un proceso de discusión grupal.

El curso se impartió durante el primer semestre de 2019 (marzo a julio), un día por semana, en sesiones de una hora y media. Se inscribieron 11 estudiantes provenientes de las carreras de medicina, enfermería, terapia ocupacional, tecnología médica y obstetricia, que cursaban entre el primero y quinto año de estudios; cinco estudiaban enfermería, tres estudiaban medicina y seis eran mujeres. En sí mismo, el curso es relevante al constituirse como aula diversa, lo que permitió ampliar posibilidades de discusión en torno a los temas propuestos del programa.

Entre las variables contextuales exploradas en los/as estudiantes, un 46% (5/11) se identificaba con algún colectivo de la diversidad, y de ellos, el 80% (9/11) lo hizo con el colectivo de disidencia/diversidad sexual. Así mismo, 64% (7/11), provenía de otra ciudad, y la misma cifra había visitado otro país. Un 55% (6/11) había tenido contacto con personas diversas en contexto de alguna experiencia laboral y 91% (10/11) lo hizo en la universidad, durante sus prácticas clínicas o con sus compañeros/as. Los principales colectivos reconocidos en la experiencia de interacción con otros/as fueron el de personas migrantes y de la diversidad sexual.

DIMENSIÓN	Puntaje PRE-CFG	Puntaje POSTCFG	Puntaje Máximo
Implicación en la interacción	22,5	22,91	40
Respeto por las diferencias culturales	17,41	17,82	25
Confianza en la interacción	12,68	13	20
Disfrute de la interacción	10,14	10,82	15
Atención en la interacción	17,82	18,18	20
TOTAL Escala SI	78,36	82,73	120

Desviación estándar \pm Intervalo de confianza al 95%. Tabla 1. Diferencia de puntaje en Escala de Sensibilidad Intercultural pre y post-intervención



Respecto de la Escala de SI, el puntaje máximo teórico del instrumento es de 120 puntos. En la examinación al inicio del curso (pre) el promedio arrojado por los/as estudiantes fue de 78,36 puntos [72 – 89]. Al terminar el curso (post), este promedio ascendió a 82,73 puntos, [73 – 89]. La media del posterior al curso es 4.36 puntos mayor a la realizada pre-intervención, hallazgo que pese al pequeño tamaño muestral fue estadísticamente significativo (valor $p = 0.001$ IC 95%).

Puntaje	Media	De*	Ic 95%†	Valor p
Pre	82.73	4.98	79.38 - 86.07	
Post	78.36	4.99	75.01 - 81.71	
Diferencia	4.36	3.20	2.21 - 6.51	0.0011

Tabla 2: Puntaje promedio pre-post en Escala de Sensibilidad Intercultural, por dimensiones.

A nivel individual, 9 de 11 estudiantes mejoraron su puntuación, observando incrementos entre +2 y +9 puntos. Por otro lado, 2 participantes disminuyeron su puntaje en -1 punto respecto de la aplicación previa.

Al final del curso se hizo un grupo de discusión que tenía por objetivo evaluar el curso desde la percepción de los/as estudiantes describir su experiencia en el proceso de formación e identificar en conjunto espacios para mejorar implementaciones futuras. Respecto de la metodología, los/as estudiantes valoraron la heterogeneidad de recursos didácticos empleados en el curso. Hubo consenso en que la experiencia de los paneles fue el método mejor evaluado, dada la diversidad de perfiles de los/as panelistas, que estos no eran sólo expertos/as sobre los temas que exponían, sino que militantes y activistas, en cuanto su experiencia propia o cercana de embodiment de estas diversidades. La otra actividad mejor evaluada, fue la salida a terreno con el facilitador intercultural. El aspecto que generó mayor disenso fueron las clases teóricas, valoradas positivamente por estudiantes de años superiores, y negativamente por aquellos/as que cursaban los primeros años de formación.

Respecto al desarrollo propio de CCS, en general los y las estudiantes presentan contradicciones a nivel discursivo, en cuando no consideran que el curso explícitamente ayude a abordar los encuentros con personas diversas en situaciones de atención clínica, a pesar de manifestar que se sentían más preparados/as para reconocer la diferencia, e involucrarse de forma respetuosa en situaciones de interculturalidad. Lo que se podría interpretar como un proceso de sensibilización.



Cabe señalar, que hay consenso respecto de la recomendación de abrir el curso a todas las diversidades, y que no esté enfocada al ámbito migratorio, en conjunto con la convicción de que el curso debiese tener un carácter obligatorio y no electivo dada su importancia relacionada con “usuarios/as no promedio” en un contexto de diversidades emergentes y reconocimiento de la multiculturalidad.

Se destaca la atención la ambigüedad expresada por los/as participantes en el grupo de discusión: a pesar de no identificar herramientas concretas entregadas en el curso, consideran que están más preparados/as para abordar una situación clínica intercultural. En el análisis cuantitativo, se observó una discreta mejoría significativa respecto a la SI de los/as estudiantes al inicio y al final del curso. Frente a esto surge la pregunta: ¿Cómo trasladar el enfoque de competencias culturales desde la formación a la práctica? y ¿De qué manera se pueden enseñar efectivamente las CCS, de forma que se reflejen en la práctica?

Conclusiones o reflexiones finales

En Chile, se plantea la formación de profesionales de salud en competencias culturales como una estrategia para mejorar el acceso efectivo de población migrada internacional a la atención sanitaria, lo que está explicitado en la Política de Salud Migrante del 2018. Esta experiencia de formación a futuros profesionales, sienta un precedente y pone en prueba diferentes estrategias para desarrollar la CCS en profesionales de la salud, tomando como base una exhaustiva revisión bibliográfica que consideró diferentes modelos de CCS y experiencias.

A pesar de que los resultados, en general, se podrían calificar de positivos, se evidencia una serie de elementos que podrían ser problemáticos y necesarios de considerar en una nueva propuesta formativa: (i) muestra reducida (ii) percepción contradictoria, (iii) evaluaciones, que también constituyen limitaciones de la experiencia.

En definitiva, se considera que esta experiencia es relevante para la concreción de un programa formativo de CCS, dirigido tanto a futuros profesionales, y profesionales de la salud, la cual debiese ser revisada y replanteada en vista de las recomendaciones y experiencia adquirida.

Notas

¹ Socióloga, Máster en Antropología Aplicada en Salud y Desarrollo Comunitario

² Facultad de Medicina, Universidad de Chile



³ Dirección de Innovación

⁴ Médica, Máster © en Salud Pública

⁵ Departamento de Salud Familiar y Atención Primaria

Bibliografía

Álvarez Carimoney A. (2016) "Aquí se atienden personas, no nacionalidades". Análisis del proceso de atención de salud de mujeres peruanas, en dos centros de salud pública de la Región Metropolitana (Tesis de grado). Universidad de Chile.

Boyle DP, Springer A. (2008) Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work Toward a Cultural Competence Measure for Social Work with Specific Populations. 2008;3204(February 2014):37–41.

Cabieses B, Bernales M, McIntyre AM (2017). International migration as a social determinant of health in Chile: Evidence and recommendations for public policies. 520 p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11447/978>

Chen GM, Starosta LC (1995) "Intercultural communication competence: a synthesis" en Burleson [Ed.] "Communication Yearbook" 19:353-384

Cross TL, Bazron BJ, Dennis KW, Isaacs MR. The cultural competence continuum. Toward a Cult competent Syst care (Volume 1). 1989;20007(202):28–36

FAMED (2016) Proyecto de desarrollo Institucional 2016-2025-PDI, disponible en: <http://www.medicina.uchile.cl/facultad/la-facultad/pdi-2016-2025-facultad-de-medicina>

Fernández Gutiérrez (2018). Competencia Cultural en trabajadores de salud en Chile: Una primera aproximación a sus Factores Principales (Tesis de magíster).

Jelin E, Grimson, Alejandro Zamberlin N, Mombello L, Cerrutti M, Caggiano S, Abel L.(2005) Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural, Buenos Aires: IDES; 2005. Disponible en: https://www.academia.edu/19783283/Salud_y_migración_regional._Ciudadanía_discriminación_y_comunicación_intercultural

Jongen C, McCalman J, Bainbridge R, Clifford A. (2017) Cultural Competence in Health: A Review of the Evidence 2017. 147 p. Disponible en: <https://books.google.co.uk/books?id=E-85DwAAQBAJ>

Kim-Godwin YS, Clarke PN, Barton L. (2001) A model for the delivery of culturally competent community care. J Adv Nurs. 2001;35(6):918–25.

Kleinman A, Benson P. (2006) Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. PLoS Med. 2006;3(10): e294.

Liberona Concha N, Mansilla MÁ. (2017) Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. Salud Colect. 2017;13(3):507–20.



MIDESO (2017) Inmigrantes. Síntesis de resultados CASEN 2017. 2017; Recuperado de:

http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/CASEN_2013_Inmigrantes_01_marzo.pdf

MINSAL (2010). Estrategia Nacional De Salud Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década. Recuperado de:

<https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

MINSAL (2018). Política De Salud De Migrantes Internacionales [Internet]. Política de Salud de Migrantes Internacionales. 2018. Disponible en: <http://reds salud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/01/Politica-de-Salud-de-Migrantes-310-1750.pdf>

OEA. (2014) Chile - Síntesis histórica de la migración internacional en Chile [Internet]. Sistema Continuo de Reportes sobre Migración Internacional en las Américas. 2014 disponible en: <http://www.migracionoea.org/index.php/es/sicremi-es/17-sicremi/publicacion-2011/paises-es/85-chile-1-sintesis-historica-de-la-migracion-internacional-en-chile.html>

Pedrero V, Bernales M, Chepo M (2019). Escala de Medición Competencia Cultural (EMCC-14): Manual de Aplicación. 1st ed. Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo.

Rivas H (2010) Migración y salud: una aproximación desde el ámbito legal. En: Agar L, Saffie N, editors. Migraciones, salud y globalización: Entrelazando miradas. Santiago de Chile: OIM OPS/OMS MINSAL; 2010. p. 220.

Rojas G (2008). Informe Final Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para inmigrantes de la zona norte de la Región Metropolitana]. Santiago de Chile; 2008. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/BP03Estudio-de-Salud-Mental-_Zona-Norte-2008.pdf

Ruiz Bernardo, M. P. (2012). Validación de un instrumento para el estudio de la sensibilidad intercultural en la provincia de Castellón. Universidad Jaume I de Castellón.

Sanhueza Henríquez, Susan, Cardona Moltó, Cristina, & Friz Carrillo, Miguel. (2012). La sensibilidad intercultural en el alumnado de educación primaria y secundaria de la provincia de Alicante. Perfiles educativos, 34(136), 8-22. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982012000200002&lng=es&tlng=es



Saúde Mental e práticas terapêuticas: estudo das redes de apoio social na produção do cuidado das pessoas com transtornos mentais

Antônia Iara Adeodato
João Tadeu De Andrade

Resumo

Este trabalho apresenta uma discussão sobre redes sociais, a partir das experiências dos usuários de um serviço de saúde mental, em seus modos de significar e produzir cuidados, empreendendo trajetórias que perpassam a rede formal de serviços. De maneira particular, busca-se analisar a estruturação de uma rede de apoio social, organizada em torno do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) geral do bairro Jardim América, localizado no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Tal rede é constituída pelos profissionais do CAPS do Jardim América, por sujeitos com transtornos mentais e seus familiares, além de demais pessoas envolvidas no processo de cuidado (membros de associações e cooperativas de bairro, integrantes de igrejas, amigos, vizinhos). Para a concretização desta investigação, utilizou-se a proposta de Análise de Redes Sociais (ARS) como ferramenta conceitual, analítica e metodológica. Os dados que embasaram a ARS foram obtidos de observações de orientação etnográfica e entrevistas com os profissionais desse serviço de saúde, usuários e seus familiares. Os resultados apontaram que: 1) a rede de cuidados vinculada ao CAPS se estrutura a partir das tensões existentes entre as sociabilidades cotidianas dos usuários e as práticas institucionais de tratamento; 2) apesar da mudança do modelo de tratamento, as redes sociais dos portadores de transtorno mental continuam fragilizadas; 3) as práticas representativas do hospital psiquiátrico ainda estão presentes no cotidiano desses sujeitos. Em conclusão, chama-se atenção para a reflexão sobre a importância do fortalecimento dos vínculos sociais e comunitários nas práticas de cuidado direcionadas as pessoas com transtornos mentais.

Palavras-chave

Saúde mental. rede social. cuidado. CAPS. sociabilidade.

Introdução

Nesse artigo apresentamos uma discussão sobre redes sociais, a partir da experiência dos usuários de um serviço de saúde mental. A investigação analisa a estruturação de uma rede de apoio social, organizada em torno do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) geral do bairro Jardim América, localizado no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Tal rede é constituída pelos profissionais desse CAPS, pelos usuários do serviço



e seus familiares, além de demais pessoas envolvidas no processo de cuidado (integrantes de grupos religiosos, lideranças comunitárias, amigos, vizinhos).

No âmbito da Política Nacional de Saúde Mental, o CAPS é caracterizado como um ambiente de atendimento destinado às pessoas classificadas como portadores de transtorno mental, atuando em um ou dois turnos de quatro horas, composto por profissionais de áreas diversas e proposto para ser um lugar de convivência e articulação entre profissionais, usuários do serviço, seus familiares e demais membros da comunidade. Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento e clientela atendida, organizando-se no País segundo o perfil populacional dos seus municípios. Sua clientela é composta por adultos portadores de transtornos mentais severos ou persistentes, residentes no território da SER IV de Fortaleza, egressos ou não de hospitais psiquiátricos.

Na construção deste objeto, fomos instigados pela premissa de que o CAPS, definido como porta de entrada dos serviços de saúde mental, pressupõe incluir no conjunto de suas ações tanto intervenções junto a outros dispositivos institucionais (no âmbito da saúde e das outras políticas setoriais), como práticas em associação com redes sociais não clínicas, as quais fazem parte do cotidiano das pessoas classificadas pelo poder biomédico como portadoras de transtornos mentais: escola, igreja, movimentos sociais, dispositivos socioassistenciais e jurídicos, instituições de esporte, lazer, cultura, dentre outros.

Não se trata, portanto, de analisar a rede de atenção à saúde mental do município de Fortaleza, definida pelo Ministério da Saúde como o conjunto de serviços e equipamentos disponíveis num determinado território geográfico, incluindo também os profissionais de saúde (Brasil, 2013). As redes que foram reconstituídas se referem aos vínculos interativos dos usuários do CAPS (parentes, amigos, membros da comunidade), também incluindo os campos institucionais onde os pacientes estão inscritos (associações, grupos religiosos, instituições de saúde) a partir das suas trajetórias terapêuticas.

Em conformidade com a ARS, buscamos identificar de que forma os profissionais do CAPS, usuários, seus familiares e demais cuidadores se relacionam entre si, quais padrões de comportamento nestas estruturas reticulares podem ser inferidos e que características estruturais destas redes podem explicar o acesso a determinados recursos sociais. Com efeito, procuramos trabalhar esses pontos à luz da análise dos



objetivos propostos por este novo modelo assistencial de saúde mental e da prática cotidiana vivenciada por estes sujeitos, traçando seus desenvolvimentos distintos e seus cruzamentos.

Metodologia

Esta pesquisa é de natureza qualitativa e quantitativa, tendo em vista que se reporta ao mundo das relações, das representações e da intencionalidade, mas também esta voltada às observações dos aspectos estruturais do comportamento humano, através da aplicação de recursos relativos à sistematização das relações sociais, intrínseco à Análise de Rede Social (ARS). Ressalta-se que a Análise de Redes Sociais (ARS) surgiu na década de 1970, oriunda da Sociologia, da Psicologia Social e da Antropologia (FREEMAN, 1996). É uma metodologia de análise voltada para o estudo das ligações relacionais entre atores sociais. Para a ARS a sociedade apresenta padrões de regularidade, organizados a partir de campos de sociabilidade que se estruturam dos laços estabelecidos entre as pessoas.

Nesta perspectiva, construímos uma matriz geradora de dados, onde as redes de apoio dos usuários do CAPS foram construídas a partir da identificação dos sujeitos, dos tipos de vínculos que mantêm e dos recursos transmitidos. Na estruturação desta matriz forma sintetizados aspectos pertinentes às características ou propriedades dos vínculos (identificação das pessoas próximas) e a intensidade dos laços (tipo de relação, recursos adquiridos e status de relacionamento). Posteriormente, transpomos estas informações para o programa UCINET, os quais nos possibilitou analisar os dados relacionais e obter a configuração gráfica das redes sociais dos usuários do CAPS.

Os dados que embasaram a ARS foram obtidos a partir da realização observações de orientação etnográfica. Concomitantemente, também foram feitas entrevistas, semiestruturadas e individuais, com os profissionais de saúde, usuários do serviço e seus familiares, com o intuito de captar a configuração das redes de apoio, os significados e as representações dos atores sociais a respeito das suas vivências pessoais e práticas constituídas no cotidiano do CAPS. A adoção dessas abordagens consistiu no entendimento de que contribui para a identificação de atores, vínculos e relações, dando suporte ao mapeamento da estrutura reticular.

Importa dizer que a noção de apoio social fornecido pelas redes de relações dos usuários do CAPS refere-se aos recursos emocional, instrumental ou material, informacional e interação positiva (DUE, 1999), proporcionados pelos profissionais de



instituições governamentais, associações da sociedade civil, familiares, vizinhos, amigos, membros de congregações religiosas. Neste sentido, a nomenclatura “rede de apoio social” dos usuários do CAPS foi pensada com vistas a satisfazer dois critérios: 1) indivíduos que integram as redes sociais dos usuários do CAPS; 2) interação social entre os membros da rede, existindo a transmissão de algum tipo de apoio social (emocional, instrumental ou material, informacional e interação positiva) aos usuários do CAPS.

Resultados e discussão

Mapeamento das redes de apoio social dos usuários do CAPS

Na construção das redes de apoio social dos usuários do CAPS, tomamos como referência três usuários e procuramos identificar as pessoas e instituições existentes no cotidiano das pessoas em tratamento. Para tal, adotamos a abordagem de ARS egocentrada, ou seja, baseada nas redes de relações de um indivíduo específico, neste caso o usuário do CAPS. Esta rede, contudo, não engloba todos os contatos dos usuários, mas refere-se àqueles que prestam algum tipo de apoio e que estão em contato imediato: o apoio financeiro abrange o fornecimento de recursos materiais; o emocional, demonstrações físicas de amor e afeto; o recurso da informação visa proporcionar aconselhamento, informação e orientação; a interação social positiva refere-se à disponibilidade de pessoas com quem se divertir e relaxar (Due, 1999).

Ampliamos a dimensão de interação social positiva para satisfazer também à disposição da rede social em atender as necessidades individuais, tais como doença e desemprego. Utilizamos ainda a noção de “redes de malhas estreitas” (número maior de relações com a família e os amigos) e “redes de malhas frouxas” (número menor de relações com a família e os amigos) para indicar as conexões entre os atores (Bott, 1976). A categoria “redes de malhas intermediárias” é empregada para representar os laços que se encontram entre essas duas dimensões. Como forma de preservar os interlocutores da pesquisa, indicamos três nomes fictícios: Sol, Estrela, Constelação.

Usuário Sol

Sol verbaliza que é o único usuário dos CAPS do município de Fortaleza que participa do Fórum Cearense de Luta Antimanicomial, exercendo também a função de delegado do Conselho Municipal de Saúde. Convive com o cônjuge, filhos e netos, com quem possui vínculos fortes. Atualmente, ele frequenta o CAPS apenas para a realização de consultas médicas e reuniões do Conselho de Usuários, contudo, refere que já teve uma

participação ativa na instituição e que tem boa relação com os profissionais. Sol relata que já participou de vários grupos de Arteterapia no CAPS, onde aprendeu o ofício de artista plástico. Continua trabalhando com arte, realizando vários concursos e exposições no âmbito do Estado do Ceará. É usuário do Instituto de Saúde dos Servidores do Estado do Ceará (ISSEC). Já foi internado cinco vezes no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto. Reporta-se ao internamento como uma experiência negativa. É membro do grupo religioso denominado Encontro de Casais com Cristo (ECC) e frequenta regularmente a Igreja Santíssima Trindade, onde conta com amigos. Ele relata ainda que não participa de nenhuma atividade na comunidade em que vive.

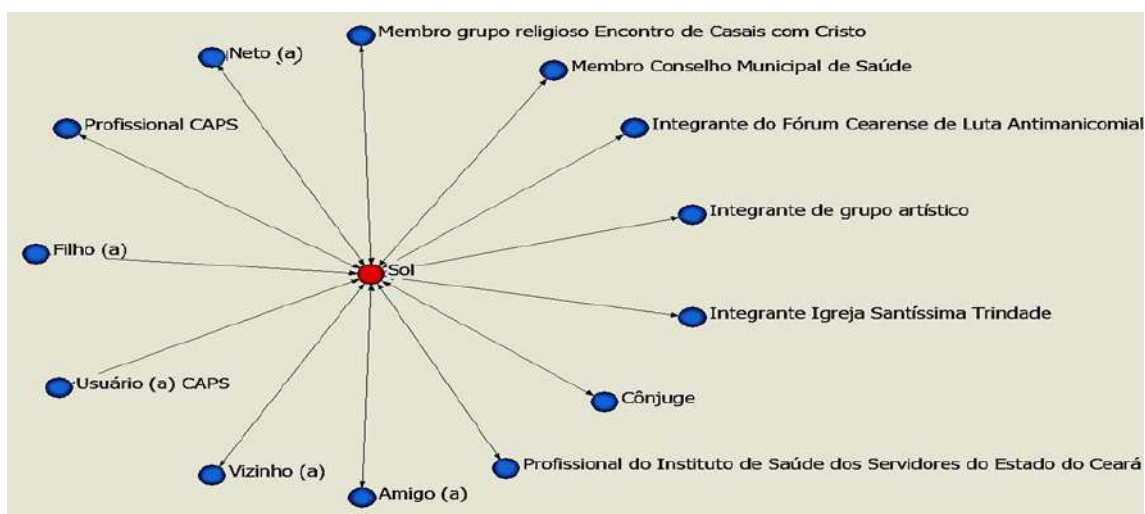


Figura 1 - Representação gráfica da rede de relações do usuário Sol

A rede de relações do usuário Sol é composta por 14 nós (atores) e 26 laços (relações). Esses dados indicam que no total de 26 relações bidimensionais entre os atores existem 91 laços possíveis. A densidade da rede (expressa pela razão das relações existentes e das relações possíveis) é de aproximadamente 0,28%. Esta estrutura reticular é representada como de malha estreita, pois além de possuir mais atores do que as outras redes (intermediária e frouxas), eles apresentam o maior índice de conexidade com os familiares (cônjuge, filhos e netos) e amigos (membros de grupos religiosos). Ressalte-se que utilizamos o conceito de laços fortes e fracos de acordo com Granovetter (1973). Para o autor, os laços fortes são aqueles que conectam os indivíduos aos familiares e amigos próximos, sendo expressos por uma relação de intimidade, reciprocidade e frequência. Já os laços fracos interligam os atores aos campos de sociabilidade distantes (parentes mais afastados, colegas de trabalho, vizinhos), e manifesta-se, sobretudo, em apoios informacionais.



Partindo dessas constatações, podemos observar que na rede de malhas estreitas (pertinente aos vínculos interativos do usuário Sol) o padrão de sociabilidade constituído por laços fortes se estrutura entre pessoas com grau de parentesco: cônjuge, filhos e netos, sendo por vezes de amizade. Os laços de amizade do usuário Sol se referem principalmente aos participantes da mesma igreja (grupo religioso Encontro de Casais com Cristo), profissionais de saúde e outros pacientes do CAPS. Atribuímos esta vinculação, sobretudo, às propriedades dos laços (frequência do contato e tempo de conhecimento entre os envolvidos) e aos tipos de apoio acessados na interação. Já os laços fracos dizem respeito aos vizinhos, componentes de grupos artísticos, demais profissionais de saúde (ISSEC), integrantes de movimento social (Fórum Cearense de Luta Antimanicomial), afiliados de instituições de defesa dos direitos dos usuários dos serviços de saúde (Conselho Municipal de Saúde).

No que se refere às tipologias dos vínculos e aos potenciais cuidados atribuídos à rede de malhas estreitas, o usuário Sol confere à família o protagonismo dos quatro aspectos de apoio: emocional, material, informacional e interação social positiva. Aos laços de amizade são conferidos apoios emocional, informacional e de interação social positiva. Aos demais membros da rede de relações, os quais constituem os laços fracos, é dirigido apoio informacional e de interação social positiva. É importante destacar que cada nó apresenta combinações distintas de apoio social, dependendo do membro envolvido e do caráter do vínculo, conforme verificado na representação gráfica da rede de relações do usuário Sol (ver figura 1).

Quanto aos laços sociais estabelecidos com os grupos de sociabilidade próximos, o usuário Sol identifica que o cônjuge e os filhos dispensam-lhe apoio emocional, material, informacional e de interação social positiva, contribuindo para melhora do seu quadro clínico. O momento da internação em um hospital psiquiátrico foi tomado como emblemático, segundo relata: “Eles sempre me apoiaram, mesmo quando eu estava nas crises, quando eu me internava, sempre contei com o apoio deles, em tudo”. Quanto aos profissionais de saúde do CAPS, Sol indica apoio emocional, informacional e de interação social positiva. A perspectiva do acolhimento é citada como abrangendo o cuidado ofertado pelos profissionais nas distintas etapas do processo de tratamento, que vai da triagem aos atendimentos individuais e grupais.

A participação em movimentos sociais também é entendida como uma experiência positiva de interação social, enquanto espaço de exercício da cidadania. Na fala do usuário Sol, apresentada a posteriori, é possível observar algumas dessas dimensões

de apoio referentes aos laços sociais estabelecidos com os membros do Fórum Cearense de Luta Antimanicomial. “Minha participação no Fórum é ótima. Eu tenho vez, tenho voz. Os meus trabalhos, mesmo sem eu querer, eles divulgam. Isso me anima, continuo caminhando, um dia eu chego lá”. Já sua inserção em grupos religiosos é representada dentro da dimensão de interação social positiva e de apoio emocional. A dimensão do acolhimento é retomada, influenciando no sentimento de bem-estar. Conforme relata: “Eu faço parte da Igreja Santíssima Trindade, faço parte do ECC. Me sinto muito bem lá, porque sou acolhido [...]. Eu tenho muitos amigos no ECC, me dou bem com todos eles, sem nenhum problema”.

Usuária Estrela

A usuária Estrela comparece ao CAPS quatro vezes por semana. Afirma que mantém fortes vínculos de amizade com os usuários da Instituição e que se sente incomodada quando estes se encontram acometidos de algum problema. Relata que seus familiares exercem papel significativo no seu cuidado. Revezam-se entre a casa da tia, em Fortaleza, e a da mãe, em outra cidade do interior. Além desses parentes, ela convive também com seus filhos e primos. Quando está na casa da mãe, ela participa de um grupo de artesanato, composto por quinze vizinhas, utilizando a renda para ajudar nos gastos diários. Revela que quando está em Fortaleza dedica-se ao tratamento no CAPS. Costuma ir à Paróquia Nossa Senhora de Nazaré, participando do grupo religioso Legião de Maria. É beneficiária do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Relata que já sofreu várias manifestações de preconceito por parte de familiares distantes e da vizinhança, mas que atualmente mantém bom relacionamento com ambos. Frequenta a Unidade Básica de Saúde (UBS) Filgueiras Lima. Não costuma fazer passeios e/ou ir a festas. Considera como pessoas próximas: filhos, mãe, tio, primo, usuário do CAPS.

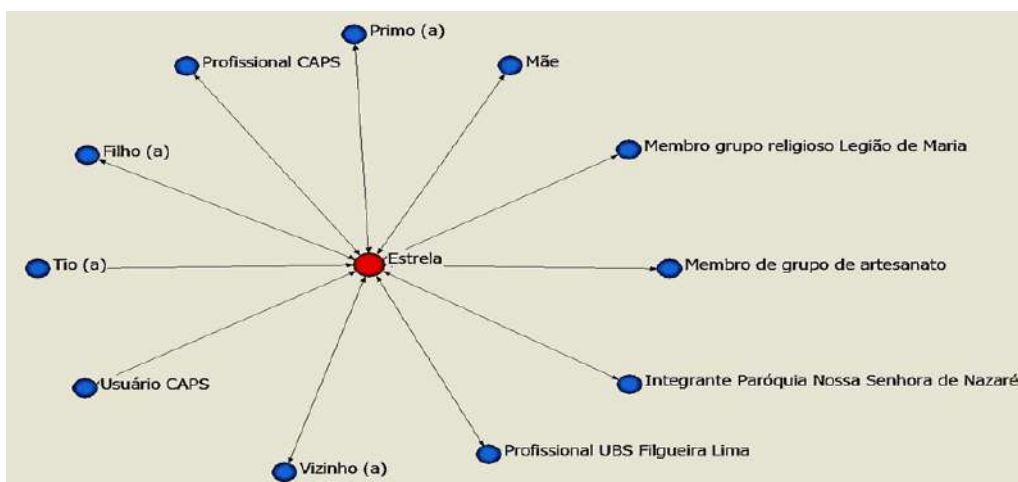


Figura 2 - Representação gráfica da rede de relações da usuária Estrela



A rede de relações da usuária Estrela apresenta 12 nós (atores) e 22 laços (relações). Esta estrutura reticular apresenta uma densidade de aproximadamente 0,33%, manifestando um percentual de 66 relações possíveis. Convém ressaltar que a densidade da rede é uma medida que indica a razão do número de relações existentes pelo número de relações possíveis, sendo inversamente proporcional ao número de atores na rede. Quanto maior o número de atores, menor a densidade. No que se refere ao número de conexões diretas de um ator (grau de centralidade) verificamos que Estrela apresenta menor número de interações do que Sol. Ela exibe um grau de saída de 11 relações. Por grau de saída entendemos a soma das interações que o ator de referência tem com os outros nós. Esta rede é tida como de malhas intermediárias, pois dispõe de menos atores que as redes de malhas estreitas.

Os laços sociais da rede de malhas intermediárias são predominantemente do tipo primário, indicando menor participação da usuária Estrela em redes sociais mais amplas. Neste caso, verificamos que embora a existência de contatos frequentes com familiares não expresse necessariamente uma proximidade afetiva, a usuária Estrela considera manter maior vínculo afetivo com seus parentes. Por sua vez, a composição dos laços fortes é identificada pela usuária como concernente à mãe, à tia, aos filhos e ao primo, além de outros usuários do CAPS. Considerando a indicação de Estrela, constatamos que os laços fortes são configurados nessa estrutura reticular por seus familiares, outros usuários e profissionais do CAPS, além de membros de grupos religiosos. Os outros campos de sociabilidade construídos a partir dos laços fracos referem-se a: 1) vizinhos; 2) profissionais de saúde (UBS Filgueiras Lima); 3) membros de grupo de artesanato; 4) integrantes de grupos religiosos (Legião de Maria e Paróquia Nossa Senhora de Nazaré).

Os tipos de apoio conferidos aos usuários do CAPS são pertinentes aos tipos de laços que eles mantêm. Aos laços fortes foram atribuídos apoio emocional, informacional, material e interação social positiva. Importa dizer que cada ator exerce um papel diferente na provisão dos cuidados. A usuária Estrela considera que mantém vínculos fortes com seus familiares e usuários do CAPS. Conforme demonstra em sua fala, este fato está também atrelado com a provisão das suas necessidades. Ela cita que seus parentes (mãe, filhos, tios e primo) prestam-lhe apoio emocional, material e de interação social positiva. Aos usuários do CAPS é conferido apoio emocional e de interação social positiva.

Usuária Constelação

A usuária Constelação relata que não mantém laços fortes com sua família. Refere que foi abandonada pela mãe quando tinha sete anos de idade, seu pai faleceu recentemente, e não dispõe de contatos regulares com seus irmãos. Ela mora sozinha, mantendo contato esporádico com um irmão, uma tia e a madrasta. Frequenta regularmente o CAPS, onde é participante dos Grupos: Condicionamento Funcional e Terapia Ocupacional (Pintura e Bordado). Recebe atendimento médico também na UBS Dr. Roberto Bruno. Costuma ir à Igreja Universal, mas não apresenta vínculos fortes com os integrantes. Não trabalha, mantendo-se com os recursos do BPC. Afirma ainda que faz passeios apenas quando o CAPS promove. Não costuma participar de atividades na comunidade, viajar ou ir a festas. Verbaliza que tem amigos no CAPS, dispondo de bom relacionamento com os vizinhos. Mantém histórico de internação asilar. Considera como pessoas mais próximas o irmão e um profissional do CAPS.

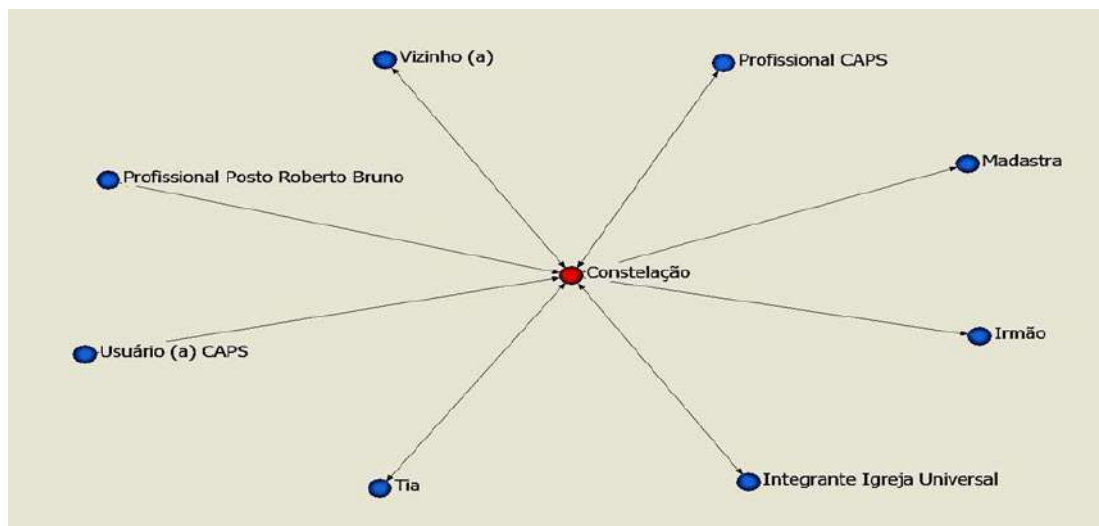


Figura 3 - Representação gráfica da rede de relações da usuária Constelação

A rede de relações da usuária Constelação dispõe de 9 atores e 16 laços. Essa estrutura reticular demonstra uma densidade de 0,44% (razão das relações existentes pelas relações possíveis), no total de 36 relações possíveis. Este dado indica que esta rede dispõe de menos atores, em comparação com a rede de malhas estreitas e as redes de malhas intermediárias. Diferentemente das duas outras redes (as quais denotam predominância dos laços de parentesco na provisão dos cuidados), nesta rede, entendida como de malhas frouxas, os laços fortes incluem campos de sociabilidade mais diversificados. Os laços fortes abrangem familiares (em menor escala de cuidado) e profissionais do CAPS. É interessante pontuar que estes campos sociais também são



referidos como constituintes dos laços fracos. Os laços fracos referem-se a parentes; profissionais de saúde (UBS Dr. Roberto da Silva Bruno), usuários do CAPS, integrantes de grupos religiosos (Igreja Universal) e vizinhos.

Neste sentido, observamos que na rede de malhas frouxas há uma menor intensidade dos laços de parentesco, tendo em vista que eles se constituem por relações mais fracas. Verificamos que o papel da família não apresenta centralidade na prestação do cuidado. Esta característica está acentuada na morfologia das redes de relações da usuária Constelação, sendo observado um menor número de atores (ver figura 3). Essa usuária concebe sua história de vida vinculada ao abandono familiar. Para ilustrar esse fato, destacamos sua fala, referindo-se ao relacionamento com seus parentes. A percepção atribuída às suas interações familiares, impulsionadas por conflitos ou afastamentos afetivos, bem como pelo distanciamento geográfico da sua rede de parentesco, confere significado a sua biografia.

Partindo do relato exposto, observamos que a provisão de recursos por parte da família da usuária Constelação é escassa. Sua fala sugere que ela dispõe de apoio emocional apenas por parte da madrasta e do irmão. No que se refere aos vínculos com os profissionais e outros pacientes do CAPS, verificamos suporte de interação social positiva, instrumental (material) e informacional, conforme afirma a usuária: “Eu tenho muitos amigos no CAPS. Eu me sinto bem aqui. Se eu passar o dia, eu almoço aqui, se não passar, eu almoço em casa. Eu gosto mais da [profissional], porque ela me indica as coisas”. É interessante pontuar ainda sua fala a despeito do seu relacionamento com os membros da Igreja que frequenta, com foco no apoio informacional dispensado por alguns religiosos: “Na igreja tem muitas pessoas, mas eles não falam comigo não. Só as obreiras. Elas conversam comigo, me dão conselho”.

Considerações finais

Partindo destas observações e dos relatos dos usuários do CAPS, podemos asseverar que o padrão de sociabilidade dominante dos usuários do CAPS do Jardim América se estrutura entre indivíduos com grau de parentesco. Desta forma, as redes de apoio social de Sol, Estrela e Constelação são compostas por: 1) familiares - irmãos, pais, tios, primos, filhos, netos, cônjuges; 2) profissionais de saúde - CAPS, UBS Filgueiras Lima, UBS Dr. Roberto Bruno e Instituto de Saúde dos Servidores do Estado do Ceará; 3) usuários do CAPS; 4) amigos; 5) vizinhos; 6) membros de grupos religiosos - Igreja Universal, Grupo Encontro de Casais com Cristo, Igreja Católica Nossa Senhora de



Nazaré, Grupo Legião de Maria; 7) membros de movimentos sociais - Fórum Cearense de Luta Antimanicomial; 8) instituições de defesa dos direitos dos usuários do SUS - Conselho Municipal de Saúde. Conforme demonstrado, incluem algumas instituições pertencentes à Rede de Atenção à Saúde Mental de Fortaleza (rede de cuidados oficial): o próprio CAPS, o Conselho Municipal de Saúde e as Unidades Básicas de Saúde Figueiras Lima e Dr. Roberto da Silva Bruno. No que se refere aos arranjos comunitários de apoio social, verificamos o envolvimento de parentes e vizinhos, bem como de grupos de artesanato.

Nas redes de malhas estreitas e intermediárias, verificamos que os laços familiares constituem as principais relações sociais de alocação de recursos e de prestação de apoio social (em suas diferentes tipologias) destinado aos usuários do CAPS. Há predominância da família principalmente na prestação do cuidado emocional e material ou instrumental. A família não exerce papel principal na prestação do cuidado, apenas na rede de malhas frouxas. Quando questionados sobre as pessoas que consideram mais próximas, os três usuários citados indicaram: familiares, profissionais do CAPS, outros pacientes da Instituição, membros de grupos religiosos e amigos. Por sua vez, os atores que compõem as redes de apoio desempenham papéis diferentes na provisão das necessidades sociais aos usuários do CAPS.

Quando questionados sobre as pessoas que consideram mais próximas, os três usuários citados indicaram: familiares, profissionais do CAPS, outros pacientes da Instituição, membros de grupos religiosos e amigos. Por sua vez, os atores que compõem as redes de apoio desempenham papéis diferentes na provisão das necessidades sociais aos usuários do CAPS. Tomando como referência o conceito de laços fortes e fracos de Granovetter (1973) para explicar esse fato, entendemos que os laços fortes constroem-se a partir de relações mais frequentes, ocasionando maior intimidade entre os atores envolvidos e maior intensidade emocional. As diferenças entre os laços fortes e os laços fracos vão fazer com que as configurações das redes dos usuários adquiram formas diferentes. Constatamos, portanto, que existe uma causalidade entre os campos de sociabilidade, as redes e a condição social desses sujeitos.

Com base nesses dados, percebe-se que quanto maior o número de relações de uma rede, menor é a sua densidade. Ou seja, maior é o número de laços possíveis e menor a propriedade de conexidade entre os atores. Convém destacar que este entendimento



é aplicado quando se estuda as redes formadas pelos contatos dos atores que estão em ligação com o nó de referência (usuário do CAPS). Neste caso, como apresentamos apenas as interações imediatas, com foco na vinculação dos usuários do CAPS com sua rede de apoio, verificamos que a rede de malhas estreitas apresenta a maior possibilidade de vinculação entre os atores, bem como que estes estão notadamente marcados por laços fortes de parentesco e de amizade entre participantes da mesma igreja, profissionais e pacientes do CAPS.

Por sua vez, constatamos que as práticas representativas do modelo de atenção simbolizado pelo hospital psiquiátrico ainda estão presentes no cotidiano dos usuários do CAPS do Jardim América. Situações de isolamento vivenciadas por motivo de internação, abandono familiar, inclusão social precária das políticas públicas e violação de direitos são recorrentes na fala desses sujeitos. Consideramos, portanto, que a substituição dos serviços não garante a efetividade das ações, sendo necessária uma mudança cultural, política e social.

Referências bibliográficas

- Bott, E. Família e Rede Social. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1976.
- Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica, nº 34 – Saúde Mental. Brasília: Editora MS, 2013.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. Brasília: Editora MS, 2004.
- Borgatti, S.P.; Everett, M.G; Freeman, L.C. Ucinet for Windows: Software for Social Network Analysis. Harvard (MA), Analytic Technologies, 2002.
- Due, P.; Holstein, B.; Lund, R.; Modvig, J.; Avlund, K. Social relations: Network, support and relational strain. *Social Science and Medicine*, v. 48, p. 661-673, 1999.
- Fontes, B. A.; Eichner, K. A formação do capital social em uma comunidade de baixa renda. In: Martins, Paulo Henrique; NUNES, Brasilmar Ferreira (Orgs.). *A Nova Ordem Social: perspectivas da solidariedade contemporânea*. Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 215-241.
- Fortaleza. Projeto Terapêutico do CAPS. Secretaria Executiva Regional IV/ Distrito de Saúde. Fortaleza, 2014.
- Freeman, L. C. Some antecedents of social network analysis. *Connections*, Boston, v. 19, n. 1, p. 39-42, 1996.
- granovetter, M. S. The Strength of Weak Ties. In: Leinhardt, Samuel (Org.). *Social Networks: A Developing Paradigm*. New York: Academic Press, 1973. p. 347-367.



- Geertz, C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- Kaloustian, S. M. Família brasileira, a base de tudo. 3.ed. São Paulo: Calçadense, 1998.
- Lazega, E.; Higgins, S. S. Redes Sociais e Estruturas Relacionais. Belo Horizonte, MG: Fino Traço, 2014.
- Lemieux, V.; Ouimet, M. Análise Estrutural das Redes Sociais. 2. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2012.
- Simmel, G. Questões Fundamentais da Sociologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.
- Wellman, B. Studying Personal Communities. In: Marsden, Peter V.; LIN, Nan (Orgs.). Social Structure and Network Analysis. Beverly Hills: Sage, 1985.



Crisis estructural del capital y los efectos en la salud mental de las personas

Antonio Angelo Menezes Barreto
Aryadne Castelo Branco Correia Lins

Resumo

O trabalho apresentado objetivou contribuir na construção de um entendimento sobre a relação entre crise estrutural do capital e a questão do suicídio. Tendo como premissa a “desrealização do ser social” que se dá através do trabalho nos moldes de uma sociedade capitalista. O estudo tem como procedimento metodológico a pesquisa bibliográfica, nele desenvolve-se uma reflexão com base na literatura especializada, de cunho marxista, sobre a categoria “trabalho” e “suicídio”. Constata-se que algumas experiências vivenciadas em decorrência do modo de produção e reprodução capitalista tem promovido um aumento da sobrecarga física e mental de trabalhadoras e trabalhadores, aumentando desta maneira as formas de sofrimento mental e as doenças ligadas ao exercício do trabalho.

Palavras-chave

Crise global do capitalismo; precarização do trabalho; desemprego estrutural; medidas de austeridade fiscal; suicídio.

Resumen

El objetivo de este trabajo fue contribuir a la construcción de un entendimiento sobre la relación entre la crisis estructural del capital y la cuestión del suicidio. Teniendo como premisa la “desrealización del ser social” que se da a través del trabajo en los moldes de una sociedad capitalista. El estudio tiene como procedimiento metodológico la investigación bibliográfica, en él se desarrolla una reflexión con base en la literatura especializada, de carácter marxista, sobre la categoría “trabajo” y “suicidio”. Se observa que algunas experiencias vividas como consecuencia del modo de producción y reproducción capitalista han promovido un aumento de la carga física y mental de trabajadoras y trabajadores, aumentando así las formas de sufrimiento mental y las enfermedades relacionadas con el ejercicio del trabajo

Palabras clave

Crisis global del capitalismo; precarización del trabajo; desempleo estructural; medidas de austeridad fiscal; suicidio.



Introdução

Em 2008, uma crise financeira se instaurou nos EUA, em decorrência do estouro da bolha imobiliária, que acabou minando muitas das instituições financeiras neste país, além de prejudicar consideravelmente boa parte do sistema financeiro mundial. Esta crise financeira foi acompanhada de uma crescente recessão nos EUA e nas economias de outros países (Kotz, 2009).

Para além de sua causa imediata – a bolha imobiliária – uma hipótese vai buscar a explicação para a crise na sua relação com o contexto de profundas transformações sócio históricas ocorridas durante a década de 1970 (as mudanças nas relações de produção, a ascensão de novas forças sociais, o surgimento do neoliberalismo e o processo de financeirização) (Tauss, 2012). Ao analisar o capitalismo dentro do contexto histórico, será possível perceber que o mesmo sofre periodicamente uma “crise sistêmica”, explicada por meio das contradições da sua estrutura material de reprodução social, econômica e política, que acabam minando sua operação contínua de promoção de altos lucros e expansão econômica (Kotz, 2009; Fine; Saad-Filho, 2017).

O desemprego estrutural em escala global (Antunes, 2015, p. 264) não é um fenômeno recente, principalmente se for analisado sob a perspectiva dos países de capitalismo avançado, pois é um desfecho que se tem verificado em decorrência da crise global do sistema capitalista, tendo surgido como o aspecto necessário e cada vez pior dessa crise estrutural (Mészáros, 2007; Antunes, 2015).

Dufour & Orhangazi (2014), ao analisarem a experiência dos EUA após a crise de 2008 e os efeitos desta sobre o trabalho e o capital, encontraram que a taxa oficial de desemprego quase dobrou (5% a 10%), enquanto a taxa mais ampla¹ chegou a 17,1%. Os autores argumentam que, embora as duas taxas venham caindo desde 2009, elas ainda estão em níveis significativamente mais altos do que seus níveis anteriores à crise, sugerindo, que enquanto algumas pessoas estão encontrando trabalho, muitas permanecem subempregadas ou simplesmente desencorajadas pela falta de perspectivas de emprego (dufour; orhangazi, 2014).

Outras consequências identificadas das crises sistêmicas são a deterioração e a substituição do trabalho contratado e regulamentado por diversas formas de ‘empreendedorismo’, ‘cooperativismo’, ‘trabalho voluntário’, ‘trabalho atípico’, formas que mascaram frequentemente a superexploração do trabalho (Antunes, 2015). Essas diferentes formas compõem um processo/movimento de precarização social do



trabalho, responsável pela regressão social da totalidade da classe trabalhadora, embora desigual², pois atinge mais uns do que outros trabalhadores (Druck, 2016a).

Neste cenário, a precarização como estratégia de reprodução do capital, representado pela dinâmica de flexibilização do trabalho, se expressa de várias formas: mercantilização da força de trabalho; padrões de gestão e organização do trabalho levando a condições extremamente inseguras e insalubres inclusive no plano moral com relações baseadas no medo e no abuso de poder (assédio moral e a discriminação criada pela terceirização); desemprego e constante ameaça de perda de emprego; enfraquecimento da organização sindical, dos movimentos sociais e suas lutas; supressão de direitos sociais (contrarreforma trabalhista, da previdência, etc.) (Druck, 2016b).

A crescente tendência de precarização do trabalho, relacionada à ampliação do desemprego estrutural acaba por moldar o cotidiano de mulheres e homens nos mais diversos países, submetendo-os às vicissitudes do trabalho precarizado, instável, temporário, terceirizado e quase virtual (Antunes, 2015). “Desemprego ampliado, precarização exacerbada, rebaixamento salarial acentuado, perda crescente de direitos, esse é o desenho mais frequente da nossa classe trabalhadora” (Antunes, 2015, p. 127).

Como se sabe, as condições de trabalho, assim como a falta de trabalho, são parte importante dos determinantes da saúde dos indivíduos e dos grupos sociais. A própria Constituição brasileira adota esta concepção ampliada da saúde, que ultrapassa as dimensões biológicas e ecológicas e admite que os níveis de saúde da população sofrem determinações sociais, culturais, políticas e econômicas, que incluem, além do trabalho, a alimentação, a renda, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, a educação, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais, etc. (Paim, 2015).

É por entender a determinação social da saúde, na sua perspectiva física ou mental, que muitos estudos vêm avaliando mudanças no comportamento suicida (mortalidade por suicídio, comportamento para-suicida, ideação suicida, e tentativas de suicídio) relacionadas a crises econômicas e/ou a associação/relação destes comportamentos com preditores socioeconômicos a exemplo do desemprego (Alameda-Palacios; Ruiz-Ramos; García-Robredo, 2014; Antonakakis; Collins, 2014; Barr Et Al., 2012; Coope Et Al., 2014; Córdoba-Doña Et Al., 2014; Economou Et Al., 2013; Garcy; Vågerö, 2013; Hong; Knapp; Mcguire, 2011; Lopez Bernal Et Al., 2013; Pompili Et Al., 2014; Reeves Et Al., 2012; Reeves; Mckee; Stuckler, 2014).



O suicídio é considerado um problema de saúde pública, que apresenta uma importância significativa na sociedade. Ainda no século XIX, Karl Marx (1846) escreveu um ensaio a respeito desse tema. O ensaio intitulado “Peuchet: vom Selbstmord” [Peuchet: sobre o suicídio] é composto por excertos de um capítulo das memórias de Jacques Peuchet sobre incidentes e episódios envolvendo suicídio (Marx, 2006).

Nesse ensaio, o suicídio se apresenta como sintoma de uma sociedade capitalista desumana, que fere os indivíduos das mais diversas origens sociais; mas também como um entre os diversos indícios da luta social geral. Marx entende que a crítica da sociedade burguesa não deve se limitar à dimensão econômica, mas sim assumir um amplo caráter social e ético, onde são incluídos os seus diversos aspectos opressivos, e conclui que todas as mudanças almejadas pela sociedade só acontecerão através de uma reforma total da ordem social vigente (Marx, 2006).

Neste sentido, considerando que o Brasil vive uma crise econômica, desde 2014, com elevação das taxas de desemprego (média anual: 2014 – 6,8%; 2015 – 8,5%; 2016 – 11,5%; 2017 – 12,7%) (IBGE, 2018), e que o governo federal vem adotando políticas de austeridade fiscal, torna-se relevante estudar o eventual impacto da crise, caracterizada pela taxa de desemprego, sobre o suicídio, importante indicador da situação de saúde/doença de uma população.

Pergunta de pesquisa

A crise global do capitalismo (2008) apresenta relação com a ocorrência de suicídio?

Objetivo

Objetivo geral

Contribuir na compreensão das possíveis relações entre a crise global do capitalismo (2008) e a ocorrência de suicídio, a partir da produção científica internacional.

Objetivos específicos

Identificar relações entre crise global do capitalismo, desemprego e suicídio, apontadas pela literatura;

Analisar convergências e divergências entre os resultados dos estudos localizados;

Metodologia

Estudo de natureza bibliográfica, que segundo Gil (2002) nos possibilita o contato com materiais já produzidos oportunizando um maior aprofundamento teórico e uma



cobertura mais ampla dos fenômenos que estão sendo estudados. Neste sentido, o artigo desenvolveu-se por meio de uma revisão da literatura que incluiu publicações de caráter teórico e empírico, bem como estudos com diferentes abordagens (quantitativa e qualitativa) em artigos, livros, teses e dissertações.

Foram pesquisadas revisões sistemáticas antecedentes sobre o tema ou temas próximos para auxiliar a identificar estudos potenciais e a conhecer os termos relevantes para a busca (Pereira; Galvão, 2014). Com base nos componentes da pergunta, foram localizados os termos para aumentar a sensibilidade da busca: “suicide”; “econom*”; “crisis”; e “unemployment”. Os termos localizados foram combinados, utilizando-se o operador booleano “AND”, para localizar estudos sobre os quatro termos (interseção), e o símbolo de truncamento * (asterisco) que representa nenhum ou vários caracteres (Pereira; Galvão, 2014). Foram utilizadas as bases: “Web of Science”; “MEDLINE/PubMed”; e “Scopus”. Só foram analisados estudos de 2007-2017, em vista de 2008 foi o ápice da crise econômica mundial.

Resultados e discussão

O mundo do trabalho

A existência e permanência social de mulheres e homens está diretamente ligada ao processo produtivo e reprodutivo do trabalho, e é através deste que aquelas(les) tornam-se “seres sociais”, e se distinguem de outras formas não humanas (Antunes, 2015). O “ato consciente” presente no processo de trabalho humano, em contraposição a “atividade mecânica animal” são fatos que explicam essa distinção (Antunes, 2015).

Em outras palavras, o trabalho é o alicerce para a realização do ser social, a condição da existência de mulheres e homens, bem como é com base nele que os seres humanos passam a entender o seu papel na sociedade e a possibilidade de transformá-la. O trabalho sob o modo de produção capitalista apresenta-se numa perspectiva adoecedora, pois se configura como opressor, estranhado. Como decorrência desse aspecto, o processo de trabalho através do qual mulheres e homens alcançariam uma relativa humanização é usurpado pelo sistema do capital; transformando a força de trabalho em mercadorias que tem como finalidade principal produzir mais-valia e mais mercadorias.

Essa “objetificação” da força de trabalho subtrai da essência humana toda a sua subjetividade. O indivíduo se vê no dever de produzir, vendendo sua força de trabalho para satisfação de suas necessidades imediatas. Realizando um trabalho com



pretensões meramente de subsistência, alienado, sem levar em consideração o valor de uso do que é produzido, e não tendo com essas mercadorias nenhuma relação. É como se o trabalhador estivesse imerso numa abstração tamanha, de modo que a complexidade do processo de trabalho não conseguisse ser visualizado diante às suas “necessidades”; é o trabalho abstrato.

Mas recentemente, em decorrência do “processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação” (Antunes, 2009, p. 33) e mais uma série de retrocessos relacionados ao mundo do trabalho, muitas(os) trabalhadoras(res) são submetidas(os) a “formas precarizadas e intensificadas de exploração do trabalho” (Antunes, 2009, p. 120), que são traduzidas em “vulnerabilização das condições de vida” (Chinelli, 2016, p. 311) das/os trabalhadoras/res. Nem mesmo os empregados das grandes empresas estariam a salvo das consequências relativas às mudanças no modelo de gestão, o aumento de horas trabalhadas, a falta de solidariedade, o isolamento social e o assédio moral que produzem uma “precariedade subjetiva” caracterizada por sentimento de insegurança, angústia, entre outras, experimentadas por trabalhadoras/res (Ceccon; Meneghel; Hesler, 2012; Ceccon et al., 2014; Chinelli, 2016).

Nos tempos atuais o estranhamento no e pelo trabalho não está atrelado somente ao processo de produção capitalista, mas também a sua perspectiva de consumo. As/os trabalhadoras(es) sofrem um processo de manipulação extremada, de modo que suas necessidades estejam atreladas ao que é produzido; consumindo o que produzem de forma abundante.

A crise estrutural do capital e seus efeitos sobre a força de trabalho

O começo dos anos 1970 foi marcado pelos primeiros sinais de crise do capitalismo, que se deu depois de um longo período de acumulação de capitais, iniciado depois da Segunda Guerra Mundial (Antunes, 2009). A queda da taxa de lucro, o esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista de produção, o crescimento e a autonomia do capital financeiro frente ao capital produtivo, a concentração de capitais em empresas monopolistas e oligopolistas e a crise do Welfare State atrelada à crise fiscal do Estado capitalista são alguns dos elementos que caracterizam esse período de crise estrutural do capital (Antunes, 2009).

Para enfrentar essa crise, os governos de países de capitalismo central adotaram medidas de política econômica que ficaram conhecidas como neoliberalismo. Esse



sistema ideológico e político trouxe no seu ideário, a orientação de retração dos gastos públicos e sua transferência para o capital privado, assim como a desregulamentação dos direitos trabalhistas e o desmonte do setor produtivo estatal. Arelado a tudo isso, se seguiu também um intenso processo de reestruturação da produção e do trabalho, com o objetivo resgatar os patamares de expansão capitalista anteriores (Antunes, 2009).

A escolha pelo neoliberalismo, entretanto, não fez os países de capitalismo central recuperarem as antigas taxas de lucro relativas ao modo de produção fordista/taylorista. Objetivando reverter a estagnação econômica vigente, muitos países recorreram a poderosas e arriscadas formas de estímulo econômico, dentre os quais a expansão da esfera financeira. O lento crescimento econômico que se sucedeu desde a Segunda Guerra Mundial influenciados por estas e outras formas de estímulo, desencadeou nos anos de 2007-2008 um colapso no mercado de títulos e uma subsequente crise dos grandes bancos, culminando na atual crise do capitalismo (Brenner, 2008).

Dentre tantos problemas decorrentes da crise estrutural do capital e do seu processo de reorganização, identifica-se o aumento do desemprego, a precarização da força de trabalho, enfraquecimento da organização dos trabalhadores e trabalhadoras, o prolongamento da jornada de trabalho, além da degradação crescente do meio ambiente. Como consequência a estes problemas, a literatura científica tem identificado implicações significativas sobre o processo saúde-doença das pessoas.

Estudos já demonstraram efeitos significativos da “nova economia” que modificou as relações trabalhistas as tornando mais precarizadas, promovendo um quadro de terceirização e subcontratação da força de trabalho, ampliando a jornada, e precarizando as relações de trabalho, sem deixar de citar o desemprego estrutural, gerando sofrimento mental nas pessoas (Castelhano, 2005; Navarro; Padilha, 2007; Merlo; Lapis, 2007; Antunes, 2009), além de “doenças ligadas ao exercício do trabalho: estresse, ansiedade, angústia, depressão, medo, esgotamento profissional, síndrome do pânico, LER/Dort, problemas cardíacos, entre outras” (Rosso; Cardoso, 2013, p. 488). Acrescentando também o aumento no número de acidentes e suicídios.

Crise global do capitalismo, desemprego e suicídio

Na literatura científica já são encontrados alguns estudos que associam a crise estrutural do capitalismo e comportamentos suicidas (suicídio, comportamento para-suicida, ideação suicida, e tentativas). Uma coorte envolvendo a população sueca (n =



3.424.550) não encontrou risco adicional de mortalidade por suicídio durante a recessão econômica (1993–1996), embora no período pós-recessão (1997–2002) tenha encontrado um risco adicional de mortalidade por suicídio em homens desempregados (hazard ratio [HR] = 1,43; 95% confidence interval [CI] = 1,31 - 1,56), sugerindo possíveis efeitos retardados da recessão nos comportamentos suicidas (Garcy; Vågerö, 2013).

Na Grécia, um estudo de corte transversal com pessoas entre 18 e 69 anos, analisando um período antes (2009; n = 2.192) e outro depois (2011; n = 2.256) da recessão econômica, indicou que a taxa de ideação suicida aumentou de 5,2% em 2009 para 6,7% em 2011 (chi-squared [X²] = 3,92; degrees of freedom [df] = 1; p = 0,04), sendo mais significativo nos homens (7,1% versus 4,4%; X² = 6,41; df = 1; p = 0,011). No ano de 2009, não houve pessoas desempregadas que tenham relatado tentativa de suicídio, enquanto a proporção de desempregados que relataram tentativa de suicídio foi de 4,4% em 2011 (X² = 4,12; df = 1; p = 0,042) (Economou et al., 2013).

Também na Grécia, Antonakakis e Collins (2014) realizaram um estudo em que controlaram variáveis socioeconômicas (crescimento real do PIB per capita, despesa do governo, desemprego, fertilidade, consumo de álcool e divórcio) na tentativa de explicar a influência sobre a tendência suicida da aplicação de medidas de austeridade fiscal e variações no desempenho macroeconômico no período de 1968-2011. Dentre os achados, foi possível aferir que a austeridade fiscal, as taxas de desemprego mais altas, o crescimento econômico negativo e as taxas de fertilidade reduzida estavam associados a aumentos significativos nas taxas de suicídio, enquanto o aumento do consumo de álcool e as taxas de divórcio não exerceram nenhuma influência significativa nas taxas de suicídio (Antonakakis; Collins, 2014). Os autores observaram uma alta correlação entre o desemprego e as taxas de suicídio (0,45) no período estudado, embora essa correlação tenha se apresentado mais forte entre os homens (0,76) do que entre as mulheres (-0,50) (Antonakakis; Collins, 2014). Esta mesma variável socioeconômica é um determinante significativo das taxas de suicídio para a faixa etária de 25-44 anos, sugerindo que a parcela da população tem maior probabilidade de cometer suicídio se ficar desempregada em comparação aos grupos populacionais de outras faixas etárias (Antonakakis; Collins, 2014).

Um outro estudo de corte transversal, realizado na Coreia do Sul, analisou a magnitude e a extensão das desigualdades relacionadas à renda na prevalência de depressão, ideação suicida e tentativas de suicídio, no período de 10 anos após a maior crise



econômica do país no final da década de 1990. Para tal, foi utilizada uma abordagem conhecida como índice de concentração (IC), definido como sendo o dobro da área entre a curva de concentração e a linha de 45°, variando de um valor mínimo de -1 a um máximo de +1 e ocorrendo quando o sofrimento psíquico em uma população está concentrado nos muito pobres ou nos muito ricos, respectivamente. Ao final do estudo, verificou-se que a magnitude das desigualdades nas três psicopatologias duplicou durante o período, afetando principalmente os mais pobres (Hong; Knapp; Mcguire, 2011).

Na Espanha, alguns estudos ecológicos analisaram a tendência do comportamento suicida dentro do contexto de crise econômica e de políticas de austeridade fiscal e sugeriram alguma associação entre o desemprego e o aumento do comportamento suicida (Alameda-Palacios; Ruiz- Ramos; García-Robredo, 2014; Córdoba-Doña et al., 2014; Lopez Bernal et al., 2013). Um dos estudos, cujo objetivo principal foi analisar a evolução temporal da mortalidade por suicídio em Andaluzia (Espanha), entre 1975 e 2012, e sua relação com o desemprego, encontrou uma associação negativa entre as variações temporais nas taxas de suicídio com este preditor (Alameda-Palacios; Ruiz-Ramos; García-Robredo, 2014). Nesta mesma comunidade autônoma da Espanha, outros autores encontraram uma associação positiva entre desemprego e tentativas de suicídio, entre os anos de 2003-2012 (Córdoba-Doña et al., 2014).

Na Itália, um estudo ecológico com pessoas maiores de 15 anos investigou a associação entre suicídio, idade e gênero, durante o período de crise econômica. Os/As autores/as concluíram que a taxa de suicídio para homens inseridos na força de trabalho aumentou em 12% em 2010 comparada com a de 2006. Neste país, o suicídio diminuiu para mulheres de todas as idades e para homens com menos de 25 anos e com mais de 65 anos (Pompili et al., 2014).

No Reino Unido, dois estudos ecológicos do tipo série temporal analisaram as tendências das taxas de suicídio e sua relação com preditores socioeconômicos, dentre os quais pode-se citar o desemprego, durante o período posterior à crise econômica de 2008 (Barr et al., 2012; Coope et al., 2014).

Coope et al. (2014), baseados nas suas análises, defendem a hipótese de que a associação entre recessão econômica e taxas de suicídio em homens não é direta e, bem como acontece com outros indicadores da saúde, pode começar com a antecipação do desemprego em vez do desemprego em si mesmo. A autora e os



colaboradores encontraram evidências de que alguns grupos, principalmente adultos jovens do sexo masculino, podem ser mais afetados pelo risco de suicídio do que outros grupos de idade e sexo. Nesse mesmo estudo, não foram encontradas evidências de aumento do risco entre pessoas que vivem em áreas mais vulneráveis, mas estavam incluídas em ações de proteção social. Este último achado sugere que os programas e as políticas de proteção social para pessoas das classes subalternas têm sido eficazes na proteção contra os efeitos da recessão na saúde das pessoas (Coope et al., 2014).

Barr et al. (2012) estimaram um aumento nas taxas de suicídio no período de recessão econômica no Reino Unido. O aumento no desemprego entre homens correspondeu a cerca de dois quintos do aumento total. Os autores, no entanto, concluíram que não é possível determinar que a associação entre a perda do emprego e o suicídio seja causal (BARR et al., 2012).

No estudo ecológico realizado por Reeves, Mckee e Stuckler (2014) que analisou os suicídios em excesso na Europa, Canadá e EUA, tomando como base de referência a pré-recessão em 2007, os autores constataram que a maioria dos países europeus experimentou um aumento significativo (6,5%) nas taxas de suicídios após o início da recessão em 2009; no Canadá, os suicídios aumentaram 4,5% entre 2007 e 2009; e nos EUA, os suicídios aumentaram 4,8% entre 2007 e 2010 (Reeves; Mckee; Stuckler, 2014).

Um estudo anterior, que também analisou a população dos EUA, encontrou, dentre os achados, que o aumento de um ponto percentual no desemprego está associado com um aumento de 0,99% na taxa de suicídio (95% confidence interval [CI] = 0,60 - 1,38; $p < 0,001$), se aproximando de uma associação que foi estimada (aumento de 1,06% na taxa de suicídio) quando não havia programas de suporte social aos desempregados, incluindo novas oportunidades de emprego. Os autores também constataram que o aumento do desemprego nos EUA durante a recessão – de 5,8% para 9,6% entre 2007 e 2010 – está associado a um aumento de 3,8% na taxa de suicídio, correspondendo a cerca de 1.330 casos de suicídio no período todo (Reeves et al., 2012).

Conclusão

Em geral, os estudos indicam que os períodos de crise econômica estão associados ao aumento da ocorrência de suicídio. Indicam também que o suicídio é mais comum em áreas que apresentam alta privação socioeconômica, fragmentação social, precarização do trabalho e desemprego. Contudo, mesmo sendo evidenciado esses indicadores em



relação ao suicídio, é importante considerar que a associação causal entre desemprego e suicídio não é de simples comprovação, pois é analisado a multicausalidade relacionadas aos desfechos que podem ser exemplificadas pela depressão, o suicídio, estresse, entre outros, além da dificuldade de isolar cada um dos fatores que podem explicar o aumento ou diminuição dos mesmos. É de grande relevância estudos que associem a crise global do capitalismo e suas consequências na ocorrência do suicídio, sendo necessário o desenvolvimento de novos estudos que se debrucem sobre essa relação.

Notas

¹ A “taxa mais ampla” é utilizada no estudo de Dufour & Orhangazi (2014) como sendo a taxa de desemprego que inclui trabalhadores marginalmente vinculados, como os trabalhadores desmotivados e indivíduos trabalhando meio período por razões econômicas.

² Essa apresentação desigual da “precarização social do trabalho” é defendida por Druck (2016a) devido ao seu caráter hierárquico, onde ela cita o caso dos trabalhadores terceirizados, cuja condição é mais precária que a dos/as demais trabalhadores/as (DRUCK, 2016a).

Referências

- Alameda-Palacios, J.; Ruiz-Ramos, M.; García-Robredo, B. [Suicide, antidepressant prescription and unemployment in Andalusia (Spain)]. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S*, v. 28, n. 4, p. 309– 312, jul. 2014.
- Antonakakis, N.; Collins, A. The impact of fiscal austerity on suicide: on the empirics of a modern Greek tragedy. *Social science & medicine*, v. 112, p. 39–50, jul. 2014.
- Antunes, R. *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- Antunes, Ricardo L. C. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2009.
- Antunes, Ricardo L. C. *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III*. Ricardo Antunes (org.). *Coleção Mundo do Trabalho*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2014, 464 p. Resenha de: Chinelli, Filipina. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 311-315, jan.-abr. 2016.
- Barr, B. et al. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ*, v. 345, p. e5142, 13 ago. 2012.



- Brenner, Robert. O princípio de uma crise devastadora. Disponível em: <<http://www.cartamaior.com.br>>. Acessado em: 25 ago. 2017. Castelhana, Laura M. O medo do desemprego e a(s) nova(s) organizações de trabalho. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 14-20, 2005.
- Ceccon, Roger F. et al. Suicídio e trabalho em metrópoles brasileiras: um estudo ecológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2225-2234, jul. 2014.
- Coope, C. et al. Suicide and the 2008 economic recession: who is most at risk? Trends in suicide rates in England and Wales 2001-2011. *Social science & medicine*, v. 117, p. 76-85, set. 2014.
- Córdoba-Doña, J. A. et al. Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, southern Spain. *International journal for equity in health*, v. 13, p. 55, 25 jul. 2014.
- Dal Rosso, Sadi; Cardoso, Ana C. M. Apresentação. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 28, n. 3, p. 487-501, set.-dez. 2013.
- Dejours, Christophe; Bègue, Florence. Suicídio e trabalho: o que fazer? Sobradinho (DF): Paralelo 15; 2010. Resenha de: Ceccon, Roger F.; Meneghel, Stela N.; Hesler, Lilian Z. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2209-2210, ago. 2012.
- Druck, G. In search of conceptual precision in the phenomenon of work precarization. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 1-2, jun. 2016a.
- Druck, G. Unrestrained outsourcing in Brazil: more precarization and health risks for workers. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 1-9, jun. 2016b.
- Dufour, M.; Orhangazi, O. Capitalism, Crisis, and Class: The United States Economy after the 2008 Financial Crisis. *Review of Radical Political Economics*, v. 46, n. 4, p. 461-472, jun. 2014.
- Economou, M. et al. Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association*, v. 12, n. 1, p. 53-59, fev. 2013.
- Fine, B.; Saad-Filho, A. Thirteen Things You Need to Know About Neoliberalism. *Critical Sociology*, v. 43, n. 4-5, p. 685-706, jul. 2017.
- Garcy, A. M.; Vågerö, D. Unemployment and suicide during and after a deep recession: a longitudinal study of 3.4 million Swedish men and women. *American journal of public health*, v. 103, n. 6, p. 1031-1038, jun. 2013.
- Gil, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2000.
- Hong, J.; Knapp, M.; McGuire, A. Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis. *World*



psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association, v. 10, n. 1, p. 40–44, 12 fev. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em: 2 nov. 2018.

Kotz, D. M. The Financial and Economic Crisis of 2008: A Systemic Crisis of Neoliberal Capitalism.

Review of Radical Political Economics, v. 41, n. 3, p. 305-317, mai. 2009.

Lopez Bernal, J. A. et al. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. European journal of public health, v. 23, n. 5, p. 732–736, out. 2013.

Marx, K. Sobre o suicídio. Tradução de Rubens Enderle e Francisco Fontanella. São Paulo: Boitempo, 2006.

Merlo, Álvaro R. C.; Lapis, Naira L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. Psicologia & Sociedade, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 61-68, jan.-abr. 2007.

Mészáros, I. Desemprego e “precarização flexível”. In: . O desafio e o fardo do tempo do tempo histórico: o socialismo no século XXI. São Paulo: Boitempo, 2007. cap. 5, p. 141-160.

Navarro, Vera L.; Padilha, Valquíria. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo.

Psicologia & Sociedade, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 14-20, 2007.

Paim, J. S. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 93 p. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/livro/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>>. Acesso em: 11 maio 2018.

Pereira, M. G.; Galvão, T. F. Etapas de busca e seleção de artigos em revisões sistemáticas da literatura. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 23, n. 2, p. 369-371, jun. 2014.

Pompili, M. et al. Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study. Health & social care in the community, v. 22, n. 4, p. 361–367, jul. 2014.

Reeves, A. et al. Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. The Lancet, v. 380, n. 9856, p. 1813–1814, nov. 2012.



Reeves, A.; Mckee, M.; Stuckler, D. Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, v. 205, n. 3, p. 246–247, set. 2014.

Tauss, A. Contextualización de la crisis actual: Post-fordismo, reestructuración neoliberal y financiarización. *Colombia Internacional*, Bogotá, n. 76, jul.-dez. 2012.



Saberes sobre salud mental en mayas con sintomatología depresiva de Chankom, Yucatán, México

Damaris Estrella Castillo¹
Alina Dioné Marín Cárdenas²
Héctor Rubio Zapata³
Armando López Manrique⁴
Carlos Castro Sánsores⁵

Resumen

Objetivo

Dimensionar los saberes sobre la sintomatología depresiva que tienen los hombres y mujeres mayas de Chankom, Yucatán.

Problemática

La depresión es un problema social. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que 350 millones de personas en el mundo la padecen, de las cuales más de la mitad no recibe tratamiento ni atención médica. Esto se agrava en el caso de las comunidades rurales en donde quienes la padecen presentan problemas para tomar decisiones y ejecutar actividades de la vida cotidiana ocasionando aislamiento social e incluso aparición de pensamientos e ideas suicidas, pero, por otra parte, los saberes pueden ayudar a superar este padecimiento.

Metodología

A un total de 15 hombres y 15 mujeres mayas yucatecos de Chankom, se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck II traducido al maya y posteriormente se les realizó una entrevista en profundidad elaborada con base en cada uno de los 21 ítems de la escala para describir los saberes sobre cada uno de ellos.

Resultados

Se detectó sintomatología depresiva más en mujeres (8) que en hombres (3) y, entre los saberes de las mujeres y hombres que no presentaron sintomatología depresiva los que presentaron características positivas fueron: Tristeza, sentimientos de culpa, autocrítica, llanto, indecisión y pérdida de interés en el sexo.

Discusión y conclusiones

A pesar de que las mujeres tienen más sintomatología depresiva en comparación con los hombres, los saberes para salir de este padecimiento aparecen en ambos géneros. Además, influyen variables sociales y estructurales como la dinámica familiar y la pobreza.



Palabras clave

Salud mental, saberes, sintomatología, depresión.

Introducción

La depresión es vista como un problema social. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, por otro lado, también están presente el trastorno del sueño o el apetito, muchas veces suele presentarse como cansancio y falta de concentración en la realización de las actividades. En ese sentido dificulta el desempeño en el trabajo o la escuela e incluso la capacidad para afrontar la vida diaria.

En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Cuando la depresión es leve es posible que pueda tratar sin medicamentos, sin embargo, cuando esta es de carácter moderado o grave se pueden administrar medicamentos y psicoterapia profesional. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que 350 millones de personas en el mundo la padecen, de las cuales más de la mitad no recibe tratamiento ni la atención médica adecuada.

A nivel mundial, este trastorno representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. En México, ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Además se estima que 9.2% de la población ha sufrido depresión, que una de cada cinco personas sufrirá depresión antes de los 75 años y que los jóvenes presentan tasas mayores. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística Geografía (INEGI) señala que 34.85 millones de personas se han sentido deprimidas; de las cuales 14.48 millones eran hombres y 20.37 millones eran mujeres. También, destaca el hecho que del total de personas que se han sentido deprimidas, únicamente 1.63 millones toman antidepresivos, mientras que 33.19 millones no lo hace.

En este indicador la diferencia de género es muy relevante, pues entre los hombres, la sensación de “muchas depresión” afectó a 2.095 millones, mientras que la misma intensidad entre las mujeres afectó a un total de 4.95 millones. Asimismo, del total de personas que toman antidepresivos, alrededor de 414 mil son hombres, mientras que 1.22 millones son mujeres. (INEGI, 2016)



Por otro lado, ENSANUT 2012 se estima la prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos, es decir, el conjunto de síntomas que podrían indicar un estado de depresión. Se encontró que 16.5% de los adultos de 20 años o más presentaron síntomas depresivos. Sobresale el hecho de que la prevalencia de estos síntomas, en todos los grupos de edad, fue mayor en mujeres que en hombres, principalmente en los grupos de edad de 40 a 49 y de 50 a 59 años.

Ante este panorama, a la salud mental pone de manifiesto su interés el logro de tener un estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida abarcando una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (WHO:2019)

Definición del problema

Son escasos los estudios que se han realizado en las comunidades rurales, a pesar de que ha sido ampliamente investigada la depresión vs. problemas sociales vista dentro de las problemáticas de atención de la salud mental. El abordaje dentro de los servicios de salud es necesario, la inclusión de los saberes tradicionales y de las experiencias de los actores sociales (Médicos, enfermeras y gente de las comunidades rurales hombres y mujeres) resulta ser significativo para diseñar estrategias de atención ante el panorama de las problemáticas en materia de depresión y todos los síntomas que de ella se desprenden.

En ese sentido, lo anterior está relacionado a la declaración Alma Ata desde 1978, la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconocieron la importancia de incluir la llamada medicina tradicional en la Atención Primaria a la Salud (APS) en población donde los servicios institucionales son deficientes o no existen. (Espinosa y Ysunza: 2010). Estos autores ponen de manifiesto la importancia de la interculturalidad y la necesidad del diálogo entre los saberes biomédicos y tradicionales en la atención hospitalaria y comunitaria. Enfatizan a su vez que es donde más se hacen presentes las barreras culturales que impiden o limitan la comunicación entre los diferentes actores.

En un estudio realizado por (Espinosa, Mora y Salas; 2013) en poblaciones vulnerables en una comunidad en Oaxaca y dos de ciudad de México, resaltan la importancia de los



saberes que se recuperan a través de las perspectivas de sus habitantes para tener una comprensión más amplia del proceso salud/enfermedad.

La importancia de rescatar los saberes en los grupos vulnerables tanto de hombres como mujeres, en específico, los relacionados con la salud mental que es el tema que nos compete en esta investigación pone de manifiesto la necesidad de ser abordados desde el punto de vista de ellas y ellos. En este contexto en el cual están inmersas las comunidades rurales, como la pobreza, es un indicador que detona parte de los malestares en relación a la solución de los problemas de salud mas no el único.

Sin embargo, este amplio conocimiento de los saberes permite conocer sus necesidades, sus malestares, sus prácticas, la situación en la que viven, las estrategias de afrontar las situaciones de emergencia, de tal forma que el o la investigadora le permitirá llevar las voces de estos grupos para el diseño de políticas públicas que incidan y orienten en la mejora de las condiciones de salud en este caso salud mental de los grupos vulnerables.

Metodología

Participantes. Un total de 15 hombres y 15 mujeres mayas yucatecos de Chankom, los cuales han vivido en los últimos 10 años en esta comunidad.

Instrumento

El inventario de depresión de Beck ó Beck Depression Inventory (BDI) es el instrumento de autoinforme más utilizado internacionalmente creado en 1961, y se utiliza para cuantificar los síntomas depresivos en sujetos mayores a 13 años, tanto en la práctica profesional como para investigación ya resulta ser uno de los estudios más adecuados para identificar sujetos depresivos subclínicos. El cuestionario consta de 21 reactivos de opción múltiple, con los cuales se valoran diversos aspectos de la vida del paciente, en relación a síntomas depresivos tales como desesperanza, irritabilidad, sentimientos de culpa y de necesidad de castigo, así como síntomas físicos como cambios en los hábitos alimenticios, en el peso, los ciclos de sueño y falta de interés en el sexo. En este proyecto de investigación se utilizará el BDI-II, el cual es una revisión de 1996 por parte de la American Psychiatric Association en relación a los criterios de depresión publicados en el DSM-5, en la cual se valoran los síntomas del paciente durante las últimas dos semanas. Los reactivos cuentan con un valor establecido de 0 a 3 con lo que el puntaje obtenido al final se relaciona con los siguientes resultados: valores de 0-



13 tendencia a la depresión, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y de 29-63 depresión severa. (Rudd, 1995, Sans, 1998).

Además, se elaboró una guía de entrevista en profundidad con un total de 21 preguntas, cada una relacionada a cada variable que evalúa el inventario de Beck II.

Procedimiento

Previa autorización del presidente municipal, se procedió a Invitar de forma verbal a los habitantes de Chakom. En caso positivo les pedimos que firmaran la carta de consentimiento Informado. Posteriormente realizaremos una cita para la aplicación del inventario de Beck II y la entrevista en profundidad. La aplicación de los cuestionarios se realizó en una habitación cómoda y con privacidad para mantener en confidencialidad los datos de los participantes, antes de iniciar la entrevista establecimos el rapport durante 10 minutos y procedimos a iniciar la aplicación.

Resultados y discusión

La comunidad

Chankom, es una pequeña localidad del estado de Yucatán, México, cabecera del municipio homónimo, ubicada en la región oriental del estado, aproximadamente 40 kilómetros al suroeste de la ciudad de Valladolid y, está formada por 12 comisarías en las cuales habitan 4, 464 personas (INEGI 2016), 80% de las cuales pertenecen al estrato socioeconómico muy bajo, 2276 hombres y 2188 mujeres, de esta población, el 83, 66% hablaba maya y el 71.21% refirió saber leer y escribir Sintomatología depresiva.

Cómo género, las mujeres tuvieron mayor presencia de sintomatología depresiva en comparación con los hombres (Tabla 1).

Nivel de depresión	Hombres (f)	Mujeres (f)
Sin depresión	12	7
Tendencia	0	0
Depresión leve	3	4
Depresión moderada	0	4
Depresión severa	0	
Total	15	8

Tabla 1. Niveles de sintomatología depresiva

Sobre las definiciones de sintomatología depresiva y los saberes para eliminarla:



Se indago sobre un total de 21 definiciones, las cuales corresponden a las preguntas que incluye el inventario de Beck II, con las cuales se integro la guía de entrevista en profundidad. Al análisis de las entrevistas en profundidad se tuvieron las siguientes definiciones y saberes:

Con respecto a la primera pregunta aplicada a los participantes, tanto hombres como mujeres, indicaron en relación a la tristeza que todos sentimos tristeza. La tristeza se da cuando no tienes trabajo, no tienes dinero. Cuando hay enfermedad en la familia, te sientes solo. “Que lo que hay que hacer” cuando se tiene tristeza es llorar si sientes ganas y “ocuparte” de lo que es importante, centrarte en lo actual porque el pasado ya fue y el futuro aún no llega.

En relación al pesimismo. Para los participantes “es cuando la persona no tiene paciencia y cree que todo le sale mal”. Entonces, si se tiene algún problema hay que solucionarlo y olvidarlo para que no vivas triste y pesimista.

El aporte con respecto al fracaso, para los participantes “es cuando te sale mal lo que quieres hacer”. “El fracaso se da porque la persona hace las cosas sin pensarlo (planearlo) lo que se le ocurre lo hace y por eso sale mal. También hay personas que les gusta hacer las cosas solos, no les gusta pedir ayuda”. Entonces la solución es realizar una adecuada planeación en los aspectos de la vida cotidiana para que en todas las áreas haya menos probabilidad de fracasar.

Por otra parte, la pérdida de placer “es cuando nada te trae alegría. ya no te gusta salir a divertirse, no te gusta pasear, lo primero que piensan es que ya estoy viejo, esas cosas son para los jóvenes y te vas quedando en la soledad.

En el caso de las personas jóvenes esta pérdida de placer se da cuando “lo que quieren no es la realidad de lo que quieren”, por lo tanto, para que no haya una pérdida de placer se debe de tener un pensamiento realista.

Con esta misma orientación, la definición de sentimiento de culpa es “todos cometemos errores”. “Entonces somos culpables de algo”. “Pero se puede evitar.” “Para vivir tranquilo no le hagas maldad a nadie, no les odies”. “No busques pleitos”. Porque si sabemos que hicimos algo mal pues hay que aceptar nuestra culpa y el castigo.



Al explorar las definiciones de sentimiento de castigo, señalaron: “yo no tengo miedo porque no le hago mal a nadie”. “Cuando tienes culpa no vives tranquilo. Tienes hasta miedo de salir a la calle”.

Con respecto a cómo superar esos sentimientos de castigo, indicaron que se debe realizar sólo acciones buenas, por ejemplo, si siembras y tienes sobrante “qué bonito es compartir los frutos de tu cosecha con los vecinos”.

Ahora, con respecto a la disconformidad con uno mismo. “Ésta se da cuando tienes que vivir en la amargura y la tristeza, no te sientes bien, no te gusta tu vida”. Para algunos participantes se relaciona con lo económico: “piensas que eres muy pobre y no vales nada”.

Para evitar la disconformidad con uno mismo, “uno tiene que centrarse en la realidad del día día y no pensar en cosas no alcanzables o imposibles y ocuparse de sus familias y resolver los problemas con ayuda”.

Por otro lado, la autocrítica consiste en “analizar las cosas que se hacen bien y cuales se hacen mal”. “Con educación y respeto se puede platicar de las cosas buenas y malas, sin ofender, se busca mejorar lo que nos sale mal”. “Hay personas que hacen las cosas con facilidad y a nosotros se nos hace difícil entonces es bueno pedir ayuda o consejo para aprender otras formas de trabajar”.

Para los participantes La autocrítica es buena y se debe practicar todos los días, “no pensar ni en el pasado ni en el futuro, sino en lo que haces día a día”.

Cabe resaltar que, en la pregunta sobre pensamientos o deseos suicidas, para los participantes “es cuando te gana la desesperación y piensas en matarte, pero no es la solución. A veces la gente dice: “mejor me quito del camino y se acabó” pero no es cierto el problema sigue y además tu muerte trae más problemas; si tienes hijos los dejas huérfanos y la mamá tiene que buscar trabajo y los deja solos.

La persona que vive en la soledad le gana la tristeza y ya no le gusta la vida piensa que mejor es morir, no busca ayuda ni amigos que lo aconsejen.

Por lo tanto, para superar este problema las personas deben decirlo, buscar ayuda con amigos y familiares, esta es la solución.



Con relación al llanto, los participantes lo entienden desde dos aproximaciones: la primera, cuando se tiene como enfermedad la persona sólo llorar hace y se puede morir porque ya no quiere comer, todo le parece mal y tiene una pena por dentro. Y la segunda aproximación, para los participantes el “llorar puede ser bueno, algunas veces, porque ayuda a sacar la pena, no puedes decir que no lloras porque no se ven tus lágrimas, pero por dentro tu cuerpo llora, está triste entonces es mejor sacarlo. Después se te olvidan tus problemas y vuelves a estar alegre. Si se te muere algún familiar o están enfermos tus hijos o si te regañan por algo que no hiciste puedes llorar”. A veces estando sola lloras y nadie lo ve.

Desde una aproximación de género, “el llanto es bueno porque te ayuda a sacar la pena que castiga a tu alma. Todos lloramos, hasta los hombres”. Si se te muere alguien debes llorarlo para que su alma descanse y no lo estés pensando y te pones triste porque ya no está, pero su alma no se va porque le da pena dejarte. A veces después de llorar mucho se te olvida el dolor y vuelves a ser feliz.

Por otro lado, llorar todo el tiempo es malo porque te puede traer enfermedad, dejas de comer y ya no vives tranquilo.

El llorar entonces puede aliviar el sufrimiento y puede tener un aspecto positivo y uno negativo.

En el mismo sentido, la agitación, es para los participantes: “es cuando estás inquieto, como cuando sucede una desgracia entre los familiares. No vives tranquilo, como que tienes miedo de alguna mala noticia. Se alteran los nervios y tu sangre”.

Como parte de la evaluación se indagó sobre la pérdida de interés, la cual para los participantes “es cuando no te importa la vida. No te preocupas por ayudar a los demás”. “Cuando tienes este mal no hablas con nadie. Vives triste y abandonado, ya ni trabajo quieres buscar”. Por lo tanto, para superar esto “las personas debemos ayudarnos y si sabemos algún trabajo u oficio enseñarlo a los niños y jóvenes para que no se olvide”.

Los participantes indicaron con respecto a la indecisión que “es cuando no buscas qué hacer. No sabes tomar tus propias decisiones. No tienes ánimo para hacer las cosas, todo te parece difícil, no piensas en mejorar en tu trabajo”.

El medio para eliminar la indecisión es “aprender a tomar buenas decisiones, no pensar en lo difícil y poner todo el ánimo para que te salgan bien las cosas”.



Una característica de la desvalorización es que se da “cuando crees que tus ideas no valen nada. Te sientes menos ante los demás. Crees que porque eres pobre no puedes salir adelante. Piensas que la gente vale por las cosas modernas que tiene y eso no es así. Todos valemos lo mismo ante Dios”.

Por lo que, para evitarla, según los entrevistados, se debe tener sentimientos y pensamientos positivos.

Con respecto a la pérdida de energía “es cuando ya no tienes fuerzas”. “Generalmente se da con la edad, una persona va perdiendo sus fuerzas a veces quieres trabajar, pero el cuerpo ya no da más, te vas haciendo viejo. Te cansas rápido o vives cansado y con dolores de pies, de espalda y de las manos. se debilita la sangre”.

Por lo tanto, la pérdida de energía es inevitable y es asociado a la edad.

Para los participantes los cambios en los hábitos del sueño, se da “cuando tienes algún problema y vives pensando en ello, ya no puedes dormir bien. No duermes tranquilo. A veces te duermes y de pronto despiertas y se te va el sueño, sólo estás acostado, pero no duermes. Los abuelos decían “no duermes porque no estás cansado, si trabajas te cansas y tienes que dormir para descansar”.

La solución está en trabajar con conciencia y arduamente para tener un sueño reparador y por las noches estar cansado y descansar.

La irritabilidad es “cuando todo te molesta. Por cualquier cosa estás discutiendo. En tu casa, en la calle, con los vecinos”.

“Sientes odio por las otras personas. No tienes paciencia para tratar algún asunto en la familia todo lo quieres solucionar con regaños, con gritos y peleando”.

Para los participantes, la solución esta en “lo más bonito es llevarse bien con todos, así se gana el respeto y todos te saludan”.

Con respecto a los cambios en el apetito, los participantes argumentaron que “es cuando no te da ganas de comer o quieres comer a cada rato, no te llenas. Pero eso es nervioso, tu cuerpo no disfruta de los alimentos, sólo comer quiere hacer. También los problemas te quitan el apetito o sólo el olor de la comida te hace vomitar”. “También a veces seleccionas lo que quieres comer, de antes nosotros sólo comíamos chile, frijol o tomate, pero éramos felices pocas veces comíamos carne, no lo anhelábamos tanto.



Para evitar los cambios en el apetito se debe evitar el estar nervioso y si lo estas deberás consumir té de hojas de naranja.

Con respecto a las dificultades de concentración, se dan “cuando una persona vive distraída. Hay algo que lo inquieta y no puede rendir en su trabajo. Se le olvidan las cosas que debe hacer o empieza algo y lo deja sin terminar”.

Entonces para evitarlas “a veces la preocupación por algún problema no nos deja en paz y ya no podemos trabajar bien, pero si uno busca a alguien de confianza y le platica sus problemas se le puede dar consejo o alguna solución y así vivir tranquilo”.

En relación al cansancio o fatiga, para los hombres y mujeres de Chankom, se da “cuando una persona tiene ánimos, tiene cara de flojo, no le gusta el trabajo, prefiere estar en su casa acostado o durmiendo todo el día. El cansancio también puede ser por enfermedad, si la sangre está enferma, no se tiene fuerzas para trabajar. Si se tiene una mala alimentación pues el cuerpo se debilita. Los que toman mucho se debilita su sangre y su pensamiento.

Para solucionar este cansancio o fatiga hay que indagar sobre que lo ocasiona y cuando se descubre que lo provoca se debe trabajar con la causa.

Finalmente, en relación a la pérdida de interés en el sexo, para los participantes, las relaciones con la pareja es algo natural, pero hay que hacerlo con respeto. Tanto el hombre como la mujer se cansan durante el día con el trabajo. Entonces hay que aceptar cuando se puede y cuando no. No hacer las cosas a la fuerza porque eso trae problemas, discusiones y hasta pleitos.

Para los participantes, con la edad también se va cambiando la forma de estar con la pareja, no es lo mismo un joven recién casado que una persona adulta o ya vieja. También cuando ya tienes a tus hijos tienes que dedicarles tiempo y educarlos, hay que mandarlos a la escuela y comprarles sus útiles, zapatos y ropa, a veces tienes que dejar a la familia para ir a trabajar a otro lado. Ahora ya no se puede vivir del trabajo de la milpa, primero la tierra ya no rinde y luego los jóvenes ya no les gusta el campo.

Reflexiones finales

Este estudio presenta una aproximación a la presencia de sintomatología depresiva en un grupo específico de personas que viven en Chankom, Yucatán. El principal interés fue contribuir al conocimiento sobre los saberes para eliminar la sintomatología



depresiva, sobre la construcción de la realidad social sobre este tipo de padecimiento mental y sobre las tradiciones que se tienen para evitar esa problemática.

La presencia de sintomatología depresiva está ligada a problemas de salud y económicos, fue una de las problemáticas observadas con mayor frecuencia.

Entre las recomendaciones de las personas de Chakom se encuentra el fortalecimiento de la red social para salir de problemas emocionales, trabajar y centrarse en el presente.

Es importante fortalecer estrategias tanto a nivel preventivo como clínico y potencializar los saberes en donde se encuentran los recursos de prevención y atención para responder de mejor manera a estas problemáticas.

La sintomatología depresiva ha sido ampliamente investigada y se ha encontrado que las víctimas tienen problemas para encarar cada una de las 21 dimensiones profundizadas en este estudio por lo que debe seguirse investigando hacia el interior de cada situación económica, de género y de etnia.

Notas

¹ ecastill@correo.uady.mx - Universidad Autónoma de Yucatán - México

² marcarde@correo.uady.mx - Universidad Autónoma de Yucatán - México

³ hector.rubio@correo.uady.mx - Universidad Autónoma de Yucatán - México

⁴ lopezman@correo.uady.mx - Universidad Autónoma de Yucatán - México

⁵ castros@correo.uady.mx - Universidad Autónoma de Yucatán - México

Referencias bibliográficas

INEGI e Inmujeres, Mujeres y hombres en México, 2016. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2016.pdf

ENSANUT, 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

http://www.who.int/topics/mental_health/es/. Consultado el 14 septiembre de 2019.

Espinosa L, Mora Y, y Salas M. En: "Saberes y trayectorias de atención a la salud de poblaciones vulnerables en México: un abordaje interdisciplinario". En: revista Saúde Soc. São Paulo. V.22, n 2.p:590-602,2013.

Espinosa L, Ysunza A, en: "Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud" en: revista de Ciencia ergo sum de la Universidad Autónoma de México, Vol.16-3pp. 293-301. Febrero 2010.



Rudd, M. D., & Rajab, M. H. (1995). Specificity of the Beck Depression Inventory and the confounding role of comorbid disorders in a clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 19(1), 51-68.

Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.



Paradigma emergente en el campo de la salud mental: De la enfermedad a la ciudadanía

Sandra Patricia Westman¹

Resumen

Este texto surge en la intersección de actividades de docencia², gestión, investigación y extensión universitaria en el ámbito de la Escuela Superior de Sanidad “Dr. Ramón Carrillo” de la Universidad Nacional del Litoral, de la ciudad de Santa Fe, Argentina. Tiene como objetivo presentar el paradigma emergente de salud mental que la considera desde una perspectiva de DDHH y de ciudadanía.

La implementación de políticas neoliberales ha tenido impacto en la población generando situaciones de sufrimiento que se presentan como restricciones a la libertad para continuar con un proyecto de vida individual o comunitario.

Se hace necesario pensar a la salud mental como un campo de conocimiento e intervención articulado en las Ciencias Sociales. Se trata de construir situaciones con un sentido interdisciplinario, intersectorial y multireferencial, es decir, considerar escenarios habitados por grupos en los que el sufrimiento está en relación a las condiciones estructurales y sociales de vida y la intervención se da en la posibilidad de acompañar a “hacer valer los derechos” y en la perspectiva de ciudadanía activa y de protagonismo”. (Sousa Campos- 1997)

Palabras claves

Ciencias sociales- salud mental- derechos humanos-ciudadanía- sufrimiento

Resumen

Este trabajo constituye un punto en un proceso que se inicia hace años en la intersección de los distintos lugares por los que quien escribe ha transitado como terapeuta ocupacional trabajadora en el campo de la salud mental: la clínica, la docencia, la gestión, la extensión, la investigación. Cada uno de estos tránsitos ha tenido su origen y derivación en textos y contextos en los que- fundamentalmente- el objetivo era encontrar la respuesta a las preguntas: ¿Como pensar la intervención en salud mental? Si bien la pregunta no ha sido modificada a lo largo de los años, las respuestas fueron cambiando.



Muchos son las discusiones, capacitaciones, lecturas que han orientado algunas respuestas posibles, pero especialmente se destaca uno. Se trata de una presentación de Liliana Paganizzi³ cuyo título es las “Formas de pensar la T.O.”⁴ En este trabajo se plantea un dilema: producir teoría específica disciplinar, o bien, compartir producciones teóricas con otras disciplinas. Es esta segunda opción, la autora recurre al planteo de H. Fiorini (1993) que a su vez cita Eugenio Trias para ubicar la importancia del límite: los límites entre los discursos y los límites entre las disciplinas. Es en el límite donde los conceptos teóricos pueden ser compartidos y es en el núcleo donde cada disciplina llama a su especificidad.

A partir que se entiende a la Salud Mental como campo (dinámico) en permanente construcción y reconfiguración, que se desarrolla desde la lógica de la complejidad, este trabajo es un trabajo que recorre las orillas, va hacia el núcleo y regresa al límite. En el límite se ubican las ciencias sociales. Este trabajo es pensado desde conceptos transversales (derechos HH y ciudadanía) y se articulan con la posibilidad de poder pensar la intervención disciplinar (el núcleo).

Las ideas en este trabajo están en permanente diálogo entre sí, ninguna subordinada a otra, sino en una acción sinérgica que busca de construir un marco para comprender la intervención en salud mental en la emergencia de un paradigma basado en los Derechos Humanos.

Desde mediados del S XX se está viviendo una época de cambio. Sobre todo, en las primeras décadas del S XXI, han tenido lugar transformaciones que desde lo político-económico y social impactaron en la vida de las personas vulnerando sus cotidianidades. Las actuales políticas neoliberales que se están implantando en Latinoamérica generan distintas crisis con nuevas víctimas: desocupados, víctimas de violencia de género, familiares de gatillo fácil, víctimas de accidente de tránsito, que comparten la ciudad con personas desesperanzadas, enfermas, solas, privadas de libertad, tristes, víctimas de desastres ecológicos, en situación de calle, entre otras. Personas y situaciones que ante la ausencia de políticas públicas inclusivas y humanizantes se las ha abandonado, criminalizado o medicalizado. La tensión social generada a partir de estas situaciones da lugar a la vulneración de derechos cuya consecuencia es la conformación de comunidades sufrientes, de las que nos hemos vuelto rutinarios “mirones del sufrimiento de otros, turistas en medio de paisajes de angustia” (M. Ignatieff -1999)



Estos nuevos escenarios presentan el desafío de re-pensar los campos de conocimiento e intervenciones ya que la tentación podría ser desviar la práctica hacia el diagnóstico y tratamiento médico – terapéutico, el encierro ó el asistencialismo. Pero también está la opción de permanecer atentos a la posibilidad de un “nuevo horizonte” de sentido (histórico) alternativo al que tiene dominancia (médico hegemónico). Se considera que el trabajo en salud mental, transita por un momento de ruptura epistemológica que implica un cambio de categorías de análisis y de conceptos fundamentales. Se trata también de un cambio de ética social donde tienen lugar modificaciones en la jerarquía de valores con la que se interviene en territorio.

Si se está dispuesto a asumir un proceso de producción de conocimiento alternativo, se debe estar al tanto de los antecedentes normativos que respaldaran esta perspectiva en Latinoamérica. Entre algunos hitos es posible mencionar:

- Brasil en un largo proceso que se inicia en la década del 90 llega a la sanción de la Ley 10216 (2001) con base de atención psicosocial; y que hoy los trabajadores y usuarios resisten la embestida neoliberal.

- Uruguay con la sanción de la Ley de salud mental Nro.19.529 aprobada en el año 2017 que señala el 2025 como fecha de cierre para las estructuras asilares y monovalentes en el país.

- Y para el caso de Argentina la sanción de la Ley nacional de Salud Mental N° 26657 (2010) que es tomada como una referencia progresista, en la región ya que define a la salud mental como un proceso histórico y social en la consecución de los derechos humanos e incluye un llamamiento a las universidades a incluir –de modo transversal- temas que hacen a la configuración del campo en cuestión.

Si bien aún es insuficiente, al desplazar del centro a los diagnósticos médicos y proponer una perspectiva de derechos apelando a la idea de padecimiento mental⁵, de alguna forma, también se está llevando a la practica la idea de Franco Basaglia de poner a la enfermedad entre paréntesis para atender a la persona, es decir, para que las intervenciones se comprendan como relaciones “que permiten que emerjan otras vidas posibles y alejar la condena de existir solo a partir de la enfermedad diagnosticada” (Emerson Merhy- 2012)



Para esto es necesario pensar que la salud (mental)- como campo- se nutre en la intersección de distintas formas de conocer (científico, empírico, filosófico), desde los límites hasta el núcleo (y viceversa). El desmantelamiento del manicomio (pensado como prácticas y discursos hegemónicos), tal como se pretende en los distintos movimientos denominados de “reformas psiquiátricas”, implica construir referencias no centradas en el campo médico que permitan una comprensión e intervención complejas, tal como es la realidad a abordar. Esto es, con un sentido interdisciplinario, intersectorial y multireferencial. Es comprender que no solo se trata de un movimiento de profesionales del área psi, sino que involucra a todos: familiares y usuarios, estados, profesionales y de la comunidad en general; al sector sanitario, educación, trabajo, acción social y sectores populares entre otros.

Siguiendo la idea Alejandro Guajardo⁶ (2016) en las intervenciones tienen lugar con los vulnerados, excluidos, niños, jóvenes, adultos y adultos mayores en los que el ejercicio ciudadano ha sido menoscabado o se les han violado o no se han garantizado sus DDHH, sumo a esto la idea que son los nuevos infames de los que hablo Foucault, los hombres invisibles, sin gloria, el hombre corriente a quien los focos de algún discurso disciplinar (del poder) ha sacado del anonimato, visibilizándolo con las categorías psiquiátricas, ó nominándolos con rótulos judiciales. Pero fundamentalmente no se debe perder de vista que son a quienes el sufrimiento les ha transformado sus rutinas instalándose “el malestar” como un organizador central de actividades y relaciones.

En este sentido, se rescata la categoría de sufrimiento como un eje central para pensar las intervenciones y comprender a las personas con quienes nos relacionamos como sujetos sufrientes.

Cito Algunos testimonios, de los cuales se aclara que al primero y último se han cambiado los datos que de las personas para preservar su identidad. El segundo y tercer testimonio se han respetado, tal como aparecen en las publicaciones.

- Entrevista con Mario: 44 años- accidente de moto a los 42. Estuvo 8 meses internado (de los cuales 4 fueron en estado de coma en la UTI) en un hospital. Cuando sale de la internación está tetrapléjico, lo que ocasiona que inicie un proceso de rehabilitación que ya lleva dos años al momento de la entrevista. Respecto a la rutina en casa:



“he logrado independizarme casi un noventa y cinco por ciento me faltan algunas cosas, como ponerme las medias que no puedo, pero no me puedo poner las zapatillas, eh, y después bueno me levanto solo, voy al baño” ...

“dos o tres fines de semana atrás, mi mujer tenía que hacerse unos análisis en otra ciudad, así que estuve solo con los chicos... ahora que puedo mover más les cociné y estuve con ellos.... realmente se nota: hay un daño, hay un rencor, un dolor.... ¿Viste? Y le cuesta más en la nena que al nene. El nene no dice nada, se lo guarda todo, la nena sí dice el Domingo estábamos en la mesa desayunando y no sé porque discutimos Ella me dice: “porque vos no sos mi papá”, “mi padre era el de antes”, “papá era el que caminaba”, y bueno se largó a llorar.... Lloramos todos... eso fue muy duro para mí En vez el nene no, el nene se lo guarda todo.... lo que pasa es que se lo guarda y después explota en la escuela o en el club...” “es lo que más me duele me duele mucho verlos afectado a ellos, no me duele mi accidente”

Respecto a la estadía en el hospital:

“ son dos años de rehabilitación, son dos años de estar lejos de tu casa... de mucho dolor, de mucho sufrimiento, ... De pérdidas, ... de pérdida del pudor, de todas cosas que uno tenía y que ahora las pedis porque no te queda otra: tenés que pedir que te cambien, que te laven la cola, y esas cosas que uno antes las hacia privadamente”

- Testimonio de Tina (Diana, M- 1996- Mujeres guerrilleras. Ed Planeta) A este testimonio se lo rescata de una publicación que recoge las voces de mujeres que han estado detenidas durante la dictadura cívico-militar en Argentina.

“Mientras me torturaban decían: No te afeitaste los pelos...Es cierto, no estaba depilada y me dolió mas eso, que me tocaran en mi dignidad femenina, que la tortura en si, que fue durísima. Todavía conservo las marcas, quemaduras de tercer grado. Pero fue mucho mas doloroso que me denigraran como mujer” (p49)

- Testimonios de Marina (Lopez. Monasterolo. Perez. 2016. La mujercita vestida de gris-EDUVIM) Para el discurso médico, Marina es una paciente esquizofrénica. Ella ha permanecido internada en una institución monovalente por treinta años hasta encontrar la oportunidad de vivir fuera de hospicio.

“en Santa María me intente suicidar, me escape y me tire en el dique, pero el agua me sacaba, me tire como a las 4 y media de la madrugada no quería que nadie me viera.



Fue porque mi hermana me había mentado.... Me saco un día y yo le dije porque no me sacaba más días y me dijo que no podía, porque el juez me daba un solo día. Le pregunte a la asistente social y me dijo que no, que podía ser todos los días que quisiera. Eso me hizo sentir muy mal” (p.60)

“... comprábamos cigarrillos en el pueblo. A veces iba sola, a veces con una amiga, nos escapábamos. Teníamos la barrera y si no teníamos permiso de salida, no salíamos. - Estaba la policía” (p.61)

- Testimonio de José (Comunidad Qom de la ciudad de Santa Fe) Miembros de comunidad Qom participan de una asamblea, junto con varias instituciones barriales.

“No nos miran como personas. Como te miran, ya sabes que no te quieren... con eso convivo yo. ... Es grave problema.... Los enfermeros no se han preparado para atender gente, ... Estas cosas (por la asamblea) sirven para hablar, y hablar para transformar.”

“...Cuando llegue a acá (a la ciudad) me costó mucho. soy campesino, acá es otro mundo... aprendí desde levantar paredes hasta a hablar... “

“Nos discriminan, nos dicen que no somos de este suelo. Pero yo me puse a pensar: en Argentina no hay dos personas iguales. Yo no quiero que hablen por mi... yo sé lo que necesita mi comunidad... Muchas veces se habla de nosotros como que no existimos...”

“Hasta hoy todavía estamos empantanados en el tema...Pero acá (por la asamblea) se ha hablado de trabajar en conjunto... eso es bueno. Incluir a todos. Yo he escuchado que algunos (de los presentes) son terciarios, nosotros no, no podemos estudiar porque no tenemos dinero, nuestros chicos no salen, abandonan la escuela, tienen hambre, nuestros barrios son boca de lobo⁷, si a la noche pasa algo la ambulancia no llega, “

En los cuatro relatos de vida sus protagonistas están frente a la privación fundamental, la pérdida de un lugar en el mundo. Ese ámbito donde sus voces adquieren significado y sus acciones tienen el potencial transformador. Son experiencias próximas a quedar desprovistas de lo básico de ser humanos: la dignidad, la cual está “investida de la posibilidad de actuar como agentes políticos y morales” (Arendt). Estos relatos nos enfrentan a situaciones que vulneración de derechos que acontecen cuando en la participación en las actividades y relaciones de la vida cotidiana está limitada. Cuando las situaciones contextuales confinan, restringen, segregan, prohíben, marginalizan,



excluyen o limitan el acceso o la participación a los procedimientos de acceso a los derechos.

Un dispositivo tradicional puede hallar en estas expresiones “depresión”, “angustia”, “ansiedad”, “trastornos del desarrollo”, “desnutrición”, “estrés pos traumático”, pobreza, ... Pero también es factible pensar que estos relatos traen otras categorías para pensar la salud mental: Dignidad, intimidad (pudor), libertad, solidaridad, igualdad de oportunidades, acceso...que quizás podrían condensarse en la noción de derechos. Son cuatro situaciones en las que no somos testigos de la enfermedad, sino somos testigos del sufrimiento como consecuencia del no ejercicio ciudadano.

Al decir de Héctor Pelegrina Cetran (2006) en Fundamentos antropológicos de la psicopatología, plantea que nadie consulta por una afección “sino porque no son capaces de emprender nuevas acciones que resultan imprescindibles para realizar sus vidas, para llevar a cabo sus anhelos o necesidades vividas como irrenunciables” “quien aparece como enfermo en el mundo de la vida es, precisamente, un ser humano que pretende realizar actos en su vida en la realidad y con la realidad y no puede llevarlo a cabo, con el consiguiente sufrimiento” (p.47) Como sostiene Gadamer, “porque la enfermedad- en tanto pérdida de salud, de la libertad exenta de toda perturbación- significa siempre una exclusión de la vida”. (p 70)

¿De qué se trata el sufrimiento? Se considera que es la pérdida de la libertad para llevar adelante un proyecto vital con pleno goce de derechos, con un profundo malestar en el sujeto y/o comunidad.

La idea de sufrimiento, también permite pensar procesos sociales por medio de la categoría sufrimiento social, respecto a la cual distintas voces están reclamando considerarla como problema de salud pública al malestar comunitario que es consecuencia del nuevo orden social conocido como globalización.

Adhiriendo a la idea de Quijano, no es posible comprender la coyuntura local (ya sea nacional ó latinoamericana), sin tener en cuenta- sin comprender- el desarrollo (del capitalismo) mundial.

En el presente que estamos atravesando, muchos son los cambios que impactan en la salud: desde el corrimiento del Estado del lugar donde éste era quien garantizaba la salud, la educación, el empleo y la seguridad a toda la población, aspectos que eran



reconocidos como derechos sociales indispensables para lograr el bienestar social hoy se han desviado a los individuos (los que compiten o se ignoran en la carrera de acceso)

Este momento político-económico, conlleva mayor desigualdad, aumentando la pobreza y exclusión social a amplios sectores de la población. Vasta mencionar que según el informe sobre pobreza de la Universidad Católica Argentina (2019) **para** Argentina, el 41,2% de los niños del país vive en estado de pobreza estructural, ó que 5 millones de personas tienen problemas de empleo. Una de las derivaciones de estas situaciones es el sufrimiento social que está siendo medicalizado o criminalizado.

El ciudadano de hoy presenta una subjetividad tejida en la crisis cuya tramitación – muchas veces- es causa de sufrimiento. El discurso dominante en la salud nos ha organizado en base a la división de normales/anormales- sanos/enfermos. Este ordenamiento ha venido interviniendo en la configuración de la subjetividad e intersubjetividad.

Pero cuando H. Arendt cita a John Adams, nos ayuda a encontrar un giro en el paradigma hegemónico y ver otra posibilidad: “donde quiera que los hombres, mujeres o niños se encuentren, sean viejos o jóvenes, ricos o pobres, elevados o inferiores, sabios o ingenuos, doctos o instruidos, cada individuo es poderosamente impulsado por un deseo de ser visto, escuchado, nombrado, aprobado y respetado por las personas que lo rodean”, reflexión que presenta coincidencias con los testimonios presentados

Implica afrontar el desafío de trascender modelos positivistas (basado en la enfermedad y en la figura del médico y su saber, hospitalocentrico y a- histórico) para comprender la situación desde una perspectiva crítica con base en la experiencia de los sujetos y/o comunidades, con eje en los DDHH y como un proceso de construcción histórico-social, basado en la multirreferencialidad.

Se trata de trascender la intervención que parte de un diagnóstico y propone un tratamiento, para escuchar la experiencia de sufrimiento⁸ e identificar en ella las restricciones a la libertad para “hacer y decir”, en síntesis, para continuar siendo ciudadanos⁹. Se trata de gestar un proceso en un contexto relacional orientado al surgimiento de nuevas posibilidades de vida, de nuevas oportunidades para el ejercicio ciudadano. Un proceso cualitativo único que permite relacionar libertad- derechos. Es reencontrarse con la acción: esa condición humana de recrear la vida dentro de la



pluralidad. Se trata de entender a las personas y/o comunidades en sus coordenadas existenciales.

Se trata de una perspectiva en salud mental que coincide con la propuesta de Ausbergi¹⁰ (2002) de considerar el “sufrimiento” como categoría clave de la epidemiología en Salud Mental. Es considerar al sujeto entramado: es dejar emerger la experiencia individual y colectiva que ha tenido lugar en la cotidianidad y que aun estando en “el lado nocturno de la vida” (tal como S. Sontag se refiere a la enfermedad¹¹) es posible que sea en defensa de la libertad de hacer y decir. En todo caso, la intervención es defensa del derecho a tener derechos. Es no medicalizar el malestar para dar lugar a que emerja una experiencia como estrategia de micro resistencia cotidiana. Quijano plantea que el conocimiento de la realidad social solo es accesible, plenamente, desde el interior de una práctica social transformadora. Una práctica que aboga por una democratización de la sociedad, lo que significa que las personas retomen el protagonismo en la acción (en un sentido arendtiano) Es correr el énfasis de la enfermedad a la experiencia de la vida cotidiana.

Es pasar de un modelo centrado en la exclusión a otro basado en la libertad; del espacio institucional cerrado al espacio comunitario abierto; del enfoque basado en la enfermedad y la peligrosidad a otro basado en el concepto de sujeto de derecho en su proceso de integración social, fundado en el resguardo o la restitución de sus derechos.

Es pensar estrategias que permitan gestionar este malestar desde la perspectiva de la politización y gestión colectiva del sufrimiento, y no sólo desde la capitalización terapéutica. Es acompañar a los sujetos y comunidades- a partir de la asunción responsable de la fragilidad y potencia de una existencia- a hacerles frente a los infortunios de la vida con los recursos que cuentan, tal como fue la propuesta de Fernando Ulloa.

Entonces se trata de inscribir las estrategias dentro de las prácticas del “Bien vivir”, al decir de Aníbal Quijano (y con un sentido político), de sumarse a un complejo de prácticas sociales orientadas a la producción y a la reproducción democráticas de una sociedad democrática, un otro modo de existencia social, con su propio y específico horizonte histórico de sentido, radicalmente alternativos a la colonialidad global del poder...”



Se trata de restituir a las personas el sentido de agencia, si por tal entendemos la libertad acción para producir cambios que transformen su realidad. Es considerar al ser ocupacional como un hacedor que participa activamente en la concepción de sus metas y en la realización de las mismas, según los valores compartidos y los compromisos asumidos con otros.

Es pensar una practica que sea solidaria y revolucionaria, en el sentido que comienza con la revisión y cuestionamiento (si es necesario) de los cánones dominantes, se desarrolla en la construcción de una propuesta novedosa para la comprensión del sufrimiento, necesita del encuentro con los demás y deja como legado la posibilidad de subvertir el orden establecido.

Estas consideraciones también implican nuevos perfiles de enseñanza en las universidades y nuevas estrategias: es trabajar articulaciones con las ciencias sociales e identificar lugares no convencionales de práctica. Es correr el énfasis de la enfermedad a la experiencia de la vida cotidiana. También es abrir las puertas en el ámbito académico a otras formas de saber que permitan tener una comprensión amplia de la realidad. La finalidad de la Universidad es educar ciudadanos comprometidos con su realidad.

Cito, para terminar, el pensamiento de Hannah Arendt, «nos hacemos iguales como miembros de una colectividad en virtud de una decisión conjunta que garantiza a todos derechos iguales»

Notas

¹Institución: Escuela Superior de Sanidad- FBCB- Universidad Nacional del Litoral- Mail: sandrawestman@hotmail.com

² Docencia –desde hace 30 años- en asignaturas relativas a la Salud Mental en las carreras de Lic en T.O. tanto en la UNL – UNVM (santa Fe Y Córdoba respectivamente). Extensión: Dirección del Proyecto denominado “Ciudadanía y personas en situación de trasplante. Intervenciones psicosociales para la inclusión social” (UNL- 2014-2016). Investigación: actualmente miembro del equipo de investigación del CAI+D Sufrir “Un estudio comparativo de narrativas sobre vulnerabilidad social en contextos de subjetividades líquidas” bajo la dirección del Dr. Ernesto Meccia en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la FHUC

³ Paganizzi, Liliana. Terapista Ocupacional Argentina.



⁴ Paganizzi, Liliana. - 1992- Formas de pensar la T.O. 5° Jornadas de T.O. en salud mental. Hospital Borda. Mimeografiado

⁵ El decreto reglamentario de la ley, define al padecimiento como “todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples, componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley N° 26.657”.

⁶ Guajardo, Alejandro. Terapeuta Ocupacional chileno

⁷ Boca de lobo: expresión utilizada para hacer referencias a zonas oscuras e inseguras en un barrio o territorio.

⁸ Se trata de experiencias vividas, cargadas de significaciones, interpretaciones y explicaciones mediatizadas por la cultura y la subjetividad individual

⁹ Si por ciudadanía entendemos la pertenencia y participación en una comunidad política sobre la base de un pasado y un futuro compartidos, duraderos y significativos para sus partícipes., la ciudadanía presupone algún tipo de equilibrio entre el compromiso público y la autodeterminación individual. La ciudadanía democrática, incluye los derechos humanos universales, pero, al mismo tiempo, esta definida y garantizada en el marco político y legal del Estado, lo que implica tanto dominación como atribución de poder, y está inevitablemente inmersa en una dinámica de inclusión y exclusión. (H. Oosterhuis-2018)

¹⁰ Ausberg. De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. Disponible en http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/augsburger_de_la_epidemiologia_psiquiatrica_a_la_epidemiologia_en_salud_mental.pdf

¹¹ “La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más onerosa. Todos, al nacer, somos ciudadanos de dos reinos, el de los sanos y el de los enfermos. Y aunque todos prefiramos usar solo el buen pasaporte, tarde o temprano cada uno de nosotros se ve obligado, al menos por un tiempo, a identificarse como ciudadano de aquel otro lugar.” Susang Sontang.

Bibliografía

Arendt, H. (1998) Los orígenes del totalitarismo. Editorial Taurus- Buenos Aires. Argentina



- Birmingham, Peg (2017). Hannah Arendt y los derechos humanos. El dilema de la responsabilidad común. Ed Prometeo. Buenos Aires. Argentina
- Ignatieff, M (2003) Los derechos humanos como política e idolatría. Paidós. Barcelona. España
- Quijano, A. (2014) Des/colonialidad y buen-vivir. Un nuevo debate en América Latina. Editorial Universitaria. Perú
- Sontang, S. (2003) Ante el dolor de los demás. Alfaguara: Buenos Aires. Argentina
- Ulloa, Fernando (2011) Salud ele-mental. Con toda la mar detrás Ed Libros del Zorzal



Interfaces entre saúde e democracia no Brasil do século XXI

Rodrigo Meirelles
Áurea Maria Zöllner Ianni

Resumo

O estudo pretende avançar em reflexões sobre as características que a questão democrática assume nas atuais ações e políticas de saúde pública brasileira, tendo em vista profundas mudanças sociais contemporâneas oriundas do processo de globalização. Este trabalho corresponde à fase exploratória de um projeto de mestrado em andamento, caracterizando-se como uma pesquisa bibliográfica, cujo material elencado foi provido de autores das ciências sociais e da saúde pública que analisam a democracia brasileira, as mudanças sociais contemporâneas e seus impactos na saúde. Como resultado, verifica-se na literatura que a ideia de uma saúde pública mais democrática se modifica radicalmente com o processo de globalização e com a emergência de novas formas de sociabilidade e de conformação do político, entendido aqui através do processo de individualização e da crise institucional do Estado. Nesse cenário, entendemos que a questão democrática na saúde é permeada por um impulso individualizatório e pela fragmentação dos interesses políticos de uma sociedade cada vez mais plural, alterando o sentido da saúde enquanto um direito social universal e reconfigurando a participação popular, que além de se converter em um recurso gerencial, tem seu conteúdo político, pautado nos moldes da democracia representativa, posto em cheque. Envolvendo-se por uma abordagem cada vez mais técnica e administrativa, o direito à saúde é reduzido ao consumo de bens e serviços, transformando os cidadãos em consumidores, de modo que a própria definição de sujeito político é radicalmente alterada.

Palabras clave

Democracia, saúde, política, Estado, Brasil.

Introdução

A questão democrática na saúde estruturou o movimento sanitário brasileiro nas décadas de 1970 e 1980 e trouxe como bases um ideário de justiça social associado à concepção da saúde como um direito dos cidadãos e um dever do Estado. O imperativo “Saúde é Democracia”, proferido pelo médico sanitário Sérgio Arouca na abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, refere-se à forte articulação entre a melhoria das condições de saúde da população brasileira com a



conquista de um regime político democrático para o país, após três décadas de ditadura militar (1964-1985).

No contexto de redemocratização do Brasil, o objetivo final do movimento da Reforma Sanitária foi traçar uma mudança substancial nas condições de saúde da população brasileira, de modo que tal mudança seria precursora de uma luta mais global de transformação da sociedade (Scorel, 1989). Democratizar a saúde, naquele momento, constituía parte de uma estratégia maior de democratizar a sociedade e o Estado. Fleury (1989) considera que a principal estratégia traçada pelo movimento da Reforma Sanitária foi a sua penetração nos aparelhos do Estado, cuja expressão material se concretizou na conquista da saúde como um direito social, por meio da Constituição Federal brasileira de 1988, e com a construção do Sistema Único de Saúde.

É importante ressaltar que a relação entre saúde e democracia emergiu em um contexto histórico-social específico do país, marcado pelo processo de redemocratização política e pela construção do Estado Democrático de Direito. Dessa forma, ao penetrar no aparelho do Estado, as transformações projetadas pelo movimento sanitário estavam inseridas no conjunto da vida social daquele momento, de modo que, trinta anos depois, lançamo-nos sobre a seguinte questão: quais as características que a questão democrática assume nas atuais ações e políticas de saúde pública brasileiras?

Nosso objetivo aqui é avançar em reflexões que permitam atualizar o debate sobre o imperativo “saúde é democracia” no Brasil contemporâneo, pois consideramos que vivemos novas formas de organização da vida social e, conseqüentemente, novas interações entre Estado e sociedade associadas ao processo de globalização, que exigem um repensar sobre a questão democrática na saúde.

Nossas considerações envolvem dois marcos teórico-conceituais: o primeiro, referente à emergência da questão democrática na saúde pública brasileira, que traz considerações de autores clássicos da Saúde Coletiva como Sônia Fleury, Jairnilson Paim e Silvia Gershman; e o segundo, sobre as novas formas de organização social características da sociedade contemporânea e as novas relações entre Estado e sociedade, que serão compreendidas aqui através de dois conceitos desenvolvidos na produção teórica do sociólogo alemão Ulrich Beck, sendo eles o processo de individualização e a crise da institucionalidade do Estado moderno.



Ressalta-se que esse trabalho corresponde à fase exploratória de um projeto de mestrado em andamento, intitulado Interfaces entre saúde e democracia: análise das experiências de secretários municipais de saúde da região metropolitana de São Paulo, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP).

Resultados e discussão

A emergência da questão democrática na saúde

Pensar a questão democrática na saúde no Brasil requer, primeiramente, um olhar sobre a dimensão histórica de seu desenvolvimento. Isso não significa procurar na história da saúde pública brasileira uma sucessão cronológica dos acontecimentos que possibilitaram a sua emergência. Pelo contrário, a finalidade de resgatar a historicidade desse objeto está em compreender a sua complexidade e a sua especificidade.

A questão democrática na saúde, após o período da ditadura militar de 1964 a 1985, emerge com o movimento da Reforma Sanitária brasileira no período de transição entre o período ditatorial e a redemocratização do país. Dentre os legados históricos que a organização do movimento da Reforma Sanitária teve de lidar, destacam-se as ações verticalizadas, a centralização no governo federal, a forte presença do setor privado na área da assistência médico-hospitalar e a separação histórica entre saúde pública e a assistência médica previdenciária. Essas características estão diretamente relacionadas à construção do sistema de proteção social e a construção do Estado-nação brasileiro, de modo que, no caso brasileiro, é tido como marco inicial desses processos o período que se inicia em 1930, com o governo de Getúlio Vargas.

O conceito de cidadania regulada, desenvolvido por Santos (1979), ajuda-nos a compreender o desenvolvimento da saúde como política social. Para o autor, o desenvolvimento da cidadania no Brasil se deu em um sistema de estratificação ocupacional e não em um código de valores políticos, ou seja, consagrou-se um modelo de política pública que favorecia aqueles inseridos no mercado de trabalho, de forma que foram reconhecidos cidadãos apenas aqueles membros de uma comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei. Assim, a extensão da cidadania ocorria, conseqüentemente, via regulamentação de novas profissões e ocupações (Fleury, 1989).



No caso da política de saúde, houve uma separação das práticas em saúde oriunda desde o primeiro período republicano. A assistência médica foi tida como um benefício previdenciário e, por isso, ficou sob responsabilidade do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), e as ações em saúde pública foram criadas em conjunto com a pasta e as agendas da educação, que tinham uma amplitude nacional marcada por diretrizes normatizadoras e centralizadoras sob responsabilidade do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). Essa distinção ministerial foi responsável pela construção de dois formatos institucionais diferentes de inclusão social. Uma vez que os direitos dos cidadãos eram decorrência dos direitos das profissões que só existem via regulamentação estatal, os trabalhadores foram definidos como os legítimos destinatários das políticas sociais. A vasta população urbana e rural que se encontrava à margem do mundo do trabalho formalizado e, fundamentalmente, também à margem da cidadania regulada, constituiu a clientela para a qual seriam destinadas às políticas de saúde pública implementadas pelo Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP).

Fleury (1994) ressalta que a construção da política de saúde foi um reflexo das características do desenvolvimento do Estado social brasileiro: seu caráter corporativo e fragmentado, distante da perspectiva de uma universalização dos direitos sociais. Essa arquitetura na qual emergiu as políticas sociais no Brasil marcou profundamente o período subsequente, na qual se verificou entre 1946 e 1964 uma expansão lenta dos direitos sociais que se mantiveram no formato corporativista e fragmentado da era Vargas (Behring e Boschetti, 2006).

A substituição dos governos populistas por ditaduras militares deu origem a uma nova configuração política, na qual a expansão das políticas sociais foi conduzida de uma forma tecnocrática e conservadora, de modo que a ampliação dos direitos sociais se deu em meio a restrição dos direitos civis e políticos (Carvalho, 2017; Behring e Boschetti, 2006). Nesse sentido, Carvalho (2017) destaca que na relação entre direitos sociais e políticos, os governos militares repetiram a mesma tática do Estado Novo de Vargas, ampliando os direitos sociais ao mesmo tempo em que restringiam os direitos políticos, de forma que “o autoritarismo brasileiro pós-30 sempre procurou compensar a falta de liberdade política com o paternalismo social” (p. 194).

Como aponta Fleury (1994), no caso brasileiro, desde o início dos anos de 1970



acentuaram-se algumas tendências relativas à organização do sistema de saúde:

1. Extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger a qualidade total da população urbana e ainda parte da população rural;
2. Reorientação da política nacional de saúde para uma prática médica curativo-individual, cada vez mais especializada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e interesse coletivo;
3. Organização da prática médica orientado em termos da lucratividade, propiciando a mercantilização e empresariamento da medicina através da alocação dos recursos previdenciários para compra de serviços aos prestadores privados;
4. Viabilização de um complexo médico-industrial com a crescente expansão da base tecnológica da rede de serviços e do consumo de medicamentos.

Ao final da década de 1970, este modelo já demonstrava suas enormes inadequações à realidade sanitária nacional, de modo que a prática médica dominante não era capaz de alterar o perfil de morbimortalidade da população brasileira, no qual persistiam doenças que seriam facilmente evitáveis com medidas de caráter preventivo. Somado a isso, a ausência de critérios para a compra de serviços aos hospitais privados era incompatível com as necessidades crescentes de coordenação e planejamento da rede prestadoras de serviço, além dos custos elevados do cuidado médico inviabilizarem a expansão da cobertura de serviços assistenciais. O alto grau de centralização e fragmentação em dois ministérios responsáveis pela política de saúde também reduzia a eficácia e a eficiência da ação governamental.

Essas contradições foram inicialmente acentuadas pela crise financeira da Previdência Social no início dos anos 80, de modo que o processo de redemocratização do país colocou novas exigências em termos do equacionamento da enorme dívida social acumulada nos últimos anos, envolvendo o atendimento às necessidades de saúde de toda a população brasileira, o aumento da equidade e da justiça social na implementação das políticas públicas, a recuperação do princípio federativo e a melhoria da qualidade do serviço público.

É nesse contexto que o movimento da Reforma Sanitária marca a sua especificidade e inovação no cenário das lutas sociais no Brasil, realizando uma crítica à forma



como as políticas de saúde haviam sido desenhadas até então.

Para além de uma reforma administrativa do setor saúde, o movimento da Reforma Sanitária tomou a saúde como um valor universal a todos os cidadãos brasileiros e como núcleo de transformação da estrutura social. Paim (2008) caracteriza o movimento como um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que se constituiu, portanto, como um amplo projeto de reforma social centrada na democratização da saúde, do Estado e da sociedade.

Gershman (2004) considera que o tema da participação social na elaboração e no controle das ações e políticas de saúde esteve constantemente presente na retórica e na prática do movimento da Reforma Sanitária, de forma que a construção de propostas participativas dentro de um sistema descentralizado marcaram a preocupação do movimento com a democratização do acesso a bens e serviços de saúde, mas também com a democratização do acesso ao poder, refletido nos mecanismos de funcionamento do aparelho estatal e nos resultados redistributivos da política de saúde. Dessa forma, a luta pelo direito universal à saúde deveria ser acompanhada pelo direito à participação social, projetando a reforma na saúde como estratégia para a democratização do Estado e reiterando a democracia como garantia de uma saúde equânime.

Ao longo da década de 80, maturaram-se as ideias de participação, evoluindo para as propostas de remodelação institucional que se concretizaram a partir da Constituição de 1988. A arquitetura institucional proposta para a construção do Sistema Único de Saúde visava a aproximação do Estado da sociedade civil, permeabilizando as suas demandas, de forma que a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa aparecem como o centro da reforma institucional embutida na Reforma Sanitária. A primeira para dar expressão e legitimidade política às demandas redistributivas e a segunda para diminuir distâncias administrativas e remover barreiras burocráticas.

Percebe-se, portanto, que na busca por promover alterações substantivas na forma de atenção à saúde, o movimento da Reforma Sanitária concentra a sua atuação estratégica na ocupação do aparelho administrativo do Estado. Lucchesi (1989) afirma que para o movimento sanitário no contexto brasileiro, a burocracia estatal desempenhou simultaneamente dois tipos de papéis. Ao mesmo tempo que funcionou como uma arena de luta política, correspondendo ao lugar onde se deu



as intervenções políticas, funcionou também como um ator social, ditando um conjunto de diretrizes políticas na forma como foi projetada a política de saúde.

Ao concentrar-se estrategicamente na ocupação do aparelho do Estado, houve um significativo processo de modernização setorial da saúde com a construção do sistema único de saúde. Esse fenômeno fez com que a formulação do direito à saúde fosse balizada, fundamentalmente, pela ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, tomando o direito à saúde, principalmente, em sua dimensão positiva: a atenção às necessidades de saúde da população brasileira foi traduzida no acesso aos serviços de saúde (Ianni, 2018). Como resultado, abriu-se um espaço importante para o capital e seus processos de reprodução, viabilizando-se crescentemente por meio da produção e consumo dos serviços de saúde.

Trilhando caminhos para pensar a questão democrática na saúde hoje

Para avançar em elementos que avancem na forma de compreender como a questão democrática se consolida hoje, trinta anos depois da sua emergência, é necessário ressaltar que as instituições democráticas estão inseridas no conjunto da vida social e, nesse sentido, o seu funcionamento vincula-se ao modo como determinada sociedade está organizada (Calderón e Lechner, 1998).

Assumimos que não é possível pensar a organização e as características da sociedade contemporânea sem se remeter à ideia de mudanças sociais, de forma que falar de mudança social significa identificar as transformações que emergem no desenvolvimento dos processos histórico-sociais e que impactam de modo irreversível a estrutura social, como as diferentes esferas do ordenamento da vida das pessoas, das instituições sociais e dos conflitos políticos em andamento.

Nesse sentido, pensamos a questão democrática na saúde vinculada à ideia de mudanças sociais contemporâneas, considerando que mudanças estruturais no desenvolvimento e na organização da sociedade modificam tanto o papel da política, como as expectativas e experiências dos cidadãos frente a ela.

A ideia de pensar uma sociedade contemporânea terá como referência a modernidade tradicional, momento histórico em que “a sociedade industrial moderna se configurava, ainda, com as características da plena industrialização, da crença na assertividade da ciência e da tecnologia como expressão da razão e do progresso, da constituição e hegemonia dos Estados-nação e do modelo da família



nuclear” (p.205). Para Beck (2012), na sociedade industrial, a ordem social civil e, particularmente, o welfare state e o Estado previdenciário estão submetidos a uma exigência de fazer com que as situações da vida humana sejam controladas por uma racionalidade instrumental, manufaturável, disponível e contabilizável.

O autor utiliza o termo “modernização reflexiva” para designar uma nova forma social que emerge com as vitórias do dinamismo industrial, ou seja, o progresso da modernidade industrial tradicional culmina em uma nova sociedade em virtude de seu próprio êxito. Com o seu triunfo, a sociedade moderna está se autodestruindo, dissolvendo as suas formações de classe, camadas sociais, ocupação, papéis de gênero, composição familiar e também com o progresso técnico-econômico. Este novo estágio em que o progresso se transforma em autodestruição, em que um tipo de modernização destrói outro e o modifica, é o que o autor caracteriza de “modernização reflexiva”.

Nesse sentido, não há revolução ou crise, o protagonista da conformação de uma nova sociedade é a vitória da modernização ocidental, de modo que o processo da modernização reflexiva implica, portanto, uma radicalização da modernidade tradicional.

É por esse motivo que o conceito “modernização reflexiva” não implica reflexão, mas, sim, autoconfrontação. A transição do período industrial para uma segunda fase da modernidade ocorre de forma indesejada e despercebida, que surge na continuidade dos processos de modernização e que produz ameaças que questionam e destroem as bases da sociedade industrial.

Assim, entende-se por sociedade contemporânea “um desdobramento, em autorreferência, da tradição moderna industrial; a transformação da modernidade por dentro de si mesma” (Ianni, 2018). Por mais que não corresponda a um processo de revolução social, a sociedade contemporânea não deixa de apresentar mudanças estruturais nas formas ocidentais de organização sociopolítica.

Uma das grandes vitórias da modernidade tradicional e que marcam a sociedade contemporânea diz respeito ao aprofundamento radical da liberdade individual, representando um deslocamento dos processos coletivos para os individuais, na qual o processo de modernização culminou com uma maior autonomia dos indivíduos frente aos grupos, às instituições sociais, às autoridades tradicionais e às



hierarquias rígidas que marcam a sociedade moderna tradicional (Nogueira, 2011).

Para Beck (2012), a sociedade industrial clássica se estrutura de uma forma em que os modos coletivos de viver assemelham-se à imagem das bonecas russas, que se encaixam uma dentro da outra, como por exemplo: a classe social supõe a família nuclear, que pressupõe o papel de gênero, que pressupõe a divisão do trabalho entre homens e mulheres, que presume o casamento. Já na sociedade contemporânea, essas categorias estão sendo substituídas por um novo tipo de condução e disposição da vida, baseada em regulamentos do welfare state, que se estrutura em condições gerais que considera o indivíduo como ator, planejador, prestigiador e diretor de sua própria biografia.

Nas análises de Beck (2012), em todos os países industriais ocidentais, o processo de modernização dos Estados de Bem-Estar Social, no período posterior à Segunda Guerra Mundial, consumou-se em um “impulso social individualizatório” (p.108), ou seja, sob um contexto marcado por um padrão de vida e uma seguridade social avançada, as pessoas foram sendo dissociadas dos condicionamentos tradicionais de classe e dos referenciais ligados à família e passaram a se remeter a si mesmas e ao seu próprio destino individual associados a sua inserção no mercado de trabalho.

O processo de individualização deve ser compreendido no âmbito das estruturas sociais, representando uma transformação no relacionamento entre indivíduo e sociedade. Individualização, dessa forma, representa um novo modo de socialização, na qual “o indivíduo se converte em unidade reprodutiva do social” (Beck, 2011, p. 193), correspondendo a um processo social nas quais as situações de vida são altamente dependentes do mercado. Todas as dimensões da vida passam a ser regidas por um consumo de massas atomizados, voltados para moradia, transporte, móveis, saúde e artigos do dia-a-dia promovidos pelos meios de comunicação e absorvidos por opiniões, hábitos e estilos de vida predeterminados. O processo de individualização, conduz as pessoas a uma padronização dos modos de vida pelo consumo, na qual a biografia antes socialmente determinada pelas categorias sociais tradicionais se transforma em uma biografia a ser feita por cada um, na lógica do mercado.

Associado ao conceito de modernização reflexiva, a individualização é produto da própria reflexividade do processo de modernização: o sucesso do Estado de Bem-



Estar Social destradiciona as formas de vida instaladas na sociedade industrial, culminando com a sobreposição do individual sobre o coletivo. Nesse contexto, emerge uma contradição imanente ao processo de individualização: ao mesmo tempo em que os indivíduos se afastam das estruturas e dos vínculos tradicionais, isso não significa a sua emancipação, uma vez que agora a sociedade contemporânea cria novas formas de padronização da vida baseadas no consumo.

Assistimos, assim, a um processo individualizatório que faz com que todas as formas de crise social sejam percebidas como crises individuais e todas as desigualdades sejam tomadas como uma responsabilidade individual. Portanto, as transformações sociais ocasionadas pela individualização impactam a relação entre Estado e sociedade, bem como as instituições políticas modernas, que passam a redefinir as suas funções deslocando-se dos grandes coletivos para os indivíduos, contribuindo para a perda da dimensão de um projeto coletivo de sociedade e desestruturando processos de coesão social (Beck, 2011).

Associado ao processo de individualização, a sociedade contemporânea expressa uma mudança sistêmica do político, evidenciando uma nova forma de fazer política que não se restringe aos agentes sociais e coletivos tradicionais, como partidos políticos e sindicatos, por exemplo, mas que também incorpora os indivíduos por meio do processo de individualização. Se na modernidade tradicional a luta política se dava por meio da conquista e da manutenção do poder estatal, visando o bem comum e o interesse geral da nação, na sociedade contemporânea, por meio do processo de individualização, a luta política ocorre, crescentemente, na arena da sociedade civil.

No processo de individualização, os cidadãos, enquanto sujeitos coletivos, fragmentam-se em torno de suas características individuais. As categorias sociais tradicionais, como classe ou os partidos políticos, não dão conta de representar as inúmeras identidades sociais que emergem com a sociedade contemporânea, como por exemplo, aquelas trazidas pelo movimento feminista, negro, LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), entre outros.

Com esse pluralismo social, as políticas genéricas ou universais da sociedade moderna tradicional não respondem mais às demandas elencadas por esses diferentes grupos, sendo necessária, cada vez mais, políticas específicas que dialoguem com os campos setoriais da diversidade existente na sociedade. Com a



individualização, portanto, opera-se uma fragmentação e uma diversificação dos interesses políticos e a conformação de um pluralismo social, que gera uma demanda crescente por mais direitos e reconhecimentos individuais e específicos relacionados a sua individualidade. Devido essa nova forma de organização social, a sociedade contemporânea é marcada por uma imensa luta por novos direitos e novos reconhecimentos identitários, com o aumento e a diversificação de demandas individuais e minoritárias, o que caracteriza uma nova cultura política.

Nesse sentido, o pluralismo social característico da sociedade contemporânea desafia as velhas categorias da política tradicional, de forma que a multiplicação dos atores sociais afeta o processo de representação política dos interesses sociais. A representatividade pressupõe atores representáveis, de forma que quanto maior a pluralidade social, mais difícil se dá o poder de representação. Como consequência, acentua-se uma lacuna entre representantes políticos e representados, colocando em xeque uma das principais características do regime democrático.

Associado ao pluralismo social, outra característica da subpolítica caracteriza-se pelo redimensionamento do espaço e do tempo oriundos do desenvolvimento técnico-científico. A sociedade contemporânea é marcada, fortemente, pelos processos de globalização, de forma que as fronteiras nacionais se dissolvem pela dinâmica das economias abertas e pelo desenvolvimento de uma cultura cada vez mais globalizada, estruturada pela força da comunicação e da informação, de forma que a própria política assume características de internacionalização e de interdependência (Calderón e Lechner, 1998).

Segundo Castells (2018), o desenvolvimento da comunicação, a digitalização das informações e a interconexão modal das mensagens criaram um universo midiático que superou os limites físicos e territoriais dos Estados-nação e na qual estamos imersos, impactando na construção da realidade, no comportamento e nas decisões dos indivíduos. Para o autor, a luta pelo poder nas sociedades democráticas atuais perpassa pelas políticas midiáticas e pela autonomia comunicativa dos cidadãos, de forma que novas formas de participação da sociedade civil na política se estruturam por meio das novas tecnologias de comunicação e informação, emergindo fora dos espaços institucionais tradicionalmente instituídos pelo Estado.

Nesse sentido, Costa e Ianni (2018) afirmam que a participação política contemporânea não se restringe mais ao direito ao voto ou a outros direitos formais



garantidos por via externa. Esse tipo de participação dava-se na cidadania moderna tradicional, quando o Estado era o mediador do seu exercício. No atual contexto, as formas de participação dão-se livres de determinadas amarras do Estado mediador, tornando o exercício da cidadania mais ampliado e direto.

A tecnologia da informação trouxe o imediatismo, a velocidade, encurtou o tempo e o espaço. A sociedade é a do hoje, do agora. Já o tempo da política e da administração pública é outro, mais lento e burocrático. A burocracia leva a um engessamento da máquina pública e a uma demora em responder à demanda social. Como consequência desse processo tecnológico de produção de individualização, a relação entre o indivíduo e Estado passa a sofrer mutações, o que provoca novas conformações ao que tradicionalmente se entende como uma relação entre Estado e sociedade e, conseqüentemente, ao atendimento de necessidades de seus cidadãos.

Tanto o processo de individualização quanto o desenvolvimento técnico-científico estão associados a uma crise institucional do Estado, devido a um distanciamento das formas sociais que marcam a sociedade contemporânea com as instituições governamentais e a própria política representativa. Tais transformações sociopolíticas, encontram-se alinhadas a uma crise da soberania do Estado-nação e, conseqüentemente, a uma crise de governabilidade do Estado.

A crise do Estado-nação está diretamente relacionada aos processos globais, nos quais intensificam-se as relações sociais e político-econômicas em escala mundial, dissolvendo as práticas e as culturas estabelecidas no interior dos Estados-nação e instaurando uma dinâmica financeira e comercial de caráter extranacional. Nesse sentido, as relações sociais ultrapassam os contextos locais de interação e são reorganizadas em outra dimensão do espaço/tempo, onde tudo está interligado e tudo é transformado pela velocidade com que se desenvolve a ciência e a tecnologia.

Considerações finais

Ao compreender a emergência da questão democrática na saúde, identificamos certas condições fundamentais para a implementação das mudanças na política de saúde projetadas pelo movimento da Reforma Sanitária: compreensão da saúde como um direito social a todos os cidadãos e um dever do Estado, melhoria das condições de saúde pautada em um acesso igualitário e universal aos serviços de



saúde e construção de um sistema de saúde que fosse descentralizado e construído com bases na participação popular.

Ao penetrar-se na burocracia estatal, o movimento da Reforma Sanitária projeta as suas mudanças baseadas nos marcos do Estado nacional. Com a emergência dos novos paradigmas da sociedade contemporânea, conforma-se uma estrutura social mais complexa, heterogênea, com foco nos processos individuais e desterritorializada, impactando, conseqüentemente, nas conformações do político.

A crise da política não pode ser vista como expressão do fim da política, muito pelo contrário, representa uma reestruturação de sua conformação, sendo impactada por uma “revolução informacional” (Nogueira, 2004, p. 72) e por uma sociedade que vê aumentar sua diferenciação ao mesmo tempo em que é condicionada por uma agressiva padronização dos gostos e comportamentos pelo consumo.

Com a radicalização do processo de globalização, reforça-se o império do mercado e desagrega-se as formas tradicionais do agir político, ao mesmo tempo em que se multiplicam demandas sociais e explodem movimentos dos mais variados tipos e com objetivos mais díspares.

A sensação de viver num contexto muito fragmentado, sem sujeitos efetivamente coletivos e capazes de fundar novas formas de comunidade política parece colocar em xeque as bases nas quais a questão democrática emerge na saúde nos anos de 1970 e 1980.

Referências Bibliográficas

Beck, U. (2011). Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade (2ªed). Brasil, São Paulo: Editora 34. 384 p.

Beck, U. (2012). A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In: Beck, U.; Giddens, A.; Lash, S. Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna (2ª ed). Brasil, São Paulo: Editora Unesp. 329 p.

Behring, E.R. & Boschetti, I. (2006). Política social: fundamentos e história. Brasil, São Paulo: Cortez.

Calderón, F. & Lechner, N. (1998). Modernização e governabilidade. In: Dines, A. et al. Sociedade e Estado: superando fronteiras. Brasil, São Paulo: Editora Fundap. 372 p.



Carvalho, J.M. (2017). *Cidadania no Brasil: o longo caminho* (23ª ed). Brasil, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 254 p.

Carvalho, A.I. (1997). Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: Fleury, S. (org). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. Brasil, São Paulo: Lemos Editorial. 93-112 p.

Castells, M. (2018). *Ruptura: a crise da democracia liberal* (1ª ed). Brasil, Rio de Janeiro: Zahar. 152 p.

Fleury, S.T. (1989). Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*/ Fleury, S.T. (org). Brasil, São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,. 17-46 p.

Fleury, S.T. (1994). *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina* [online]. Brasil, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/jm5wd/pdf/fleury-9788575412428.pdf>

Ianni, A.M.Z. (2018). *Mudanças sociais contemporâneas e saúde* (1ª ed). Brasil, São Paulo: Editora Hucitec. 376 p.

Lucchesi, G. (1989). Burocracia e política de saúde: arena ou ator? In: *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*/ Fleury, S.T. (org). Brasil, São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 181-192 p.

Nogueira, M.A. (2004). *Em defesa da política* (2ª ed). Brasil, São Paulo: Editora Senac São Paulo. 153 p.

Nogueira, M.A. (2011). *Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática* (3ª ed). Brasil, São Paulo: Cortes. 268 p.

Paim, J.S. (2008). *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Brasil, Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 356 p.

Santos, W.G. (1979). *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Brasil, Rio de Janeiro: Editora Campos.

Scorel, S. (1989). Saúde: uma questão nacional. In: *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*/ Fleury, S.T. (org). Brasil, São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 181-192 p.



Análisis espacial de los servicios de salud, tasa de mortalidad y el agua potable en México

Esteban Picazzo Palencia¹

Jeyle Ortiz Rodríguez²

Resumen

El presente capítulo tiene como finalidad realizar un análisis exploratorio de datos espaciales con respecto al número de unidades médicas, la tasa de población con acceso a agua potable y la tasa de mortalidad con respecto a enfermedades diarreicas para México en el año 2010. Este tipo de análisis permite focalizar los *cluster* espaciales donde se encuentra la mayor dependencia espacial entre estos indicadores y conocer la problemática nacional del acceso a los servicios de salud y al agua potable desde una perspectiva espacial. Los principales hallazgos del estudio es que hay zonas del sur del país que aún cuando tengan alta cobertura de agua potable siguen apareciendo problemáticas de mortalidad a causa de diarreas, lo cual señala que la calidad del agua potable no cumple estándares en beneficio de la calidad de vida de la población mexicana. Por lo cual se deben realizar políticas públicas en beneficio para aumentar tanto la infraestructura médica como la del servicio del agua potable en el país.

Palabras claves

Cluster espaciales, tasa de mortalidad infantil, servicios de salud, SIG, LISA

Introducción

Para conocer las posibilidades que tiene la sociedad para poder acceder a entornos saludables es necesario focalizar las regiones con mayor y menor vulnerabilidad. Bajo este contexto, esta caracterización nos permitirá conocer el nivel de desarrollo de la población y su calidad de vida.

En este orden de ideas, el desarrollo que debe enfrentar el ser humano es un proceso de ampliación de las libertades para que estos puedan ser y lograr hacer lo que valoran (Sen, 2000). Así, esta visión del desarrollo pone en el centro del análisis, la expansión de las oportunidades y la superación de las privaciones que limitan las posibilidades reales de alcanzar el desarrollo humano (PNUD, 1990).

Por lo tanto, diseñar políticas de salud pública en beneficio de la sociedad, con un enfoque de desarrollo en el ser humano, que tenga en cuenta el mejoramiento de la salud requiere de una visión integral y conjunta, colectiva de los problemas y las



soluciones, al igual, que el reconocimiento del lazo que une a las libertades y capacidades humanas con las instituciones sociales y económicas, así como con los derechos sociales, políticos y humanos tanto de las generaciones presentes como futuras para poder transitar hacia un mayor desarrollo.

Así, las principales privaciones de esas libertades generan efectos negativos en la salud que guardan una relación con la inequidad y falta de acceso a los servicios de salud por parte de la sociedad, así como otros determinantes sociales de ésta, como el acceso al agua potable.

Por lo cual, abordar el acceso a la salud de la población, desde una visión espacial, es considerarla a ésta como una característica básica y fundamental en la calidad de vida y libertad de las personas (Stiglitz, Sen y Fitoussi, 2010) en un marco de acción donde pueda potencializar sus libertades y buscar la justicia social.

En este sentido, la salud no sólo constituye un medio para el desarrollo, sino también como lo menciona Sen (1999, 2002) es una parte constitutiva del desarrollo y forma parte de un buen desarrollo. De esta manera, una de las libertades de mayor importancia del que puede gozar el ser humano es no estar expuestos a enfermedades y causas de muertes evitables, la cual le permita a la sociedad brindar y tener mejores condiciones de justicia social y equidad. En ese sentido el acceso a los servicios de salud y al agua potable permiten una función de sincronía entre calidad de vida y desarrollo humano, donde el accionar de ambos permitirá mejorar el bienestar de las comunidades y de la sociedad en su conjunto.

En este sentido, el acceso a la salud puede vislumbrarse desde dos ámbitos distintos, aunque a la vez complementarios: el primero en el sentido individual y el segundo en el social. La primera acepción enmarca a la salud como el buen funcionamiento biológico del organismo y la ausencia de enfermedades. La segunda, como lo plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), trasciende el aspecto individual para abarcar un estado completo de bienestar físico, mental y social del ser humano. Estos dos ámbitos son complementarios en el sentido de que la salud no se limita a la ausencia de afecciones o enfermedades, sino que precisa de condiciones sociales apropiadas para el adecuado desarrollo del ser humano, en donde además concurre lo biológico y lo social, asimismo aspectos del individuo y de la comunidad, al igual lo público y lo privado. (Brena, 2004; Frenk, 1994)



De esta forma, el desarrollo humano plantea el desafío de disminuir las brechas sociales, el rezago epidemiológico acumulado y mejorar el acceso y la calidad de la atención médica. Desde esta perspectiva, la salud de las personas no solo está en riesgo cuando son amenazadas por enfermedades, sino que múltiples aspectos de su vida cotidiana también constituyen peligros para el desarrollo tanto de su libertad como de sus capacidades humanas. En ese sentido, la pobreza, la violencia, el deterioro ambiental, la falta de acceso a agua potable y viviendas adecuadas, y el analfabetismo, entre otras carencias de derechos humanos, constituyen una amenaza para la salud de las personas.

Por lo tanto, la salud del ser humano no se puede considerar aisladamente y depende en gran medida de la calidad del medio ambiente en donde la gente vive, así para que la población tenga un mayor nivel de salud es importante entre otras cosas que se dé un medio ambiente saludable. En ese sentido, la salud, debe estar enmarcada dentro de los objetivos económicos, sociales y medioambientales de la sociedad con el fin de optimizar el bienestar y desarrollo humano y la equidad en materia de salud.

La presente investigación tiene como finalidad realizar un análisis exploratorio de datos espaciales con respecto al número de unidades médicas, la tasa de población con acceso a agua potable y la tasa de mortalidad con respecto a enfermedades diarreicas, las cuales están relacionadas principalmente al acceso de agua potable de calidad. El análisis permitirá focalizar los cluster espaciales donde se encuentra la mayor dependencia espacial entre los indicadores y conocer la problemática nacional del acceso a los servicios de salud y al agua potable desde una perspectiva espacial para el año 2010 para México.

Materiales y métodos

Para la realización de este análisis se utilizaron técnicas y procedimientos de exploración de datos espaciales en los cuales se tomaron como base los datos censales del año 2010 levantado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), para conocer la cobertura del acceso al agua potable, los registros del número de unidades médicas de la Secretaría de Salud y la base de registros vitales de la Secretaría de Salud, lo anterior para conocer la tasa de mortalidad de enfermedades diarreicas.

La información de dichos datos fue desagregada por municipio para el año 2010. El método que se utilizó fue el de análisis exploratorio de datos espaciales mediante una matriz de contigüidad de tipo “queen”. Para obtener información referente a la



dependencia espacial de las variables en el territorio estudiado, se llevó a cabo el cálculo del indicador I de Moran, el cual es un indicador global de autocorrelación espacial.

Para analizar la contribución de cada unidad geográfica a la autocorrelación espacial global, el estadístico I de Moran se puede descomponer utilizando el estadístico LISA (Local Indicators of Spatial Autocorrelacion). Este indicador se utiliza para detectar agrupamientos de valores altos o bajos de la variable por localidad (Anselin, 1996). Asimismo, se puede aplicar para el uso de correlación espacial de dos indicadores, y así se calcula el BILISA, en donde se considera el impacto que tiene una variable con respecto a la otra en un marco espacial (Anselin, 1996).

Así, se pueden presentar cuatro opciones de asociación espacial de la variable en estudio: a) Alto-Alto (High-High): que representa un municipio con alto valor del indicador con municipios vecinos también con un nivel alto del indicador, b) Alto-Bajo (High-Low): cuando un estado con un alto valor del indicador está rodeado de vecinos con valores bajos, c) Bajo-Alto (Low-High): cuando un municipio con un valor bajo del indicador tiene vecinos con valores altos, y d) Bajo-Bajo (Low-Low): donde un municipio con un bajo indicador tiene vecinos con valores igualmente bajos del mismo índice.

Estas cuatro posibles asociaciones se presentan también cuando se hace una correlación espacial de dos variables. Ambas aplicaciones permiten realizar un análisis de clúster espaciales de los entornos geográficos del acceso a los servicios de salud y al agua potable en México para el año 2010.

Resultados

Al aplicar el análisis exploratorio de datos espaciales en el número de unidades médicas presentes en los municipios del país se encuentra que los municipios del norte de México, principalmente en los estados de Sinaloa, Nayarit, Baja California y Baja California Sur, los que se encuentran cercanos al océano Pacífico, se presentan las zonas “hot spot” áreas donde los municipios presentan un número alto de unidades médicas para el acceso a la salud.

Asimismo, esta situación se presenta en los municipios del área metropolitana de Monterrey, de la Ciudad de México y de Guadalajara, así como en la mayoría de los municipios de Tabasco y Campeche. En ese sentido esto nos refiere que la presencia de los cluster espaciales “alto-alto” en esos municipios se presenta un número considerablemente alto de infraestructura médica para el acceso a la salud.



En cambio, en los municipios del norte de Coahuila, en la parte central de Sonora, la parte noroeste de Yucatán, en la parte norte de Chiapas y en casi en todos los municipios de Oaxaca se presentan cluster espaciales “bajo-bajo”, lo que refiere que en esas zonas se presenta menor nivel de infraestructura de unidades médicas, lo que provocaría tener menor acceso a la salud para esas poblaciones.

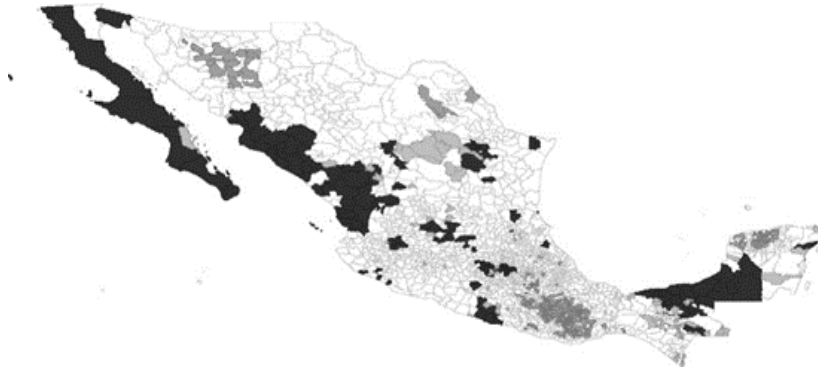


Figura 1. Clusters espaciales del número de unidades médicas en México 2010
 Nota: clusters espaciales significativos a un nivel de $\alpha = 0.05$ Fuente: elaboración propia con base en INEGI y SS.

Cuando se aplica el método de LISA al indicador del porcentaje de población con acceso a agua potable en México, se encuentra que en los municipios del norte del país, principalmente los cercanos a la frontera con E.U.A, de los estados de Sonora, Chihuahua y Coahuila, y en las principales zonas metropolitanas del país, ubicadas en Monterrey, Guadalajara y de la Ciudad de México, y en el sur del país, principalmente en los municipios del estado de Yucatán, son los que presentan los “hot spot”, es decir, los cluster espaciales “alto-alto” donde se encuentran las regiones con mayor concentración de población con acceso a agua potable en México.

En comparación, en los municipios de la mayoría de Durango, así como del occidente y sur del país, principalmente en los estados de Michoacán, Oaxaca, Chiapas, también en los municipios de San Luis Potosí y Veracruz, se presentan cluster espaciales “bajo-bajo”. Lo cual refiere que son las zonas donde se concentra la población con menor acceso al agua potable en el país en el 2010.

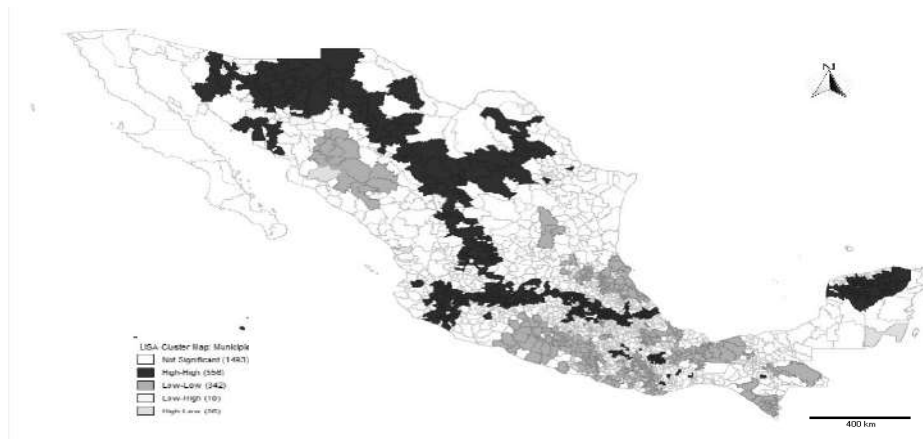


Figura 2. Clusters espaciales del porcentaje de población con acceso a agua potable en México 2010

Nota: clusters espaciales significativos a un nivel de $\alpha = 0.05$ Fuente: elaboración propia con base en INEGI y SS.

En lo referente a la tasa de mortalidad relacionada con las enfermedades diarreicas (x 1000 ha) al aplicar el LISA se encuentra que los “hot spot” (clusters espaciales “alto-alto”) se ubican principalmente en los municipios del estado de Hidalgo, Puebla, Oaxaca, Campeche y Yucatán. Aunque son zonas pequeñas, éstas podrían provocar un efecto de contagio espacial que pudieran que estas regiones se incrementen. Este indicador refleja una En lo referente a la tasa de mortalidad relacionada con las enfermedades diarreicas (x 1000 ha) al aplicar el LISA se encuentra que los “hot spot” (clusters espaciales “alto-alto”) se ubican principalmente en los municipios del estado de Hidalgo, Puebla, Oaxaca, Campeche y Yucatán. Aunque son zonas pequeñas, éstas podrían provocar un efecto de contagio espacial que pudieran que estas regiones se incrementen. Este indicador refleja una. situación aproximada de la calidad del agua, por lo cual en estas zonas es necesario revisar la calidad de ésta al presentar altas tasas de mortalidad a causa de enfermedades diarreicas.

En cambio, en municipios con alta actividad turística que se encuentran en los estados de Sonora, Sinaloa, Tamaulipas, Oaxaca, Chiapas, Campeche y en las áreas metropolitanas de Monterrey, Guadalajara y de la Ciudad de México presentan mayor concentración de tasas menores de mortalidad a causa de enfermedades diarreicas. Lo cual representa que en estas zonas la población tiene acceso a agua potable de mayor calidad, sin embargo, es importante señalar que la mayoría de estas zonas presentan un número alto en unidades médicas.

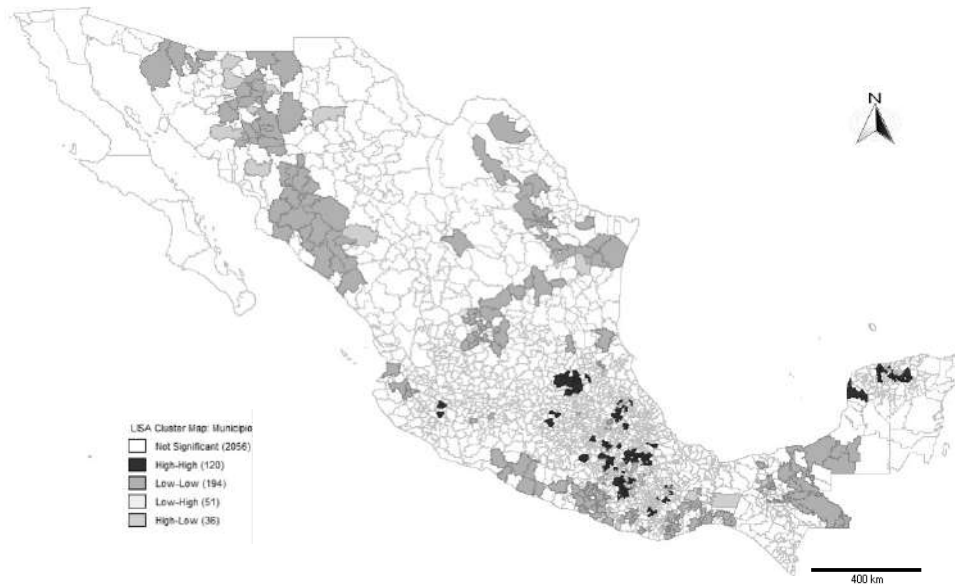


Figura 3. Clusters espaciales de la tasa de mortalidad relacionada con las enfermedades diarreicas (x 1000 ha) en México 2010 Nota: clusters espaciales significativos a un nivel de $\alpha = 0.05$ Fuente: elaboración propia con base en INEGI y SS.

Para probar si existe un contagio espacial de los indicadores estudiados se aplica el BILISA, en donde se contrasta el porcentaje de población con acceso a agua potable y la tasa de mortalidad relacionada con las enfermedades diarreicas considerando el territorio. Como resultado se encuentra que los municipios que presentan altas tasas de población con acceso al agua potable con vecinos (municipios) con altas tasas de mortalidad con las enfermedades diarreicas se localizan principalmente en estados de Puebla, Oaxaca, Querétaro, Yucatán, Hidalgo, Jalisco. Esto refiere que en estas zonas se debe revisar la calidad del agua potable y de la infraestructura que lo ofrece.

Por su parte las zonas (municipios) principales que presenta clusters espaciales “bajo-bajo” se localizan principalmente en estados como Oaxaca, Sinaloa, Sonora, Nayarit y Quintana Roo, en particular en las zonas costeras de estas entidades, además en municipios de Chiapas y Tabasco. En estas regiones se debe considerar que aún cuando hay localidades con bajas tasas de acceso al agua potable hay municipios con bajas tasa de mortalidad relacionadas a las enfermedades diarreicas, esto se puede deber a las acciones de cobertura de los servicios y promoción de la salud en esos municipios.

Es importante señalar que hay otros dos tipos de clusters espaciales que se deben señalar, el primero, los relacionados a zonas con bajas tasas de población con acceso a agua potable con vecinos que presentan tasas altas de mortalidad relacionadas a las



enfermedades diarreicas, lo cual refiere que estas regiones son vulnerables debido a que hay un contagio espacial entre los vecinos contiguos. Los municipios que se encuentran en esta situación se encuentran en los estados de Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Veracruz, y Oaxaca.

El segundo tipo de clusters espaciales se refiere a zonas con municipios con altas tasas de población con acceso a agua potable con vecinos que presentan bajas tasas de mortalidad relacionada a enfermedades diarreicas, estas regiones se encuentran principalmente en localidades de los estados de Sonora, Sinaloa, Coahuila (en la parte norte), Oaxaca (parte sur y costera), Tabasco, Chiapas (parte norte) y en las áreas metropolitanas de Monterrey, Guadalajara y de la Ciudad de México. Esto refiere que en estos clusters son los que presentan no sólo una alta concentración de mayor cobertura al acceso al agua potable, sino que además la calidad de ésta es de alta calidad, en donde acciones de política pública relacionada a mejorar no solo la cobertura del agua potable sino además ampliar la cobertura de infraestructura en salud beneficiaría la calidad de la población en México.

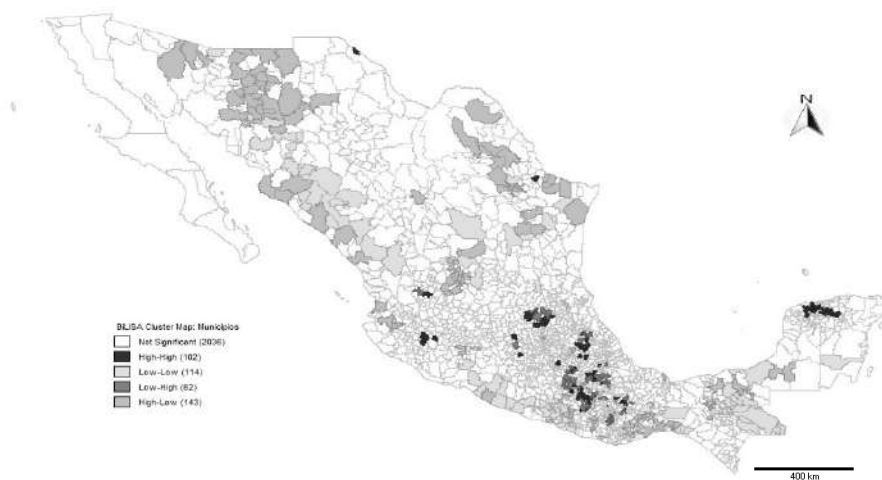


Figura 4. BILISA: Clusters espaciales del porcentaje de población con acceso a agua potable vs la tasa de mortalidad relacionada con las enfermedades diarreicas (x 1000 ha) en Nota: clusters espaciales significativos a un nivel de $\alpha = 0.05$ Fuente: elaboración propia con base en INEGI y SS.

Conclusiones

Las políticas públicas en salud permiten que se pueda intervenir en los entornos en donde la población potencialice sus libertades y capacidades, generando así, espacios donde se presente el desarrollo de la población. En este sentido, el tener en el país un



mejor nivel de cobertura de acceso al agua potable y a los servicios de salud permite que la sociedad pueda desarrollar sus capacidades y oportunidades sociales, como el trabajo, educación, movilidad, entre otras. Es así, como en México es importante conocer cómo se ha dado la concentración espacial del desarrollo de la salud de la población, y tener presente, que el espacio o el territorio y sus condiciones sociales, económicas y ambientales puede provocar desigualdades entre la población.

De tal manera, las regiones o áreas con mayor nivel de urbanidad presentan mejores condiciones de acceso a la salud y al agua potable, sin embargo, hay concentraciones de localidades o municipios en el centro y sur del país donde las condiciones no son favorables y se debe enfocar en resolver estas situaciones.

Finalmente, es importante señalar que la equidad en las oportunidades sociales y la posibilidad de mejorar la calidad y cobertura de los servicios de salud y agua potable son elementos esenciales para que, en México, la salud, se presente como un derecho universal para la población y esencial para el desarrollo sustentable.

Notas

¹ Universidad Autónoma de Nuevo León

² Universidad Autónoma de Nuevo León

Referencias

- Brena, I. (2004) El derecho y la Salud: Temas a reflexionar. UNAM, México.
- Dalenius, H. y Hodges, J. (1959). "Minimum variance stratification". *Journal of the American Statistical Association*, number 54, pp. 88-101.
- Frenk, J. (1994). "Hacia un México más saludable". *Nexos* 17, 23-32. México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2015). Censo general de Población y Vivienda 2010. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10202>. [accesado en noviembre de 2015]
- Lloyd, Ch. (2007). *Local Models for Spatial Analysis*, CRC Press, Taylor & Francis Group.
- Messner et al. (1999). "The Spatial Patterning of County Homicide Rates: An Application of Exploratory Spatial Data Analysis". *Journal of Quantitative Criminology*, Vol. 15, No. 4.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946). *Constitución de 1946*. Ginebra.
- OPS (1998). *La salud en las Américas*. Washington D.C.



OPS. (s.f.). Declaración de Alma Ata. Disponible en:
http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm [accesado en julio de 2012]
 Secretaria de Salud (2005). Hacia una política farmacéutica integral para México. México. Sen, A. (1980). "Equality of what". en Tanner Lectures on Human Values McMurrin, S. (comp.) Cambridge University Press.
 _____ (1985). Commodities and capabilities, North-Blackwell. Oxford
 _____ (1993). "Capability and Well-being". En Sen, A. & Martha C. Nussbaum (comp.), La calidad de vida. México, Fondo de Cultura Económica.
 _____ (1993). "Capability and Well-being". En Sen, A. & Martha C. Nussbaum (comp.), La calidad de vida. México, Fondo de Cultura Económica.
 _____ (1999). "La salud en el desarrollo". Presentado en el 52 Asamblea Mundial de la Salud- Organización Mundial de la Salud, el 18 de mayo de 1999 en Ginebra.
 _____ (2000). Desarrollo y Libertad, Barcelona, Editorial Planeta. (Traducción del Development as Freedom (1999), London, Oxford University Press)
 _____ (2002). "¿Por qué la equidad en salud?". Revista Panamericana de Salud Pública. Mayo/Junio, 11(5), 302-309. USA.
 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (1990). Concepto y medidas del desarrollo humano. Disponible en:
http://hdr.undp.org/xmlsearch/reportSearch?&k=&t=*&c=g&y=*&p=2
 Stiglitz, J, Sen, A & Fitoussi, J. (2010). Mismeasuring our lives. Why GDP doesn't adds up. Ed. The New Press: London.



Biopolítica de la estatura infantil: curva de crecimiento, medicalización y discursos sobre el cuerpo (normal) en los diagnósticos

Leonora Beniscelli Contreras

Resumen

El objetivo de la investigación fue analizar cómo se entiende y aborda el crecimiento infantil y el fenómeno de medicalización de la estatura baja idiopática (EBI), considerando su interacción con discursos y valoraciones sociales sobre el cuerpo de las niñas/es/os.

Para su realización se analizó la Norma Técnica del Programa Nacional de Salud de la Infancia, archivos históricos de fines del siglo XIX y principios de siglo XX; se entrevistó a una enfermera que trabaja realizando controles periódicos a niñas/es/os en un hospital público y, además, con 12 mujeres y un varón que fueron llevados al médico en su niñez por su baja estatura, se realizó un proceso de autoobservación (self-observations) (Burkart & Wegen, 2015) usando como soporte audios de whatsapp.

Uno de los principales hallazgos de esta indagación es que se da una diferencia sexo-genérica en la medicalización de la EBI, dado que la pubertad se da de manera diferenciada entre niñas y niños. En el caso de las primeras, la llegada de la menarquía (primera menstruación) parece ser decisiva en el crecimiento, representando una amenaza a la posibilidad de “ganar unos centímetros”. En la discusión se recogen planteamientos de Michel Foucault para situar el problema de la medicalización de la EBI como parte de una gestión biopolítica del cuerpo de las niñas/es/os y aportes de Morrison (2018) sobre cómo inciden en el diagnóstico y tratamiento de la EBI, las valoraciones sociales sobre la baja estatura.

Palabras clave

Diagnosticos, salud, biopolítica, estatura infantil.

Introducción

La medicalización de la población (de la conducta, la sexualidad, la locura, la criminalidad, etc), comienza a utilizarse como dispositivo biopolítico a fines del siglo XVIII (Foucault, 2001). Según la ha definido Conrad (2005), implica que en un nivel epistémico, un fenómeno antes no médico llega a definirse y manejarse desde una perspectiva médica; en un nivel institucional, que hay diversidad de instituciones y actores involucrados en su abordaje y tratamiento (en el caso del crecimiento infantil



encontramos establecimientos de atención primaria, centros de salud familiar, hospitales y clínicas, enfermeras, pediatras, endocrinólogos infantiles, Organización Mundial de la Salud -OMS, Junta Nacional de Jardines Infantiles -JUNJI, escuelas, Ministerio de Salud-MINSAL, etc.); en un tercer nivel, que hay una interacción médico-paciente en torno al fenómeno que se medicaliza; y finalmente que se fomenta una interacción con el sí mismo (self) de cuidado y monitoreo de esta situación supuestamente médica (Conrad, 2005).

En “The Shifting Engines of Medicalization”, Conrad (2005) plantea que el interés por mejorar/potenciar biomédicamente el cuerpo (en este caso de las niñas/es/os) abrió un mercado para compañías farmacéuticas y empresas de biotecnología, las cuales jugaron (y juegan) un rol protagónico en la producción de anormalidades al delimitar qué es normal y qué no lo es. Aquello “que no lo es”, es toda una gama de características corporales que no son patologías sino simplemente herencias o composiciones genéticas que se vuelven posibles de “mejorar” biomédicamente y que son medicalizadas. La baja estatura, por ejemplo.

En el caso de la baja estatura, la medicalización se conforma, entre otras cosas (1) de a) un lenguaje técnico que la convierte en una anormalidad, b) de rutinas como las sistemáticas mediciones antropométricas de altura y peso que juegan un rol significativo en la sujeción de la población infantil al control (de salud) y c) pautas de acción como levantar bandera roja, derivar a especialista e investigar su causa d) también es relevante en la medicalización la idea de que la baja estatura es una limitación. Evidencia de esto es que “a veces el único motivo de tratamiento, es que el paciente y su familia lo desean, por autoestima y autoseguridad, lo cual es casi más importante que lo biológico, pues es una condición de por vida muy visible y relevante en el desempeño diario” (Fragmento de entrevista realizada el 15 de septiembre 2018 a enfermera que trabaja en Control del Niño Sano en un hospital Felix Bulnes). Al respecto, en un artículo reciente de la revista *Sociology of Health & Illness*, el investigador del Departamento de Salud de la Población de la Universidad de Oxford, Michael Morrison (2008), se refiere a una “ontología de la baja estatura” conformada por cuatro dimensiones: La primera es la discriminación basada en la altura o “Heightism”, concepto propuesto por Allen & Frost (2) en 1990 (citados en Morrison, 2018). La segunda, es que la baja estatura puede ser vivida como una carga psicosocial. La tercera es estadística: la EBI es concebida a nivel poblacional como un déficit en la tasa de crecimiento de la población. Finalmente, en términos bioquímicos, la EBI se



considera un “lugar de clasificación (futura) basada en marcadores moleculares o genéticos” (3) (Morrison, 2018, p. 9). Para el autor, no es posible seguir desatendiendo el hecho de que los diagnósticos médicos son formas de clasificación de enfermedades que implican la asignación de individuos a esas categorías, con consecuencias subjetivas derivadas de esa acción clasificatoria.

Esta ponencia se enmarca en reflexiones que vengo elaborando recientemente sobre biopoder (Foucault, 2001, 2006; Rabinow & Rose, 2006) e infancia. En particular, respecto de cómo se despliega la biopolítica en la vida cotidiana de niñas y niños los efectos que tienen tecnologías de poder y discursos sobre el cuerpo, a nivel de la subjetividad infantil. Más en específico, me ha interesado una cuestión aparentemente banal; se trata de una dimensión del ‘aspecto’ un tanto inusual para las investigaciones sobre el cuerpo: la baja estatura infantil.

El objetivo de la investigación que presento fue analizar cómo se entiende y aborda el crecimiento infantil y el fenómeno de medicalización de la EBI, considerando su interacción con discursos y valoraciones sociales sobre el cuerpo de las niñas/es/os.

Fundamentación del problema

El término que se usa médicamente para describir a niñas/os que son “anormalmente” (4) bajos pero que no tienen ninguna patología del crecimiento detectable (Morrison, 2018), ni en los huesos (como acondroplasia), ni relacionada con la producción de hormonas es estatura baja idiopática (5) - EBI (en inglés es “idiopathic short stature” y se utiliza la sigla ISS). Es decir, designa a niñas/os que son simplemente pequeñas/os (en inglés serían “cortos” pues el adjetivo que se usa es “short” (6) y cuando se convierte en sustantivo es “shortness”, que podría traducirse como bajitud o pequeñez pero que en realidad significa “falta”). En estos casos “el uso de la hormona de crecimiento (hGH) (...) es controvertido” (Avilés Espinoza, Bermúdez Melero, Martínez Aguayo, & García Bruce, 2016, p. 37). En Estados Unidos desde 2003 está permitido el uso de hGH en el tratamiento de niñas/es/os con EBI, es decir, se utiliza para incrementar su estatura y así potenciar sus cuerpos ajustándolos a la característica socialmente valorada. No es así en Chile ni Europa.

Aunque “existe una gran variedad etiológica de trastornos de crecimiento y (...) talla baja”, la mayoría de las veces ésta obedece “a variantes de normalidad” (Chueca Guinduláin, Berrade, & Oyarzábal, 2008, p. 31). Sólo en un 20% de los casos se da asociada a una patología del crecimiento. No obstante, este bajo porcentaje, en Chile,



la Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud del Programa Nacional de Salud de la Infancia (en adelante “Norma Técnica”) es bastante estricta respecto de que si una niña/o en dos controles seguidos está bajo o sobre la talla normal “se debe derivar a médico para una eventual derivación a endocrinología” (Ministerio de Salud de Chile, 2014, p. 37). En jerga médica, se activa una bandera roja (así lo llama la Norma Técnica). Agregar que en dicho documento el uso del termino “normal” es reiterativo para referirse no sólo a la estatura sino también a otros procesos corporales de las niñas/es/os, por ejemplo, la pubertad: “Desde los 8 años, es normal la aparición de botón mamario en las niñas. Desde los 9 años, es normal el crecimiento testicular en los niños” (Ministerio de Salud de Chile, 2014, p. 169)

En Chile, el crecimiento infantil como un problema público, ha sido construido tanto por la medicina (la salud pública) como por la escuela (la educación pública). A fines del siglo XIX y principios del XX coinciden dos procesos: la modernización de las instituciones y la implementación de políticas de Higiene Social (Egaña, 2000). En la escuela, la modernización significó la normación y rutinización de prácticas educativas (inexistentes anteriormente). En este contexto de ordenamiento, las mediciones antropométricas ingresaron a la escuela como una rutina dentro de muchas. Evidencia de esto es, por ejemplo, el Manual de gimnasia de 1886 en que se incluye dentro de las tareas de los preceptores, llevar “una lista de los alumnos, donde anotarán: su naturaleza, edad, estatura, medida de la cavidad pectoral i medida del brazo (a 5 centímetros del hombro)” (Aguirre, 1886, p. 4). Por su parte las políticas de Higiene Social se tradujeron en rutinas de vigilancia de la limpieza, el aseo, la postura, por su supuesta relación con la moral y las buenas costumbres (Egaña, 2000) y dieron como resultado la aparición de la idea de la Salud e Higiene Escolar. Actualmente la conjunción escuela-sistema de salud se sigue dando: los controles periódicos conocidos como “Control del Niño Sano”, en las niñas/es/os en edad escolar (de 5 hasta los 18 años), puede ser realizado también en su establecimiento educacional.

Actualmente, para saber si un niño o niña crece conforme a lo esperado, se utilizan curvas de crecimiento que permiten comparar los valores obtenidos en la medición de peso y talla “con los de una población del mismo sexo y edad” (Rojas & Corvalán, 2010, p. 408). Un estudio publicado en la Revista Chilena de Nutrición indica que hasta el 2006 (7) el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) recomendaba el uso de la curva del National Center for Health Statistics (NCHS) de Estados Unidos para evaluar a niñas y niños menores de 5 años y la curva CDC 2000 para niños de 6 a 18 años. Hoy por hoy



la curva más usada en el Control de Niño Sano y por la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) es la de la OMS. Para las investigadoras Rojas & Corvalán (2010) la predilección por las curvas de la OMS se fundamenta en que serían “el mejor descriptor disponible de la forma en que deberían crecer los niños menores de 5 años de cualquier parte del mundo, si se desarrollan en ambientes favorables” (Rojas & Corvalán, 2010, p. 409). Es importante mencionar que estos estándares gozan de legitimidad también porque supuestamente aseguran una cierta diversidad cultural al haber sido “fruto de un estudio multicéntrico en el que se evaluó el crecimiento de muestras representativas de niños sanos de Brasil, Noruega, India, Gana, Estados Unidos y Omán” (Rojas & Corvalán, 2010, p. 409) (8).

A continuación, doy cuenta de un trabajo indagatorio que realicé con 12 mujeres que fueron medicalizadas en su niñez por ser bajas (o para evitar que lo fuesen). Articularé el análisis de sus relatos con una revisión del concepto de biopolítica relacionándola con el control del crecimiento infantil e inscrita en una tecnología general de poder que es la gubernamentalidad. Me detendré en dos engranajes de esta gestión biopolítica: la medicalización de la EBI y el control de la estatura.

Metodología

Para la realización de este trabajo entrevisté a 12 mujeres que tienen en común haber sido llevadas al médico en su niñez por su baja estatura. Varias de ellas son amigas cercanas, conocidas o familiares de mis amigas, por lo que podríamos decir que utilicé la técnica bola de nieve para la muestra. Las entrevistas se hicieron usando audios de whats app. Yo envié una lista de preguntas (las mismas para todas) y ellas me enviaron sus respuestas por audios que fueron transcritos.

Además, revisé la Norma Técnica del Programa Nacional de Salud de la Infancia, archivos históricos de principios de siglo XX para conocer cuándo y por qué los niños comenzaron a ser medidos sistemáticamente en las escuelas y entrevisté a una enfermera que trabaja en Control Sano en el Hospital Felix Bulnes.

Resultados y discusión

Una primera constatación es que la idea de lo anormal de la baja estatura aparece con mucha fuerza en los relatos de las mujeres entrevistadas:



“Sólo recuerdo que siempre decían que mi estatura no era normal y que tenían que darme hormonas porque mi crecimiento no estaba de acuerdo a mi edad. (...)” (Solange, 30 años, Santiago, 1.53 cms).

“En realidad, cuando empecé a darme cuenta de eso [se refiere a ser tan pequeña] (...) le dije a mi mamá que quería saber si eso era normal o no. Y bueno, si es normal no tengo nada que hacer -esa fue la sensación-, pero si no era normal y había algún problema igual me gustaría resolverlo porque me daba lata ser tan bajita”. (Cata, 1.47 cms, Santiago, 37 años).

“fue mi tía la que le dijo a mi mamá que no era como tan normal...” (Carla, 1.50 cms, Santiago, 33 años)

Entrevisté 12 mujeres que tenían en común que cuando niñas se les tomó una radiografía de la mano para estudiar su edad ósea. De ellas 8 recibieron algún tipo de tratamiento médico, aunque solo una -de Argentina- fue tratada con hormona del crecimiento y otra -chilena- fue tratada entre 1969 y 1972 (es decir antes de la aparición de la hGH) con Ethylestrenolm y Proloid (un medicamento para la tiroide). El Ethylestrenol, por su uso como anabolizante y una controversial historia en los ochenta relacionada con la desnutrición y el crecimiento infantil en países periféricos, fue prácticamente retirada del mercado. Actualmente, es una sustancia de venta controlada en los pocos lugares donde aun se comercializa.

En los otros 6 casos, 4 de ellas fueron tratadas con zinc inyectado o por vía oral. Y de estos 4 casos, dos, que fueron diagnosticadas con pubertad temprana, recibieron tratamientos que combinaban zinc con hormonas para retrasar la menarquía o “cortar” la menstruación.

“Me acuerdo que fue que me llegó la menstruación super chica como a los 9 años. (...) Yo me acuerdo que iba a control una vez al mes... me daba remedios y ahí se me cortó la menstruación, y yo creo que también me daba cosas para crecer porque el objetivo de él era que yo creciera más ¿cachai? Como que era muy chica para que me hubiera llegado y para que ... como se supone que son como dos años desde que te llega que tienes para crecer (...)” (Carla, 1.50 cms, Santiago, 33 años)

“(...) ya después empezaron a ser visitas a la endocrinóloga. Iba viendo si me llegaba o no la regla.” (Amanda, 1.54 cms, Santiago, 33 años)

“Ahí me hicieron crecer y bajar de peso, todo por el miedo a que me llegue el desarrollo precoz. Eso es que te llegue la regla antes de lo debido y eso, al llegarte la menstruación,



las mujeres dejan de crecer, o crecen sólo un par de centímetros más”. (Begoña, 1.70 cms, San Antonio, 24 años)

“Tuve pubertad temprana, los senos me empezaron a crecer a los 8 años junto con el olor típico de adolescente.

- ¿Y a esa edad la menstruación? (Entrevistadora)

A los 10 (...) por eso empezaron los estudios porque mis papás cacharon que me iba a quedar chica” (Nicole, 1.48 cms, Santiago, 31 años)

Se evidencia en los relatos que, sobretodo al interior de las familias y alicitado por ideas negativas -que provienen en gran medida del mundo médico- en torno a la menarquía, se va construyendo un miedo frente a la pubertad de las niñas por temor a que “queden chicas”.

En general en los relatos de las mujeres entrevistadas el diagnóstico que recibieron es bastante difuso. De las 12, la mayoría (10) resultaron ser sencillamente “bajas normales” y pese a serlo, 4 de ellas fueron tratadas medicamente con el objetivo de que crecieran. En este grupo de “bajas normales” incluyo a 3 que recuerdan haber sido diagnosticadas con pubertad precoz y que hoy manifiestan cuestionamientos y dudas respecto de la necesidad del tratamiento:

“No sé si llegaron el algún momento a decirme que lo tenía. Según yo, nunca” (Begoña, 1.70 cms, San Antonio, 24 años)

“Yo no quería que me llegara la menstruación, entonces para mi era bueno, digamos, ese tratamiento. Estaba de acuerdo de que me lo hicieran, aunque estaba muy chica. Pero, no tengo tantos recuerdos -yo ahora tengo 33 años y fui cuando tenía 9, entre los 9 y los 11-, pero pienso, haciendo este análisis para ti, a lo mejor hubiese sido del mismo porte, si mi hermana es del mismo porte y le llegó la menstruación a la misma edad” (Carla, 1.50 cms, Santiago, 33 años)

Sólo dos de las 12, Fernanda y Sofía, recuerdan con precisión su diagnóstico. A la primera le diagnosticaron retraso biológico del crecimiento, mientras que a Sofía el endocrinólogo le dijo que su “hormona de crecimiento había dejado de funcionar, entonces no iba a seguir creciendo, que había que empezar este tratamiento de inyecciones de una hormona de crecimiento artificial” (Sofía, 1.63 cms., Buenos Aires, 32 años).



Conrad (2005) señala que la terapia con hormona del crecimiento es larga (de cinco años aproximadamente), produce resultados moderados (un crecimiento de entre 5 y 8 cms aproximadamente) y costosa. Contraviniendo en parte lo señalado por el autor, en el caso de Sofía el tratamiento duró 2 años y, para ella, fue bastante efectivo pues creció 7,5 centímetros el primer año y casi 17 centímetros al completar el tratamiento, pasando de medir un metro cuarenta a medir un metro y 56 centímetros (actualmente mide 1.63 cms). En su relato describe en qué consistió el tratamiento, los cambios notorios que experimentó y un tremendo dolor físico:

“fueron inyecciones, fue más o menos...esto tiene que haber sido alrededor del 98...yo tenía 12 años hasta el 2000, que tenía 14. Las inyecciones primero eran en los brazos y una vez que los brazos se cansaban eran en los muslos de las piernas. Una vez que se cansaban era en las nalgas, digamos. Así se iban rotando. Recuerdo que tenía en esa época los brazos como muy adoloridos constantemente, después las piernas...(...) yo estaba como físicamente con muchos dolores de huesos, dolor de columna, dolor de cuello, porque, bueno... habían sido en el primer año de tratamiento como 13 centímetros los que crecí, entonces tenía dolores físicos reales de los huesos estirándose, de la piel estirándose y recuerdo mucho esos dolores. Recuerdo mucho que todo esto también me habría un apetito tremendo y que comía, comía, comía, comía, comía...y estaba muy flaca y eso, de comer muy excesivo (...) tenía mucha hambre y dolores de hueso y de columna” (Sofía, 1.63 cms., Buenos Aires, 32 años).

El último elemento que Conrad (2005) señala es que el tratamiento con hormona del crecimiento es caro. Y en general los tratamientos endocrinológicos suelen ser costosos. Por eso Solange sólo llegó a tomarse la radiografía:

“Me hicieron todos los exámenes, pero en ese tiempo mi mamá no podía cubrir el tratamiento, así que quedó en eso no más” (Solange, 1.53 cms, Santiago, 30 años)

También en relación con esto, otra entrevistada tiene claridad del esfuerzo económico que significó para su familia su tratamiento, en especial para su mamá:

“(...) yo creo que mi mamá hizo grandes esfuerzos económicos en esa época porque yo me acuerdo que era muy caro, además era para Los Leones o por ahí, y nosotros vivíamos en Maipú, era como todo un sacrificio ir a ese doctor. Mi familia no hubiera cachado nada si no fuera por esta tía que tenía ese contacto como de gente más pudiente por así decirlo. No fue un tratamiento al que accedimos por el consultorio ni nada, fue porque en ese momento se pudo pagar po.” (Carla, 1.50 cms, Santiago, 33 años)



El biopoder no es tan sólo una bioregulación por parte del Estado, sino un régimen que tiene como “objetivo y vehículo de acción el bienestar de la población y la sumisión corporal y sanitaria de sus ciudadanos” (Mbembe, 2011, p. 14) y que se define “en relación al campo biológico, del cual toma el control y en el cuál se inscribe” (Mbembe, 2011, p. 22). La biopolítica utiliza dos “conjuntos de mecanismos, uno disciplinario y el otro regularizador” (Foucault, 2001, p. 227) articulados uno sobre otro: por un lado “las técnicas de disciplina” se dirigen a “la anatomopolítica del cuerpo humano”, y por otro, los dispositivos de regulación lo hacen a la “biopolítica de la especie humana” (Foucault, 2006, p. 433). Esta distinción entre hablar de “técnicas” disciplinarias y “dispositivos” de regulación, da cuenta precisamente de que se trata de escalas distintas pero que operan juntas. Para Rabinow & Rose (2006) nos encontramos ante un poder que se erige en la relación entre lo molar y lo molecular (Rabinow & Rose, 2006). Esto no quiere decir que circule en dos niveles que, torpemente dirán, se entienden como lo macro y lo micro, sino que el biopoder es justamente una encrucijada entre cuerpo y población. Es clave esta aclaración que aportan Rabinow & Rose (2006) pues, para Foucault, la distancia entre el nivel de los individuos y el de la población es sólo “instrumental” no real (Foucault, 2006, p. 63). La siguiente cita, que es parte de la reseña de un importante libro de Endocrinología Infantil llamado “Worrisome Growth”, refleja la relación entre las dos escalas de la biopolítica en el manejo médico de la estatura:

“El crecimiento es el proceso fisiológico fundamental que caracteriza a la infancia. Debería ser supervisado de cerca por los pediatras y las familias por igual, como un punto de referencia de la salud de un niño. De manera similar se siguen las tendencias seculares en los patrones de crecimiento como indicadores de la salud de los niños a nivel de población” (9)

Reflexiones finales

Un elemento relevante que se presenta con mucha fuerza en la patologización de la baja estatura es una diferenciación por sexo/género marcada por el miedo a que con la menarquía (primera menstruación) la niña “se vaya a quedar chica”. Frente a este peligro que representa la pubertad en las niñas se aplican tratamientos hormonales para frenar su avance o incluso interrumpir el ciclo menstrual y que así ellas puedan ganar unos centímetros.

Actualmente la política pública de Atención de Salud Infantil tiene un enfoque preventivo basado en controles periódicos (en los que se realizan rutinariamente mediciones



antropométricas como parte del exámen nutricional) que permitan pesquisar cuándo un niño o niña se desvía de su trayectoria de desarrollo quedando por debajo o sobre lo normal para derivar a especialista e investigar. Llegar a un diagnóstico certero respecto del origen de la talla baja es difícil pues hay una gran variedad de trastornos de crecimiento y en la mayoría de los casos se trata simplemente de “variantes de normalidad” (Chueca Guinduláin et al., 2008, p. 31). De todas maneras, ser baja normal no hace descartable seguir igualmente algún tipo de tratamiento, por ejemplo, para retrasar la menarquía y ganar unos centímetros. Así, la medicalización de la EBI, se utilice o no hGH, se inscribe en una gestión biopolítica del cuerpo de las niñas en que lo que está “detrás” no es sólo el afán de mejorar la salud para hacer vivir, ni sólo la normalización de quiénes están bajo la desviación estándar para que se acerquen a la estatura media, sino también una búsqueda por potenciar/mejorar cuerpos “normalmente” bajos que no tienen una patología asociada.

En la presentación de la Norma Técnica, la Ministra de Salud de la época, Helia Molina señala lo siguiente:

“El compromiso de transformar a nuestro país en una nación desarrollada y socialmente integrada, implica múltiples desafíos para toda la sociedad chilena. Uno de ellos, de carácter estratégico y por lo tanto crucial, es asegurar que todos los niños y niñas, sin distinción, tengan condiciones que permitan el máximo desarrollo de sus potencialidades y capacidades, en un marco de respeto y garantía de sus derechos fundamentales”. (Ministerio de Salud de Chile, 2014, p. 12)

¿Por qué es estratégica la infancia o qué hay de estratégico en ella? El concepto de biopoder de Foucault refiere a un régimen que tiene como “objetivo y vehículo de acción el bienestar de la población y la sumisión corporal y sanitaria de sus ciudadanos” (Mbembe, 2011, p. 14) y que se define “en relación al campo biológico, del cual toma el control y en el cuál se inscribe. Este control presupone la distribución de la especie humana en diferentes grupos, la subdivisión de la población en subgrupos, y el establecimiento de una ruptura biológica entre unos y otros” (Mbembe, 2011, p. 22). Aplicando este concepto al caso que se analiza es posible sostener que esta visión del desarrollo de niñas y niños como “desafío estratégico”, trasluce una comprensión de la población infantil como un grupo privilegiado a través del cual se empuja un proyecto país. El cuerpo de niñas y niños deviene sustrato material de este régimen que opera a través de diversos dispositivos, en este caso la patologización de la baja estatura y su posible medicalización. Este paso de una característica física - que en la mayoría de los



casos no reviste patología- a la gestión médica es producto también de un mercado de potenciales mejoras genéticas. Más que una cuestión de salud, los tratamientos para crecer hacen parte de un mercado de mejoras biomédicas del cuerpo de los niños que dependen justamente de esa condición latente de lo que es potencial (Conrad, 2005).

Notas

¹ En estas “otras” estarían, por ejemplo, una serie de prácticas escolares y pautas corporales de señalamiento de la baja estatura como anormal.

² Dichos autores arribaron a este concepto luego de revisar una serie de estudios estadounidenses que dan cuenta que la baja estatura puede ser perjudicial para el desarrollo, el bienestar psicológico, inclusive para el éxito social y financiero pues las personas bajas se encuentran, por ejemplo, con más dificultades para encontrar trabajo y pareja.

³ Traducción personal

⁴ De acuerdo a Morrison (2018), “la estatura anormal (baja o alta) se define estadísticamente como al menos 2 desviaciones estándar por encima o por debajo de la estatura media de la población ajustada por edad y sexo” (Morrison, 2018, p. 2) (traducción de la autora).

⁵ Su carácter de “idiopática” es justamente porque es “sin causa conocida” (Beaney, 2013; Morrison, 2018).

⁶ En inglés, cuando se está “short” de algo es porque se está falto de algo, “corto de algo”. “Tall”, en cambio no tiene que ver con abundancia o demasía.

⁷ Año en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó nuevos estándares de crecimiento, conocidos como la curva de la OMS.

⁸ Las curvas de la OMS están basadas en el crecimiento de niñas y niños de distintos países pero que tienen en común provenir de familias de ingresos altos. ¿Cuál es el supuesto detrás de esta asociación entre ingresos económicos altos y crecimiento normal? ¿Qué relación hay entre clase y crecimiento?

⁹ Traducción personal

Bibliografía

Castillo-Sepúlveda, J. (2018). La dimensión biopolítica del tiempo: estudio de dispositivos, aparatos y epistemes de temporalidad y espera en procesos de salud y enfermedad en Chile.

Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 3–14. <https://doi.org/10.1177/002214650504600102>



Valenzuela, F. A. (2017). Life charting and the medicalization of mood (manuscrito), 1–23.

Aguirre, J. J. (1886). *Manual de Gimnasia Escolar*. Santiago.

Avilés Espinoza, C., Bermúdez Melero, C., Martínez Aguayo, A., & Garcíá Bruce, H. (2016). Estatura final en niños con talla baja idiopática tratados con hormona del crecimiento. *Revista Chilena de Pediatría*, 87(1), 37–42. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.10.013>

Chueca Guinduláin, M. J., Berrade, S., & Oyarzábal, M. (2008). Talla baja y enfermedades raras. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 31(SUPPL. 2), 31–53. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272008000400004>

Egaña, M. L. (2000). *La educación primaria popular en el siglo XIX en Chile: Una práctica de política estatal*. Santiago de Chile: DIBAM-PIIE-LOM-Centro de Investigaciones Diego Barros Arana.

Foucault, M. (2001). *Defender la Sociedad*. Curso en el Collège de France (1975-1976) Edición (Fondo de C). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población*. Curso en el Collège de France (1977-1978). Fondo de Cultura Económica.

Mbembe, A. (2011). *Necropolítica*. España: Melusina.

Ministerio de Salud de Chile. (2014). *Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud*. Programa Nacional de Salud de La Infancia.

Morrison, M. (2018). Valuing height: diagnosis, valuation and the case of idiopathic short stature. *Sociology of Health & Illness*, xx(xx), 1–15. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12828>

Rabinow, P., & Rose, N. (2006). Biopower Today. *BioSocieties*, 1(2), 195–217. <https://doi.org/10.1017/S1745855206040014>

Rojas, J., & Corvalán, C. (2010). Avance de la Junta Nacional De Jardines Infantiles en la incorporación de los estándares de crecimiento OMS 2006. *Revista Chilena de Nutrición*, 37(4), 408–417. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182010000400001>



Para além do nexu causal: contribuições do método de Marx para a pesquisa sobre o processo saúde-doença dos trabalhadores na atualidade

Andrea Ferreira Lima da Silva
Adriana de Azevedo Mathis

Resumo

O presente artigo busca problematizar a relação de causalidade que predomina nas pesquisas do campo (área) da saúde do trabalhador. A partir do resgate histórico da constituição das ciências da saúde e através da análise de produções acadêmicas sobre saúde do trabalhador entre os anos de 2014 a 2017 no Brasil, demarca as limitações dos estudos sobre o processo saúde-doença dos trabalhadores. A luz do arcabouço teórico marxiano e dos estudos de autores da tradição marxista apresenta o método materialismo histórico dialético como possibilidade para compreensão dos processos de adoecimentos dos trabalhadores na atualidade, a partir de bases materiais e ontológicas.

Palavras-chave

Saúde, trabalhadores, Marx, nexu causal.

Introdução

O desmonte da legislação social protetora do trabalho, constituinte do processo de precarização estrutural trabalhista visto no Brasil recente, é uma das exigências dos capitais globais, que intentam contra os direitos conquistados pela classe trabalhadora (Antunes, 2011). Ao intentar contra os direitos da classe trabalhadora, como direito à saúde e às condições mínimas de existência, ameaça a vida dos trabalhadores.

Destarte, o atual fenômeno desafia os movimentos sociais progressistas, os sindicatos de classe e a ciência crítica, sobretudo, o campo (área) da saúde do trabalhador a compreender as novas condições de produção e reprodução social do capital que determinam o processo saúde-doença da classe trabalhadora, bem como seus movimentos de resistência. “O capital não tem, por isso, a mínima consideração pela saúde e duração da vida do trabalhador, a menos que seja forçado pela sociedade a ter essa consideração”. (Marx, 2013, p. 342).



Metodologia

O trabalho se utilizou de revisão bibliográfica com objetivo de realizar o resgate histórico da constituição das ciências da saúde e do levantamento no banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), referentes as produções acadêmicas sobre saúde do trabalhador entre os anos de 2014 a 2017, no Brasil.

O artigo pretende oferecer uma reflexão teórica sobre método de Marx para as pesquisas em saúde do trabalhador, a partir das obras de Marx (2006, 2008, 2009 e 2013), Marx e Engels (2008 e 2009), Engels (2010), de Lukács (2012) e Coutinho (2010).

A causalidade nas ciências da saúde

Entre eles qual dos deuses provocou o conflito? Apolo, filho de Leto e de Zeus. Enfurecera-se o deus contra o rei e por isso espalhou entre o exército uma doença terrível de que morriam as hostes, porque o Atrida desconsiderara Crises, seu sacerdote. (Canto 1, verso 10, Ilíada, de Homero)

Apolo, Deus da profecia, da doença e da saúde, enfurecido com Agamêmnon, inicia a primeira a parte do artigo para lembrar da compreensão de saúde-doença antes do desenvolvimento das ciências da saúde na Idade Moderna. No Ilíada de Homero, o mais antigo e extenso documento literário ocidental existente, as tropas do rei Agamêmnon foram tomadas por uma peste que matou seus homens e animais durante nove dias como castigo do Deus Apolo, que suspendeu o castigo apenas com a devolução da filha do sacerdote. (Homero, s/d). Nesse período retratado pela literatura, a doença era concebida como castigo divino.

Na Grécia, do fim do século V e início do IV a.C, Hipócrates se tornou personalidade central da chamada Escola Hipocrática e, segundo Gottschall (2007, p. 31), “refugou a visão templista do curandeirismo mágico e, além dos postulados éticos, começou a dar à Medicina uma conotação de corpo integrado por disciplinas, indo do diagnóstico ao tratamento e prognóstico”. Mas ainda não se tratava de ciência, pois as doenças eram explicadas por causas naturais. Na Idade Média, a doença era relacionada com aspectos da moral e da religião, sendo a dor intensa um castigo sofrido em decorrência dos pecados sexuais e da luxúria. A exemplo, a lepra era relacionada a impureza



espiritual que, através do isolamento foi “tratada” pela própria igreja. (Czeresnia; Maciel; Oviedo, 2013).

A partir do Renascimento e da Ilustração, na época em que a burguesia era o porta-voz do progresso social – retornaremos a esta discussão mais adiante –, com a emergência de novos valores, começou a se constituir os primórdios da ciência moderna. Nesse contexto, começou a se desenvolver teorias para identificar o princípio, uma causa que fosse a origem da doença, das epidemias, como a teoria do contágio e a teoria da constituição epidêmica. A partir do século XIX, além das características do espaço, os estudos das epidemias passariam a se aproximar dos aspectos geográficos, históricos e sociológicos.

A realidade do impacto da Revolução Industrial foi apontada nos estudos da tradição higienista, contribuindo para o desenvolvimento e consolidação de uma racionalidade epidemiológica que defendia a necessidade de transformações sociais para que ocorresse mudanças nas condições de saúde das populações. Mas em contraponto essa racionalidade, as disciplinas como anatomia patológica e a fisiologia forjaram uma medicina experimental que acreditava que tudo que existe patologicamente pode ser explicado fisiologicamente, ainda que como um desvio, o mecanismo etiológico e fisiopatogênico pode ser desvendado. A doença encontrou uma correspondência no corpo. (Czeresnia; Maciel; Oviedo, 2013).

A medicina moderna é produto da articulação de três disciplinas diferentes, a anatomoclínica, fisiologia e a bacteriologia, todas perseguem o mesmo propósito: estabelecer uma causa da doença. Mas a partir da década de 1920, a nova medicina preventiva faz uma crítica a concepção de doença como estritamente biológica, a crescente especialização da medicina e fragmentação do ser humano, defende um modelo de causalidade das doenças a partir das relações entre agente hospedeiro, meio ambiente e uma sucessão complexa de eventos. Para não se alongar com história da medicina, que em determinados períodos se confunde com a história da constituição do campo (teórico-prático) da saúde, destaca-se que a partir das especializações desta ciência se constituíram outras áreas do conhecimento como a saúde pública, saúde coletiva (saúde do trabalhador), por exemplo.

Do ponto de vista da causalidade, como uma simples relação de causa e efeito, pode se dizer desde a Idade Média e na medicina hipocrática há uma busca pela causa dos adoecimentos, ou até mesmo em Agamêmnon esta preocupação ocupava lugar, uma



vez que o rei convocou um vidente para descobrir a causa da peste que exterminava seu exército e assim resolveu a situação com o deus Apolo. Entretanto, a partir “da passagem do reino da irrazão para (absolutismo feudal) para o da razão (capitalismo liberal)”, o estudo da causalidade das doenças poderia ser substituído não somente por um estudo racional, mas pela apreensão da totalidade objetiva através da razão, exatamente lá, quando a burguesia era o porta-voz do progresso social, mas não foi.

Coutinho (2010), ao discorrer sobre o momento de ruptura, de traição da burguesia com o progresso social, o abandono da categoria da razão, fornece elementos para compreender porque estudos de causalidade são predominantes até hoje nas ciências da saúde.

Enquanto o racionalismo da época clássica propunha-se conquistar terrenos cada vez mais amplos para e por meio da razão humana, o miserável racionalismo da decadência preocupa-se principalmente em estabelecer limites para o conhecimento [...] o agnosticismo decadente pretende-se simples epistemologia, simples análise formal dos “limites do conhecimento”. A razão passa a confundir-se com as regras formais que “manipulam” dados arbitrariamente extraídos daquela totalidade objetiva. (Coutinho, 2010, p. 51).

O chamado agnosticismo decadente, baseado em um formalismo vazio se converte em positivismo e passa a estabelecer “limites” para à compreensão racional da realidade. A partir desse período os momentos de um saber verdadeiro, quando continuam a se manifestar, limitam-se cada vez mais às ciências particulares, mas deve se considerar que devido ao intenso processo de especialização, se consegue neutralizar as descobertas parciais que implicam diretamente na ética e na ontologia, disciplinas combatidas ou ignoradas pela “miséria da razão”.

Como visto anteriormente, no século XIX, os estudos que se aproximaram das contradições do capitalismo, como os da nascente epidemiologia que defendiam a necessidade de transformações sociais para ocorrer mudanças nas condições de saúde das populações, se converteram em base para as práticas higienistas. Diante das contradições capitalistas desse século, o agnosticismo/positivismo rompe definitivamente com a tradição progressista e passa afirmar sua “tendência ao equilíbrio e progresso linear”.

A antítese burguesa do irracionalismo, o positivismo agnóstico. [...]. Sublimada em questões metodológicas, a característica essencial dessa orientação consiste em afastar



da realidade (e, conseqüentemente, das categorias racionais que a refletem) os problemas conteudísticos, os problemas da contradição. (Coutinho, 2010. p. 50).

A contundente análise de Coutinho (2010), ajuda a compreender o distanciamento ou separação da medicina da filosofia, que a reduziu em uma ciência cuja o principal objetivo é estabelecer a causa da doença para prescrever uma terapêutica. O positivismo tornou-se predominante nas ciências da saúde e até hoje reduz, fragmenta e descreve o objeto através da observação. – como poderá ser visto na seção seguinte sobre as pesquisas em saúde do trabalhador –. A epidemiologia, por exemplo, focaliza no registro das correlações observáveis entre os fatos para se buscar a origem dos processos que determinam o padrão desigual de distribuição da saúde e da doença nos grupos humanos, mas não reconhece as contradições que determinam esse padrão desigual.

Mas recentemente, desde a década de 1970, os estudos sobre os determinantes sociais da saúde e da doença, baseados na teoria marxista, ganharam espaço na medicina social e na epidemiologia. Mas segundo os cientistas da epidemiologia tradicional, “o problema desse enfoque é que ele não apresenta recursos alternativos ao método epidemiológico para realização de pesquisas empíricas.” (Czeresnia; Maciel; Oviedo, 2013). Para estes pesquisadores, as categorias do materialismo histórico são limitadas para trabalhar aspectos sobre significados e ações dos indivíduos ou grupos em relação à doença e ao cuidado em saúde.

Barata (2017), por sua vez, aponta que essa perspectiva teórica crítica “enfrenta uma série de desafios de caráter metodológico que exigem tratamento mais adequado de problemas caracterizados pela complexidade, em uma perspectiva dialética”. (BARATA, 1997, p. 42).

Desta maneira, com objetivo de mostrar as contribuições da tradição marxiana e marxista para as pesquisas em saúde do trabalhador, a partir das seções seguintes, tentar-se-á apresentar o método capaz de apreender o que o positivismo limitou nas ciências da saúde: a totalidade concreta através da razão dialética. Mas antes, será o exposto as limitações dos estudos da causalidade ou nexos causais (linguagem da área da saúde do trabalhador) para as pesquisas.



As limitações das estatísticas e do nexos causal para pesquisa em saúde do trabalhador (resultados)

Como forma de apresentar a problemática em um artigo de formato habitual poderia se iniciar com os últimos dados oficiais sobre as estatísticas de acidentes e doenças do trabalho para sinalizar a realidade mundial e a brasileira, inclusive, os dados lançados no mais atual Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho (AEAT 2016) do Ministério do Trabalho e Previdência Social. Entretanto, há motivos de pelo menos duas ordens que explica a escolha de não apresentar estes dados, que não são desprezados, mas que por hora não se apresentam como decisivos.

O primeiro motivo é óbvio e, inclusive, possui comprovação matemática simples, estatísticas oficiais dos Ministérios do Trabalho e Previdência Social, nem de longe expressam a realidade sobre os indicadores de adoecimento dos trabalhadores brasileiros, pois os direitos e o acesso aos benefícios trabalhistas estão condicionados a inserção do trabalhador no mercado de trabalho formal. A proteção à saúde e segurança no trabalho e o amparo na doença é um atributo do vínculo formal de trabalho. No Brasil, historicamente, “o sistema previdenciário sempre esteve intimamente ligado à consolidação e estruturação do mercado de trabalho, cujos recursos recolhidos sobre a folha de pagamento fazem parte de sua principal base de financiamento”. (Mendes e Campos, 2004, p. 210). Logo, hoje metade da população ocupada no Brasil é invisível para estatísticas oficiais sobre o processo saúde/doença dos trabalhadores brasileiros. Em números, os trabalhadores ocupados no final de 2016 eram 90,3 milhões (IBGE, 2017), sendo 46,060 com vínculo de trabalho formal, entre celetistas, estatutários e outros (MTE, 2017).

O segundo motivo não tem a mesma clareza matemática do primeiro, mas pode ser evidenciado com a clareza da ciência, através de pesquisas acadêmicas como de Silva (2016) que demonstra que na particularidade da região de Carajás/Pará, atores sindicais questionam os afastamentos do trabalho pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS que consideram os adoecimentos como doença comum (B31) e não como doença do trabalho (B91). O mesmo trabalho demonstra que este problema na região provocou a construção de uma identidade coletiva de trabalhadores que contestam as avaliações realizadas pelos setores de saúde ocupacional das empresas e pelo INSS, buscando a justiça do trabalho para recorrer diante da negação do nexos causal entre doença e o processo de trabalho, trata-se da Associação dos Trabalhadores e Vitimados por Doenças do Trabalho na Cadeia Produtiva de Extração, Beneficiamento e de



Transformação do Ferro, Ouro, Manganês, Cobre, Níquel, seus derivados e afins dos municípios de Parauapebas, Canaã dos Carajás, Curionópolis, Eldorado dos Carajás, Ourilândia do Norte e Marabá, Estado do Pará (ATVDT), criada no ano de 2010.

Cabral (2017), por sua vez, demonstra através de pesquisa em um Tribunal de Justiça do Trabalho que há uma predominância da conclusão denexo negativo na maioria das avaliações de demandas de caracterização de acidente do trabalho simultaneamente pelas três instituições capazes de atestar o nexo causal (SESMT 90,1%, INSS 77,5% e Judiciário 88,8%). O autor conclui que a maioria das demandas jurídicas são inconsistentes e sem fundamentação técnico-legal. Porém, a conclusão é baseada apenas na descrição dos resultados que o procedimento metodológico adotado pelo pesquisador demonstrou e, a partir de uma abordagem tradicional não privilegia compreender o movimento contraditório entre Empresa/Estado/Justiça/Trabalhadores. Mas este não será um debate para agora, o que se quer ressaltar inicialmente, é que mesmo para a parcela de trabalhadores empregados no mercado formal de trabalho e que aparecem nas estatísticas oficiais, o acesso ao direito previdenciário diante da doença do trabalho não vem sendo garantido pelo Estado capitalista neoliberal. Portanto, este estudo não se baseará em dados sobre adoecimentos dos trabalhadores por entender que, atualmente, estes dados se quer sinalizam a realidade do processo saúde-doença e trabalho da classe trabalhadora.

Quanto ao Nexo Causal, pesquisado por Cabral (2017) e título deste artigo, se refere a relação entre a doença e atividade do trabalhador; mas para avaliar essa relação a legislação brasileira estabeleceu três critérios através do artigo 19 da Lei 8.213/1991: i) subordinação (serviço efetivo pelo exercício do trabalho a serviço da empresa), ii) dano (lesão ou distúrbio) e iii) incapacidade funcional. Apesar do Nexo Causal ser considerado formalmente apenas nos três ambientes institucionais citados por Cabral (2017), percebe-se que no âmbito da pesquisa brasileira em saúde do trabalhador as investigações também se voltam para explicar estritamente a relação entre a doença e atividade realizada pelo trabalhador, na grande maioria, com categorias específicas de trabalhadores da cidade e do campo.

Atualmente, mais da metade das produções em Saúde do Trabalhador são desenvolvidas na área da Saúde, com destaque para Enfermagem, Saúde Coletiva e Saúde Pública e abordam predominantemente estudos sobre doenças e agravos relacionados ao trabalho (Perda Auditiva Induzida por Ruídos - PAIR, Lesão por Esforço



Repetitivo - LER, disfonia, dermatoses ocupacionais, pneumopatias ocupacionais, câncer, outras doenças crônicas, síndromes, hepatites, afecções bucais, estudos de mortalidade, etc), com destaque para a chamada síndrome de Burnout, caracterizada pelo esgotamento físico e mental intenso, considerada como resposta as condições psicossociais desfavoráveis no trabalho.

A análise de Strausz (2014) sobre as produções científicas em saúde do trabalhador permanece atual a respeito dos métodos e resultados, quando pondera que as produções são resultados de estudos de causalidade sobre os agravos à saúde dos trabalhadores. Os estudos carecem de conexão com os processos globais de reestruturação produtiva e precarização do trabalho, portanto com resultados importantes sobre a causalidade da doença, mas limitados para compreender a totalidade do fenômeno do adoecimento dos trabalhadores na atualidade.

Parafraseando Marx e Engels (2009), não ocorreu aos pesquisadores procurar a conexão das inúmeras doenças do trabalho com a realidade brasileira e mundial, a conexão dos seus resultados com seu próprio ambiente material. A maioria das pesquisas descrevem, catalogam doenças do trabalho ou se voltam para vivência do trabalhador adoecido, neste ponto Marx (2009) também oferece uma crítica ao que chama de “coleção de fatos mortos” realizadas pelos empiristas da sua época. A concepção materialista da História, ao contrário, possui como premissa os homens, “não num qualquer isolamento e fixidez fantásticos, mas no seu processo, perceptível empiricamente, de desenvolvimento real e sob determinadas condições.” (Marx e Engels, 2009, p. 32).

Apesar da provocação, sabe-se que o resultado deste levantamento das pesquisas em saúde do trabalhador é tributário da herança positivista exposta na primeira seção, mas se evidenciou pela necessidade de mostrar o tamanho do desafio para as pesquisas em saúde do trabalhador.

Para além do nexos causal (discussão)

Considerando o pressuposto de Marx e Engels (2009, p. 25), que “aquilo que os indivíduos são dependem, portanto, das condições materiais da sua produção. “Se concebe o processo de adoecimento do trabalhador como resultado das condições materiais da sua produção. Logo, a relação causa e efeito entre as doenças do trabalho e a atividade exercida pelo trabalhador, abordadas na maioria das pesquisas em saúde do trabalhador constituem apenas parte do caminho de ida no método de investigação



do objeto em questão. Os adoecimentos do trabalho se mostram na imediatez do real, portanto, constitui aparência do fenômeno e para serem apreendidos no plano do pensamento como concreto pensado precisam ser estudados a partir de um único ponto de partida capaz de produzir chaves para o conhecimento exato, o processo real da vida.

[...] Isto é, não se parte daquilo que os homens dizem, imaginam ou se representam, e também não dos homens narrados, pensados, imaginados, representados, para daí se chegar aos homens em carne e osso; parte-se dos homens realmente ativos e, com base no seu processo real de vida, apresenta-se também o desenvolvimento dos reflexos e dos ideológicos desse processo de vida. ” (Marx e Engels, 2009, p. 31).

Portanto, os diferentes tipos de agravos a saúde dos trabalhadores não podem ser explicados por si mesmos ou pelo que os trabalhadores, representantes do Capital ou o Estado dizem ser, mas pela análise crítica das condições materiais de existência, em suas totalidades. Além dessa premissa da concepção materialista da história fornecida por Marx e Engels (2009), Lukács (2012), com base em Marx, chama atenção ao rigor na escolha do ponto de partida da investigação, “porque, considerado isoladamente, qualquer fenômeno poderia, uma vez transformado em ‘elemento’ por meio da abstração, ser tomado como ponto de partida; só que tal caminho não levaria jamais à compreensão da realidade. ” (LUKÁCS, 2012, p. 312).

Jacques (2003), ao realizar um levantamento das abordagens teórico-metodológicas em saúde do trabalhador, em especial, nas pesquisas que investigaram a relação entre saúde/doença mental/trabalho, verificou que, frequentemente, há uma imprecisão teórica e metodológica nos estudos, o que produz tentativas ingênuas de combinar conceitos e técnicas com fundamentos epistemológicos diferentes. Observou ainda, não uma tentativa de articular pressupostos diversos, mas, simplesmente, o empréstimo de conceitos e técnicas sem uma reflexão sobre as diferentes concepções de homem, homem/sociedade, ciência e pesquisa que lhes fundamentam.

Lukács (2012), um dos filósofos marxistas mais reconhecidos, ressalta o espírito científico da obra de Marx, destacando que o método busca ir além da verificação de um fato ou da apreensão de um nexos causal, mas busca “investigar ininterruptamente toda a factualidade na perspectiva do seu autêntico conteúdo de ser, de sua constituição ontológica. ” (p. 293). E segue elucidando a economia marxista e a crítica ontológica na investigação.



[...] A ciência brota da vida, e na vida mesma – saibamos ou não, queiramos ou não – somos obrigado a nos comportar espontaneamente de modo ontológico. A transição para a cientificidade pode tornar mais consciente e mais crítica essa inevitável tendência da vida, mas pode também atenuá-la ou até mesmo fazê-la desaparecer. A economia marxiana está impregnada de um espírito científico que jamais renuncia a essa tomada de consciência e de visão crítica em sentido ontológico, acionando-as, muito antes, na verificação de todo fato, de toda conexão, como metro crítico permanentemente operante. Falando de modo geral, trata-se aqui, portanto, de uma cientificidade que não perde jamais o vínculo com a atitude ontologicamente espontânea da vida cotidiana; ao contrário, o que faz é depurá-la de forma crítica e desenvolvê-la, elaborando conscientemente as determinações ontológicas que estão necessariamente na base qualquer ciência. (Lukács, 2012, p. 293 – grifos meu).

Destarte, qualquer investigação sobre o processo saúde-doença dos trabalhadores, em qualquer tempo histórico, não pode prescindir a tomada de consciência e de visão crítica em sentido ontológico durante todo o estudo do objeto. Como Lukács (2012), alerta, não se trata de uma simples crítica de correção factual, mas uma crítica que permita desvendar as determinações históricas que levam os adoecimentos dos trabalhadores a se constituírem tal como são em determinado tempo histórico, em determinada conjuntura/estrutura.

O aumento da incidência de suicídio nos locais de trabalho, citados por Antunes e Praun (2008), por exemplo, são considerados resultado extremado de um processo de sofrimento psíquico, mas se as investigações comprovassem apenas a relação da incidência de suicídios com um processo de adoecimento psíquico desencadeado pela relação entre a atividade exercida e os processos biopsíquicos dos trabalhadores suicidas, a pesquisa não desvendaria as determinações ontológicas que fazem do suicídio, “o mal do século do século XXI”, para usar uma linguagem corrente do senso comum na atualidade.

Mas como o método de uma teoria social poderia explicar processos de adoecimentos físico-químicos, biológicos e psíquicos dos sujeitos? A partir dos pressupostos marxianos, Lukács (2012), aponta que:

“O ser humano só pode existir em sociedade, mas que essa sociedade não precisa ser – de um ponto de vista histórico-ontológico – aquela à qual ele pertenceu por nascimento. Cada ser humano é, por natureza, um complexo biológico, compartilhando, portanto, todas as peculiaridades do ser orgânico (nascimento, crescimento, velhice e morte).



Contudo, por mais irrevogável que seja esse ser orgânico, o ser biológico do homem tem um caráter determinado de modo predominante e crescente pela sociedade. “ (Lucáks, 2012, p. 354).

Para defender essa premissa, Lukács (2012) usa o exemplo dos biólogos modernos que defendem algumas características como peculiaridades biológicas do homem; como a demora da criança para começar a andar de forma autônoma, que na espécie animal, ao contrário, apresentam logo após o nascimento. O autor acrescenta, “essas peculiaridades biológicas do homem são, em última análise, produzidas pela sociedade.” (p. 355). Para Lucáks (2012), a resposta está na dinâmica da sociedade fundada no trabalho nos primeiros tempos e suas novas exigências para quem estava se tornando homem, pois que permitiu uma segurança que determinou o desenvolvimento mais lento para os recém-nascidos.

Como ainda não são conhecidos os estudos daquelas doenças do trabalho citadas anteriormente no levantamento das produções acadêmicas, que, excepcionalmente, partiram do materialismo histórico dialético para compreender como se constituem a partir da dinâmica da sociedade burguesa, retorna-se à incidência de suicídios na França dos anos 2000, levantados por Antunes e Praun (2018) com base em investigações de Dejours e Bègue (2010). Para os autores, “o suicídio é a radicalização da deterioração das condições de trabalho sob a vigência da gestão flexível.” (p. 144). Os laços de solidariedade e pactos de apoio subjetivo mútuo entre os sujeitos foram rompidos pelas novas formas de organização e gestão do trabalho da reestruturação produtiva do capital a partir da década de 1980. Eis o verdadeiro “nexo causal” para Marx: as forças produtivas transformam o modo de produzir do homem, que transformam o modo de viver, adoecer e morrer dos trabalhadores.

Reflexões finais

O desafio posto aos pesquisadores ser capaz de apreender o objeto a partir do movimento das totalidades constitutivas dentro da sociedade burguesa (totalidade concreta inclusiva e macrocópica) através de um sistema de mediações (internas e externas). Entretanto, este hercúleo exercício somente se torna possível se o sujeito pesquisador permitir que este movimento incida, altere, refaça, inverta os caminhos da pesquisa para que esta consiga extrair da relação entre as totalidades constitutivas e a totalidade concreta, as múltiplas determinações que fazem esse objeto ser como ele é. Seligmann-Silva (2011), pondera que o desafio para os pesquisadores do campo da saúde mental relacionada ao trabalho é, de integrar, de forma compreensiva, os



resultados de pesquisas de autores que têm se preocupado em investigar as instâncias macro aos resultados dos estudos que investigam fenômenos microsociais nas equipes e nos locais de trabalho, além de integrar os que se preocupam com a dinâmica intrapsíquica da experiência no trabalho e os que estudam os aspectos biológicos, como os que trabalham com a neuroquímica e psicofisiologia.

A sugestão é válida, porém, se acrescenta os valiosos ensinamentos extraídos de Lukács (2012) quando este analisou o processo de investigação da maior obra de Marx, O Capital, especialmente, analisando o tratamento que Marx deu a categoria Valor como elemento primário. Para Lukács (2012, p.313), “o resultado da investigação, não é nem uma dedução lógica do conceito de valor, nem uma descrição indutiva das fases históricas singulares do desenvolvimento que o levou a adquirir a forma social pura”, mas uma síntese que considerou organicamente a ontologia do ser social e as novas descobertas do real.

Notas

¹ A Ilíada é a primeira obra da literatura ocidental, um poema épico de 15 mil versos composto por volta de 700 a.C., assim intitulado por relatar um incidente ocorrido durante o cerco dos gregos (denominados “aqueus”, “argivos” e “dânaos” por Homero) a Ílion, uma cidadezinha na região de Troia (no noroeste da atual Turquia).

² A Ciência com todos os seus postulados entrou na Medicina pela Fisiologia, com a descoberta da circulação do sangue no século XVII, mas só foi incorporada consistentemente na clínica depois, e na terapêutica praticamente somente no século XX. (Gottschall, 20017).

³ No final do século XIX, as descobertas da bacteriologia abrem a possibilidade de identificação de causas únicas, necessárias e suficientes para muitas doenças — quiçá para todas, supõem os contemporâneos.

⁴ Coutinho (2010, p. 27), descreve como “grande época da humanidade para o conhecimento do real” e no âmbito da filosofia em sua tradição progressista destaca três núcleos categoriais como legado imperecível: humanismo, historicismo concreto e a razão dialética. Todas abandonadas pela burguesia.

⁵ Mesmo as estatísticas oficiais sofrem com as subnotificações de acidentes de trabalho, a pesquisa realizada por Silva (2016) revelou a dimensão da subnotificação de acidentes de trabalho em um município do sudeste do estado do Pará.



⁶ Código usado pelo INSS para classificar como um benefício previdenciário comum, ou seja, é um auxílio doença prestado ao trabalhador que se afasta da empresa por motivo de saúde não ligado à sua atividade laboral.

⁷ Código usado pelo INSS para classificar como um benefício previdenciário acidentário, concedido ao trabalhador que sofra um acidente ou tenha sido acometido de uma doença considerada como ocupacional.

⁸ Serviço de Engenharia, Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) das empresas, setor que em tese é responsável pela saúde e segurança do trabalhador acidentado.

⁹ Realizado levantamento quantitativo das teses e dissertações defendidas no período de 1987 a 2017 e análise qualitativa das produções defendidas entre 2014 a 2017, inseridas no Banco de Teses da CAPES.

¹⁰ Incluída na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (Portaria nº 1339 de 18 de novembro de 1999 do MS) como transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho, tendo como agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional o ritmo de trabalho penoso (CID10 Z56.3) e outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (CID10 Z56.6). (Brasil, 1999).

¹¹ Se refere, em especial, as pesquisas de Adolf Portmann, zoólogo suíço.

¹² A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10) usa o termo dorsopatia para definir de forma generalizada, tudo que implica a presença de alterações na coluna vertebral, que são patológicas e degenerativas.

Referências

Antunes, Ricardo. *Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo trabalho*. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. *O Privilégio da Servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo, 2018.

Antunes, Ricardo; Praun, Luci. *A sociedade dos Adoecimentos no Trabalho*. In: *O Privilégio da Servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo, 2018.

Barata, Rita B. *Causalidade e Epidemiologia*. In: *Revista História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, IV (1):31-49 mar.-jun. 1997.

Brasil. Ministério do Trabalho. *Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) 2016. Análise dos Principais Resultados*. Outubro 2017. Disponível <<http://pdet.mte.gov.br/rais?view=default>>. Acesso em 23 de outubro de 2017.



- _____. Portaria Nº 1339, de 18 de novembro de 1999. Instituir a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico.
- Cabral, Lenz A. A. Nexos causais no acidente do trabalho. 2017.116f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto – SP.
- Coutinho, Carlos N. O estruturalismo e a miséria da razão. 2 Ed. São Paulo: expressão popular, 2010.
- Czeresnia, D. Maciel, Maria G S. Oviedo, Rafael A M. Os sentidos da saúde e da doença. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2013.
- Engels, Friedrich. A situação da classe trabalhadora na Inglaterra. São Paulo: Boitempo, 2010.
- Gottschall, Carlos A M. Medicina hipocrática: antes, durante e depois. Porto Alegre: Stampa, 2007.
- Homero. Íliada. São Paulo: Companhia das letras. penguin-companhia, s/d.
- IBGE. Características adicionais do mercado de trabalho: 2012-2016. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em < censo2010.ibge.gov.br/1992-novo-portal/educacao/17274-2012-2016-caracteristicas-adicionais-do-mercado-de-trabalho.html>. Acesso em 23 de outubro de 2017.
- Jacques, Maria da G C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. In: Revista Psicologia & Sociedade; 15 (1): 97-116; jan./jun.2003.
- Lacaz, F. A. DE C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400003.
- Lukács, Gyorgy. Para uma ontologia do ser social I. São Paulo: Boitempo, 2012.
- Marx, Karl. Manuscritos Econômicos-Filosóficos. São Paulo: Martin Claret, 2006.
- _____. Contribuição à crítica da economia política. 2º Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.
- _____. Miséria da Filosofia: resposta a filosofia da miséria, do Sr. Proudh. São Paulo, 2009.
- _____. O Capital: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.



Marx, Karl; Engels, Friedrich. Manifesto do Partido Comunista. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

_____. A Ideologia Alemã. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

Mendes, René; Campos, Ana Cristina. Saúde e Segurança no Trabalho Informal: Desafios e Oportunidades para a Indústria Brasileira. Rev. Bras. Med. Trab., Belo Horizonte • Vol. 2. Nº 3. p. 209-223. jul-set, 2004. Disponível em <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/SST_no_trabalho_informal.pdf>.

Minayo Gomez, C. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro RJ: Editora Fiocruz, 2011.

Silva, Andrea F L. As políticas públicas de segurança e saúde do trabalhador e a (des) proteção da força de trabalho no município de parauapebas-Pa. 2016. 133 f. Dissertação de mestrado. Programa de pós-graduação em serviço social. Universidade Federal do Pará – UFPA. Belém-PA.

Silva, Edith Seligmann. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.

Silva, José A R de O. A Flexibilização da jornada e seus reflexos na saúde do trabalhador. In: Navarro, Vera L; Lourenço, Ângela de S. (Orgs.). O avesso do trabalho III: saúde do trabalhador e questões contemporâneas. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

Strausz, Maria Cristina. Produção do conhecimento em saúde coletiva: um olhar a partir da saúde do trabalhador. Tese (Doutorado) – Escola nacional de saúde pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.



Fome e modernidade: desafios para os programas e políticas de segurança alimentar

Tania Elias Magno da Silva¹

A fome tem cem nomes, mas, o grito da fome é igual em todos os países do Globo. As crianças que morrem de fome nos Estados Unidos recebem o nome de “sugar babies”, na Índia os chamam de “Kwashioskor”, mas ao final que importam os nomes?
(Josué de Castro, 1965)

Resumo

Enfrenta-se hoje um duplo desafio em termos de segurança alimentar: Garantir alimento a todos no sentido de acabar com a fome no mundo, que atinge praticamente um bilhão de pessoas e ao mesmo tempo garantir uma alimentação saudável para o número crescente de obesos no mundo, decorrente de uma alimentação calcada em produtos industrializados pobres em nutrientes e ricos em gorduras e açúcares, alimentos processados e ultra processados. A obesidade está presente em todas as camadas da população. A obesidade infantil e adulta é tida por muitos especialistas como uma epidemia que ceifa vidas bem cedo e uma questão de saúde pública. Duas fomes, dois desafios.

Afinal de que fome falamos? A dos que não tem o que comer ou a dos que estão morrendo de tanto comer? A fome dos obesos e malnutridos é menos preocupante? Como implantar políticas públicas e programas de segurança alimentar que garantam o direito a todos à uma vida saudável se estamos presos aos grilhões dos interesses de oito ou dez oligopólios da indústria alimentar que comandam o que se produz, como se produz, para quem se produz, o preço dos alimentos e aonde deve ser distribuído o alimento? Como romper com este círculo de ferro do monopólio do alimento se há um poderoso lobby nas esferas de poder dos países que tem garantido a manutenção dos interesses dos grandes produtores e os do grande capital representado por esses complexos alimentares?

Palavras chave

Desafios, programas, políticas, segurança alimentar.

Introdução

A fome não é um produto da modernidade, nossa história como habitantes deste planeta está ligada a história da constante busca pelo alimento. Nossa sobrevivência como



espécie sempre dependeu de nossa segurança alimentar. Sempre houve grandes períodos de escassez de alimentos assolando várias partes do globo, ameaçando a sobrevivência de populações residentes em terras inóspitas. A escassez alimentar foi um dos fatores que impulsionou e ainda impulsiona o processo de mobilidade dos grupos humanos na face da Terra.

Em praticamente todas as culturas encontramos referências a abundância e a escassez de alimentos, à fome. Temos uma rica iconografia sobre esta temática, este tema está presente em várias obras literárias, tanto nacionais como mundiais, algumas, como o livro Fome de Knut Hamsun, ganhador em 1920, de um Nobel de Literatura, tornaram-se clássicas.

No Brasil, vários são os romances que tratam do tema, obras que apesar de escritas há mais de um século, como é o caso do romance de Rodolfo Theófilo, A Fome. Scenas da Secca no Ceará, publicado em 1922, e que retrata a terrível fome que assolou a região em 1877, continuam atuais e desafiadoras, pois os problemas da fome, da miséria, da exclusão social, da injustiça social retratadas nessas e em outras obras estão a desafiar o tempo.

A modernidade trouxe um novo problema para o campo da fome e da saúde pública e enfrenta-se hoje um duplo desafio em termos de segurança alimentar: Garantir alimento a todos no sentido de acabar com a fome no mundo que atinge praticamente um bilhão de pessoas e ao mesmo tempo garantir uma alimentação saudável para o número crescente de obesos no mundo, decorrente de uma alimentação calcada em produtos industrializados pobres em nutrientes e ricos em gorduras e açúcares, os alimentos ultra processados.

A obesidade está presente em todas as camadas da população. A obesidade infantil e adulta é tida por muitos especialistas como uma epidemia que ceifa vidas bem cedo e uma questão de saúde pública. Mas os famintos por falta de ter o que comer continuam a ser um desafio e tem aumentado a despeito dos avanços no campo das tecnociências aplicadas à produção alimentar, em que pesem as várias campanhas e programas que tem sido desenvolvida pela FAO nestes últimos 70 anos, no sentido tanto de amenizar como de acabar com a fome no mundo.

O professor, geógrafo, médico e sociólogo brasileiro Josué de Castro foi pioneiro em trazer o tema para o debate público e para as agendas governamentais em quase todo



o mundo. Suas obras Geografia da Fome (Primeira Edição, 1946) e Geopolítica da Fome (Primeira Edição, 1952) são dois marcos desta denúncia. Em 1952, quando foi publicada Geopolítica da Fome, o mundo e principalmente a Europa, África e Ásia ainda enfrentavam as nefastas e trágicas consequências da Segunda Guerra Mundial que arrasou nações inteiras e de certo havia fome onde hoje existe abundância. A nação considerada hoje a mais rica do planeta, o EUA, não ficou livre do problema e a fome também grassou em seu território, em várias ocasiões. Nichos de pobreza e fome existem até hoje nesta área de abundância, especialmente no sul do país. Ironicamente, os EUA, considerada a nação mais rica do planeta, enfrenta as duas fomes, igualmente ceifadoras de vida: a starvation, a fome dos que não tem o que comer e a fome dos obesos que comem demais e acham que estão alimentados. Uns morrem por falta de alimentos e outros de tanto comer.

Afinal, de que fome falamos? A dos que não tem o que comer ou a dos que estão morrendo de tanto comer? A fome dos obesos e malnutridos é menos preocupante? Como implantar políticas públicas e programas de segurança alimentar que garantam o direito a todos à uma vida saudável se estamos presos aos grilhões dos interesses de oito ou dez oligopólios da indústria alimentar que comandam o que se produz, como se produz, para quem se produz, o preço dos alimentos e aonde deve ser distribuído o alimento? Como romper com este círculo de ferro do monopólio do alimento se há um poderoso lobby nas esferas de poder dos países que tem garantido a manutenção dos interesses dos grandes produtores e os do grande capital representado por esses complexos alimentares? Este é o cerne deste artigo.

Avanços tecnocientíficos e a produção alimentar

Apesar das conquistas, nestes dois últimos séculos, no campo técnico e científico para produção de alimentos, resultantes das pesquisas e avanços na área da engenharia genética e da nanotecnologia em busca de melhorar a qualidade da produção, aumentar o tempo de durabilidade e conservação dos alimentos, potencializar a produtividade e solucionar o problema da escassez alimentar, a fome continua a rondar o mundo como há mais de sessenta anos, quando foi publicada a primeira edição de Geografia da Fome (1946).

Afinal, tanto conhecimento produzido, tantas novidades a disposição nos mercados do mundo e ainda enfrentamos velhos fantasmas como a fome? Como explicar esta contradição?



Primeiro precisamos nos conscientizar dos limites e alcances das conquistas no campo tecnocientífico, bem como considerar o ônus e o bônus da empreitada, pois se por um lado nos beneficiamos com as conquistas científicas e tecnológicas em vários campos da vida, como o da saúde, alimentação, transporte, comunicação entre outros, por outro estas conquistas não tem beneficiado a todos igualmente, ao contrário, tem aumentado as diferenças entre o mundo desenvolvido e as regiões pobres do planeta, entre os ricos e os pobres de uma maneira geral, para os quais esse “mundo novo” ainda parece distante, e inalcançável. A engenharia genética e as nanotecnologias parecem prometer para nós um mundo imaginado apenas pelos ficcionistas, um mundo sem males, sem doenças, sem fome, graças as conquistas científicas e tecnológicas em um futuro sem data, que muitos acreditam que já o alcançaram, mas isto é uma ilusão e perigosa.

Para Thomas, Fressoli e Lalouf (2013), a existência humana sobre a Terra e também fora dela é impensável sem a tecnologia, pois a dimensão tecnológica atravessa a existência humana. “Desde la producción hasta la cultura, desde las finanzas hasta la política, desde el arte hasta el sexo.” (Op.Cit. P.10). Há, como afirmam os autores acima citados e com os quais concordamos, uma relação direta entre tecnologia e sociedade, estamos de certa forma tecnologicamente constituídos:

Usted es un ser tecnológico, mas allá de que esta idea le resulte agradable o no. Porque las sociedades están tecnológicamente configuradas, exactamente em el mismo momento y nivel em que las tecnologías son socialmente construidas y puestas em uso. Todas las tecnologías son sociales. Todas las tecnologías son humanas (por más inhumanas que a veces parezcan) (OP. Cit. P. 10)

Bauman e May seguem esta mesma linha de raciocínio ao afirmarem que:

A vida nas sociedades industriais avançadas transformou neste último século muitas esferas de atividades cotidianas, por exemplo: varrer o chão, cortar a grama, aparar a cerca, preparar uma refeição ou mesmo lavar os pratos – em todas elas, a expertise, incorporada em instrumentos tecnológicos e em gadgets (dispositivos), assumiu o controle, por ter polido e afiado as habilidades antes depositadas nas mãos de todo mundo. Precisamos agora dessa expertise e dessa tecnologia para concretizar qualquer tarefa. (Bauman e May, 2010, 239)

A reflexão feita pelos autores citados a respeito de nossa dependência em relação as inovações tecnológicas e nossa disposição em aceitar as novas tecnologias como se fossem isentas de malefícios, alerta para o fato de que os produtos podem se tornar



científicos ou factíveis do ponto de vista tecnológico antes mesmo que seus usos tenham sido verificados: temos esta tecnologia, como podemos usá-la? E mais: uma vez que nós a temos, seria imperdoável não a usar! (Op.Cit. 240-241)

Este é o caso das conquistas tecnocientíficas obtidas no campo da alimentação que vem alterando a nossa cultura alimentar tradicional, introduzindo uma nova cultura da alimentação, potencializando o crescimento da indústria alimentar que coloca no mercado, para o público em geral, novos produtos e uma maior variedade de opção de escolha, substituindo paulatinamente os alimentos in natura por alimentos fabricados industrialmente. Esta maior variedade de alimentos, contudo, não corresponde a uma melhor alimentação do ponto de vista nutricional, pois, não raro, estamos substituindo uma alimentação mais saudável e nutritiva – é o caso no Brasil, do nosso tradicional arroz e feijão – por comidas menos saudáveis e nutritivas, chamadas pelos especialistas de “comida lixo”.

O que estamos comendo?

Apesar dos contrastes entre a abundância de alimentos de um lado e a escassez de outro, a propaganda em torno desse novo padrão de alimentação é intensiva, os produtos são sempre apresentados em embalagens muito chamativas para atrair os consumidores. Essa mudança no hábito alimentar tem atingido todas as camadas da população, tanto as que vivem nas cidades, como as que moram nas zonas rurais, as da classe a, b c e d. Como são produtos que tem uma distribuição muito fácil e também são de fácil conservação, de durabilidade maior e de fácil manipulação, vem substituindo o produto in natura.

A circulação desses novos alimentos é intensa e sua distribuição se faz com muita facilidade, podendo estar à mesa de diferentes pessoas e famílias em todo o território nacional, o que dá ao consumidor a ilusão de que com mais fartura e variedade no campo alimentar ele estará mais bem nutrido e/ ou alimentado. Significativa parcela da população mundial está de fato comendo mais, mas qualitativamente pior e está sofrendo de outro tipo de fome: a fome da abundância.

Esse é o retrato da modernidade da fome, que está a merecer dos cientistas sociais um estudo profundo, pois há neste cenário um paradoxo perverso, pois apesar de haver no mercado disponibilidade de alimentos de boa qualidade, alimentos de verdade, para todos que tem um mínimo de poder aquisitivo, os viciados em comidas prontas e semiprontas, os que vivem de fast food e os que impõem a si mesmos regimes de fome,



buscando atender os ditames da modernidade em relação ao corpo: magro como sinônimo de saudável, esses alimentos não fazem parte de sua dieta e não raro essas pessoas encontram-se com a saúde ameaçada por falta de nutrientes adequados e excesso de produtos químicos que são adicionados as comidas prontas ou semiprontas. E o pior é que como esse tipo de alimento (se é que este termo é adequado), é mais barato, também os mais pobres fazem uso deles e se viciam neste falso alimento.

Nestes casos, a fome não decorre de falta de condições materiais para se alimentar adequadamente, da escassez de alimentos, da pobreza, mas da resposta aos apelos feitos pela mídia, movida pela lógica expansionista da indústria alimentar que fomenta os alimentos light e diet como sinônimos de alimento saudável. Bem como incentiva o consumo dos ultras processados por sua praticidade e preço mais acessível. Essa questão coloca em pauta a discussão acerca das contradições da moderna indústria alimentar, em especial dos produtos apresentados como de baixa caloria. As pessoas parecem responder como que encantadas frente a propaganda em torno deste tipo de alimento e estão cada vez mais obesas e malnutridas.

Esta nova alimentação provoca a obesidade e todas as suas consequências para a saúde (Campillo Álvarez, 2011) e, ao mesmo tempo, pode levar à subnutrição e todas as suas mazelas, inclusive a morte. Enquanto um grupo apresenta figuras esqueléticas, sem carne e músculos, já com a sombra da morte emoldurando os rostos e denuncia a nossa tolerância para com o intolerável, o outro grupo está obeso, disforme, doente e também com a morte a rondar-lhes de perto. Realmente duas fomes e dois desafios. Dois problemas de políticas públicas e de saúde, dois desafios para os programas de segurança alimentar.

Segurança Alimentar e Interesses do Mercado

A relação ciência, tecnologia e mercado é a base do desenvolvimento e do chamado progresso nas sociedades regidas pela lógica do capital. Globalização significa exatamente isso, os mercados não têm fronteiras e a distribuição dos produtos é feita conforme o poder de compra dos consumidores. Produz-se para o mercado e não para segurança alimentar. Os interesses das empresas são voltados para o lucro e não para causas sociais. Por isso, apesar de termos uma tecnologia no campo alimentar capaz de fornecer comida a todos e condições de distribuição e circulação desses produtos em todo mundo, a fome ainda ronda o planeta, em que pesem denúncias, campanhas, programas desenvolvidos por agências governamentais e da sociedade civil.



Vejamos como exemplo o caso dos transgênicos, que não tem no Brasil, praticamente nenhuma barreira proibitiva, por isso somos o segundo produtor mundial de grãos transgênicos e a legislação em relação a estes produtos tende a se flexibilizar cada vez mais. As principais empresas produtoras de grãos transgênicos chegam a investir próximo de US\$ 3 milhões por dia em pesquisas em busca da semente "bala de prata", a quase perfeita.

O depoimento do diretor do departamento de pesquisa química biológica da Syngenta em Jealott's Hill, no Reino Unido, é um exemplo da racionalidade que envolve este tipo de produção. Mark Spinney, diretor da empresa, uma multinacional, é bem claro a este respeito quando alerta: "o que estamos pesquisando agora vai chegar ao mercado em cerca de dez anos. Então nós precisamos prever o que os produtores vão precisar em uma década". Ainda segundo a matéria citada, um dos maiores investimentos do setor está no desenvolvimento de plantas capazes de driblar o clima. Nas bancadas das empresas, as pesquisas já apontam para a produção de sementes resistentes à seca, ao excesso de água, de frio ou de calor. O que as empresas buscam, complementa Mozart Fogaça, diretor de sementes da Dow AgroSciences, são sementes com melhor absorção de água e de nutrientes presentes no solo. "É preciso produzir mais com menos recursos, água e terra. Para isso, é essencial ofertar uma semente de qualidade".

Mas, não apenas a qualidade deve fazer parte desta "semente de prata", o rendimento é igualmente importante. Tanto que, em algumas regiões, a semente já não é vendida por sacas, como o habitual, mas pelo potencial de germinação, segundo Geraldo Berger, da Monsanto, líder mundial em biotecnologia. No Brasil, no estado da Bahia, por exemplo, produtores de sementes já garantem até 99% de germinação, bem acima dos 80% exigidos pelo Ministério da Agricultura. Outro caminho no melhoramento genético está na busca não apenas de maior quantidade produzida, mas também da qualidade do produto. Em pouco tempo, o óleo de soja se aproximará do de oliva, dizem os pesquisadores.

A semente é a base para o sucesso do agronegócio. O desenvolvimento do setor depende dela", diz José Renato Bouças Farias, da Embrapa, na referida matéria. A relevância do segmento é tão grande que desperta o interesse até de quem ainda não está nesse mercado, como a Basf. "É um caminho sem volta", diz Fernando Arantes Pereira, gerente da área de tratamento de sementes da empresa. Nos depoimentos não há preocupação com a fome, mas com o mercado, com os ganhos.



Nanotecnologia e segurança alimentar

Você sabe o que está comendo? Tenho feito sempre esta pergunta provocativa em minhas exposições quando o tema se refere às nanotecnologias aplicadas aos alimentos, mas nunca deixo de colocar no debate também indagações sobre os produtos oriundos da transgenia, isto porque o princípio da incerteza que caracteriza a modernidade, paira sobre os avanços no campo da tecnociência, como bem coloca Santos Junior (2013, p. 15) ao alertar que “o avançar da ciência expõe a sociedade a novas incertezas, fruto dessa busca pelo “admirável mundo novo”. Essa incerteza está presente quanto a aplicação da nanotecnologia na produção de alimentos. Por isso a pergunta acima é pertinente e deveria ser feita às pessoas quando estas estivessem diante de um prato de comida, ou comprando alimentos nas lojas, mercados, supermercados, feiras livres. Que garantia temos que estes produtos estão isentos de perigo para nossa saúde? Sabemos a procedência dos mesmos? Como identifica-los? A rotulagem basta? Como foram produzidos? Nesta esteira se coloca também o custo ambiental e humano do produto.

Devemos nos preocupar não apenas com a quantidade de alimentos disponíveis às populações, mas principalmente para a qualidade dos mesmos em termos de nutrientes, de variedade ofertada, procedência e a acessibilidade em termos de preços. Ou seja, podemos ter em oferta muitos alimentos, mas os mesmos podem ser muito pobres de nutrientes e até nocivos à saúde, como é o caso de muitos produtos alimentícios industrializados, principalmente os ultras processados, que são mais baratos que alimentos in natura, mas que prejudicam a saúde e levam as pessoas a um estado de subnutrição, embora possam se sentir saciadas em sua fome e até ganharem peso. É o que denomino de Modernidade da Fome.

As maiores empresas que controlam o mercado de alimento no mundo, são também as maiores produtoras de grãos e produtos oriundos da manipulação genética, a saber: Monsanto, Syngenta, Cargill, Bayer, BASF e Dupont. É preciso considerar também na relação do mercado com a produção de alimentos e os interesses das indústrias alimentícias, a questão dos recursos ambientais, pois como alerta a economista Amyra El Khalili (In Silva, T.E & Waissman, W. 2014, p.28), especialista nos estudos de commodities ambientais:

Quando exportamos soja, vendemos também solo, água, energia, biodiversidade, sangue e suor dos que produzem e sofrem com o sol inclemente na imensidão das lavouras. O estudo da ONG WWF (World Wildlife) mostra o Brasil como líder ranking dos



países importadores de “água virtual” agrícola: exporta 91 bilhões de metros cúbicos por ano, mas importa 199 bilhões. Por outro lado, a WWF afirma que o Brasil gasta 5,7 bilhões de metros cúbicos anuais de água na produção de mercadorias que serão consumidas na Alemanha, principalmente café, soja e carne. Esse requisito não é considerado como dado formal no processo produtivo padronizado para a compra e venda de commodity, exemplificando, cada tonelada de soja vendida implica o uso de 2 mil toneladas de água.

É preciso ter em conta que há muito dinheiro investido neste tipo de alimentação, tanto nas pesquisas com transgênicos como nas nanotecnologias, são bilhões de dólares que se digladiam no mercado de alimentos, movimentando e enriquecendo poderosos conglomerados econômicos transnacionais. A alimentação moderna parece estar assentada nos interesses destes conglomerados e não na luta contra a fome, na alimentação saudável ao contrário do que se tem propagandeado.

Um intenso debate tem sido travado entre cientistas, pesquisadores e ambientalistas de várias partes do mundo sobre os benefícios e os potenciais riscos que o uso de alimentos transgênicos e/ou à base de nanotecnologias podem acarretar tanto para a saúde humana como para o meio ambiente. Esses alimentos têm sido defendidos como solução para o problema da escassez de alimentos no mundo, destacando sua alta produtividade e rentabilidade, resistência a pragas, além das “facilidades” da sua produção e seu potencial nutritivo maior que o alimento tradicional. Os alimentos resultantes tanto das modificações genéticas, como os resultantes do emprego de nanotecnologias são tidos como o alimento do futuro, “do homem moderno”. Será verdade? Não é o que deduzimos dos quadros de fome e das estatísticas sobre o crescimento da obesidade no mundo, em especial em países desenvolvidos e o campeão para ser os EUA.

Que garantia temos que estes produtos estão isentos de perigo para nossa saúde? Sabemos a procedência dos mesmos? Como identifica-los? A rotulagem basta? Como foram produzidos? Nesta esteira se coloca também o custo ambiental e humano do produto.

Será que um rótulo indicando se um produto é transgênico ou não, ou se contém elementos nano em sua composição resolveria o problema? Claro, que em termos de informação ao consumidor para que este possa saber o que está comprando e tenha o direito de decidir se quer adquirir aquele produto é o mínimo que se espera, pois cumpre



o direito à informação que todo cidadão tem, mas será que as pessoas sabem realmente o que é o processo de transgenia? O que é um nano alimento? O que é nanotecnologia? Como ler as letras minúsculas dos rótulos e decifrar os termos técnicos herméticos a nós simples cidadãos? O público em geral, que compra e consome os produtos não é especialista e, portanto, as indicações dos componentes são por vezes inócuas. Os rótulos não estão preocupados com o cidadão comum, que compõem a maioria do público consumidor, os rótulos parecem feitos de propósito para desanimar a leitura, não são educativos. Muitos especialistas têm levantado um interessante e produtivo debate sobre este ponto.

A incerteza sobre os efeitos das nanotecnologias tem gerado uma série de relatórios, projetos de leis, recomendações pelo mundo. Alguns países apresentam uma resistência maior à comercialização dos nanoproductos, enquanto outros estão empolgados com os benefícios e a possibilidade de desenvolvimento que a nanotecnologia pode proporcionar. Na Europa, por exemplo, é difícil encontrar textos favoráveis às nanotecnologias fora das esferas científicas, enquanto que, nos Estados Unidos, a população está mais interessada nos avanços técnicos e científicos. Na Ásia, o desenvolvimento das nanotecnologias traz esperança de desenvolvimento econômico (Joachim e Plévert, 2009, p. 132). Como esta questão vem sendo discutida nos debates na América Latina?

Segurança alimentar, fome e modernidade

No artigo “A situação de Fome no Mundo, publicado em 29/07/2016 e assinado por Rodolfo Almeida e Beatriz Demasi, cerca de 794,6 milhões de pessoas ainda se encontravam em estado de subnutrição até aquela data e o Haiti liderava o ranking, com mais da metade de sua população nessa condição. O artigo destaca os 15 principais países marcados pela fome, ou pode-se dizer, pela insegurança alimentar. Afirmam os articulistas:

Nos últimos 25 anos, 216 milhões de pessoas deixaram a subnutrição em todo o planeta. O cenário atual é resultado de esforços globais no sentido de melhorar a distribuição de alimentos, sobretudo nos países da África e da Ásia, principais regiões atingidas pelo problema. Em 1991, mais de 1 bilhão de pessoas estavam subnutridas, o que representava 18,6% da população à época. Hoje, 794,6 milhões de pessoas ainda estão nessa condição, ou 10,8% da população mundial atual.



Na definição estabelecida na II Conferência Nacional de Segurança Alimentar, realizada em 2004, na cidade de Olinda/PE:

Segurança alimentar e nutricional é a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (Nascimento, 2012, p. 621).

Contudo os dados de 2015-2016 sobre a segurança alimentar no mundo nos colocam estado de alerta: cerca de 794,6 milhões de pessoas ainda se encontravam em estado de subnutrição e o Haiti liderava o ranking, com mais da metade de sua população nessa condição. Por ordem de insegurança alimentar, marcados pela fome/subnutrição: Haiti, Zâmbia, República da África Central, Namíbia, Coreia do Norte, Chade, Zimbábue, Madagascar, Tanzânia, Etiópia, Libéria, Congo, Iêmen, Uganda e Moçambique.

Mas este quadro pode ser mais grave, pois a FAO não fornece os valores exatos de porcentagem para países com menos de 5% da população subnutrida. Os dados para cada ano são calculados a partir de uma média de três anos (incluindo o ano anterior e o ano seguinte). Isso é feito para reduzir os efeitos de secas e crises sazonais no resultado final da população subnutrida. Os valores para o ano de 2015 incluíam uma projeção para o ano de 2016. (Fonte: The State of Food Insecurity in the World, 2015 e Food security indicators - FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations)).

Em 1991, mais de 1 bilhão de pessoas estavam subnutridas, o que representava 18,6% da população à época. Hoje, 794,6 milhões de pessoas ainda estão nessa condição, ou 10,8% da população mundial atual. (Fonte: www.nexojornal.com.br/grafico/2016/07/29/A-situacao-da-fome-no-mundo-hoje) De acordo com a FAO, em 2017 cerca de 124 milhões de pessoas sofreram insegurança alimentar, e 34 países, dos 51 afetados, tiveram como causa principal dessa catástrofe os choques climáticos. (Revistaforum.com.br 19/11/2018). Esta é uma outra questão que têm entrado nos estudos, as mudanças climáticas no planeta e que tem afetado diretamente as populações mais pobres, em especial as que vivem nas zonas rurais.

Embora os dados divulgados pela FAO sobre a fome no mundo pareçam apontar uma queda no índice de países famélicos, sabemos que nos países mais pobres este índice ainda é muito alto e muito preocupante. Diante de uma tendência cada vez maior dos



países em aderir ao modelo econômico neoliberal, podemos prever que este índice poderá voltar a crescer. O paradoxo é que a fome convive com as ilhas de abundância da produção de grãos transgênicos, das “fábricas” de grãos, e dos nanofoods, pois cada vez mais os pequenos agricultores se veem expulsos de suas terras pelo avanço das empresas que investem nos transgênicos nas monoculturas de soja, milho, feijão, entre outras. Ou seja, tanto investimento em ciência e tecnologia para produzir mais alimentos e nenhuma segurança alimentar para as populações mais necessitadas que não podem desfrutar desses benefícios, que não são produzidos para atender essa demanda e sim para serem transformados em commodities e gerarem lucros às empresas detentoras do Know How das sementes, plantas etc.

Como adverte Z. Bauman (2010), estamos cada vez mais dependentes da tecnologia, talvez não consigamos mesmo conceber nossa vida sem os avanços nesse campo e parece que não estamos contabilizando o custo ambiental resultante das mudanças geradas pelos avanços e mudanças tecnológicas, o importante dentro dessa lógica é que cada vez mais elas solucionem nossos problemas e facilitem nossa vida cotidiana. Não perguntamos se há alimentos para todos no mundo, nem qual o custo social e ambiental destas inovações e conquistas tecnológicas, quem está arcando com o ônus das conquistas no campo alimentar, bem como os riscos destes alimentos. Vivemos em bolhas de abundância cercados por um grande mar de miséria. A fome parece continuar a ser um tema tabu.

Considerações finais

A modernidade se nos trouxe de um lado avanços inimagináveis em termos de novas tecnologias, de outra concepção de vida social, de sujeito, não o fez sem a contrapartida de pesados ônus, como afirma A. Touraine (2011, 104) é impossível separar as conquistas da modernidade dos perigos que ela traz em seu bojo, e contra os quais ela própria deve se precaver. “A modernidade destrói comunidades, a ordem estabelecida e sua estabilidade defensiva”.

Os avanços no campo da produção de alimentos e de toda uma tecnologia sofisticada empregada para o aprimoramento da produção alimentar, são produtos da modernidade, que é essencialmente técnica como afirma F. Brusek (2010), portanto nossa vida está presa a essa contingência: o mundo tecnológico. O problema é que não podemos nos iludir com as promessas de que através dos avanços tecnológicos no campo da alimentação o problema da fome poderia ser resolvido no mundo, pois a



outras questões envolvidas. É preciso não se esquecer que esta é uma questão política e econômica muito complexa de ser resolvida, não porque não tenhamos a capacidade de alimentar a todos condignamente sem destruir os recursos naturais, mas porque, como alertava Josué de Castro a mais de quarenta anos, esta produção é controlada pelo imperialismo econômico e o comércio internacional controlados por minorias cegas pela ambição do momento, que teriam grande interesse que a produção, a distribuição e o consumo dos produtos alimentícios continuassem desenvolvendo-se indefinidamente como puros fenômenos econômicos, dirigidos no sentido de seus interesses financeiros exclusivos, e não como fenômenos do maior interesse social, destinados a proporcionar o bem estar a toda coletividade.

Como afirmamos no início do artigo há duas fomes igualmente nefastas a desafiar os programas de segurança alimentar: a dos que não tem o que comer e a dos que estão morrendo de tanto comer. A fome dos obesos e malnutridos é tão preocupante como a dos que nada tem para comer, de modo que tem sido tratada como uma epidemia. Mas, como destacamos, estamos presos aos grilhões dos interesses de oito ou dez oligopólios da indústria alimentar que comandam o que se produz, como se produz, para quem se produz, o preço dos alimentos e aonde deve ser distribuído o alimento. E assim definem quem deve comer e o quê e quem deve morrer de fome. É preciso este círculo de ferro do monopólio do alimento e os poderosos lobbys nas diferentes esferas de poder dos países que tem garantido a manutenção dos interesses dos grandes produtores e os do grande capital representado por esses complexos alimentares.

Notas

¹ Universidade Federal de Sergipe – taniamagno@uol.com.br

Referências Bibliográficas

Assis, Leticia Marques de. Et al. Características de nanopartículas e potenciais aplicações em alimentos. (2012) Brazilian Journal of Food Technology, Campinas, V.15, N.02, p. 99-109.

Bauman, Z. & May, Tim. Aprendendo a pensar com a sociologia. (2010) Tradução Alexandre Werneck. Rio de Janeiro: Zahar.

Behar, Andrew; Fugere, Danielle; Passoff, Michael. Slipping through the cracks: An Issue Briefs. Disponível em http://www.asyousow.org/health_safety/nanoissuebrief.shtml. Acesso em 26 jun. 2019.



Bruseke, Franz Josef. A Modernidade Técnica. Contingência, irracionalidade e possibilidade (2010). Florianópolis, Editora Insular.

Buzby, Jean C. Nanotechnology for food applications: more questions than answers. (2010) IN: The Journal of Consumers Affairs. Vol. 44, N. 3, p. 528-545.

Campillo Álvarez, José Henrique. El mono obeso. (2011) Barcelona-Espanha, Ed. Crítica.

Castro, Josué de. Geopolítica da fome. (1953). 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Casa do estudante do Brasil.

_____. Geografia da Fome (O dilema Brasileiro: Pão ou Aço). (1982)10ª Ed. Rio de Janeiro: Antares: Achiamé (Clássicos das Ciências Sociais no Brasil)

Nano Magazine. Nanotecnologia para a Indústria Alimentícia. Disponível em: http://www.nanomagazine.co.uk/index.php?option=com_content&view=article&id=56:nanotechnology-for-the-food-industry&catid=37:issue-13&Itemid=151 - 27.04.11.

Acessado em 26/06/2019

Silva, Tania Elias M. E Waissmann, Wiliam. Nanotecnologias. Alimentação e Biocombustíveis. Um olhar Transdisciplinar. (2014) Aracaju: Criação, 2014.

Thomas, Hérmán e Buch, Alfonso. (Coord.) Actos, actores y artefactos. Sociología de la tecnología. (2013) Bernal: Universidad Nacional de Quilmes Editorial.

Touraine, A. Um Novo Paradigma. Para compreender o mundo de hoje. (2011) 4ª. Ed. Tradução Gentil Avelino Titton. Rio de Janeiro: Petrópolis: Vozes.

http://www.nanomagazine.co.uk/index.php?option=com_content&view=article&id=56:nanotechnology-for-the-food-industry&catid=37:issue-13&Itemid=151 - 27.04.11.

Acessado em 26/06/2019

Small Times. Alimentos: Nano comestível é a nova fronteira. Disponível em: http://www.smalltimes.com/document_display.cfm?document_id=3989 - 15.06.11.

Acessado em 26/06/2019.



Processos de resistência e acomodação à precarização do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde

Yansy Delgado Orrillo

Resumo

O estudo tem por objetivo analisar os processos de resistência e acomodação no cotidiano de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) frente à precarização das condições de trabalho. Por meio de uma abordagem etnográfica e as contribuições teóricas de Henry Giroux, Stephen Ball e Márcia Morosini, foram discutidos os conceitos resistência, acomodação, flexibilidade e precarização. O estudo é um recorte de uma pesquisa realizada com Agentes Comunitários de Saúde numa unidade de Saúde no município do Rio de Janeiro. A partir de registros no caderno de campo foram construídas categorias empíricas. A análise dos resultados foi realizada através da análise temática de conteúdo. Os resultados mostraram a complexidade das formas de agir dos ACS no seu cotidiano de trabalho, às vezes se “acomodando” às condições de trabalho precarizadas e outras vezes criando práticas de resistência nos micro e macro espaços das relações interpessoais, ou como coletivo organizado na ação política. Esse cenário está marcado por diversas tensões que trazem repercussões nas condições de trabalho, e na vida dos ACS.

Palavras-chave

Etnografia; trabalho, agente comunitário de saúde; resistência; acomodação.

Introdução

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são profissionais da área da saúde no Brasil que atuam no nível de Atenção Primária à Saúde (APS). A emergência deste profissional se dá no contexto do movimento da Reforma Sanitária, na década de 90, que visa a melhoria das condições de saúde, e que contribuiu para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1990). Nesse período foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACs) em 1991, que antecedeu à criação do Programa da Saúde da Família (PSF) em 1994. O PSF é um modelo que visou a mudança do modelo assistencial de enfoque hegemônico biologicista para um modelo mais preventivo e promotor da saúde, que trouxe novas implicações para a formação profissional e organização do trabalho na APS.

Nesse contexto, o ACS surge como um agente de transformação que desempenha um papel importante na sua atuação na Atenção Básica estabelecendo um contato mais



próximo da comunidade, como um articulador entre o conhecimento científico e o conhecimento popular, entre o sistema de saúde e a população. O documento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de (Brasil, 2012), coloca como atribuições desse profissional a reorganização do modelo de Atenção à Saúde prevista no SUS, que visa assegurar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação. Essa PNAB também preconizou a continuidade das ações de promoção e prevenção da saúde, que leva a transição do Programa Saúde da Família para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com objetivo de ampliar a cobertura e o acesso a serviços de saúde de forma permanente.

A implementação da ESF aconteceu de formas diversificadas em todo o país e especificamente no município do Rio de Janeiro – contexto de nossa pesquisa - a cobertura de serviços de saúde populacional aumentou em mais de 70% no período de 2009 a 2017. No entanto, para esta expansão, a gestão do município decidiu contratar Organizações Sociais de Saúde (OSS) para fazer a gestão dos serviços, ou seja, iniciou um processo de privatização da saúde através da terceirização dos serviços. De acordo com Fonseca (2013, p. 40), “Pode-se dizer, então, que houve uma ampliação restrita do direito da população brasileira à saúde, com subtração de direitos dos trabalhadores da atenção primária”. Esta situação gerou para os profissionais de saúde o aumento da precarização, flexibilização e performatividade do trabalho (Ball, 2005).

A partir desse panorama, torna-se importante discutir como as atuais reformas na APS trazem impactos no processo de trabalho dos profissionais de saúde, principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde, considerando a sua realidade social, política, econômica e cultural do Rio de Janeiro.

A nova PNAB e a precarização do trabalho

Retornando ao contexto nacional mais amplo, presenciamos nos últimos anos uma crise econômica e política no país e a desestruturação das políticas sociais. Assim, no âmbito nacional, o 21 de setembro de 2017 foi aprovado a nova Política Nacional de Atenção Básica mediante a portaria nº 2.436 (Brasil, 2017). O texto representa uma série de retrocessos que violenta os princípios do SUS e ilustra um momento político onde as conquistas da Era democrática estão sob forte ameaça. Morosini e Fonseca (2017) analisam alguns textos que antecederam à nova PNAB como a Portaria GM/MS no 958/16, que alterava a composição da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (ESF) estabelecendo a possibilidade de os municípios substituírem os agentes



comunitários de saúde (ACS) por auxiliares ou técnicos de enfermagem. Esta medida normativa não se implementou, segundo as autoras, devido à intensa mobilização e à organização dos diferentes movimentos sociais dos ACS. O potencial mobilizador dos ACS é um fator fundamental frente a condição de descartabilidade profissional e as possibilidades de resistência.

Entretanto, apesar desses esforços e luta dos ACS e outros trabalhadores do SUS, a nova PNAB foi instituída por decreto. O documento abre caminhos para a instauração do antigo modelo de atenção: equipes de atenção Básica (eAB), que prevê uma equipe mínima de profissionais, onde: dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, ACS e agentes de combate a endemias, podem estar dispensados de pertencer à equipe mínima. (Morosini; Fonseca, 2017). Desse modo, a incorporação das eAB implica além da diminuição de profissionais, mudanças no próprio modelo de atenção à saúde, priorizando ações curativas, e extinguindo as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (trabalho realizado pelos profissionais mais desvalorizados e ameaçados da APS).

Esta e outras iniciativas normativas, desvelam a institucionalização da precarização do trabalho, como forma concreta da implantação do novo modelo de gestão na área da saúde, especificamente daqueles trabalhadores do SUS com condições de trabalho mais vulnerabilizadas. No que se refere aos ACS, na nova PNAB de 2017, não se especifica um número mínimo nem máximo de ACS por equipe, o que pode ser decidido pela gestão local; isto fragiliza a categoria profissional que historicamente vem lutando pelo seu reconhecimento como profissional de saúde.

Frente a essas reformas políticas, em 2017 os profissionais de saúde da Atenção Básica iniciaram diversas mobilizações, e especialmente os ACS continuam lutando e enfrentando as ameaças vindas da implantação da nova PNAB, assim como de decisões municipais de desmonte da atenção básica como é o caso específico do município do Rio de Janeiro, onde desde 2017 aconteceram diversos cortes de orçamento na área da saúde provocando atraso de salários por vários meses, demissão de agentes comunitários de saúde e inclusive o fechamento de unidades de saúde da família.

Nesse contexto, de crise das políticas sociais no Brasil, como pensar em estratégias de resistência às políticas de desmonte do SUS e especificamente, de precarização das condições de trabalho dos ACS?



A precarização do trabalho

O novo modelo de gestão tem gerado consequências negativas no processo de trabalho e nas relações intersubjetivas dos trabalhadores. Segundo Pires (2009), na literatura a precarização aparece como as dificuldades percebidas nas relações contratuais que tem gerado situações de vulnerabilidade desses profissionais frente às exigências da gestão e perda de direitos.

Em um plano mais amplo e complexo, concordamos com Morosini (2018) quando afirma que a precarização do trabalho extrapola a relação salarial, e está relacionado com diversos aspectos do trabalho:

[...] a deterioração das condições de trabalho, a desregulamentação das formas de emprego, a intensificação do trabalho, a extensão da jornada, a redução dos ganhos salariais, a crescente desproteção social, a difusão da insatisfação e do sofrimento físico e/ou mental associados ao trabalho e o fenômeno do desemprego estrutural. (Morosini, 2018, p. 139).

A precarização do trabalho é entendida por Morosini (2018) como processo histórico e fenômeno social. O processo de precarização é colocado como: “formas de produção e reprodução da desigualdade social inscritas na divisão social do trabalho” (Morosini, 2018, p.140). Morosini (2018) baseada em Alves (2013), aborda duas dimensões no processo de precarização: precarização salarial, precarização do homem-que-trabalha. A dimensão salarial está relacionada com a própria relação salarial em si (formas de contrato, remuneração e jornadas de trabalho) e com as condições de trabalho (jornadas diferenciadas, remuneração variável, controle de produtividade, etc). A primeira implica a flexibilização das normas de proteção ao trabalhador; enquanto a segunda diz respeito à inserção de métodos flexíveis de gestão que produzem: intensificação do trabalho, maior controle e aumento subjetivo do trabalho (Morosini, 2018).

A dimensão do homem-que-trabalha está relacionada com os efeitos da precarização da anterior dimensão sobre a subjetividade dos trabalhadores. São as repercussões no modo de pensar e organizar o trabalho. Isso ocorre por meio da “captura da subjetividade”, ou seja, a subordinação dos afetos e capacidades dos sujeitos no processo de trabalho (Morosini, 2018). O modelo de gestão na saúde opera na intimidade dos sujeitos e fornece de novos sentidos ao seu trabalho, transformando valores, sentimentos, e formas de pensar, até modos de viver.



Neste estudo nos aproximaremos da análise dessas duas dimensões para entender as condições de trabalho dos Agentes comunitários e como eles agem nesses contextos.

Metodologia

Abordagem etnográfica do estudo

O estudo, de natureza qualitativa, apresenta uma abordagem etnográfica construída por meio do processo de observação participante e narrativas a partir de registros do trabalho de campo.

A etnografia foi adotada neste estudo como enfoque/perspectiva antropológica. Este enfoque tem como características fundamentais: “partem da longa experiência do etnógrafo em uma localidade e da interação com os que nela habitam; produzem como resultado de um trabalho analítico, um documento descritivo [...] em que inscreve-se a realidade social indocumentada e integra-se o conhecimento local” (2009). Assim, para se tornar significativa esta experiência, Rockwell (2009) acrescenta que é preciso um trabalho reflexivo que procure a transformação e precisão do enfoque desde o qual se descreve a realidade.

Nesse sentido, resulta pertinente o desenvolvimento de um estudo com um olhar etnográfico devido às particularidades que apresenta, já que como aponta Rockwell (2009), em alguns casos o desafio não é realizar uma investigação institucional, mas muitas vezes é mais importante a socialização do conhecimento, o resgate de saberes populares, onde a construção de conhecimento esteja sujeita a processos de ação e lutas indispensáveis. E o intuito de desenvolver um estudo com está relacionado justamente com o nosso compromisso ético y social com a população, com as massas, com o saber popular.

Procedimentos metodológicos

Este estudo foi realizado numa clínica de saúde da família localizada no bairro de Cocotá, na região administrativa da Ilha do Governador, cidade do Rio de Janeiro. A unidade de saúde foi inaugurada em 2016 e atende a uma população de aproximadamente 24000 pessoas, incluída a favela do Dendê. O território de abrangência está distribuído em áreas e micro áreas, cada área tem uma equipe de saúde e em cada micro área trabalha um ACS. Esses territórios apresentam realidades diversas, discrepâncias em relação ao perfil demográfico, perfil epidemiológico, condições econômicas e vulnerabilidade.



Este estudo se aproximou do cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde que trabalham na referida unidade de saúde.

Num primeiro momento foram estabelecidos os contatos institucionais respectivos para a inserção da pesquisadora em campo. Num segundo momento foi estruturado um cronograma de visitas à unidade de saúde, uma vez por semana. Conforme foi se estabelecendo um vínculo com os sujeitos da pesquisa, e considerando as diversas atividades que eles realizam, as visitas foram agendadas diretamente com os ACS tentando acompanhar a maioria de atividades possíveis que eles realizam no seu cotidiano de trabalho que acontece dentro e fora da unidade de saúde.

As visitas iniciaram em março de 2017 na Clínica da Família Wilma e foi possível nesse contexto da inserção inicial no campo, o estabelecimento do vínculo com os profissionais da unidade, especificamente com os ACS. As principais ações que foram desenvolvidas durante o período de março até novembro foram: acompanhamento de visitas domiciliares médicas e de ACS, consultas médicas, reuniões de equipe, trabalho cotidiano do ACS dentro da clínica (acolhimento, atividades administrativas de registro), grupo de Bem-estar: “Fala que eu te escuto”, e mobilizações.

Foram utilizados cadernos de campo para registro de todas as observações realizadas. Outras ferramentas utilizadas foram imagens e pequenos roteiros com temas geradores para guiar as observações, eles são: cotidiano de trabalho dos ACS, Organização do trabalho, formação profissional, dificuldades e potencialidades no trabalho.

A partir do material coletado no trabalho de campo foram elaboradas algumas categorias empíricas seguindo a análise de conteúdo de Bardin: Participação dos ACS nos encontros do “grupo de bem-estar”; Ações de acolhimento dos usuários na unidade de saúde; Atividades e interações na “Sala dos Agentes”; Visitas domiciliares com e sem membros da equipe técnica); Visitas domiciliares com os/as Agentes Comunitários de Saúde; Reuniões de equipe (inclui equipe técnica e ACS); Resistência política dos ACS frente à precarização do trabalho no SUS (Greves, manifestações de rua e mobilizações na unidade de saúde).

Seguindo essas categorias, foram-se discutindo os resultados empíricos, com os conceitos teóricos abordados.



O estudo é parte de um trabalho de Dissertação e mestrado de Orrillo (2019) que obteve aprovação do comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro sob parecer no: 2.691.752, e do Instituto de Estudos e Saúde Coletiva da UFRJ com o parecer no: 2.581.913.

Resultados e discussão

Ao longo do período de trabalho de campo, acompanhamos o cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, identificando processos de resistência e/ou acomodação à precarização das condições de trabalho.

Ações de acolhimento dos usuários na unidade de saúde

Na unidade de saúde os ACS realizam ações de acolhimento aos usuários, ou seja, são momentos que vão além da recepção. Institucional e simbolicamente este é o primeiro espaço de entrada à unidade. Foi identificado na pesquisa que os agentes realizam as atividades de: escuta, identificação do problema ou situação de saúde dos usuários, encaminhamento da demanda, registro ou atualização de informações (cadastro temporário ou definitivo, inserção de casos nos sistemas informatizados). As demandas que se apresentam para os ACS durante o acolhimento são muito diversas geram uma sobrecarga emocional que nem sempre é percebida pelos ACS dessa forma. A resposta positiva ou negativa frente as demandas dos usuários frequentemente não dependem dos ACS, já que eles encaminham os casos para a avaliação/resposta dos médicos, porém essas respostas marcam o desenvolvimento do seu trabalho cotidiano. O acolhimento aparece como um momento muito agitado dentro da unidade de saúde já que os ACS continuamente estão perguntando para os outros profissionais (enfermeiros, principalmente) sobre os casos que chegam à unidade, procurando resultados de exames, etc. O clima de estresse é muito frequente.

Para compreender essa dinâmica Santos¹⁸ explica que no momento do acolhimento existe uma multiplicidade de atribuições que exerce o ACS, e especificamente no município do Rio de Janeiro, isso gera um ritmo intenso de trabalho, que somado com as dificuldades e falta de clareza dos limites nessa atividade, geram um processo de precarização do trabalho. A quantidade e diversidade de atribuições estipuladas na legislação para os ACS, mostram as condições às quais são submetidos sem uma orientação mínima adequada para o desenvolvimento das mesmas, e ainda as modificações normativas sobre as suas funções, complexificam e/ou distorcem mais o trabalho do ACS.



Apesar desses desafios, para alguns ACS o acolhimento significa mais do que ser um receptáculo de informação, há uma dimensão mais humanizada na percepção sobre o acolhimento por parte dos ACS, e enfatizam a relevância desse momento para o sucesso ou não do atendimento, assim como para estreitar vínculos com os usuários. E apesar de ter uma visão limitada do seu papel de serem uma “ponte de acesso entre os usuários e os médicos”, valorizam a sua capacidade de escuta e seu esforço por resolver as demandas da população já nesse primeiro contato do usuário com a unidade de saúde. Desse modo, observamos que o trabalho do ACS no acolhimento apresenta contradições, se por um lado são diversas funções que realizam e sentem um grande estresse, por outro, consideram necessário esse momento para o “sucesso” do atendimento.

Atividades e interações na “Sala dos Agentes”: entre a acomodação e as possibilidades de resistência?

A sala dos ACS é um espaço específico onde os ACS organizam seu processo de trabalho dentro da unidade. É um local onde atividades prescritas e não prescritas se apresentam com mais clareza.

A lógica gerencialista inserida na APS expressa-se no exercício do trabalho. Os ACS no turno de “cadastro” geralmente estão inserindo no sistema informatizado as visitas domiciliares que já realizaram. Assim, as principais ações formais observadas foram: cadastro de usuários, atualização de informações dos usuários, acompanhamento de gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças, programa bolsa família, acamados; todos eles através de sistemas informatizados do Ministério da Saúde e da Organização Social de Saúde (OSS) VivaRio. Esta forma de organização do trabalho inspirado no modelo gerencial (Ball, 2005) flexibiliza as funções ou atribuições dos profissionais, e os ACS acabam sendo absorvidos por esta lógica, e na prática tem desvio de função.

Os objetivos institucionais desse momento é aumentar a “produção” para “bater metas” no final do mês. Esta exigência acontece por equipe de saúde, as quais são acompanhadas e avaliadas pelos enfermeiros de cada equipe e supervisionados pela gerência da unidade. Os incentivos por desempenho de cada equipe acentuam modos de trabalho pautados na competência e meritocracia. Cada ACS realiza uma certa performance do seu trabalho para medir sua produtividade. Estas performances, segundo Ball (2005) são formas de controle dentro do novo gerencialismo, onde valores



do privado são inseridas no público e os profissionais passam por uma remodelação de acordo aos objetivos da instituição onde trabalham.

A remodelação do trabalho quando ocorre no plano individual produz que Morosini coloca como a “captura do trabalho”, priorizando a produção e valorizando atribuições burocráticas dos profissionais. Esta dimensão subjetiva do trabalho (Morosini, 2018) transforma os valores dos sujeitos em prol dos valores do mercado (Ball, 2005) gerando também um processo de acomodação ao sistema, ou seja, da reprodução do modelo hegemônico assistencial da saúde (Giroux, 1985).

Por outro lado, a sala dos agentes também foi um espaço de resignificação de práticas e estreitamento de vínculos interprofissionais. As nossas observações mostraram que existe um micro organização do trabalho dos ACS, facilitada a princípio pela disponibilidade de um espaço onde as interações entre eles se fortalecem, mas alicerçada pela convivência; e o trabalho que realizam funciona em como uma equipe informal que se constitui a partir de uma identidade entre seus membros dada pelas situações de trabalho e pela vivência social.

A criação de esses micros espaços de organização do trabalho e os laços estabelecidos poder-se-iam considerar como formas de resistência às estruturas dominantes, já que a resistência além de abranger formas coletivas de luta, Giroux (2004) afirma que esta não é o fim de uma ação, mas um fato prático que acontece no cotidiano.

Visitas domiciliares com e sem membros da equipe técnica (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de saúde bucal, técnicos de enfermagem)

As visitas domiciliares com acompanhamento de outros profissionais mostram relações de poder entre profissões; abordagem diferenciada (entendimento ampliado dos processos saúde-doença) de residentes e preceptores. Em todas essas visitas a participação dos ACS foi quase nula. Isso deve-se a que no momento da VD as demandas mais explícitas foram relacionadas ao atendimento médico. Aqui não questionamos o papel que o ACS deveria ter nesses casos, mas entendemos que em contextos de vida complexos e de necessidades estruturais da população, é quase inacessível o serviço de atendimento médico em comunidades historicamente desatendidas.

Por outro lado, sabemos que existe uma valorização maior ou menor das profissões da saúde. O papel do ACS como informante durante uma VD demonstra o poder simbólico



de um modelo médico hegemônico e cuja relação de poder encontra-se internalizada pelos sujeitos, inclusive pela população quem legitima essas relações. Andrade (2013) concebe essas relações como dificuldades num processo de trabalho complexo que traz maior desvalorização e gera um trabalho precário, o que é valorizado, segundo a autora, é o conhecimento técnico biomédico em detrimento das especificidades da profissão.

Já nas visitas domiciliares individuais dos ACS, eles estabelecem um vínculo mais estreito com a comunidade e têm a satisfação do retorno positivo sobre seu trabalho. Porém, existem situações que dificultam seu trabalho, como quando as pessoas negam a visita, se recusam ao cadastro ou negam informações. Outra situação é quando são abordados frequentemente pelos usuários na rua; assim, é observado que os limites dos horários e das atribuições do trabalho do ACS também não são entendidos pelos usuários, os mesmos que esperam uma resposta imediata dos ACS.

Há um distanciamento entre o que se espera do trabalho do ACS colocado nas suas atribuições, funções, etc.; e o terreno complexo com o qual interage cotidianamente. Nas visitas ao território os ACS recebem uma gama diversa de demandas, e suas funções nesses cenários frequentemente extrapolam o prescrito na norma; ou seja, recriam-se formas de precarização do trabalho. Entretanto, o ACS está constantemente construindo e resignificando o seu trabalho, apesar da lacuna que existe entre o que é esperado por ele tanto da unidade como da população e o que ele é e cotidianamente. No diálogo com Giroux (1985), ele afirma que é justamente num contexto relações de poder assimétricas onde operam as noções de conflito e a resistência. E ainda adverte que é preciso perceber os campos de resistência complexos e criativos muitas vezes expressado em práticas mediadas pela classe, a raça e o sexo.

Reuniões de equipe (inclui equipe técnica e ACS)

Dentro da unidade de saúde este é um momento onde as equipes se reúnem para discutir diversos temas sobre o trabalho dos profissionais. Embora nas reuniões cada equipe considere uma pauta mínima já preestabelecida - informes da semana, Visitas domiciliares, relato e discussão de casos complexos -, cada uma organiza seu trabalho de forma diferente. Ainda que se observa certa autonomia nesse momento e se resinifique constantemente, também é controlado através de cadernos de atas e registro da atividade no sistema de informação.

Cabe ressaltar que dependendo de quem coordena a reunião de equipe, esta adota enfoques diferentes. Por exemplo, numa reunião coordenada pela enfermeira da equipe



o foco foi discutir casos complexos, informar aos ACS como devem atuar em algumas situações específicas e discutir a produção da unidade; em outra reunião coordenada pelo médico residente o foco foi discutir as visitas domiciliares dos ACS e as VDs, as reuniões coordenadas por médicos preceptores foram mais extensas e se abordaram questões sobre o trabalho de cada integrante da equipe, aprimoramento de ACS sobre algum tema específico, discussão de casos relatados, organização do trabalho da equipe, etc.

A reunião de equipe mostrou-se como um momento de troca de saberes e afetos, mas também como o exercício na prática de um ou mais modelos de atenção à saúde, além de relações de poder entre categorias profissionais. E qual é o agir do ACS nesse cenário, considerando a predominância do modelo gerencialista de saúde?

Nas reuniões de equipe acompanhadas, mostraram-se como momentos muito importantes para os ACS; neles os ACS esclarecem dúvidas, relatam suas visitas domiciliares, junto com os outros integrantes da equipe são discutidas as estratégias para resolver os casos que precisam de uma intervenção mais específica. Alguns momentos as reuniões se equipe foram percebidas como um espaço para se integrar como grupo, de compartilhar experiências além do trabalho cotidiano.

Participação dos ACS nos encontros do "grupo de bem-estar"

Uma das atividades acompanhadas foi um grupo que funciona na unidade e onde alguns ACS participam. O grupo de Bem-estar é uma proposta de um grupo de médicos residentes da unidade que funciona semanalmente na unidade. O objetivo do grupo é acolher e refletir junto aos usuários, diversos temas relacionados com sua saúde, através da construção de um espaço de escuta. Foram acompanhados 10 encontros desde a criação do grupo.

O papel dos ACS nesses espaços foi principalmente de articulação e mediação dos grupos, com uma grande capacidade de proposição de atividades e dinâmicas de grupo; teve um papel ativo e uma relação mais horizontal com os outros profissionais presentes nesse espaço. Nas discussões coletivas, os ACS apresentaram um caráter híbrido, como o profissional de saúde e ao mesmo tempo membro da comunidade. A medida que a confiança se fortalecia os ACS mencionaram com mais naturalidade as dificuldades que vivenciam no seu trabalho, assim como problemas pessoais (problemas de saúde mental e outras dificuldades que influenciam no seu trabalho);



algumas vezes seu trabalho é um lugar para escapar dos problemas familiares, outras vezes é a profissão que foi possível fazer mas tem uma história de sonhos frustrados.

O protagonismo do ACS como articulador que vai além das ações preventivistas esperadas na unidade de saúde, refletem o potencial do papel desse ator como educador em saúde. No entanto, Fonseca (2013) adverte que no trabalho do ACS ainda prevalece uma perspectiva simplificada da educação em saúde e uma lógica utilitarista no desenvolvimento de suas funções direcionadas à prevenção de doenças.

Sobre o espaço construído pelo grupo foi percebido pelos participantes como um lugar de escuta real das dificuldades das pessoas, de acolhimento de sentimentos, pensamentos e emoções. Nesse processo de escuta os ACS também mostraram mudanças e um estreitamento dos vínculos profissionais e pessoais com os usuários e com os outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros). As questões emocionais observadas, refletem como os ACS procuram espaços para exteriorizar suas emoções e situações complexas da sua vida pessoal e profissional, que nos mostram também as difíceis condições de saúde e vida dos ACS.

Resistência política dos ACS frente à precarização do trabalho no SUS (Greves, manifestações de rua e mobilizações na unidade de saúde)

Um período importante registrado nas observações de campo foi a mobilização dos profissionais como coletivo frente às ameaças de desestruturação da Atenção Primária no município. O mês de agosto do 2017 iniciou um período prolongado de greve até o mês de março de 2018. Esta situação tem um contexto político muito importante no marco dos retrocessos em matéria de políticas sociais no país. Como já mencionamos no início deste texto, a crise econômica e política do Brasil somada a outros fatores locais no Rio de Janeiro em relação ao financiamento das clínicas da família desembocou no corte de verbas na área da saúde. Além disso, as discussões sobre a nova PNAB e a sua aprovação em 2017, trouxe o aumento de insatisfações sociais dos profissionais de saúde, intensificando as mobilizações.

Esse cenário iniciou a partir da ameaça de fechamento das clínicas da família e demissão de profissionais de saúde da atenção Básica no município. E na unidade de saúde Wilma Costa os profissionais de saúde organizaram-se para realizar atividades como: caminhadas, mobilização pela rádio, elaboração de cartazes, conversas de sensibilização com os usuários, difusão pelas redes sociais, abaixo assinados, megafone. Uma estratégia importante foram as mobilizações no território,



especificamente dos ACS fazendo divulgação com a população sobre a situação atual da unidade e dos motivos da greve. Aqui se reafirma o papel mobilizador, articulador do ACS, sua capacidade criativa nas propostas de estratégias de mobilização e de organização coletiva.

Os Agentes Comunitários protagonizaram as atividades de luta, junto a técnicos de saúde bucal e auxiliares de enfermagem; apesar de mostrar-se em alguns momentos pouco informados sobre as reformas políticas. Posteriormente a situação se agudizou: surgiram novas demandas como o atraso de salários e a falta de medicamentos e outros insumos na clínica da família. Nesse cenário; médicos, enfermeiros, e outros profissionais da atenção básica entram em greve no nível municipal e continuaram as manifestações, protestos, etc. Os ACS foram os últimos que entraram em greve, respaldados pelo Sindicato municipal de ACS no Rio de Janeiro (SINDACS-Rio de Janeiro) em novembro de 2017.

Vejamos que a construção de espaços de resistência não só aconteceu nos coletivos ou como categoria profissional organizada, mas também no espaço micro de sensibilização com os usuários, que foram parte das atividades de greve, mas que poderiam ser potencializadas no intuito de empoderar à população na luta pelos seus direitos. Esses pequenos atos revelam formas de crítica e enfrentamento não só à gestão municipal pelo corte de orçamento, salários, etc; mas a todo um modelo que aponta na desestruturação do sistema de saúde. Para Giroux (1985), esse questionamento do modelo hegemônico e a luta contra a dominação e a submissão que essas ideologias exercem, consideram-se ações de resistência.

Além disso o caráter criativo do ACS de luta em alguns momentos tanto do seu cotidiano de trabalho como nos momentos coletivos de mobilizações, nos permitem identificar não só um mero comportamento de oposição, mas um desejo de transformação social; ou seja, de emancipação do seu trabalho.

A greve presencial assumida pelos ACS, gerou incomodidades dentro da unidade, principalmente, foi importante perceber o fato deles serem contratados e como essa condição interfere autonomia para fazer greve e não alimentar o sistema informatizado. O medo de serem demitidos sempre fez com que eles registrem todas as ações que realizaram durante a greve, mas não sempre informando de tais ações à gestão, isso foi dependendo das estratégias que foram construindo ao longo do período da greve.



Diante todos os momentos vivenciados junto aos ACS, é possível pensar em caminhos para a ressignificação do trabalho dos ACS, à luz da resistência no contexto das reformas neoliberais contemporâneas. Nos apoiando em alguns autores, para Ferreira (2016), são necessárias, além de ações políticas que melhorem as condições de trabalho e de vida dos ACS, criar espaços de diálogo para que possam ter voz, e respeito às suas demandas, o que poderíamos chamar de espaços de empoderamento. Uma das situações mais valorada como positiva no percurso da pesquisa em campo, foram os momentos de escuta e os espaços de diálogo que se construíram junto com os ACS, por tanto, é um ponto importante que poderia ser reforçado.

Considerações finais

Os resultados nos mostraram as diversas formas de agir dos ACS no seu cotidiano de trabalho, às vezes reproduzindo condições de trabalho precarizadas e outras vezes criando espaços de resistência seja nas micro relações interpessoais, ou como coletivo organizado na ação política. No entanto, esse cenário é dinâmico, e está marcado por diversas tensões que trazem repercussões que vão além do trabalho, ou seja, na própria vida dos ACS.

O caráter inventivo e criativo como aspectos a serem considerados em possíveis ações de resistência, caracterizam o agir do ACS no seu cotidiano de trabalho. Assim, percebemos que nos espaços de grupos como nos movimentos coletivos de protesto assim como nos lugares de interações interpessoais entre profissionais de saúde e entre eles e os usuários, destaca-se o papel articulador, mobilizador e de educador em saúde do ACS.

O ACS é um exemplo vivo de como a população pode se empoderar e emancipar para a luta dos seus direitos respeito à sua saúde individual e coletiva, e na procura de uma forma de fazer saúde mais justa e equitativa. No entanto precisamos dar protagonismo a esses atores e olhar mais para as relações intersubjetivas que permeiam o trabalho árduo desses profissionais.

Seguindo a linha teórica de Giroux, não podemos acreditar na falácia de que tudo é dominação e reprodução do modelo hegemônico, porque estaríamos ignorando as possibilidades de lutas e contradições que existem nas diversas estruturas da sociedade. Assim, para pensar em alternativas de resistência pautadas num caráter emancipatório, temos que acreditar, valorizar e apoiar mais o papel dos ACS.



Considero muito importante o potencial e a força de luta e mobilização desses profissionais, sendo trabalhadores da comunidade onde residem é interessante pensar em ações de Educação Popular em Saúde, numa perspectiva emancipadora. E como aponta Vasconcelos (2009) visar a democratização radical da vida social, a partir de uma verdadeira participação social, que embora pareça uma utopia, esta pode se dar através de formas dialogadas e participativas de relação com a população.

Talvez em momentos de crise como o que vivemos hoje, como academia também nos caberia o papel de nos aproximar mais da população, dos movimentos sociais de forma humilde e aprender dos seus processos de luta, de resistência, como aconteceu na época da Reforma Sanitária. Olhar para o passado e resgatar as experiências que deram sucesso, também é uma possibilidade de encontrar novos caminhos para a transformação social.

Finalmente, no atual cenário político, econômico, social e cultural que atravessa o Brasil e outros países, torna-se necessário refletir sobre novas alternativas pedagógicas na área da educação e da saúde que gerem espaços de resistência ao modelo opressor capitalista. A educação popular pode ser uma alternativa a ser pensada neste momento de desmonte da saúde pública no Brasil e das tentativas semelhantes no setor educação, sobretudo como um processo permanente de reflexão e militância (Freire, 2001) considerando também que a educação popular não aceita a posição de neutralidade política e é preciso lutar pelos nossos direitos e pelo “bem-viver” de nós e de nosso entorno.

Referências bibliográficas

- Andrade, V.M.P. (2013). O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: concepções de profissionais e usuários; (Tese de Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.
- Ball, S. J. (2005). Profissionalismo, gerencialismo e performatividade. *Cadernos de Pesquisa*, 35(126), 539-564. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742005000300002>
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brasil. (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.



Brasil. (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da União 2017; 22 out.

Ferreira, K. N. (2016). Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

Fonseca, A. F. (2013). O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na educação em saúde (tese de doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

Freire P. (2001). Política e educação: ensaios. (5 ed.) São Paulo, Brasil: Cortez.

Giroux H. (2016). Escuela y teorías de la resistencia por Henry Giroux. OVE [Internet]. Disponível em: <http://otrasvoceseneducacion.org/archivos/158633>.

Giroux H. (1985). Teorías de la reproducción y la resistencia en la nueva sociología de la educación: un análisis crítico. México: editorial Era.

Morosini, M.V.G.C, Fonseca, A.F. (2017). Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? Cad. Saúde Pública Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000100301&lng=en.

Morosini, M.V.G.C. (2018). Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990-2016: a precarização para além dos vínculos (Tese de doutorado). Centro de Educação e Humanidades, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Orrillo, Y.A.D. Política, trabalho e formação de Agentes Comunitários/os em uma unidade de saúde da família no município do Rio de Janeiro (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Rockwell, E. (2009). La experiencia etnográfica. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Vasconcelos, E.M. (2009). Para além do controle social a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: Fleury, S., Lobar, L.V.C., (Org). Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 270-288.

Velasco, H., Rada, A.D. (1997). La lógica de la investigación etnográfica. Madrid; TROTTA.



Notas Sobre o Objetivo da Psicoterapia: a questão da adaptação

Breno Augusto da Costa
Adriano Martins

Resumo

O objetivo deste trabalho é demonstrar a inadequação do conceito de adaptação como objetivo da psicoterapia a partir do referencial teórico oferecido pelo filósofo brasileiro Álvaro Vieira Pinto (1909-1987). Realiza-se uma revisão bibliográfica das concepções de finalidade da psicoterapia de diferentes abordagens hegemônicas, posteriormente elas são examinadas a partir do referencial decolonial e, especialmente, das reflexões sociológicas de Vieira Pinto. Apesar das distintas formas de psicoterapia enunciarem objetivos variados, elas apresentam como finalidade geral a adaptação do paciente, sem, entretanto, considerarem o fato capital de que o ser humano se adapta de forma diferente a qualquer outro ser. A ação humana incide tanto sobre o ser inorgânico, quanto orgânico e social para a realização do processo de produção da sua existência. Em um contexto social marcado pela presença de diferentes formas de opressão, a adaptação se torna inadmissível, pois age como dispositivo mantenedor da realidade vigente ao responsabilizar unicamente o indivíduo pelos seus incômodos e sofrimentos. Inquire-se: se o psicoterapeuta não se concebe como profissional da dominação, por que não explicitar suas concepções, ou seja sua ideologia? O trabalho é encerrado discutindo a relação entre psicologia e ideologia, apontando a impossibilidade de uma suposta neutralidade ideológica. Conclui-se assinalando a relevância do pensamento de Álvaro Vieira Pinto para as ciências humanas e a importância de se retomar uma discussão séria sobre o autêntico conceito de ideologia. A omissão das condições sociais nas concepções metropolitanas de psicoterapia reflete seu caráter ideológico de conservadorismo e precipita a necessidade de uma abordagem decolonial.

Palavras-chave

Álvaro Vieira Pinto; pensamento decolonial; psicoterapia; ideologia e psicologia.

Introdução

Uma das tensões existentes no campo da prática psicoterápica decorre da multiplicidade de propostas, abordagens e concepções. O exercício da psicoterapia é em si mesmo alvo de disputa de diferentes profissionais que, exercendo-a formalmente ou informalmente, acabam por deixar patente a indefinição do campo. Claro está que uma abordagem que se proponha resolutiva a esta questão é trabalho de vulto,



impossível, portanto, de ser levado a cabo em um artigo de pretensões menores, como é nosso caso.

Apesar da amplitude do debate, concebemos ser possível abordar uma temática relevante à problemática acadêmica da psicoterapia em geral e que, não raro, queda sem o devido tratamento em seus textos mais fundamentais. Referimo-nos à questão do objetivo da psicoterapia. Divisamos diferentes assunções acerca do objetivo ou objetivos que a prática psicoterápica pode ter; entretanto percebemos imperiosidade da realização de um exame crítico delas e a inevitável fundação de uma nova proposta, desta vez coerente formal e dialeticamente à atuação do psicólogo no contexto brasileiro.

O objetivo geral deste trabalho é apresentar uma concepção de objetivo da prática psicoterápica a partir de uma abordagem crítica. Para a realização de tal tarefa discutiremos, conforme assinalado, algumas concepções clássicas desta temática a partir do referencial crítico fornecido pelo filósofo brasileiro Álvaro Vieira Pinto (1909-1987) e do pensamento decolonial.

Esta escolha metodológica se deu tomando como base as contribuições desse pensador à psicologia enquanto ciência e profissão que conseguimos vislumbrar a partir do estudo de sua obra. O filósofo, apesar de ser reconhecido pelas suas produções sobre filosofia, educação, trabalho, demografia, ciência, terceiro mundo, tecnologia, cibernética e sociologia (Côrtes, 2003; Gonzatto & Merkle, 2016) foi capaz de elaborar reflexões que exprimem a subjetividade humana de forma bastante fecunda e inovadora, contribuindo, conforme nosso entendimento, também à psicologia, além de outras ciências ditas humanas. Sobretudo, entendemos que sua maior contribuição pode ser remontada à convergência entre suas reflexões e o pensamento decolonial, convergência esta que abordamos em outro trabalho (Costa & Martins, 2018). Gustavo Santos assinala a relevância do pensamento decolonial à psicologia afirmando que ele “convoca as psicologias em geral para uma revisão de seus fundamentos epistemológicos fundados numa concepção eurocêntrica para que estejam mais afins ao contexto latinoamericano e possam responder aos problemas advindos do projeto Modernidade/Colonialidade” (2017, p. 108), projeto este marcado pela busca de poder da sociedade europeia que se consolidou enquanto sistema-mundo hegemônico e dominante a partir da exploração colonial da Latinoamérica inicialmente e, posteriormente, de diversos outros povos do globo. A colonialidade trata exatamente



dos “padrões duradouros de poder que emergiram como resultado do colonialismo, mas que definem cultura, trabalho, relações intersubjetivas e produção de conhecimento muito além dos limites estritos das administrações coloniais” (Maldonado-Torres, 2007, p. 243), perdurando apesar do fim oficial do colonialismo, ou seja, a colonialidade é a outra face da Modernidade.

Enrique Dussel (2017) mostra a maneira como a partir da Modernidade a cultura europeia, a filosofia europeia e a civilização europeia se tornaram simplesmente a cultura, a filosofia e a civilização, de forma que a partir deste eurocentrismo instaurou-se um padrão de dominação global jamais visto antes, tudo isso conquistado a partir da sojigação e opressão dos povos colonizados. Devemos acrescentar, entretanto, que, especialmente ao longo do século XX, ocorreu a ascensão do sistema-mundo estadunidense como matriz exploradora, carregando algumas bandeiras nitidamente eurocêntricas, como a ideia da existência de um ocidente único e harmonioso, por exemplo.

O pensamento decolonial, portanto, se presta a oferecer as bases para a decolonização, processo este sutilmente distinto da des-colonização. O colonialismo, em suas bases formais e explícitas, findou-se no início da segunda metade do século XX graças às lutas pela independência, ou libertação nacional, dito com maior rigor, o que envolve alcançar a soberania política, independência econômica e a experiência cultural autóctone, culminando assim na “des”colonização, que significa, grosso modo, transformar uma nação, no sentido de fazê-la deixar sua condição de colônia. Entretanto, apesar do fim explícito do colonialismo, de seu modelo de gestão e submissão dos povos e recursos colonizados, perduram ainda hoje diferentes traços, fatores e condições que permitem-nos dizer de sua persistência, ainda que implícita, ou cujo nome encontra-se escamoteado em outras cavilações. Para problematizar esta questão, considerando, por exemplo, no âmbito da permanência da colonialidade no processo de produção, difusão e aplicação do conhecimento, ou seja, considerando a colonialidade do saber, temos o conceito de “de”colonização, como processo de “luta contra a lógica da colonialidade e seus efeitos materiais, epistêmicos e simbólicos” (Maldonado-Torres, 2018, p. 36). Consideramos legítimo o emprego e a distinção entre estas duas palavras: descolonização e decolonização. Discordamos, porém, de Paulo Margutti, que em artigo recente afirma preferir o termo descolonial, grafado com “s”, pois decolonial seria um estrangeirismo, anglicista, dito mais especificamente (2018). Apesar de o termo decolonial ter grande difusão e uso em países ou produções anglófonas e



francófonas, consideramos importantíssimo ressaltar que na nossa língua os prefixos “de” e “des” podem denotar a mesma ideia de ação ou significação contrária ao termo primitivo, como em depenar, decompor, ou despedaçar, desfazer (Ferreira, 1986), exatamente o que se verifica nos termos descolonial e decolonial. Apesar da existência da necessidade da decolonização se basear na persistência de ranços coloniais, ou seja, mostrando que a descolonização, ou libertação nacional, ainda não foi alcançada em sua plenitude, consideramos importante o uso do termo decolonial para enfatizar o âmbito intelectual e epistêmico que embasam as lutas em prol da decolonialidade.

A produção deste trabalho, portanto, decorreu da necessidade de discutir o tema tão relevante para a prática clínica, que são os objetivos da psicoterapia, tendo como horizonte o fazer decolonial, pois não basta pensar a colonialidade; é preciso fazer a decolonização, que significa, vista de maneira autêntica, pensar na libertação dos povos subjugados, tanto economicamente, quanto politicamente, culturalmente, cientificamente etc. Desta forma, justifica-se o exame crítico de algumas proposições de objetivo de psicoterapia passando pela abordagem decolonial, ou seja, aquela que denuncia e supera a lógica da colonialidade ínsita nos produtos de origem europeia e estadunidense.

Breve Exame de Algumas Concepções de Objetivos da Psicoterapia

Um exame exaustivo e pormenorizado das diferentes concepções em psicoterapia foge ao nosso escopo. Neste breve trabalho, recolhemos apenas algumas das principais noções que encontramos ao longo de nosso percurso de estudos. Temos plena consciência das limitações da condensada revisão que apresentaremos a seguir, entretanto, julgamos possível um estudo sólido e abrangente, que contemple uma parcela ampla de concepções a partir do material elencado.

Iniciaremos tratando de uma abordagem que traz em si um grave delito intelectual, com consequências funestas para a prática psicoterápica, especialmente pelos advindos que esta concepção pode suscitar na vida do paciente se tomada como referência em sua plenitude conceitual. Referimo-nos à conceituação do objetivo da psicoterapia realizada pelos representantes franceses da gestalt-terapia, Serge e Anne Ginger (1995). Entretanto, cumpre assinalar desde já que tal concepção é compartilhada por outras abordagens, apesar de utilizarem outras terminologias ou fundamentação teórica distinta. Os autores assinalam que:



Qualquer intervenção psicoterapêutica não visa transformar a situação exterior, modificar as coisas, os outros ou os acontecimentos, mas sobre tudo transformar a percepção interna que o cliente tem dos fatos, de suas inter-relações e de seus múltiplos significados possíveis. Assim, o trabalho objetiva favorecer uma nova experiência pessoal, uma reelaboração do sistema individual de percepção e representação mental de cada um (1995, p. 23, grifos no original).

Os autores trazem, em meio a algumas verdades meridianas, decorrentes do fato de que o psicoterapeuta cuida do paciente, mas não pode viver sua vida por ele, as mistificações destinadas a garantir o entorpecimento da consciência indagadora da realidade vivida pelo paciente e suas diferentes contradições através do conceito de adaptação. Entendemos, concordando, embora em partes, com as reflexões de Luis Jardim (2013), que as interações surgidas na relação entre terapeuta e paciente podem ser vislumbradas como assentadas em um contínuo cujos polos seriam, de um lado, aquele em que o terapeuta retira do paciente a responsabilidade sobre si mesmo, ou seja, a possibilidade da ação livre e autogerida, substituindo-o, como ocorre nas situações em que intervém para evitar o autoextermínio ou que o paciente cometa algum atentado à vida de outrem, por exemplo; e, do outro lado, o polo cuja característica básica é uma interação em que o terapeuta lega ao paciente as condições para o exercício da ação, reconhecendo-o, ao invés de um “quê”, sobre o qual sua ação incide, um quem, dotado de um poder ser, e, por que não, reconhece a sua vocação histórica e ontológica enquanto ser humano de ser mais, o que implica sua inconclusão (Freire, 2016). A terapia se processa através de diversas interações, ora mais próximas do primeiro polo, mas, especialmente, ora mais próximas do segundo polo, pois o cuidado psicoterápico não deve ser feito para moldar, por assim dizer, o paciente aos interesses e valores pessoais do terapeuta. O erro dessa concepção de objetivo de psicoterapia encontra-se no fato de que propõe uma prática que seja alheia à consideração das condições sociais em que vive o paciente e traga como finalidade reelaboração da forma como o paciente veja tal sistema.

Jorge Ponciano Ribeiro, uma referência brasileira em gestalt-terapia, apesar de não citar os autores franceses é ainda mais explícito em enunciar concepção convergente quando diz que:

Querendo ou não, o homem se encontra lançado ao mundo, e a tendência natural é a identificação do organismo com o ambiente que o circunda, derivando daí a necessidade de não retirá-lo dessa situação, mas de ajudá-lo a integrar-se. Tal integração não



significa a absorção pura e simples de valores ambientais em detrimento das próprias convicções, mas uma percepção real do ambiente, para poder nele e através dele fazer suas opções pessoais (2017, p. 74).

Apesar de interpor certa dose de ponderação em relação à assimilação incondicional à realidade vivida pelo paciente e suas condições, Ribeiro também enuncia, ainda mais explicitamente do que Ginger e Ginger, a adaptação como conceito básico para direcionar a finalidade, ou seja, objetivo da psicoterapia.

Por outro lado, as terapias cognitivo-comportamentais terminam por incidir no mesmo erro da adaptação. Conforme Paul Grant, Paula Young e Robert DuRubeis, essas abordagens, embora contemplando certa diversidade conceitual e prática, são dedicadas, de modo geral, ao entendimento e tratamento dos transtornos e problemas psiquiátricos, entendendo que a patologia é algo que se adquire e mantém graças a processos cognitivos e emocionais que medeiam o comportamento. Segundo os autores, “o tratamento cognitivo-comportamental proporciona uma experiência de aprendizagem adaptativa que vai produzir mudanças concretas em domínios bem distantes do ambiente clínico” (2007, p. 31), tendo por isso um caráter educativo “que visa ajudar o paciente a adquirir habilidades e conhecimentos que vão lhe permitir funcionar de um modo mais adaptativo” (2007, p. 31).

Alguns dos princípios da terapia cognitivo-comportamental trazem uma grande contribuição aos desavisados que negligenciam o fato de que a separação entre racionalidade, afetividade e comportamento só é possível no plano da lógica formal e deve ser feita apenas para fins didáticos. Pensar, desde logo é agir, e racionalidade não se dissocia da afetividade (Vieira Pinto, 1960). A partir de um exame dialético da existência humana, aqui entendendo a dialética como sendo a ciência do movimento do real (Vieira Pinto, 1969), podemos dizer que cognição, afeto e comportamento são aspectos indissociáveis da experiência humana. Há que se atentar, diga-se de passagem, para a diferenciação entre afetividade, campo amplo, e emoção, componente restrito e englobado pela afetividade e que se diferencia experientialmente, e por isso conceitualmente, dos sentimentos e estados de humor, outros dois tipos de afetos. Uma descrição mais ampla da afetividade, porém, foge ao nosso escopo no momento. Nos contentaremos agora em assinalar a necessidade maiores esclarecimentos acerca da dimensão afetiva do ser humano, pois, embora seja reconhecidamente o âmbito existencial sobre o qual se debruça a psicologia por excelência, uma abordagem que busca examiná-la de maneira autêntica, ou seja,



assentada em bases dialético-existenciais, ainda encontra-se por se fazer. Entretanto, nosso foco atual é refutar, a título de digressão, a ideia da terapia como incidindo sobre um transtorno psiquiátrico. Entendemos que, por definição, a terapia ocorre através da interação entre terapeuta e paciente; e não terapeuta e transtorno psiquiátrico, mental, ou qualquer outra abstração. Um terapeuta que negligencia a pessoa que se encontra diante de si e passa a vê-la como sendo portadora de algum transtorno ou condição equivoca-se a respeito do ser humano e sua inconclusão enquanto traço existencial essencial (Vieira Pinto, 1982).

Esta brevíssima digressão visa indicar aos terapeutas a necessidade de encarar o transtorno mental não como uma entidade em si, que a pessoa pode encarnar, portar, desenvolver em traços previamente estruturados, ou qualquer outra noção sucedânea, mas sim, vê-la como um modo de ser do ser humano e que representa a descrição de determinadas cristalizações existentes e comuns a determinado contexto existencial. Os comportamentos humanos, as experiências afetivas, cognitivas, sensoriais etc. que compõem os sinais e sintomas estudados pela psicopatologia primeiro existem concretamente em determinado contexto vital e existencial do ser humano para depois serem abstraídos em determinadas classificações ou diagnósticos. A atuação terapêutica, portanto, prescinde deste diagnóstico, que jamais deve ser entendido como sendo uma tendência existencial da pessoa ao já predefinido ser de determinada patologia. Ademais é preciso cautela, pois vincular a terapia ao transtorno mental, ou então, o que é mais grave, ao chamado transtorno psiquiátrico, termina por tornar a terapia, e por inversão idealista a psicologia, como apenas uma ancila da medicina, o que denota uma visão deturpada da psicoterapia, da psicologia e dos próprios demandantes dos serviços psicoterapêuticos.

Não obstante reconhecermos a importância destes esclarecimentos, retornaremos agora ao liame reflexivo que vínhamos tratando, ou seja, a questão da adaptação na psicoterapia. Grant, Young e DuRubeis também trazem que o estabelecimento de objetivos terapêuticos junto aos pacientes é outro princípio das terapias cognitivo-comportamentais (2007); é algo que concordamos, pois o processo terapêutico deve ter um sentido, um direcionamento, e o demandante é quem deve ser protagonista no estabelecimento e deliberação das finalidades do processo que ele escolheu se engajar (embora saibamos das necessidades de nuançar esta asserção em se falando de terapia com crianças e adolescentes ou pacientes reticentes). Entretanto, cumpre assinalar que a terapia cognitivo-comportamental toma como ponto basilar a adaptação,



o que é o seu objetivo primordial, acabando por invalidar outras formas de objetivos que o paciente proponha, usando, para isso, a justificativa de que trata-se de uma meta irreal. Os mesmos autores são claros ao explicitarem que as terapias cognitivo-comportamentais visam suscitar no paciente a aprendizagem adaptativa responsável pelas mudanças que este deverá passar como advindo da terapia. Tal abordagem se propõe explicitamente a ensinar, através da psicoeducação, que é colocada como um dos seus princípios diferenciais (Grant, Young, DuRubeis, 2007), habilidades e conhecimentos que ajudem o paciente a funcionar de um modo mais adaptativo. Eis-nos, novamente, em face à adaptação.

Em verdade o conceito de adaptação encapsula em si diversos significados de acordo com o âmbito do ser ou com a disciplina em que é empregado. Cumpre salientar, porém, que as diferentes concepções que enunciam explicitamente ou de forma velada a adaptação como finalidade da psicoterapia incidem no mesmo erro: desconhecem ou querem fazer esquecer o fato de que o ser humano é um ser que se adapta de maneira distinta a qualquer outro do reino animal ou vegetal.

Enquanto animais e vegetais, através de diferentes expedientes vitais e orgânicos, vivem graças à adaptação passiva à realidade circunstante a partir daquilo que esta mesma realidade tem, o ser humano é o ser para o qual “no mundo deve haver os bens de que necessita, mas só haverá se os produzir” (Vieira Pinto, 2005, vol. I, p. 489, grifos no original). As categorias dialéticas ter e haver, portanto, diferenciam a vida dos animais e a produção da vida do ser humano, pois haver expressa o exercício da existência social que só é possível ao ser humano, ser que ao invés de se adaptar passivamente à natureza, adapta-se ativamente adaptando-a a si, exercendo, para isso, o trabalho; atividade que deve ser entendida tanto como incidindo no ser inorgânico, orgânico, quando no plano superior do ser: o ser social (1969; 2005; 2008).

A contradição primordial que o ser humano deve resolver para garantir sua existência é em relação à natureza; a partir do trabalho ele deve produzir os haveres necessários para existir. Posteriormente no desenvolvimento histórico, com a aceleração do processo de urbanização, que pode ser expresso em termos de uma “humanização da natureza” (Vieira Pinto, 1969), cada vez mais a contradição principal do ser humano relaciona-o com a própria sociedade (1969; 2005, vol. I, p. 244), podendo ser fundamentada aí, de acordo com nosso entender, a asserção do filósofo argentino



Enrique Dussel, que expressa a diferenciação entre os traços de vivente, ou seja, do ser orgânico, e humano, ou seja, do ser social, do ser humano, que é um ser que deve:

Comer ou beber como necessidade e como expressão da arte culinária, correr como deslocar-se e como esporte, vestir-se para conservar o calor e como moda, morar para proteger-se das intempéries e como arquitetura, pensar, falar, pintar, simbolizar etc. tudo isto como vivente e humanamente (2012, p. 139).

Estas reflexões servem para assinalar o fato de que a existência humana não se funda na adaptação enquanto traço passivo, mas muito pelo contrário, pois o ser humano é ser que sempre reage sobre o mundo, modificando-o; além disso, nosso intuito é expressar o entendimento de que a participação do ser humano em seu sistema-mundo implica em uma tomada de posição quanto às relações sociais aí vigentes.

Em um contexto social cravado pela existência de diversas fontes de opressão, e aqui utilizamos este termo em um entendimento freiriano, ou seja, opressão enquanto sendo constituída “em um ato proibitivo do ser mais dos homens” (Freire, 2016, p. 83, grifos no original), como o racismo, que diminui, usando até mesmo subterfúgios pseudocientíficos (Quijano, 2010; Vieira Pinto, 2008, p. 87 e segs.), o ser de muitos habitantes de nosso planeta; como o machismo, que oprime e desumaniza a mulher, colocando-a submissa ao homem e fazendo-a assumir determinados valores e funções simplesmente por ser mulher, impedindo, como consequência, o exercício de seu ser mais, desumaniza também o homem, que deve também assumir valores e funções simplesmente por ser homem, entretanto é um homem que se vê impossibilitado de exercer a plenitude de suas funções existenciais, como a sensibilidade ou a fraternidade equânime de trabalho junto à sua parceira etc., impossibilitando, também, o seu ser mais; como a exploração do trabalho do ser humano, porque a acumulação de riqueza de uns poucos tem sido feita a partir da exploração da maioria, que ao fim do dia experimenta a exaustão nem um pouco gratificante, o desespero por não conseguir garantir um mínimo de conforto e bem-estar para os seus e a desesperança por não vislumbrar futuro melhor. Enrique Dussel aponta como cerca de 20% da população mundial abocanha 82% daquilo que é produzido, enquanto os outros 80% consomem apenas 18% dessa produção (2017, p. 115), desnudando o quadro de desigualdade em que vivemos; como a divisão abissal entre Norte e Sul global, que estabelece quase uma macroestrutura de níveis de acesso às possibilidades mais amplas de bem-estar para os habitantes do primeiro e condições deploráveis de existência para a maioria dos que vivem no segundo, pois se veem incapacitadas de aceder às mais recentes



conquistas sociais, tecnológicas e culturais conseguidas pela Humanidade; como as diversas formas de abusos vivenciados por nossas crianças, que muitas vezes por preconceitos e concepções ingênuas, ou então por ações decididamente escamoteadoras, vindas de gente mal intencionada, que acabam por obstaculizar medidas educacionais que desenvolvam nelas recursos para se defender de ofensas sexuais, violências de outros tipos e negligências. Uma forma de negligência, que muito nos sensibiliza, é a má-nutrição, tanto das crianças em gestação, quanto das já nascidas ou em idade escolar, pois a fome, questão gravíssima no Brasil, ou então a subnutrição, que não resolve tanto assim o problema, suscitando diferentes formas de sofrimento, podendo até motivar a deficiência intelectual, por exemplo (Vieira & Giffoni, 2017), a fome é um algoz que as crianças sequer têm condições de se defender. O poder público, através das escolas da rede também pública, toma algumas medidas, como garantir alimentação que deveria ser “reforçada” durante o expediente escolar. Dizemos deveria, pois, e eis algo que nos deixa indignado, se trata meramente de uma formalidade para muitas escolas, que não respeitam o direito à alimentação de qualidade destas crianças; contra a dualidade laboral, que humilha e menospreza o trabalho de tantos quanto executam as fainas mais estafantes, pois as classes dirigentes arrogam para si o título de trabalho digno, sendo que, no mais das vezes, é o mais ocioso e irrelevante socialmente, como os cargos meramente burocráticos e de assessoria-inútil-não-sei-de-que, criados para satisfazerem as necessidades politiqueras em todas as esferas de governo, e até mesma na iniciativa privada. Todas essas condições, que, diga-se de passagem, são deliberadamente bastante próximas às interpelações da filosofia da libertação (Dussel, 2017), e tantas outras, que não elencaremos aqui devido à extensão do texto, colocam um sério questionamento à noção de adaptação passiva, decorrente de meros ajustes do ser ao seu contorno, como sendo uma finalidade da psicoterapia.

Portanto consideramos inaceitável quando os autores da terapia cognitivo-comportamental e da gestalt-terapia acima citados asseveram que a psicoterapia visa facultar uma nova experiência pessoal, ou uma reelaboração consciência individual da sua realidade, ou fazê-lo funcionar de forma mais adaptativa, ou então, o que é pior, ajudá-lo a integrar-se, que no mais das vezes significa reintegrar-se. Isto, inclusive, vai frontalmente contra aquilo que motiva a busca pela clínica por muitos, pois muitos buscam-na justamente quando sentem-se deslocados, estranhando um lugar ou modo de ser que antes lhes era cotidiano. Muitos buscam a clínica quando há uma quebra existencial, uma ruptura, crise, e o corriqueiro se torna ameaçador ou angustioso. Mesmo que Ponciano Ribeiro tenha enunciado que a psicoterapia deve suscitar que o



paciente possa fazer suas opções pessoais, ainda assim, apesar desta enunciação expressar o fato ético concreto e correto de que o psicoterapeuta não deve realizar escolhas pelo paciente, salvo casos bastante específicos, concebemos que não basta adaptar-se ao sistema-mundo e as diferentes contradições ali existentes, tal como as seis que elencamos acima.

O conceito de adaptação, como tem sido utilizado na psicologia, sociologia e outras ciências humanas e sociais e, especialmente, no cotidiano popular, deve receber a mais criteriosa correção para se ver livre da cunhagem ideológica que carrega. Álvaro Vieira Pinto critica o uso desse conceito associando-o aos interesses em que foram geradas as reflexões comportamentalistas (behavioristas), pois, tomando o ser humano como um animal como os demais, ou seja, que aprende essencialmente através de condicionamentos, externa o entendimento de adaptação como “ideia eminentemente apassivadora, porquanto favorece, e mesmo declara fatal, necessária e conveniente, sob pena de insensatez, a atitude de silenciosa e inerte acomodação às condições vigentes” (2005, vol. II, pp. 596-597), como se a nossa sociedade fosse perfeita, não padecendo;

De defeitos propriamente ‘sociais’, e sim apenas nela se encontram indivíduos que, ou por motivos constitucionais internos, ou por ineficiência prática, não conseguem se adaptar a tão favorável estrutura de convivência, a fim de tirar dela os inúmeros benefícios que a todos os cidadãos laboriosos, com igualdade de oportunidades, sem discriminações odiosas propicia (Vieira Pinto, 2008, p. 44).

Considerações finais

Sobre a adaptação, trata-se de uma prática da psicologia em geral, conforme assinala Hilton Japiassu (1982, p. 154).

Com estas reflexões nosso intuito não é criar uma dentre as várias “correntes”, “abordagens” ou “forças” da psicologia, uma “psicologia decolonial”. Quando bem entendida, a proposta decolonial em psicologia não se concretiza enquanto um campo como os demais, mas sim, trata-se de uma abordagem decolonial à psicologia. O correto seria dizer que nosso empreendimento foi, conforme concebemos, uma abordagem decolonial dessa ciência, pois tratamos de efetuar algumas operações decolonializantes no seu âmbito de abrangência.

O conhecimento só se torna libertador quando aprendemos a dizer a nossa própria palavra.



Referências

- Ballestrin, L. (2013) América latina e o giro decolonial. *Revista Brasileira de Ciência Política*, nº11. pp. 89-117.
- Bomfim, M (2008). *A América Latina: males de origem* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Côrtes, N. (2003). *Esperança e Democracia: as ideias de Álvaro Vieira Pinto*. Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ.
- Costa, B. & Martins, A. (2018). Álvaro Vieira Pinto e o pensamento decolonial: A questão da colonialidade do saber (p. 49). *Anais do 3º Colóquio Álvaro Vieira Pinto* (p. 49). Porto Alegre: Rede de Estudos sobre Álvaro Vieira Pinto. <https://www.researchgate.net/publication/329697939>.
- Cytrynowicz, D. (1997). Psicoterapia: uma aproximação daseinsanalítica. *Daseinsanalyse - Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse*. 1, 2 e 4. Pp. 63-70.
- Dussel, E. (2012). *Ética da libertação: Na idade da globalização e da exclusão*. Petrópolis: Vozes.
- Dussel, E. (2017). *Filosofia da libertação: Crítica à ideologia da exclusão*. São Paulo: Paulus.
- Fanon, F. (2005). *Os Condenados da terra*. Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Ferreira, A. (1986). *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Ferreira dos Santos, M. (2017). *Filosofia da crise*. São Paulo: É Realizações.
- Freire, P. (2016). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz & Terra.
- Freire, P. (2017). *Pedagogia da autonomia*. Rio de Janeiro: Paz & Terra.
- Freire, P. (2018). *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Paz & Terra.
- Ginger, S. & Ginger, A. (1995). *Gestalt: Uma terapia do contato*. São Paulo: Summus.
- Gonzatto, R. & Merkle, L. (2016). Vida e Obra de Álvaro Vieira Pinto: um levantamento biobibliográfico. *Revista HISTEDBR On-line, Campinas*, n. 69, p. 286-310.
- Grant, P., Young, P. & DuRubeis, R. (2007). *Terapias cognitivas e comportamentais*. Em: G. Gabbard, J. Beck & J. Holmes (orgs.). *Compêndio de Psicoterapia de Oxford*. (pp. 30-44). Porto Alegre: Artmed.
- Jardim, L. (2013). Ação e compreensão na clínica fenomenológica existencial. Em P. Evangelista (org.). *Psicologia fenomenológico-existencial: Possibilidades da atitude clínica fenomenológica* (pp. 45-74). Rio de Janeiro: Via Verita Editora.
- Lispector, C. (2016). *Todos os contos*. Rio de Janeiro: Rocco.



Maldonado-Torres, N. (2007). On the coloniality of being. *Cultural Studies*, 21(2), p. 240 – 270.

Maldonado-Torres, N. (2018). Analítica da colonialidade e da decolonialidade: Algumas dimensões básicas. Em J. Bernardino-Costa, N. Maldonado-Torres & R. Grosfoguel (orgs.). *Decolonialidade e Pensamento Afrodiaspórico*. (pp. 27-53). Belo Horizonte: Autêntica.

Margutti, P. (2018). Filosofia Brasileira e Pensamento Descolonial. *Sapere aude*, 9(18), p. 223-239.

Ribeiro, J. (2017). *Psicoterapia: Teorias e técnicas psicoterápicas*. São Paulo: Summus.

Santos, G. (2017). Psicologia fenomenológico-existencial e pensamento decolonial: um diálogo necessário. *Revista do NUFEN*, 9(3), 93-109. <https://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol09.n03artigo16>.

Quijano, A. (2010) Colonialidade do poder e classificação social. Em: B. Santos & M. Meneses (orgs.). *Epistemologias do Sul* (pp. 84-130). São Paulo: Cortez.

Vieira, E. & Giffoni, S. (2017). Avaliação de Preditores de Risco para a Deficiência Intelectual. *Rev. Psicopedagogia*, 34(104): 189-95.

Vieira Pinto, A. (1956). *Ideologia e Desenvolvimento Nacional*. 4ª edição. Rio de Janeiro: ISEB.

Vieira Pinto, A. (1960). *Consciência e realidade nacional*. II vols. Rio de Janeiro: ISEB.

Vieira Pinto, A. (1969). *Ciência e existência*. Rio de Janeiro: Paz & Terra.

Vieira Pinto, A. (1982). *Sete lições sobre a educação de adultos*. São Paulo: Cortez.

Vieira Pinto, A. (2008). *A sociologia dos países subdesenvolvidos*. Rio de Janeiro: Contraponto.



Atención al padecimiento del VIH en adolescentes de la Ciudad de México

Marian Ferrara Alicia Piñeirúa
Mónica Hernández Lyeve

Palabras clave

Atención, salud, padecimiento, adolescentes, VIH.

Introducción

Se realizaron observaciones no participantes en los servicios médicos de atención. Se realizaron 135 observaciones a población general de la clínica, de estas 35 corresponden a observaciones realizadas con población adolescente. El promedio de consultas por día entre ambos centros oscilaba entre las 10-15. Los días y horas de observación fueron acordados previamente con los médicos, las usuarias y usuarios, habían sido informados con anterioridad sobre la presencia de los investigadores durante la consulta médica. Participaron 6 médicos, de los cuales 4 son mujeres y 2 hombres, 4 de los participantes eran médicos/as generales y 2 especialistas del área de infectología. En Clínica Especializada Condesa Iztapalapa (en adelante CECI), el periodo de observación abarcó de agosto a noviembre de 2018. En el caso de Clínica Especializada Condesa (en adelante CEC) la observación se realizó de mayo a agosto de 2019.

Se utilizó la observación como técnica de la etnografía a través de la cual es posible conocer las prácticas de los agentes sociales y reconstruir procesos socioculturales, esta se realiza en espacios específicos o “escenarios” donde acontecen procesos sobre los que generalmente los actores involucrados se desenvuelven cotidianamente; es decir, sin necesariamente incluir un proceso de reflexión sobre la práctica que realizan (Jociles, 2018). la realización de la etnografía siempre se requiere de un ejercicio hermenéutico, pues el etnógrafo funge como el puente entre la cultura de la que viene y la cultura a la que estudia. El etnógrafo es el intérprete de la cultura estudiada y lo que hace es interpretar la interpretación del mundo de la comunidad que estudia. Esto es que un sujeto “x” que pertenece a una cultura “x” tiene una interpretación de la vida y de su posición en el mundo a través de códigos expresados en lenguaje, ritos, mitos, costumbres, tradiciones, prácticas de vida que significan en mayor o menor grado cada una su ser y hacer en el mundo, su entendimiento del mundo y, por su parte, el etnógrafo, de una sociedad “y”, de una cultura “y”, lo que hace es observar, codificar y aprehender la interpretación del individuo “x” que pertenece a la cultura “x”. Así, se logra el ejercicio de la doble interpretación, de la interpretación de la interpretación que, a su



vez, siempre se encuentra condicionada por los condicionamientos sociales, políticos y culturales de la posición que ocupa el etnógrafo en su sociedad y en su cultura (Lassiter, 2014).

Así, para realizar este ejercicio etnográfico se hizo una guía de observación que incluía hora de inicio y término de la consulta, especialidad, edad y código de identificación diferenciado por rol dentro de la consulta y género. Durante la consulta médica se redactaba un reporte descriptivo basado en el guion de observación. El material fue vaciado en una matriz de contenido se llevó a cabo un análisis inductivo que fue organizado por temas a partir de familias de códigos. Las categorías emergentes fueron el control de prácticas corporales y los discursos sobre prácticas sexuales que se explicarán más adelante. En el guion se incluyeron tres grandes categorías: a) valoración del médico sobre el paciente dependiendo de los atributos sociales en términos de rango de edad, clase socioeconómica, género, entre otros marcadores sociales que mediaban la consulta; b) comunicación médico/paciente: se observaron las valoraciones de los médicos sobre el comportamiento en términos del apego al tratamiento, asistencia a laboratorios, consultas, lenguaje y expresiones utilizadas tanto por médicos como por usuarios, dudas o preguntas expresadas por usuarios; y c) sexualidad y reproducción en la atención a adolescentes con VIH: presencia de ITS, prácticas sexuales, uso de condón, métodos anticonceptivos, deseos reproductivos.

Análisis de contenido y resultados

Para analizar las expresiones utilizadas por los médicos en el encuentro clínico se tomó como referencia el “deber ser” de los pacientes, esto se realizó a través de la identificación de rasgos y atributos sociales que median la interacción en la consulta. Por un lado, están aquellos asociados a los desenlaces clínicos (apego al tratamiento, asistencia a las consultas), los cuales no solo miden el estado fisiológico de la enfermedad en las personas, sino que son elementos que algunos médicos transforman en atributos sobre el “deber ser” del paciente; esta configuración es mediada por otros atributos como género, edad, orientación sexual, grado de escolaridad y estrato socio económico que configuran nociones en los médicos sobre ese otro que tiene frente a sí.

Sobre la primera dimensión: valoraciones del médico sobre el comportamiento social y clínico de los adolescentes sobre la evolución del VIH se encontró el “deber ser” configurado por los médicos sobre los pacientes no se limita exclusivamente a la población adolescente, es una construcción hegemónica sustentada en el dispositivo



biomédico, donde las expectativas del médico sobre el paciente giran en torno a nociones científicas y positivistas del cuerpo; de esta forma se espera que los pacientes sigan al pie de la letra las indicaciones para mantener un cuerpo lo más sano posible, o sea, un cuerpo legítimo. En términos del control del VIH el “deber ser” se vincula con asistir a las consultas médicas, realizarse los laboratorios médicos, consumir el tratamiento antirretroviral, evitar conductas de riesgo; no obstante, se encontró que existen expectativas que van más allá del control del VIH, donde también se busca mantener un cuerpo delgado, bien alimentado, atlético, con medidas precautorias de otras enfermedades como infecciones de transmisión sexual, diabetes y/o hipertensión. Estas expectativas fueron construidas en el encuentro clínico, que se caracteriza por la verticalidad, donde el rol de cada actor está delimitado por una serie de entendidos implícitos, el médico es el sujeto con el conocimiento legítimo mientras que el rol del paciente se vincula con un papel de escucha pasiva, su voz aparece a través de las preguntas específicas que el médico hace sobre la enfermedad. Así, encontramos dos elementos resaltan a partir de las observaciones dentro de esta dimensión, el primero es que el médico se centra en responsabilizar al adolescente, ignorando las condiciones laborales, así como los efectos adversos mencionados en un primer momento.

Por otro lado, sobre la segunda dimensión de Comunicación médico/paciente dentro de la consulta a adolescentes con VIH se registraron discursos y prácticas hegemónicas que configuran aquello que Foucault denominaría como prácticas disciplinarias de control médico, al particularizar las interacciones en el encuentro médico/paciente, se visibilizó que existen distintas miradas, por un lado, están aquellos médicos/as que ejercen prácticas clínicas más vinculadas a lo que se reconocería como medicina hegemónica que reproduce un modelo de atención caracterizado por la verticalidad, una visión positivista del cuerpo, la enfermedad y la responsabilidad individual. Por el otro lado, existen perspectivas más orientadas con romper este modelo hegemónico, sustentadas en el reconocimiento no sólo de la enfermedad desde una mirada biológica, sino de la realidad social de quien está frente a sí, con un trato más horizontal, sensible, sin el cuestionamiento constante del “deber ser” del paciente ideal.

En términos de la comunicación médico/paciente, se encontró que hay médicas/os quienes tratan de establecer relaciones en las que la asimetría de poder se reduzca, generando así un ambiente empático que le permita al paciente sentirse en un entorno de confianza donde consideran sus necesidades específicas; así como su realidad cotidiana. En consecuencia, la perspectiva que estas médicas y médicos configuran



sobre los atributos de los adolescentes con VIH, se establece a partir de la resignificación, es decir, no se constituyen como actos de discriminación, sino como una posibilidad de acercamiento a la realidad social del paciente, la cual tiene por resultado la mejoría de los desenlaces de atención de los adolescentes, específicamente en lo relativo a la retención dentro de los servicios de salud. Así, este tipo de interacciones modifican el microcosmos de la consulta clínica, al mejorar la comunicación médico/paciente.

Por último, sobre el eje de la sexualidad y reproducción en la atención a adolescentes con VIH el resultado más contundente fue ver la marcada diferenciación de trato en lo relativo a aspectos como la sexualidad y reproducción estuvo preponderantemente mediada por el género, en las consultas médicas de los hombres, independientemente de su orientación sexual y edad hubo un mayor énfasis en los diálogos sobre prácticas sexuales en los que se abordaban temas como número de parejas, vínculo o estatus con la pareja sexual, roles en el ejercicio sexual, estrategias de disminución de riesgos y diagnóstico de signos y síntomas asociados a otras ITS.

En el caso particular de las mujeres la información dentro de la consulta estaba mucho más enfocada en ahondar sobre la trayectoria reproductiva; así como el uso de métodos anticonceptivos, especialmente sobre la oferta de la T de cobre independientemente de que presentaran un evento obstétrico, esto se debía a la susceptibilidad que existe entre los métodos hormonales con algunos esquemas de tratamiento antirretroviral. Es importante mencionar que, más allá del tema del VIH, en concordancia con lo que han evidenciado investigaciones sobre el abordaje de la sexualidad femenina en los espacios de salud, esta se encuentra dirigida principalmente a la noción de reproducción o no reproducción sin considerar el deseo de las mujeres, se da por sentado que la sexualidad femenina va intrínsecamente ligada a la reproducción, antes que preguntarles en consulta sobre sus prácticas sexuales lo que se pregunta es el método anticonceptivo utilizado, pues en el caso de las mujeres, el abordaje alude a la reproducción específicamente sobre el tema de anticonceptivos o de esquemas adecuados en caso de un embarazo, quedan como temas pendientes el abordaje de las prácticas sexuales no asociadas a lo reproductivo.

Para finalizar con este apartado se encontró desde las observaciones que en la interacción médico/paciente como un proceso dialógico y relacional de entramados complejos en los que no se puede generalizar ni homogeneizar la práctica en la



interacción micro que se da al margen del espacio de una consulta médica. Por el contrario, se argumenta que los atributos sociales y las trayectorias tanto de los médicos como de los pacientes median estas valoraciones, comunicaciones y prácticas son posibles reconfigurarlas desde posicionamientos más horizontales, sobre todo tratando con un grupo de edad con tantas particularidades como los adolescentes.

Es por todo lo anterior que el modelo que se propone más abajo hay que mirarlo en aras de atacar complejas situaciones estructurales con las que se mira a cualquier tipo de población adolescente, esto es, que si aterrizamos toda la complejidad con que el sentido de adultocracia rige sobre la población joven a un grupo específico de adolescentes viviendo con VIH, las problemáticas se multiplican al estructuralmente no entender y estigmatizar por partida doble a este grupo etario viviendo con VIH en la Ciudad de México. La implementación de un modelo de paridad, de revisiones con personal médico basado en la horizontalidad, la creación de grupos de apoyo específicamente para esta edad, la utilización e implementación de herramientas tecnológicas asociadas a grupos más jóvenes ayudaría a una mejor retención de los mismos en diversas clínicas de la Ciudad de México y del país y esto mantendría, por ende, una mejor adherencia al tratamiento y una mejor respuesta a la enfermedad.



Línea Temática 3.

Sistemas y Servicios de Salud: Servicios y derechos en salud. Modelos, sistemas y alternativas de salud en la sociedad. El análisis de los sistemas y servicios de salud considerando los enfoques de género, el generacional, la interculturalidad, el desarrollo sostenible, equidad e inclusión social



Saúde, cidadania e desigualdade no Brasil

Felipe Daiko Fraga
Maria Cristina da Costa Marques

Resumo

O Brasil é o 10º país mais desigual do mundo e possui o 3º pior índice de Gini da América Latina e Caribe. Tendo isso em vista, o objetivo desse trabalho é analisar a construção da cidadania no Brasil e a produção de desigualdades pela crítica sobre o desenvolvimento nacional por intermédio da saúde pública. Nesse sentido, questiona-se: Porque somos desiguais? Como surgem as desigualdades? Quais são as raízes da desigualdade no Brasil? Para responder as questões, realizou-se uma Pesquisa teórica de abordagem qualitativa e de modalidade bibliográfica, pautada no estudo de pensadores brasileiros sobre “desigualdade social” e “cidadania”. Nesse caminho, notou-se que os padrões de desigualdades e a construção das instituições modernas no Brasil, como a cidadania, estão nos primórdios da modernização do país. Nesse sentido, a cidadania brasileira, assumida pela saúde no século XX, se baseou na 1) cidadania regulada: identificação de cidadãos (trabalhadores) e pré-cidadãos (não-trabalhadores) e 2) cidadania invertida: produção de dependência e estigma aos grupos mais vulneráveis. Assim, a Saúde Pública produziu exclusão e manutenção de pobreza ao seguir uma lógica de Welfare State que, contraditoriamente, age como um sistema de estratificação, criando uma hierarquia valorativa entre subcidadãos e supercidadãos. Por fim, conclui-se que o processo de desenvolvimento da cidadania no Brasil colocou o Estado em uma posição de implementar os direitos dos cidadãos no sentido de obterem legitimidade e poder. Dessa maneira, a cidadania se restringe ao aspecto formal e fica completamente descolada de seu escopo substantivo, resultando em uma cidadania mutilada.

Palavras chave

Saúde, cidadania, desigualdade, Brasil.

Introdução

Segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), atualmente, o Brasil é o 10º país mais desigual do mundo e de acordo com o Relatório anual da Oxfam Brasil – 2017, o país possui o terceiro pior Índice de Gini da América Latina e Caribe. Ainda segundo o último relatório, 80% dos brasileiros vivem com uma renda per capita inferior a dois salários



mínimos mensais, enquanto que o 1% mais rico recebe mais de R\$ 40.000,00 por mês.

Embora o artigo 5º do Título II e Capítulo I da Constituição Federal disponha que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”, tais desigualdades impactam todos os setores da vida de cada cidadã e cidadão que vive no Brasil. Aliás, a própria existência dessas desigualdades levanta alguns questionamentos importantes, como: 1) Por que somos desiguais? 2) De onde e como surgem nossas desigualdades? 3) Quais são as implicações da formação social brasileira para a construção dessas desigualdades? Para tais questões, terei a saúde pública e seu papel na produção ou enfrentamento dessas desigualdades como horizonte de análise.

Outro aspecto importante diz respeito ao Painel de Indicadores do SUS nº 10, publicado em 2016 pelo Ministério da Saúde, que mostra como a população negra é mais vulnerável do que a população branca tanto nas doenças crônicas, quanto nas infecciosas, além dos casos de mortalidade evitável, como a mortalidade materna (90%). Em 2012, 60% da mortalidade materna no Brasil ocorreu em mulheres negras.

Todos esses dados expressam as desigualdades sociais e em saúde no Brasil em sua perspectiva quantitativa. Entretanto, da mesma forma, existe a importância de que essa expressão também seja trabalhada pela perspectiva de sua interpretação e contextualização a partir das ciências humanas e sociais, de modo que o entendimento do motivo, das raízes, das implicações e das transformações dessas desigualdades sejam destacadas e aprofundadas.

Por isso, para compreender a complexidade do tema e a sua expressão na sociedade e, conseqüentemente, na saúde, é necessário conferir historicidade ao seu entendimento.

Aspectos Metodológicos

Este trabalho corresponde a uma pesquisa de natureza exploratória, uma vez que objetiva proporcionar uma percepção geral sobre a formação social brasileira e a produção de desigualdades sociais no campo da saúde. Por meio de uma



abordagem metodológica de revisão bibliográfica, em perspectiva qualitativa, será possível compreender como as desigualdades em saúde têm sido abordadas na produção científica brasileira.

Em um primeiro momento, houve a necessidade de realizar um levantamento teórico historiográfico sobre aspectos da formação social brasileira que apoiam os dados sobre desigualdade em saúde hoje. Nesse âmbito, foram levadas em consideração as obras de Milton Santos (2007), Wanderley Guilherme (1979), José Murilo de Carvalho (1996) e Jessé Souza (2018), acerca de alguns aspectos da formação social brasileira e da constituição da cidadania no Brasil.

Em um segundo momento, foi realizado um exercício mais profundo de articulação e confrontação das ideias e argumentos dos autores mencionados, acerca da interpretação sobre o Brasil e a relação entre a Saúde Pública e a cidadania no país.

Resultados e discussão

Desigualdade e Cidadania no Brasil

De início, é imprescindível destacar que as desigualdades estruturais presentes no Brasil motivaram importantes intérpretes brasileiros a questionar a cidadania no país, como Milton Santos, José Murilo de Carvalho e Wanderley Guilherme, por exemplo. O primeiro destes, inclusive, no livro “O espaço do Cidadão”, no título de seu primeiro capítulo, indaga: “Há cidadãos neste país?”.

Para ele, os interesses em garantir que o Brasil fosse um país “avançado” e as ações que ocorreram em passo acelerado para que tal objetivo fosse atingido, despertaram as massas “para a necessidade, o interesse e a vantagem de ampliação do consumo, mas não para o exercício da cidadania, cada vez mais amputada” (Santos, 2007).

Além disso, as diferentes experiências sociais culturais e políticas nos países metrópoles e satélites também devem ser levadas em consideração. De acordo com Haguette (1982), num contexto global, a cidadania está associada à divisão internacional do trabalho. Isso implica que o próprio desenvolvimento da cidadania seja desigual e estratificado, segundo a experiência e a posição de cada país no mundo, de modo que as metrópoles ocupem lugar de força, enquanto que os satélites ocupem lugar de fraqueza, segundo a lógica da economia mundial.



Fazendo essa diferenciação, o conceito de cidadania ganha historicidade e especificidade. Assim, diferente de tratar a cidadania como um conceito chapado aplicável da mesma maneira em qualquer lugar do mundo e/ou tempo histórico é possível compreender suas singularidades. Portanto, o entendimento de cidadania no Brasil do século XX ou XXI não pode ser o mesmo daquele do século XVII, na Europa, com a emergência do Estado-Nação, nem o do início do século XX, em que o direito ao voto era restrito a certos grupos populacionais, sendo em um primeiro momento às classes proprietárias, em segundo aos homens adultos e, por fim, a toda população adulta. A cidadania brasileira e seus percursos têm características próprias e importantes pensadores estudaram essas particularidades.

Milton Santos, diz que, no Brasil, em menos de trinta anos aconteceram concomitantemente o processo de:

Desruralização, as migrações rurais desenraizadoras, a urbanização galopante e concentradora, a expansão do consumo de massa, o crescimento econômico delirante, a concentração da mídia escrita, falada e televisionada, a degradação das escolas, a instalação de um regime repressivo com a supressão dos direitos elementares dos indivíduos, a substituição rápida e brutal, o triunfo, ainda que superficial, de uma filosofia de vida que privilegia os meios materiais e se despreocupa com os aspectos finalistas da existência e entroniza o egoísmo como lei superior, porque é o instrumento da busca da ascensão social (Santos, 2007).

Para ele, essa convergência de acontecimentos tão brusca teve um impacto negativo no processo de formação da ideia da cidadania e da realidade do cidadão no país, de forma que em lugar de cidadãos, no Brasil, formaram-se consumidores que aceitam ser chamados de usuários, seguindo uma lógica não de direito, mas de consumo.

Outra especificidade em relação à cidadania no Brasil é apontada por José Murilo de Carvalho (1996), com sua análise a partir da obra de Marshall, que categoriza a cidadania em três dimensões, sendo elas: 1) direitos civis, 2) direitos políticos e 3) direitos sociais. Como referencial, o autor tem o caso da Inglaterra, no qual, a partir de Marshall, destaca uma correlação entre as três dimensões e uma ordem de construção, sendo os direitos civis uma realidade no século XVIII, os políticos no XIX e os sociais no XX. No Brasil, há uma inversão desse modelo, de modo que, na concepção do autor, não há uma integração entre essas dimensões políticas no país.



Nessa perspectiva, o direito como dádiva e não como resultado expressivo de lutas serve mais como instrumento de dominação política e capilarização do poder do Estado sobre a população e menos como dispositivo de garantia efetiva de direitos. Aliás, essa forma de concessão gera um tipo específico de cidadania, a qual será desenvolvida no decorrer do trabalho. Além disso, Venceslau Souza (2006), com base nos argumentos de Carvalho acerca da fraca expressão ou mesmo inexistência de direitos civis, políticos ou sociais no período colonial, diz que o Brasil não foi capaz de realizar transformações basilares com o processo de independência no que tange a concretização desses direitos e na construção de sentido de cidadania no território nacional. Isso porque, de acordo com ele, a independência foi realizada com a manutenção da escravidão, exprimindo importantes limitações aos direitos civis ou ao trato de liberdade, princípio constituinte da mesma.

Interpretações e significados para o Brasil

Segundo Vaitsman (2002), o que somos hoje, enquanto sociedade, sujeitos e atores, só pode ser entendido à luz de processos históricos que produziram certos padrões sociais, políticos e culturais. Nesse sentido, assume-se que é imprescindível pensar as desigualdades pela via da interpretação sobre a formação social brasileira. Para tanto, meu esforço nesse trabalho se dará em refletir sobre a construção da cidadania no Brasil e a análise da produção de desigualdades sociais a partir da construção dessa cidadania e/ou não cidadania, à luz da reflexão sobre o desenvolvimento nacional por intermédio da saúde pública.

Para tanto, seguindo a ideia de Vaitsman, que discorre sobre os determinantes históricos do padrão de desenvolvimento do Brasil e as suas implicações para as relações estado/sociedade, elencando alguns elementos chaves nas análises de intérpretes brasileiros, pretendo identificar algumas pistas sobre as raízes das desigualdades em saúde no Brasil.

A autora aponta dois elementos chaves presentes nas diferentes análises de intérpretes brasileiros, passando por alguns dilemas dicotômicos como, por exemplo: “tradicional/moderno”, “universalismo/particularismo”, “individualismo/hierarquia”. Além disso, cita alguns autores importantes que pensaram sobre esses dilemas a partir de pressupostos diferentes, como a análise “híbrida” (Freyre, 1992; Santos, 1993), a “relacional” (Da Matta, 1979, 1990), e “as várias gramáticas” (Nunes, 1997). Tendo isso como base, destaca que os dois



elementos são: 1) nosso tipo de colonização, produzindo, por um lado, uma ordem estatal burocratizada, derivada do patrimonialismo ibérico e 2) uma organização social estruturada pela lógica particularista, “familística”, dos grupos e facções. A partir disso, segundo ela, duas leituras foram dominantes, sendo que a primeira associa o atraso brasileiro ao patrimonialismo derivado do transplante do Estado português para o solo nacional e a segunda identifica o patrimonialismo na instituição da própria organização da sociedade.

Vaitsman (2002) ainda aponta que como interpretação alternativa para a compreensão das desigualdades, Jessé Souza apresenta a tese de que a base do nosso padrão de desigualdades e da construção de instituições modernas, como a cidadania, está nos primórdios da modernização do Brasil e pelo modo como ela se estruturou. Assim, para o autor, a exclusão social tem como raiz a própria forma de construir a modernidade.

Desse modo, para Jessé (2018), no lugar de cidadania, que pressupõe universalismo, o que existe no Brasil é uma subcidadania e uma supercidadania, de modo que a primeira não é meramente um subproduto do não acesso a relações personalistas privilegiadas, mas produto da forma como se deu nosso processo de modernização. Tal ideia dialoga ainda com o que Milton Santos (2007) propõe como “o não cidadão do terceiro mundo”, em que afirma que há cidadania e cidadania, sendo que nos países subdesenvolvidos existem cidadãos de classes diversas, onde “há os que são mais cidadãos, os que são menos cidadãos e os que nem mesmo ainda o são” (Santos, 2007).

Em consonância com isso, no artigo “Os direitos de cidadania do nordeste brasileiro”, Haguette (1982) afirma que o processo de desenvolvimento da cidadania no Brasil e na América Latina, de modo geral, colocou o Estado em uma posição de implementar os direitos dos cidadãos no sentido de obterem legitimidade e poder. Dessa maneira, a cidadania se restringe ao aspecto formal e fica completamente descolada de seu escopo substantivo. Sua conclusão é de que esses países, por conta dos caminhos e métodos adotados, não conseguiram garantir o exercício efetivo dos mesmos direitos, além de ter propiciado abertura para regimes autoritários e repressivos, somado ao cerceamento da consciência sócio-política das massas.

Ademais, em nosso caso, “não houve uma transição de luta contra o feudalismo,



como ocorreu na Europa Ocidental, sendo que o liberalismo, no Brasil e em outros países da América Latina, não foi uma ideologia libertadora de grupos emergentes, mas uma doutrina dos grupos dominantes” (Haguette, 1982).

Com base nesse entendimento, é possível associar tais ideias com a compreensão de Wanderley Guilherme sobre a construção da cidadania brasileira associada a um projeto civilizatório. Assim, os cidadãos no Brasil do século XX foram aqueles que estavam dentro do projeto modernizador do Estado. Wanderley enfatiza que para compreender a política econômico-social pós 30 (momento de institucionalização e consolidação de diversas políticas no Brasil) bem como “fazer passagem da esfera da acumulação para a esfera da equidade, é o conceito de cidadania que se faz central, implícito na prática política do governo revolucionário, e que tal conceito poderia ser descrito como o de cidadania regulada” (Santos 1979).

A cidadania regulada é aquela que se produz tendo como base um sistema de estratificação ocupacional definido por uma norma legal, ao invés de um código de valores políticos. Nessa perspectiva, há a seleção de cidadãos e pré-cidadãos, de modo que os primeiros são todos os que pertencem a uma comunidade profissional ou ocupacional reconhecida e definida por lei, enquanto os segundos são todos os outros fora desse reconhecimento (Santos 1979).

O autor deixa evidente que esse tipo de estabelecimento da ordem política produz um sentido de extensão via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, relacionando-se diretamente com a ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões.

Portanto, as apostas políticas e sociais na condução de um tipo de sociedade capitalista, tendo como especificidade a via colonial, uma economia voltada para fora, marcas profundas da escravidão e uma aposta seletiva de cidadania, produziram desigualdades estruturais e estruturantes, desde a sua concepção até a sua execução. Nesse sentido, todos esses caminhos apontam para as raízes das desigualdades sociais no país, somado a um tipo ideal de engenharia institucional firmada no projeto de modernização do Estado.

Como exemplo desse processo é possível citar o modo como, a partir de 1930, houve uma formalização das políticas sociais no país.



Saúde Pública para quem?

Embora a saúde esteja presente como um direito social e concebida como um dos direitos inerentes à condição de cidadania, garantida pela Constituição Federal, seu pleno exercício e realização substantiva se mostra um grande desafio contemporâneo.

Tendo em vista todo o debate proposto até agora e levando em consideração o pensamento de Sonia Fleury (2008), é possível dizer que a cidadania é parte constitutiva da construção dos Estados Nacionais e da Instauração do capitalismo. Neste aspecto, a sua existência implica em contradições gerais, num contexto global, mas, ao mesmo tempo, com formas e conteúdos inerentes a cada singularidade espacial em que se desenvolve. Isso porque “enquanto a classe social está fundamentada na desigualdade econômica, a cidadania, na contemporaneidade, garante os mesmos direitos e deveres a todos” (Fleury, 2008).

Além disso, no âmbito da proteção social, é importante destacar que o modelo a ser instaurado implicará diretamente no tipo de cidadão constituído, do mesmo modo que o tipo de cidadão, dialeticamente, interferirá no modelo de proteção social a ser implantado, desenhando e criando cenários de disputas sociais, econômicas, culturais e políticas à sua maneira, de acordo com seu contexto e momento histórico.

Fleury aponta 3 modelos distintos de proteção social: 1) Assistência Social; 2) Seguro Social e 3) Seguridade Social. Ela destaca que existe uma relação direta entre os modelos de proteção social e as condições de cidadania geradas em cada caso. Sendo assim, os modelos variam no que tange à concepção de políticas sociais e de suas instituições, logo, cada um dos modelos de proteção social vai gerar condições distintas no status atribuído de cidadania, podendo implicar em 1) medida de caridade, 2) benefício adquirido mediante pagamento prévio, 3) usufruto de um direito de cidadania (Fleury, 2008).

Quanto aos modelos de proteção social:

1) Assistência Social: Neste modelo, as necessidades são satisfeitas de acordo com interesses individuais e a capacidade de cada um de adquirir os bens e serviços de que precisa. Acrescido a isso, o mercado é central, enquanto que para a ação pública resta lugar mínimo e complementar, assumindo caráter compensatório e discriminatório sobre aqueles grupos sociais que recebem proteção social porque



demonstram sua incapacidade para manter-se adequadamente no mercado (Fleury, 2008). Como resultado, suas ações tem caráter temporal, emergencial e pontual, gerando estruturas fragmentadas e ações descontínuas de atenção social. O tipo de cidadania gerado por esse modelo é o de cidadania invertida, termo concebido por Fleury (1994), considerando que o indivíduo ou grupo ao invés de ser considerado em sua totalidade e visto como garantidor de direito, passa, na verdade, a ser objeto da política como consequência de seu próprio fracasso social.

2) Seguro Social: cobertura de grupos ocupacionais por meio de uma relação contratual. Esse modelo estratifica e seleciona grupos não por sua incapacidade, mas produz hierarquia valorativa em favor do seu “público-alvo”, pois, enquanto a assistência é focalizada nos pobres, o seguro social está voltado para grupos de trabalhadores regulamentados, expressando uma concepção de benefícios como privilégios diferenciados das diferentes categorias de trabalhadores, na medida em que cada uma delas tem uma política distinta para reivindicar melhorias no seu padrão de benefício (Fleury, 2008). Este modelo produz a chamada cidadania regulada, como formulada por Wanderley Guilherme.

3) Seguridade Social: Por fim, este modelo tem como inspiração o princípio de justiça social e, de acordo, com Sonia, “estabelece um novo modelo de ordem social baseado na condição de cidadania, segundo a qual os cidadãos passam a ter seus direitos sociais assegurados pelo Estado” (Fleury, 2008). Este movimento de universalização, de acordo com a autora, pretende corrigir as desigualdades geradas no mercado por intermédio de sistema de políticas e instituições públicas responsabilizadas e capacitadas para garantir a efetivação da coordenação e da execução dessas políticas. O tipo de cidadania construído aqui é a universal.

Todo esse levantamento é importante porque cada um desses modelos será responsável por construir um tipo particular de cidadãos e de cidadania. Sendo assim, cada um deles terá impactos significativos na construção da sociedade.

No campo da Saúde Pública, Fonseca (2009) afirma que, no início do século XX no Brasil, se configuraram duas esferas distintas de políticas públicas de saúde, responsáveis pela construção de dois formatos institucionais de inclusão social, um corporativo, por meio do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e outro mais próximo de parâmetros universais, por meio do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). Para a autora, “a política social adotada no Brasil não resulta



somente de mecanismos direcionados para a redução das desigualdades, mas institui um sistema estratificado de prestação de serviços de saúde” (2009).

Para a autora, essa divisão na construção de dois formatos institucionais para as políticas de saúde, na década de 30, foi pautada na identificação de cidadãos, (trabalhadores formais) que recebiam ações do MTIC por uma lógica corporativista privilegiada pela clínica médica e previdenciária, e de pré-cidadãos, alvos de uma lógica universalista, marcada pela prevenção.

Como resultado dessa divisão, Fonseca (2009) nos diz que a própria política de saúde é produtora de desigualdade e que o sistema de Welfare State age como um sistema de estratificação, criando uma hierarquia valorativa que beneficia os primeiros em relação aos segundos.

Esse cenário é extremamente importante para a compreensão dos caminhos da construção da cidadania ou não cidadania brasileira, além de possibilitar um maior entendimento sobre a produção de desigualdades a partir desse processo.

No exemplo colocado ao MTIC, a cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo. Os pré-cidadãos seriam todos aqueles descobertos pelas ações do MTIC, mas que estavam dentro do escopo do MESP, que por sua vez está mais próximo do modelo de proteção social que produz a cidadania invertida. Outrossim, a população civil, alvo das ações do MESP, não exercia papel como ator político, uma vez que “não tinha poder de interferência sobre o desenho institucional adotado nem sobre as áreas que seriam foco de atenção prioritária, que, por sua vez, ficavam a critério de agentes públicos” (Fonseca, 2009).

Apesar de a saúde pública ter sido incorporada no arcabouço institucional brasileiro no começo do século XX, com destaque para a década de 1930, de acordo com Fonseca, seu formato não estabelece noção de direito social, implicando em desdobramentos político-institucionais marcados pela lógica desse modelo nas décadas seguintes. Suas ações carregavam caráter de “dádiva”, concedidas pelo poder do Estado.

Nesse sentido, o pensamento de Cristina Fonseca se articula muito com a construção de José Murilo de Carvalho (1996), no que tange sua contribuição acerca



de quatro caminhos de construção histórica da cidadania: 1) quando é conquistada de baixo para cima dentro do espaço público; 2) conquistada de baixo para cima dentro do espaço privado; 3) conquistada com a universalização de direitos individuais no espaço público, mas com base em concepção do cidadão como súdito e 4) construída de cima para baixo dentro de espaço privado.

No caso brasileiro, o autor diz haver uma grande proximidade com o quarto modelo (fazendo algumas ressalvas quanto à cultura política), pois nossa cidadania ocorreu de modo verticalizado e embora o Estado tenha sido central, o autor afirma que seu caráter público e universalista é esvaziado, uma vez que o Estado cooptou seletivamente os cidadãos e, por sua vez, estes últimos buscaram o Estado para o atendimento de interesses privados.

Considerações finais

Finalmente, levando em consideração as contribuições de Madel Luz (2000), é possível problematizar o fraco sentido de solidariedade e equidade, de modo mais amplo, no Brasil. Para ela, a República não foi politicamente instalada em toda sua plenitude. A República se impôs de cima para baixo, caracterizando-se como centralizadora do poder político e coerente com uma sociedade particularista, deixando três marcas em nossa formação: 1) A tendência de uma República de indivíduos que buscam sua própria sobrevivência; 2) Confusão entre individual e coletivo/público e privado, de modo que os detentores de maior poder sempre impõem seus interesses particularistas em detrimento da massa social; 3) Formação de instituições civis ligadas ao poder público que não representam normas gerais ou regras universais, mas que se constituem em meios burocráticos concentradores de poder e voltados para si mesmos. A partir disso, a autora conclui que tais instituições são “pré-republicanas e pré-democráticas, pois sua vontade é imperial, tendendo a ver os cidadãos como vassalos do poder público, alvos de seu poder e controle”.

Teresa Sales (2000), em consonância, diz que a cultura política presente no país é uma cultura de dádiva, em que há uma relação de mando e subserviência que funciona como cimento das relações sociais e que se relacionam às próprias raízes da desigualdade social brasileira.

Essa interpretação ganha uma transformação somente nas décadas de 1970 e 1980, quando, em momento de redemocratização do país, de ampliação de sentido solidário e de convergência política para a implantação de uma política de



Seguridade Social, ocorre o movimento da Reforma Sanitária, que, dentre suas inúmeras facetas, resultou na implementação do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, a saúde entra como parte da seguridade social, a partir de lutas sociais, participação das massas, de trabalhadores, acadêmicos e gestores. Esse movimento estabelece nossa seguridade social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

Desse modo, atualmente a saúde brasileira integra o terceiro modelo de proteção social, pautada na cidadania universal, como desenvolvido anteriormente neste trabalho. Entretanto, sua efetivação enfrenta desafios inerentes as implicações dos caminhos históricos que a Saúde Pública percorreu no Brasil, sendo este um país caracterizado pelo capitalismo periférico, de via colonial, baseado em princípios que promovem estruturalmente desigualdades como condição de sua reprodução e que teve um histórico marcado pela hierarquização/mutilação da cidadania, como desenvolvido ao longo do texto. Tal compreensão só é possível a partir do resgate da perspectiva histórica como dimensão analítica. Portanto, a crítica por meio das ciências humanas no campo da Saúde Coletiva torna-se fundamental para compreender as bases pelas quais o campo se organiza, bem como para compreender as disputas em torno dos enfrentamentos ou não das desigualdades em saúde e do status de cidadania que consegue promover.

Referências Bibliográficas

- De Carvalho, J. M. (1996). Cidadania: tipos e percursos. *Revista Estudos Históricos*, v. 9, n. 18, p. 337-360, 1996.
- Fleury, S. & Assis, M. O. (2008). "Política de Saúde: uma política social." *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Brasil, Rio de Janeiro, Fiocruz: 23-64 p.
- Fonseca, C.M.O. (2007). Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. In: *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*.
- Haguette, T.M.F. (1982). "Os direitos de cidadania do nordeste brasileiro." *Revista de Ciências Sociais* 12: 13.
- Lima, N.; Fonseca, C. M. O. & Hochman, G. (2005). A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: Lima, N.T.; Gerschman, S.; Edler, F.C.(Orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Brasil, Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, p.27-58.



- Luz, M.T. (2000). Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência & Saúde Coletiva* 5: 293-312.
- Paim, J.S. (2007). Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Tese (doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador.
- Sales, T. (1994). Raízes da desigualdade social na cultura política brasileira. *Revista brasileira de ciências sociais* 25.9: 26-37.
- Santos, M. (2007). O espaço do Cidadão. Brasil, São Paulo. Edusp (vol.8).
- Santos, W.G. (1987). Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. Brasil, Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Souza, J. (2008). Subcidadania brasileira. Portugal, Lisboa, Editora Leya.
- Souza, V.A. (2006). Direitos no Brasil: necessidade de um choque de cidadania. *Revista de Sociologia e Política*, 27: 211-214.
- Vaitsman, J. (2002). Desigualdades sociais e duas formas de particularismo na sociedade brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, p. S37-S46.



Emenda constitucional 95 x políticas públicas: o futuro(?) Da saúde pública brasileira

Estéfani Sandmann de Deus¹
Aragon Erico Dasso Junior²
Alessandro Maia Castilho³

Resumo

Este trabalho faz uma análise acerca da saúde pública hoje no Brasil, compreendida como direito humano fundamental e política pública, fundamentando estes elementos de acordo com o entendimento de diversos autores e também com a legislação brasileira. O objetivo deste trabalho é verificar e analisar quais mudanças aconteceram na legislação brasileira, e suas consequências para a saúde pública brasileira após EC 95/2006. Para tanto foi efetuada uma pesquisa exploratória, em papéis de trabalho coletados em diversos sites de internet governamentais. É feita uma análise dos impactos causados pelas EC no país nos últimos anos.

Palavras-chave

Políticas públicas, saúde pública, Brasil.

Introdução

“PEC do Teto é aprovada em votação final e congela gastos por 20 anos” (Amorim, Felipe; 2016); “Com gastos congelados, saúde no Brasil volta a preocupar - Por causa do teto de gastos, orçamento está congelado no momento em que aumenta a necessidade de investimentos no SUS” (Estadão Conteúdo, 2018). Tais notícias divulgadas em jornais e revistas de grande circulação, no Brasil, dão a dimensão das mudanças feitas por constituintes com a Emenda Constitucional (EC) nº 95 de 2016 e seu impacto direto no direito humano fundamental à saúde no Brasil.

Considerando que Políticas Públicas (Lucchese, 2002; Di Giovanni, 2009; Dworkin, 2002; E Matias-Pereira, 2007) são as interações Estado – Sociedade, com intuito de beneficiar aos cidadãos de maneira geral, sendo de natureza política ou não. Fitando a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 no Brasil que limita os gastos públicos, inclusive relacionados às Políticas Públicas. Tratando saúde por direito fundamental (Bobbio, 2004; Moraes, 2006; Dimitri, Martins, 2007) e o Sistema único de Saúde (SUS) como garantidor de tal direito à população, e tal como uma Política Pública deve ser, através da normativa registrada na Constituição federal (CF).



O objetivo deste trabalho é verificar e analisar quais mudanças aconteceram na legislação brasileira, e suas consequências para a saúde pública brasileira após EC 95/2006. Para alcançar tal objetivo foi efetuada uma pesquisa qualitativa e exploratória (Bauer; Gaskell, 2002; Gil, 2008). Tal pesquisa foi efetuada em papéis de trabalho coletados em sítios de internet governamentais, tais como o Ministério da Saúde e Planalto Central, além de divulgações efetuadas em revistas eletrônicas. Entre os achados da pesquisa, se destaca uma diminuição do orçamento anual para a saúde, ocasionando o desfinanciamento federal do SUS e gerando um efeito cascata, prejudicando as ações desenvolvidas pelos estados e municípios, afetando negativamente o atendimento da população. Num possível cenário os recursos investidos em saúde poderão cair de 1,7% do PIB para 1,0% até 2036 (Funcia, 2018).

Fundamentação do problema e método

O conceito de saúde fundamentado pela OMS⁴ diz que saúde não é apenas a ausência de doença, e sim “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Este conceito de saúde fora inspirado a partir dos resultados das primeiras Conferências Internacionais de Saúde (Rússia e Canadá). A Carta de Ottawa⁵ e a Declaração de Alma-Ata⁶ sempre serão lembradas como as mais importantes no contexto de direito à saúde, pois foram elas que definiram o conceito de saúde e a questão da promoção da saúde em todo o mundo como direito universal.

A saúde está assegurada pela Constituição Federal brasileira de 1988 pelo artigo 6º como um direito social e pelo artigo 196, copiado em seguida. Além de garantir a saúde como direito universal e igualitário aos cidadãos brasileiros, a CF de 1988 cria o instrumento que possibilitará a oferta de serviços e ações de saúde- o sistema único de saúde “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes” (EC nº 29/2000).

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (grifos nossos)

Com relação às diretrizes do SUS, Natalini (2001) ressalta a importância de o sistema atender a todos, de acordo com suas necessidades, independente de



pagamento; ser racional, organizando-se de maneira que sejam oferecidas ações e serviços de acordo com as necessidades da população; deve ser eficaz e eficiente, produzindo resultados com qualidades e ser equânime, que difere de igualdade.

Uma política pública geralmente envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões já tomadas. E uma decisão política corresponde a uma escolha dentre diversas alternativas, conforme a preferência dos atores envolvidos, expressando certa adequação entre os fins pretendidos e os meios disponíveis. Segundo Matias - Pereira (2007), em que pese uma política pública implicar numa decisão política, nem toda decisão política chega a constituir uma política pública.

Para Dworkin (2002) as políticas estão comprometidas com a busca por alcançar alguns objetivos de interesse da comunidade, mesmo que não haja um aprofundamento quanto ao que vem a ser uma política. No Brasil, o interesse pelo estudo das políticas públicas começou nas últimas décadas devido ao surgimento de alguns fatores que contribuíram para dar maior visibilidade ao estudo destas no país, que foram, conforme Souza (2007): a adoção de políticas restritivas de gasto, priorizando assim o conhecimento do desenho, da implementação e do processo decisório das políticas públicas; essas políticas restritivas de gastos, de certa maneira diminuíram a intervenção do Estado na economia e transformaram as políticas sociais de universais a focalizadas e o fato dos países em desenvolvimento e de democracia recente ou recém-democratizados, terem dificuldade em formar coalizões políticas capazes de equacionar o desenho das políticas públicas, de maneira a impulsionar o desenvolvimento econômico e promover a inclusão social. No caso da saúde brasileira, o Sistema Único de Saúde é considerado por alguns autores como Elias (2008) a maior política pública da área. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, este e as demais políticas de saúde orientam-se pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade. Além do texto constitucional, a aprovação da Lei Orgânica da Saúde – as leis número 8.080 e 8.142 de 1990, proporcionaram algumas mudanças, desde o desenho e formulação da política, até estruturais e decisórias (Lucchese, 2002).



No entanto, no final de 2016, uma Emenda Constitucional (EC), de número 95, instituí “o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros, nos termos dos arts. 107 a 114 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias” (Brasil, 2016).

Tal medida institui limites de gastos, por isso a denominação desta em “Pec Do Teto Dos Gastos” na mídia pública brasileira, pelo prazo de 20 anos. A EC institui que para os exercícios posteriores ao ano de 2017, será limitado para as despesas primárias (aqui se incluem gastos com saúde pública, através do repasse federal realizado para o SUS) ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de doze meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária.

Mariano (2017, p. 261) alerta que as regras instituídas neste regime “não permitem, assim, o crescimento das despesas totais e reais do governo acima da inflação, nem mesmo se a economia estiver bem”, tal medida diferencia o caso brasileiro de experiências efetuadas em outros países. Além disso, a autora alerta que:

As novas regras desconsideram portanto, as taxas de crescimento econômico, como também as demográficas pelos próximos 20 (vinte anos), o que (e aqui já antecipando a nossa crítica a respeito), poderá levar ao sucateamento das políticas sociais, especialmente nas áreas da saúde e educação, pondo em risco por completo a qualidade de vida da população brasileira (Mariano, 2017, p.261, grifo nosso).

Se discute ainda que tal medida fiscal suspende, por consequência, inclusive, o projeto constituinte de 1988, considerando que o mesmo retira dos próximos governantes a “autonomia sobre o orçamento, salvo se houver, no futuro, em uma nova gestão, outra proposta de emenda constitucional em sentido contrário” (Mariano, 2017, p.261). Além disso, ele retira também do cidadão brasileiro o direito de escolher o programa de governo que, a cada eleição decidi quais políticas públicas serão prioritárias para o desenvolvimento econômico. De forma sucinta, engessa o orçamento público e dificulta os investimentos, aliás, coíbe a existência de investimentos, já que se trata apenas de manter minimamente as políticas públicas.



A partir da fundamentação teórica emerge a seguinte questão de pesquisa: quais mudanças aconteceram na legislação brasileira, e suas consequências para a saúde pública brasileira após EC 95/2006.

Para alcançar tal objetivo foi efetuada uma pesquisa qualitativa e exploratória (Bauer; Gaskell, 2002; Gil, 2008). Tal pesquisa foi efetuada em papéis de trabalho coletados em sítios de internet governamentais, tais como o Ministério da Saúde e Planalto Central. A coleta de dados foi completamente efetuada em sítios de internet governamentais brasileiros. E Se deu entre os anos de 2014 a 2019 (considerando que o ano de 2019 ainda não foi finalizado com relação ao calendário de orçamentação brasileira). Os dados foram cruzados entre si a fim de que se efetuasse assertivas acerca do tema e pudesse ser inferida questões relativas ao tema. Fora utilizada a planilha excell para construção de tabelas relativas aos achados dos trabalhos. A análise de dados efetuada a partir de uma análise de conteúdo conforme parâmetros de Minayo (1992, 1993, 2001).

Resultados e discussões

No intuito de efetuar uma análise do impacto da PEC 95 na saúde pública brasileira, se buscou no Portal da Transparência brasileiro os dados relativos ao repasse efetuado para a saúde.

Tabela Resumo Orçamento Saúde 2015/2019 – Valores em Bilhões de reais			
Ano	Valor Autorizado	Valor Pago	Inflação
2015	113,01	93,86	10,67%
2016	112,33	100,19	6,29%
2017	120,36	102,71	2,95%
2018	121,86	108,18	3,75%
2019	122,6	43,42*	4,04%**

Tabela 1. Resumo Orçamentário Saúde 2015/2019

*Fonte: Elaborado pelos Autores *valor em 06/06. Como se trata do orçamento atual, o valor ainda está vigente e portanto pode ser maior que o apresentado até o final do ano*

***Projeção.*

Analisando os dados a partir de 2016, é possível perceber uma estagnação no valor dos recursos destinados para a saúde. Além disso, é importante observar o valor da inflação em cada ano, ou seja, embora os números apresentem um aumento no valor repassado, se for considerada a inflação percebe-se que praticamente não há



aumento real no valor. A Tabela abaixo condensa tais resultados:

Aufere-se verificando a tabela 1 que o repasse à saúde pública brasileira, mantém-se estável. Neste sentido, não há propositivas relacionadas à investimentos novos na área. O que ocorre é, apenas, a continuidade dos serviços prestados. Tal fator, por si, pode não representar o que, de fato são as consequências graves ao futuro. Por conta disso, a fim de ampliar tal análise se buscou a evolução de dois fatores importantes a serem analisados conjuntamente: o aumento da expectativa de vida no Brasil neste período, e o aumento da população. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2000 éramos 169.590.693 milhões brasileiros, e, no ano de 2010 190.755.799 milhões de brasileiros. Abaixo uma projeção retirada do sítio de internet do IBGE acerca da população total. Se pode constatar que até o ano de 2036, período em que os gastos relacionados à saúde pública brasileira serão congelados, o número de brasileiros a serem atendidos pela Política Pública de Saúde, o SUS, aumentará. Fica o questionamento relacionado a como atender tal demanda com os mesmos recursos?

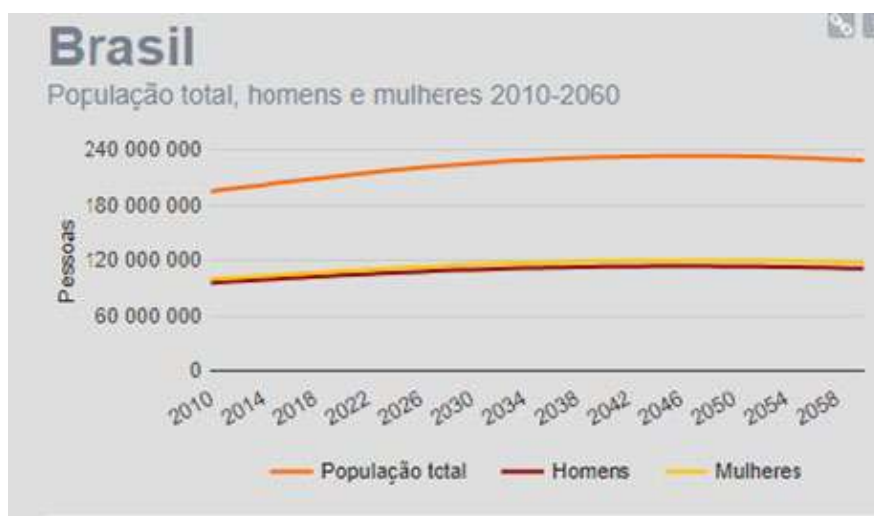


Figura 2 – Projeção da população total brasileira em milhões de pessoas. Fonte: IBGE (2019)

Ademais, é interessante, ainda, cruzar os dados já relatados acima, na tabela 1 que mostram pequenos ajustes, relacionados à inflação, dos gastos públicos federais em saúde com a figura 2 abaixo acerca da expectativa de vida da população brasileira. Dados atuais mostram que a mesma é de 76,2 anos de idade no ano de 2018. Já, no ano de 2036, a expectativa é que alcance os 80 anos de idade. Este, considerado, portanto, um segundo fator impactante se pensar a questão do congelamento dos valores relacionados ao repasse para a saúde pública brasileira.

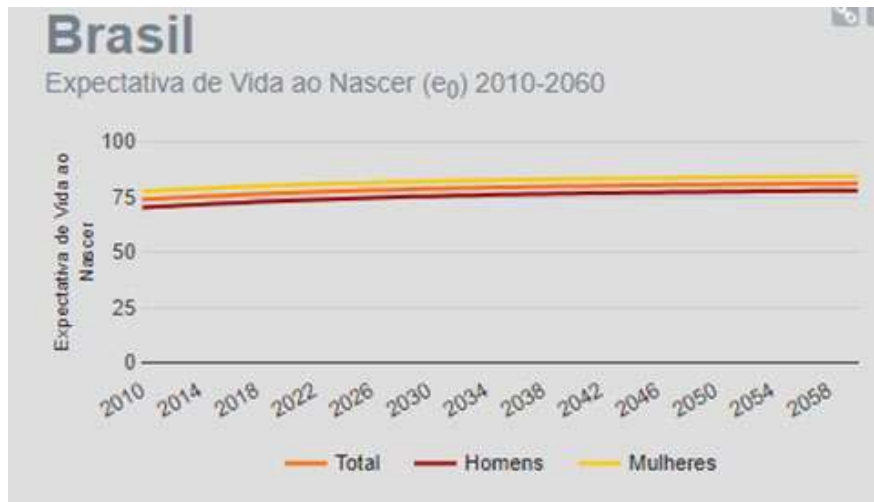


Figura 2. Projeção da Expectativa de vida ao nascer. Fonte: IBGE (2019)

A análise das despesas compreendida entre o período de 2016 a 2019 efetuada na tabela 2 a seguir aponta para outro fator preocupante. Embora a maior parte das subáreas ou subfunções não tenham sofrido cortes importantes, ou seja, mantiveram seu orçamento de forma muito parecida ao longo do período analisado. Desconsiderando as questões já expostas acima. Chama atenção que suporte profilático e terapêutico teve uma diminuição drástica em seu orçamento. Em 2016 equivaleria a 11,52% do orçamento, enquanto em 2019 passa a equivaler apenas 6,43% do mesmo. Corroboram a esta questão notícias veiculadas em sítios de internet de grande circulação, tais como o que segue:

Com gastos 27% menores desde 2015, o programa Farmácia Popular deixou de atender cerca de 7 milhões de pessoas nos últimos dois anos, segundo levantamento da Repórter Brasil junto ao Ministério da Saúde e a Fiocruz. Os números refletem o fechamento, em 2017, de 400 farmácias públicas administradas pelo governo federal, além da queda na distribuição dos medicamentos pelas farmácias privadas conveniadas. Com o menor orçamento em seis anos, o programa está sem coordenador desde setembro e não tem perspectiva de ser ampliado pela atual gestão. Fonte: (grifo nosso)

Se evidencia na notícia o fato de que cerca de 7 milhões de pessoas deixaram de ser atendidas pelo programa no Brasil nos últimos dois anos. Uma clara e evidente diminuição e despreocupação com o direito fundamental à saúde e suas políticas públicas. Se ressalta ainda que o desmonte à saúde continua, quando este programa, importante por fornecer diversos medicamentos de forma gratuita à população brasileira, continua sem coordenador, o que preocupa, pois ressalta a



vontade do governo atual de simplesmente retirar tal benefício assistencial ao brasileiro.

SUBÁREA (SUBFUNÇÃO)	(%) 2019	(%) 2018	(%) 2017	(%) 2016
Assistência hospitalar e ambulatorial	55.46%	46.44%	47.21%	46.52%
Atenção básica	20.32%	18.77%	18.56%	19.59%
Administração geral	7.68%	13.38%	12.34%	13.01%
Suporte profilático e terapêutico	6.43%	10.32%	11.09%	11.52%
Vigilância epidemiológica	5.11%	4.82%	4.91%	4.81%
Outros	5.00%	6.27%	5.90%	4.54%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabela 2. Despesas por totalidade das subáreas do governo. Fonte: Elaborado pelos autores.

Quando se analisa os dados por subfunção nota-se um decréscimo anual no que tange aos Direitos individuais, coletivos e difusos, visto na Tabela 3 abaixo, grifado pelos autores. Em compensação se verifica um gasto crescente com comunicação social. Além disso, chama atenção outros encargos especiais, que surge e, a primeira vista, não é especificado o motivo deste valor. Da mesma forma ocorre com outras transferências. Por fim, se verifica que normatização e fiscalização é um pagamento que sofre cortes importantes no período averiguado.

SUBFUNÇÃO	PAGO 2018	PAGO 2017	PAGO 2016	VALOR PAGO 2015	VALOR PAGO 2014
Direitos individuais, coletivos e difusos	R\$ 27.687.101,25	R\$ 37.217.096,70	R\$ 53.751.779,58	R\$ 61.912.858,50	R\$ 62.049.283,46
Administração geral	R\$ 14.472.862.255,87	R\$ 12.672.124.832,36	R\$ 11.545.634.486,18	R\$ 10.390.181.017,92	R\$ 10.124.127.549,10
Assistência hospitalar e ambulatorial	R\$ 50.235.170.846,26	R\$ 48.488.456.340,79	R\$ 46.612.107.283,45	R\$ 46.211.901.789,29	R\$ 42.098.168.659,54
Vigilância epidemiológica	R\$ 5.217.577.289,09	R\$ 5.039.983.152,50	R\$ 4.818.031.580,97	R\$ 3.693.594.704,74	R\$ 3.504.327.069,62
Comunicação social	R\$ 224.959.218,21	R\$ 213.710.830,46	R\$ 145.622.423,84	R\$ 145.622.423,84	R\$ 162.850.011,37
Atenção básica	R\$ 20.308.072.878,50	R\$ 19.061.256.820,41	R\$ 19.631.718.927,85	R\$ 18.341.120.308,26	R\$ 17.470.522.133,32
Alimentação e nutrição	R\$ 26.097.611,86	R\$ 53.056.641,01	R\$ 22.130.545,08	R\$ 28.881.091,48	R\$ 9.364.291,79
Patrimônio histórico, artístico e arqueológico	R\$ 7.348.422,21	R\$ 5.930.677,65	R\$ 7.525.486,05	R\$ 7.792.280,48	R\$ 6.713.571,98
Difusão do conhecimento científico e tecnológico	R\$ 23.706.835,05	R\$ 23.407.274,00	R\$ 27.011.402,79	R\$ 33.568.033,31	R\$ 22.700.592,30
Proteção e benefícios ao trabalhador	R\$ 543.749.868,51	R\$ 611.505.529,42	R\$ 634.592.413,77	R\$ 505.717.070,30	R\$ 497.558.357,07
Saneamento básico urbano	R\$ 204.983.386,73	R\$ 312.417.189,44	R\$ 291.898.368,75	R\$ 131.866.523,71	R\$ 134.243.938,15



Vigilância sanitária	R\$ 318.046,18 1,30	R\$ 272.624,72 7,97	R\$ 295.917,07 8,81	R\$ 307.628.234, 38	R\$ 319.934.166, 96
Controle interno	R\$ 1.361.568,5 7	R\$ 1.864.826, 14	R\$ 810.114,69	R\$ 69.676,19	R\$ 2.526.206,34
Saneamento básico rural	R\$ 55.689.030, 45	R\$ 33.912.352, 29	R\$ 24.707.412 ,13	R\$ 22.645.407,5 4	R\$ 16.068.099,4 1
Desenvolvimento tecnológico e engenharia	R\$ 62.643.434, 88	R\$ 147.652,68 8,20	R\$ 219.240,04 8,68	R\$ 123.328.530, 28	R\$ 48.391.647,4 0
Assistência aos povos indígenas	R\$ 1.370.885,0 68,32	R\$ 1.422.342, 941,20	R\$ 1.160.600, 558,11	R\$ 1.212.363,82 3,32	R\$ 1.047.067,32 3,30
Outros encargos especiais	R\$ 1.315.196,7 24,08	R\$ 1.407.568, 678,69	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Preservação e conservação ambiental	R\$ 1.283.594,7 0	R\$ 2.467.378, 16	R\$ 234.245,73	R\$ 670.775,10	R\$ 436.104,18
Tecnologia da informação	R\$ 291.969,05 9,16	R\$ 260.347,62 0,77	R\$ 472.275,38 9,11	R\$ 333.518.991, 69	R\$ 336.806.356, 44
Planejamento e orçamento	R\$ 8.014.963,3 9	R\$ 12.611.978 ,90	R\$ 18.462.549 ,07	R\$ 6.851.490,42	R\$ 12.241.378,1 1
Outras transferências	R\$ 1.033.830,6 65,00	R\$ 30.000,00 ,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Desenvolvimento científico	R\$ 340.545,90 4,08	R\$ 338.788,47 0,71	R\$ 340.404,61 9,20	R\$ 311.785,243, 34	R\$ 307.017.895, 75
Normatização e fiscalização	R\$ 19.017.517, 54	R\$ 21.546.759 ,64	R\$ 31.131.801,16	R\$ 32.176.240,8 6	R\$ 45.055.251,2 7
Suporte profilático e terapêutico	R\$ 11.163.083, 321,14	R\$ 11.395,437 ,377,78	R\$ 13.031,582 ,576,29	R\$ 11.015.827,9 73,48	R\$ 9.034.405,69 4,93
Formação de recursos humanos	R\$ 905.373,79 2,02	R\$ 847.595,50 5,49	R\$ 805.214,21 6,54	R\$ 987.385,922, 13	R\$ 1.064.965,09 4,34

Tabela 3. Saúde - Evolução histórica do pagamento efetuado as subfunções.
Fonte: Elaborado pelos autores

Por fim, se verificou a necessidade de ampliar a busca pelo orçamento de saúde anual. Na tentativa de melhor compreender a evolução e o real significado dos cortes efetuados nesta política pública. Na figura 3, abaixo, é possível analisar os dados obtidos através do site do Ministério da Saúde, onde se evidencia a evolução histórica nos valores destinados para a saúde brasileira nos orçamentos de 2003 à 2014. Percebe-se que de 2003 até 2014 o orçamento destinado para a saúde mais que triplicou. O que deixa claro a retomada de investimentos para assegurar o direito fundamental à saúde, previsto na CF. Ainda é possível perceber que de 2011 para 2014 houve um aumento de 31% no valor repassado. Atrelado a tal informação, preocupa, deverás, o fato de que, desde 2005 o orçamento se mantém. Configurando claro desrespeito às diretrizes fundamentais relacionadas ao direito humano fundamental à saúde. Além de alarmar ao fato de uma possível precarização dos serviços. Uma falta de recursos sérios que implicam de forma contundente e direta a saúde da população brasileira.



Ano	Orçamento (R\$, bilhões)
2003	31,2
2004	38,2
2005	42,9
2006	46,2
2007	53,0
2008	56,7
2009	64,3
2010	69,8
2011	80,9
2012	95,9
2013	100,5
2014	106

Figura 3. Evolução do Orçamento anual de saúde
Fonte: Ministério da Saúde

De pronto, este trabalho efetua um alerta acerca dos perigos desta franca estagnação e congelamento dos investimentos em saúde. Além de alertar para os cortes efetuados em determinadas políticas públicas (tal qual o programa Farmácia Popular aqui mostrado) que afetam diretamente o cidadão. Portanto, a PEC 95 de 2016 ao efetuar um congelamento dos gastos em saúde, que até o momento estavam em franca expansão, provoca uma dinâmica diferente para questões relacionadas a políticas públicas relacionadas ao direito fundamental à saúde no Brasil.

Considerações finais

Através da verificação e análise das mudanças que aconteceram na legislação brasileira, por meio de uma pesquisa qualitativa e exploratória em diversos sites governamentais e de referência pôde-se evidenciar as consequências para o direito humano fundamental à saúde pública no Brasil após EC 95/2006.

Esta pesquisa também levou em conta a obra de diversos autores que tratam sobre a temática de políticas públicas, saúde e direitos fundamentais.

Desta forma, foi possível, através de dados oficiais, concluir que o orçamento destinado à saúde no Brasil sofreu uma estagnação nos últimos 3 anos, comprometendo diretamente a continuidade dos serviços oferecidos e a qualidade de vida da população brasileira.



Notas

- ¹ Correo electrónico: estefanideus@gmail.com – Universidade Estadual do Rio Grande do Sul.
- ² Correo electrónico: aragon.dasso@ufrgs.br – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- ³ Correo electrónico: alessandroamcdp@hotmail.com - Universidade Estadual do Rio Grande do Sul.
- ⁴ Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <http://www.who.int/>. Acesso em 12 de junho de 2009.
- ⁵ Carta de Otawa. Disponível em: www.opas.org.br/coletiva/uploadarq/ottawa.pdf. Acesso em 10 de julho de 2009.
- ⁶ Declaração de Alma-Ata. Disponível em: www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf. Acesso em 10 de julho de 2009

Referências

- Amorim, Felipe. (2018), PEC do Teto é aprovada em votação final e congela gastos por 20 anos. Disponível em <<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2016/12/13/pec-que-congela-gastos-do-governo-por-20-anos-e-aprovada-em-votacao-final.htm?cmpid=copiaecola>> Acesso em 16 de novembro de 2018.
- Aquino, Yara. (2016), Emenda do Teto dos Gastos Públicos é promulgada e entra em vigor: PEC do teto de gastos é promulgada no Congresso - Proposta limita o crescimento dos gastos federais nos próximos 20 anos. Ela foi aprovada em dois turnos na Câmara e no Senado. Disponível em:<<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-12/emenda-do-teto-dos-gastos-publicos-e-promulgada>> Acesso em 16 de novembro de 2018.
- Bauer, Martim, W e GASKELL, George. (2002), Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes.
- Bobbio, Norberto. (2004), A Era dos Direitos Fundamentais. Rio de Janeiro: Campus.
- Brasil. (2004), Constituição de 1988. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de edições técnicas.
- Brasil. (2014), Saúde terá orçamento de R\$ 106 bilhões em 2014, disponível em: <www.brasil.gov.br/noticias/saude/2014/01/saude-tera-orcamento-de-r-106-bilhoes-em-2014> (acesso em 25/06/2019).
- Brasil. (2016), Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasil, 2016. Disponível em:



- <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em 28 de novembro de 2018.
- Brasil. (2018), Ministério da Saúde. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em 20 de novembro de 2018.
- Brasil. (2019), Portal da transparência, disponível em <www.portaltransparencia.gov.br>, acessado em 15 de junho de 2019.
- Carta de Otawa. (2009), Disponível em: www.opas.org.br/coletiva/uploadarq/ottawa.pdf. Acesso em 10 de julho de 2009.
- Carvalho, José Murilo de. (2008), Cidadania no Brasil. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Declaração de Alma-Ata. (2009), Disponível em: www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf. Acesso em 10 de julho de 2009.
- Dimitri, Dimoulis e Martins, Leonardo. (2007), Teoria geral dos direitos fundamentais. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.
- Di Giovanni, Geraldo. (2009), As estruturas elementares das políticas públicas. Caderno de Pesquisa n. 82, NEPP. Disponível em: <www.nepp.unicamp.br/d.php?f=117>. Acesso em 11/07/2012.
- Dworkin, Ronald. (2002) Levando o direito a sério. São Paulo: Martins Fontes.
- ESTADÃO Conteúdo. (2018), Com gastos congelados, saúde no Brasil volta a preocupar. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/brasil/com-gastos-congelados-saude-no-brasil-volta-a-preocupar/>>. Acesso em 16 de novembro de 2018.
- Funcia, Francisco R. (2018), Efeitos negativos da emenda constitucional 95/2016 sobre a execução orçamentária e financeira de 2017 do Ministério da Saúde. Disponível em: <www.cmb.org.br/cmb/index.php/noticias/2347-efeitos-negativos-da-emenda-constitucional-95-2016-sobre-a-execucao-orcamentaria-e-financeira-de-2017-do-ministerio-da-saude>. Acesso em 29 de novembro de 2018.
- GIL, Antônio Carlos. (2008), Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. Atlas: São Paulo.
- Lucchese, Patrícia T. R. (2002), Políticas Públicas em Saúde Pública. (coord.) São Paulo: BIREME/OPAS/OMS.
- Matias-Pereira, José. (2007), Manual de Gestão Pública Contemporânea. São Paulo: Atlas.
- Minayo, Maria Cecília S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.



_____; Sanches, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, pp. 239-262, jul./set., 1993.

Minayo, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

Natalini, Gilberto.(2001), Princípios básicos do SUS. In: SUS – o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde, v. II, pg. 21 – 34, São Paulo: Associação Paulista de Medicina.

Sítios Consultados

Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em 14 de agosto de 2009.

Latinobarômetro. Disponível em: www.latinobarometro.org Acesso em 12 de julho de 2009.

Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <http://www.who.int/>. Acesso em 12 de junho de 2009.

Organização Pan-Americana de Saúde. Disponível em: <http://www.opas.org.br/>. Acesso em 11 de agosto de 2009.

Legislação Consultada

Brasil. Constituição de 1988. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de edições técnicas, 2004.

Brasil. Lei nº 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990.

Brasil. Lei nº 8.142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências, 1990.



Parto y habitus: un estudio sociocultural en mujeres en el estado de Morelos

Karina Atayde-Manríquez¹
Luz María González-Robledo²

Resumen

El parto es experimentado de diversas maneras según la época y la cultura en la que se ocurre para cada mujer. El presente artículo se basa en una investigación que explora las preferencias de las mujeres por el tipo de parto (vía vaginal o quirúrgico) los factores que inciden en su decisión y si efectivamente eligen o no. Mediante observación y entrevistas semi estructuradas —y basándose en el concepto de habitus de Pierre Bourdieu constituido por un análisis de los distintos capitales de las mujeres— se desarrolló un tipo de capital específico para el tratamiento de los aspectos corporales de las mujeres. Se observa la influencia en cada mujer de los distintos tipos de capital referidos. Se concluye la conformación de un habitus de las mujeres que pueden elegir el tipo de parto, asociado a diez líneas de referencia, en las que confluyeron las mujeres en relación a los capitales.

Palabras clave

Parto; habitus; cesárea, elección, mujeres

Introducción

Como académicas interesadas en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, una de las motivaciones para realizar el estudio fue observar las altas cifras de cesáreas en México y en el mundo reportadas en la literatura especializada (Odent, 2009). La Organización Mundial de la Salud recomienda que los partos por cesárea no sobrepasen el 15% (World Health Organization, 1985) de todos los nacimientos; sin embargo, en México la cifra de cesáreas alcanza hasta 70% según donde sea atendido el parto: en el sector público o en el privado (Suarez-López, 2013). En ese contexto, nos preguntamos por el papel de las mujeres en la elección del tipo de parto (natural o cesárea) y si su preferencia es tomada en cuenta o no por quienes las atienden (personal de salud o parteras). Con el fin de comprender mejor este fenómeno la investigación estuvo encaminada a analizar el conjunto de condiciones, estructura y funcionamiento de los capitales físico, económico, cultural, social y simbólico que influyen en el tipo de parto (natural o cesárea) de mujeres que habitan en el estado de Morelos.



Para ello nos basamos en la construcción del capital social, el capital cultural, y el capital simbólico de Pierre Bourdieu (Bourdieu, 1991). En la operacionalización de lo que podría constituir el capital económico de las mujeres, encontramos algunos vacíos que se consideraron importantes por lo que se trabajó lo que denominamos “capital físico”. Este capital físico da cuenta de las condiciones del cuerpo de las mujeres (biológicas y psicológicas) más allá de los capitales cultural, simbólico y social. Si bien, dichos capitales se encuentran relacionados con el cuerpo y de alguna manera el cuerpo puede ser mirado a través de dichos capitales, nos resultaba insuficiente y requería una conceptualización más específica que nos permitiera observar de manera directa el cuerpo como hoy se ofrecía ante el momento del embarazo y, particularmente ante el parto, así como también la historia corporal de estas mujeres antes de estar embarazadas y en etapas de desarrollo anteriores.

De esa manera retomando la construcción bourdieana de capital añadimos el sufijo “físico”, dando lugar a la conceptualización de “capital físico”, de manera que pudiera observar las características de salud de estas mujeres, el background (biológico y psicológico) con el que llegaban al momento del embarazo y del parto; la manera en que ellas percibían su cuerpo, si regularmente tenían una menstruación con cólicos, con malestares o no, si habían tenido operaciones a lo largo de su historia que incidieran en su estado de salud corporal, si habían padecido enfermedades en alguna etapa del desarrollo y también las condiciones de salud física asociadas al momento del embarazo y parto. A partir de los cinco capitales referidos se construyó una matriz relacionando los aspectos operacionalizables de dichos capitales con base en las entrevistas semiestructuradas realizadas, identificando patrones que pudieran dar cuenta de los referidos capitales en su interacción para la construcción de determinados habitus como Bourdieu refería.

El objetivo del artículo es presentar los resultados del estudio que dan cuenta de las preferencias, posibilidad de elección y del tipo de parto que tuvieron un conjunto de mujeres de Morelos a partir del análisis de los capitales físico, económico, cultural, social y simbólico.

Materiales y Métodos

Se diseñó un estudio exploratorio de corte cualitativo el cual se llevó a cabo en 2016. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y observación la cual fue registrada en un diario de campo. La selección de las informantes se hizo a través de criterios



previamente definidos; el tamaño de la muestra se estimó bajo el principio de saturación teórica (Tarrés, 2008) y se utilizó la técnica de bola de nieve para contactar a los subsiguientes informantes. Se entrevistaron a un total de 9 mujeres. La información se grabó previo consentimiento de las mismas; los audios fueron transcritos en un archivo de Word y con posterioridad se procesó a través de matrices temáticas y por informante. Se codificó la información en categorías. Este ordenamiento permitió cruzar información en relación con los temas, así como contrastar las versiones de los diferentes informantes. Se respetaron aspectos éticos a través de pedirles el consentimiento informado y garantizando la confidencialidad de la información.

Resultados

El perfil de las mujeres entrevistadas muestra que su promedio de edad fue de 36 años, con dos hijos en promedio con un rango entre 1 y 5 hijos, el nivel educativo va desde primaria hasta educación superior mostrando gran heterogeneidad.

Entre los diversos capitales observados y analizados (capital cultural, capital social, capital económico, capital simbólico y capital físico), el capital social, fue el que mostró mayor influencia en las preferencias por el tipo de parto de las mujeres de esta muestra. La relación de la entrevistada con otras mujeres, fueran éstas sus madres, sus amigas, o conocidas que compartieran sus conocimientos y experiencias sobre el embarazo y el parto, el apoyo y la confianza brindada por la pareja o amistades cercanas, así como las experiencias conocidas sobre su propio nacimiento, marcaron de manera más directa sus preferencias por el tipo de parto (natural o cesárea).

Así mismo, las mujeres refirieron tener experiencias más positivas o negativas del parto de acuerdo con determinada predisposición emocional y cuando tuvieron mayor apoyo social, prefirieron y eligieron el parto natural en contraste con las mujeres con menor apoyo social quienes terminaron teniendo un parto por cesárea. Una de las mujeres entrevistadas refiere su caso diciendo "... tengo amigas mayores que yo, que ya habían tenido hijos. Sobre todo, por ellas tenía información... había aprendido de mis amigas, tanto lo positivo como lo negativo de lo que les había pasado. Todo eso fue para mi de mucho aprendizaje" (PN-ME-1).

En cuanto al capital cultural, dos de los puntos más significativos encontrados fueron:



1. Las expectativas y elección por el espacio y forma del parto se relacionan más con su entorno y costumbres, pero son receptivas a la información de talleres y cursos ofertados por las instituciones públicas o prestadores privados de salud.
2. A partir de recibir información sobre el embarazo y el parto tuvieron más posibilidades de elegir lo que ellas preferían. Esto es, la investigación permitió evidenciar que cuando las mujeres reciben más información en cuanto a los procesos que su cuerpo experimentaría, la importancia del apoyo emocional, físico y psicológico, así como interactuar con otras mujeres o de expertas en psicoprofilaxis tuvieron más posibilidades de elegir y acercarse al parto que esperaban.

En lo referente al capital físico de las mujeres, se observó relación entre el tipo de parto que tuvieron las mujeres y la presencia de condiciones o enfermedades previas al embarazo o durante su desarrollo. Sin embargo, la elección de determinado tipo de parto por las mujeres parece no ser determinado por tener una enfermedad o problema físico. Las mujeres entrevistadas, incluso en los casos en que presentaban algún padecimiento físico, buscaron tener parto natural (vía vaginal) antes que partos por cesárea.

En aquellas mujeres que tuvieron parto natural y que sintieron los dolores del trabajo de parto, la percepción del dolor pareció variar más por factores psico-emocionales que, por su condición de salud o enfermedad, esto es, por estados de tensión o de calma, la confianza en el personal que la atendió durante el parto, y el nivel de conocimientos acerca del proceso que estaba viviendo. Estos hallazgos son similares a los encontrados en otros estudios (Da Rocha, 2011). Así mismo, las mujeres que tomaron cursos prenatales donde les explicaron los cambios por los que pasa la mujer durante el embarazo y recibieron entrenamiento para el control del dolor y el manejo de la respiración (curso psicoprofilactico) refirieron tener experiencia con menos o sin dolor durante el parto, en voz de las informantes “una sensación de cólicos”, “esperaba que fuera más doloroso”, o “sensación de presión”. El trabajo previo y la información en torno al dolor generó en las mujeres una experiencia con menos dolor.

El tema del dolor y la percepción del mismo es importante al momento de abordar la elección del tipo de parto en las mujeres, en tanto que es uno de los temas que más interesan a las embarazadas y de los que más temores causan. Cuando las informantes tuvieron acceso a información sobre cómo manejarlo, la dimensión del mismo, las causas que hace que se incremente la sensación (como el estrés) y la



forma de gestionarlo, mostraron mayor disposición a elegir el parto natural. Indagar en ese sentido y retomar investigaciones sobre el tema del dolor resulta importante para mejorar las condiciones de las mujeres en el trabajo de parto, sea desde el trabajo autogestivo o desde el trabajo institucional.

En cuanto al capital económico no se encontró relación directa entre el nivel de ingresos con la elección del tipo de parto: vaginal o por cesárea. La preferencia de la mayoría de las entrevistadas fue un parto normal vía vaginal independientemente de su estrato económico; sin embargo, la preferencia por la institución en la que preferirían ser atendidas sí está influenciada directamente por su condición económica. Una de las mujeres refirió que ella habría preferido que su parto fuese atendido por una partera en lugar de en una institución pública como ocurrió, pero refirió no haberlo hecho así por no tener el dinero suficiente para pagar a una partera. Las mujeres que fueron atendidas en espacios hospitalarios públicos, en su mayoría lo hizo por no contar con suficientes recursos económicos, aunque si su elección no hubiera estado condicionada por su ingreso habrían tomado otra.

Tres de las cuatro mujeres que dieron a luz mediante parto natural, presentaban condiciones económicas solventes que les permitieron, a través de su pareja, pagar los honorarios de una partera y los gastos adicionales que esto requiere; la última parió en un hospital público y fue financiada por el Seguro Popular (esquema de aseguramiento público en salud). Por otra parte, de las mujeres que tuvieron sus hijos por cesárea, dos contaban con solvencia económica y tres no. De éstas últimas, dos fueron atendidas en hospitales públicos a través del Seguro Popular y la tercera recibió apoyo financiero de familiares.

En resumen, los hallazgos muestran que las mujeres que contaron con mejores condiciones económicas, tuvieron mayores posibilidades de elegir el tipo de parto y donde atenderse, mientras que las que tuvieron menos recursos vieron disminuida la posibilidad de elección del tipo de parto. Así mismo contar con mayores recursos económicos también les permitió acceder a mayor información y tomar cursos de preparación para el parto. Aunado a la relación positiva, entre mejores condiciones económicas y posibilidad de elegir el tipo de parto, tener mayores recursos económicos también les permitió hacer un “plan de parto”. Este plan de parto (entendido como un documento en el que la mujer y/o la pareja registran sus preferencias para el momento del parto), resultó ser útil según las mujeres entrevistadas, pues contiene por escrito cuestiones relacionadas con la preferencia



o no por el uso de medicamentos para controlar el dolor, el acompañamiento y procedimientos que la mujer desea en ese momento o que no desea y en qué momento, el suministro de medicamentos para acelerar las contracciones (oxitocina sintética), la episiotomía (corte en el periné), la permanencia del bebé en la misma habitación, que al recién nacido se le suministren productos como la vitamina K, lo que se desea que ocurra con el cordón umbilical, quien lo corta y si se almacenará para usos médicos posteriores, así como otras cuestiones que sean de importancia para la mujer y la pareja.

En torno al capital simbólico, entendido en la presente investigación como las relaciones que establecen las mujeres con los prestadores de salud (médicos, parteras, otros) así como con las instituciones de salud (hospitales públicos o privados) y las percepciones que tienen con relación a esta interacción que pueden o no influir en su preferencia del tipo de parto, se encontró que todas las mujeres entrevistadas tienen una opinión negativa de los servicios médico-hospitalarios. Las mujeres expresan diversos aspectos de dichos espacios y médicos, particularmente, el trato inhumano mismo que asocian a experiencias de otras mujeres de sus círculos cercanos. Una de ellas comentó: “Mi mamá me decía no grites, no te pongas ahí loca porque no te van a atender o se van a portar groseros. Entonces, yo dije, pues no me voy a poner así” (C-ME-3).

Las diversas referencias que hacen las mujeres entrevistadas, dan cuenta de un capital simbólico colectivo, con un carácter negativo, que ha sido significativo para sus propias elecciones en cuanto a su tipo de parto y son símbolos, experiencias, que van compartiendo con otras mujeres, con hijas, con familiares, y que va permeando socialmente, construyendo imágenes, expectativas y opiniones. El capital simbólico, ha sido el único aspecto teórico en el que todas las mujeres entrevistadas han coincidido. La legitimidad biomédica con la que cuenta el campo médico-hospitalario, a la par del descrédito a las mujeres en labor de parto llevado a cabo en el trato cotidiano y que ha sido denunciado como “violencia obstétrica” han generado la opinión negativa de las mujeres y en particular, dicho resultado, se correlaciona con las investigaciones en torno al habitus médico autoritario que ha sido planteado por Castro Roberto (2014).

Lo que las mujeres buscan de un determinado tipo de parto

Lo que la mayoría de las mujeres entrevistadas buscaban en su parto, incluye algunas o todas las características que se enumeran a continuación:



1. Preparación física/emocional antes del parto.
2. Contar con un “plan de parto” acorde a sus necesidades individuales y específicas buscando mayor seguridad (el lugar en el que quieren parir, la persona que les va a atender, las condiciones y recursos, entre otras).
3. Acceder a información que les otorga conocimientos sobre el proceso que llevará a cabo su cuerpo (expulsión del tapón mucoso, diferenciación entre contracciones preparatorias o “falsas contracciones” y contracciones de parto). Conocimiento a detalle de lo que va a ocurrir en su cuerpo.
4. Tener un espacio que les proporcione calma durante el trabajo de parto.
5. Elegir quién las acompaña durante el proceso del parto.
6. Tener libre movilidad durante el trabajo de parto y no ser obligadas a estar quietas, acostadas o sentadas durante el trabajo de parto.
7. No son interrumpidas, estar acompañadas, contenidas, sentirse seguras en el lugar donde tienen el trabajo de parto y durante el mismo.
8. Contar con apoyo social durante el embarazo y el trabajo de parto. Un apoyo respetuoso, que les otorgue información y que no invade su espacio.
9. No ser medicalizadas de manera innecesaria.
10. Cercanía a experiencias positivas de otras mujeres o experiencias de reconocimientos conscientes de errores.

En síntesis, de los distintos capitales tenemos que los factores sociales son de mucho peso para la construcción social hecha por las mujeres en su trayectoria vital y que juega un papel importante para tomar una decisión en torno a su preferencia por el tipo de parto. El capital cultural va a acercar a las mujeres a determinadas experiencias que las llevarán a tener preferencias por algún tipo de parto. El capital físico y las condiciones clínicas son mayormente determinantes en el momento del parto y pueden cambiar el rumbo de las preferencias y elección de las mujeres.

Se observaron casos en los que el capital social o el capital cultural de una mujer tienen la suficiente fuerza para definir su preferencia y la ruta que seguirá para tener el parto que elija. Así mismo se confirma el hallazgo de otros estudios sobre la opinión negativa que las mujeres entrevistadas expresaron respecto al sistema médico hospitalario (capital simbólico) el cual es percibido como un espacio que produce desconfianza.



Discusión y conclusiones

En diálogo con quienes han investigado en torno a la elección del tipo de parto (vaginal/natural o cesárea) la presente investigación guarda similitud con los resultados del estudio de Raquel Ramos Pinto y colaboradores (Ramos et. al. 2015) en cuanto a que la mayoría de las mujeres estudiadas por ella (75%) tienen preferencia por el parto vaginal. En nuestro estudio todas las informantes mostraron preferencia por el parto vaginal. Esta preferencia, contrasta con el alto número de cesáreas registradas, lo que hace evidente la necesidad de comprender el problema y buscar transformarlo. Nuestro estudio también coincide con lo referido por Ramos (2015) y Carmen Soto (Soto, 2006), en cuanto a la importancia de la información prenatal para las mujeres. Este punto es determinante para la elección del tipo de parto y la preparación que las mujeres deben tener.

En contraste, nuestro estudio difiere de lo planteado por Guillermo González (González, 2011), en cuanto a la escolaridad de las mujeres y la preferencia por el tipo de parto, pues el autor refiere que es un elemento determinante, mientras que en nuestra investigación la preferencia y elección de tipo de parto no se asoció con el nivel educativo. Sin embargo, nuestra observación no pretende la generalización por lo que habría que hacer nuevos estudios.

En general, se observa que hay múltiples caminos en los que la investigación en Ciencias Sociales podría avanzar para comprender con mayor profundidad los procesos que viven las mujeres y los factores que las determinan y/o los que ellas plantean en cuestiones de preferencia por el tipo de parto. De esos posibles caminos, resaltan varios que pueden ser objeto de investigación. Uno es la comparación entre los factores que ya se han analizado en estas mujeres en comparación a la generación inmediatamente anterior, es decir, el de las madres de las mujeres entrevistadas, lo cual podría complementar la comprensión de los factores, esto es, si han sido compartidos, heredados, si son diferentes, qué elementos de tal análisis pueden hablarnos del repunte de las cesáreas o no, qué factores explican las diferencias si éstas se dan, los estilos de vida, las condiciones del espacio médico-hospitalario u otros factores clínicos, sociales, culturales o personales que se encuentran en esas mujeres y si existen o no diferencias generacionales.

Otro tema que ha resaltado es el del acompañamiento, es decir, el papel que juega la pareja. Al observar el caso de la mujer cuyo compañero no tenía tiempo por



cuestiones laborales de acompañarla y ella se rodeó de una red de mujeres que ella consideraba tenían conocimiento, claridad y experiencia para apoyarla llegó, incluso, a poner en una de ellas las decisiones al momento del parto más que en su propia pareja. Esto invita a considerar cómo ocurren estas interacciones, las dificultades y beneficios que pueden presentar a una mujer al momento del parto.

Un tercer tema a profundizar es el dolor en relación con cuestiones emocionales, la manera en que se presenta y se construye socialmente, la influencia que aquí puede tener el consumo, ya sea de alimentos, medicamentos o símbolos, imágenes construidas por la televisión y el cine, mismas que se dejaron ver en algunas de las entrevistas y que serían objeto de investigación social que podría aportar al conocimiento de tales fenómenos, de los casos concretos y la manera en que cobran forma y acción en las decisiones de las mujeres, lo consciente o lo inconsciente que las mujeres lo tienen.

Un cuarto tema es la cantidad de propaganda a favor de determinados estereotipos, medicamentos y otros productos que se ofrecen para las mujeres embarazadas, durante el parto y posteriormente al mismo. Las mujeres durante la conformación de su capital social y, especialmente, en el momento de su embarazo y preparación para el parto se encuentran extremadamente sensibles y ante ellas se presentan diversas opciones de consumo, en aspectos dietéticos, de medicamentos y de los escenarios que la televisión y el cine ofrecen para ellas. Se publicitan, por ejemplo, paquetes médicos que ofrecen un parto sin dolor. Aquí surge la pregunta de qué papel juegan estos consumos en la constitución del habitus, qué tipo de consumo puede influir a ciertas mujeres a tomar alguna decisión. Las escenas en las cuales se puede ver a una mujer gritando y sufriendo unos momentos antes de parir ¿qué fuerza tiene para hacer que una mujer estimule su imaginación y pueda estar sugestionada a vivir un proceso tal? ¿qué papel juega el consumo de estereotipos en propaganda, cine y televisión en las mujeres que observan? ¿guarda algún peso significativo para la salud física (en torno a elecciones alimentarias) o psicoemocional (en cuanto a elecciones inspiradas en tv o cine)?

Un quinto tema, va por la ruta del derecho, tanto en lo que se refiere a derechos humanos como a la legislación y aplicación real de los derechos de las mujeres al momento de parir: existen violaciones a los mismos, qué tanta regulación hay sobre éstos, qué vigilancia y posibilidades de denuncia o precaución existen. Es deseable la ciudadanización o el empoderamiento de las mujeres, más, los elementos que se



requieren para ello parecen hoy estar únicamente en manos de las propias mujeres, la respuesta médica y legal que puede ofrecerse para ellas es limitada. Se requiere un seguimiento puntual de casos que permitan hacer una observación y estructuras que, conforme a derecho, protejan y apoyen a la mujer en sus decisiones.

Si bien como parte de los resultados obtenidos se ofrecen esas preguntas abiertas a investigaciones futuras, el presente estudio posibilita también la construcción de medidas prácticas, ya sea de trabajo autogestivo y/o institucional, de aplicación en el corto plazo y con resultados positivos para las mujeres, ya que si bien los datos se encuentran referidos a una población bien localizada los resultados permiten observar líneas y aspectos que pueden ser útiles en otros espacios.

Referencias

Biedma Velázquez, L., García de Diego, J.M., & Serrano del Rosal, R. (2010). Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: "la buena sufridora". *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17(1), 3-15. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000100002&lng=es&tlng=es.

Bourdieu, Pierre (1991), *El sentido práctico*, Editorial Taurus, Madrid.

Castro Roberto (2014); *Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México* Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales, *Revista Mexicana de Sociología* 76(2): 167-197.

Da Rocha Pereira Raquel, Selma Cristina Franco y Nelma Baldin (2011); *El dolor y el protagonismo de la mujer en el parto*, *Revista Brasileira Anestesiología*, 61(3), mayo-junio, http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/es_v61n3a14.pdf

González, Pérez Guillermo Julián (2011); *Cesáreas en México. Aspectos sociales, económicos y epidemiológicos*, Universidad de Guadalajara, México.

Odent, Michel (2009); *La cesárea ¿problema o solución?*, editorial Ob Stare, Argentina.

Ramos, Pinto do Nascimento Raquel, Arantes Sandra Lucía, Delgado Cameron de Souza Eunice, Contrera Luciana y Assis Sales Ana Paulina (2015); *La elección del tipo de parto: factores relatados por puérperas*. *Rev. Gaúcha Enferm*, 36, n.spe, pp.119-126. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496>.

Soto L. Carmen et. all. (2006); *Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural*, *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71(2):98-103.



Suarez-López L, Campero L, De la Vara-Salazar E, Rivera-Rivera L, Hernández-Serrato MI, Walker D, Lazcano-Ponce E. (2013); Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. *Salud Publica Mex*55(2): S225-S234.

Tarrés, María Luisa (2008); *Observar, escuchar y comprender, sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, Facultad Latinoamericana de Ciencias sociales (FLACSO-México), El Colegio de México y Miguel Ángel Porrúa, México.

World Health Organization (1985); *Appropriate technology for birth*, *Lancet* 2, 436-437.



Las políticas públicas del gobierno federal en torno al embarazo en la adolescencia en México: Un análisis de los sexenios 1994-2000; 2001-2012 y 2013-2018

Vicente González Huerta

A la luz de los cambios que suceden en la dinámica demográfica en el país, es que ocurrieron también cambios en la forma en que las políticas para prevenir el embarazo en la adolescencia eran enfocadas, por ello lo que a continuación se describe, son los cambios observables a través de la forma en que en los documentos oficiales por parte de los gobiernos federales mostraban el análisis del problema del embarazo en la adolescencia, la manera en como pensaban y abordaban sus causas así como las principales estrategias que siguieron para atenderlo en los sexenios que se tuvo como presidentes a Ernesto Zedillo Ponce de León, Vicente Fox Quezada, Felipe de Jesús Calderón Hinojosa y Enrique Peña Nieto. Siendo en el sexenio de el primero de estos expresidentes, que se aborda de manera clara y expresa, el fenómeno del embarazo en la adolescencia como un problema público en el ámbito de la salud, avanzando con el paso de los sexenios y desarrollándose de diferentes maneras.

La manera en la que se informa y comunica a través de las campañas que se emiten desde los distintos órdenes de gobierno, lleva implícita la representación que tienen acerca de los distintos grupos, el hecho de mencionarles o no, genera repercusiones en la visión que se tiene de los mismos, por lo que debemos considerar que la forma en que se posiciona desde la ley y en la agenda publica un tema, es de suma importancia para los resultados que tendrá su aplicación en políticas públicas.

A su vez, no se descarta la influencia que políticas previas tuvieron lugar en el desarrollo de acciones, que, si bien no abordaban el embarazo y maternidad en la adolescencia, pudieron tener una influencia en los cambios que la dinámica demográfica tuvo en los años posteriores a su implementación, esto se refiere a políticas y programas que, de manera general se implementaron como políticas para incentivar o desestimar las tasas de fecundidad.

Sin más este capítulo, servirá para generar un acercamiento a la forma en que se ha concebido y representado los grupos de las mujeres adolescentes en las políticas públicas del gobierno federal, esto se hace a través de un recuento de las principales



estrategias en los sexenios mencionados, si bien, dentro del presente estudio no se realiza un antecedente amplio e histórico de varias décadas, si cuenta con elementos que resaltan, uno, fundamental y el principal en este texto, es el hecho de que dentro de los procesos que se analizan se aborda 4 sexenios, dentro de los cuales ocurre un viraje político que como se podrá apreciar tendría repercusiones en los planes, programas y políticas que se plantearon.

Políticas demográficas previas

Para lograr una mejor comprensión sobre la creación de una política pública específica que contemple el fenómeno del embarazo en la adolescencia, es necesario abordar la visión que existe en los programas planteados por el gobierno mexicano previo a estas, en el caso de México, le anteceden, las políticas de población que se encuentran plasmadas en la Ley general de población de 1973, mismas que tienen como principal antecedente lo que señala Cabrera, (1990):

“La primera ley explícita que da lugar a una política de población se establece por el Congreso de la Unión de México en 1936.; esta primera Ley General de Población es modificada ligeramente en 1947, especialmente en lo que se refiere a la aceptación de población extranjera. Veinticinco años después, en 1973, se promulga una nueva Ley General de Población que rige actualmente la política demográfica del país.” (P. 5)

Dentro de cada ley se combinan distintos propósitos, entre los que pueden estar, los que atañen a la disminución o incremento de la población, para el caso de las que arriba se mencionan, añade que:

“Mientras que las dos primeras leyes tienen un claro fin poblacionista, mediante el incremento de la fecundidad y la reducción de la mortalidad, con menor peso a la inmigración, la de 1973 tiene entre sus objetivos disminuir la fecundidad y, como consecuencia, el alto crecimiento demográfico.” (Cabrera, 1990, p. 5)

Por lo que se puede afirmar que previo a la creación de las políticas públicas que abordan directamente el embarazo en la adolescencia, se tenía un ideal de población que, potenciado por programas de gobierno, de cierta forma tuvo y sigue teniendo una influencia importante en la visión que se tiene respecto a este fenómeno. Lo que demuestra que las formas de entender desde la política pública el fenómeno del



embarazo en la adolescencia es multidimensional e involucra esferas históricas en el ámbito de la cultura, la economía y la política.

Ernesto Zedillo (1994-2000) y el planteamiento de una política pública enfocada en la prevención del embarazo en la adolescencia

El marco específico en el que se dan explícitamente las primeras acciones que buscan abordar de manera formal el fenómeno del embarazo en la adolescencia como un problema de salud pública, inscrito, por ende, en el marco de una Ley General de Población que le respalde, sucede en el plan de desarrollo que se desarrolló en el gobierno del expresidente Ernesto Zedillo.

Para ahondar en lo anterior, debemos entender que la situación de que un fenómeno, pase a ser considerado un problema de salud pública, tiene como antecedente el hecho de que existieran en el pasado, ideales de lo que debe o no ocurrir con la forma en que se decanta el crecimiento o disminución de la población.

Si bien, como se señala arriba, la planificación e incidencia en la estructura demográfica del país, ya contaba con antecedentes, por parte de acciones encaminadas por gobiernos desde décadas anteriores, es hasta “1993, que la Secretaría de Salud del entonces gobierno federal (SS) convocó a una reunión a organismos nacionales e internacionales sobre la salud reproductiva del adolescente. Ocurrió la Declaración de Monterrey, se creó el programa de atención a la salud integral de adolescentes, con énfasis en su salud reproductiva.” (Lovera, 2015) y, posteriormente en “1994 se impulsó educar a las y los adolescentes en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, realizada en El Cairo.” (Lovera, 2015).

Posteriormente, el mandato de Ernesto Zedillo y las acciones desarrolladas desde la Secretaría de Salud, se concentraron en lo que se denominó “Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Población adolescente”, que, de manera resumida, se concentraba en “El servicio se caracteriza por contar con un grupo multidisciplinario; médico, enfermera, trabajadora social y en algunos casos un psicólogo, que trabajan de forma coordinada para ofrecer un servicio integral a las/los adolescentes de toda la República Mexicana.” (Programa de salud sexual y reproductiva de la población adolescente, 1996).



Por lo que el programa planteado, mostraba de manera parcial el enfoque de dar una atención integral a la salud de las y los adolescentes, pero, no solo se presentaba en el ámbito de la salud reproductiva, sino que se abocaba a otras dimensiones, como lo son las adicciones y las enfermedades de transmisión sexual, como se muestra a continuación.



Figura no. "X" Enfoque de Salud Integral del adolescente en Sexenio 1994-2000

Fuente: Diagrama obtenido de:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/progadole.htm>

Es así como se representaba de manera gráfica la intención del programa de salud sexual impulsado por el gobierno federal, en el sexenio arriba señalado. Colocándolo al lado de otros problemas como las adicciones y las enfermedades de transmisión sexual como lo es el VIH-SIDA.

Si bien, el programa que se planteó en el sexenio de Ernesto Zedillo mostraba un interés por trabajar de manera más extensa con el fenómeno de investigación del presente estudio, al buscar reglas de operación, los manuales del programa y los documentos necesarios para su funcionamiento y operación, se puede encontrar que no existen tales, por lo que, no es posible hablar de manera más extensa sobre el planteamiento de esta visión, más allá de lo que ya se mencionó arriba.

Por lo tanto, tomaremos en cuenta el trabajo de Ehrenfeld, (1994), en el que señala que:

"El Programa de Educación Para la Salud Reproductiva y Sexual de Adolescentes, es de base hospitalaria, fundamentalmente educativo y de orientación psicosocial, dirigido a mujeres menores de 20 años que acuden al hospital para recibir atención prenatal y atención del parto" (P. 2)



Por lo que, el programa creado en el sexenio de Ernesto Zedillo, que va de 1994 a 2000, no se trataba de atender al problema desde la casusa, sino que, una vez que ha ocurrido el primer embarazo, se les incluía en el programa, dentro del hospital, para intentar prevenir, que eventualmente ocurriera un segundo embarazo.

Por lo que, las mujeres que fueron atendidas bajo este esquema de programa de atención al embarazo en la adolescencia, probablemente tuvieron contacto con este, cuando ocurrió el embarazo, pero, de esta manera, podemos inferir que no se trataba de un programa que posicionara la prevención total, sino como un acompañamiento que intentaba evitar que se diera un segundo embarazo, de cierta forma poniendo el foco en la disminución de la natalidad y no de la ocurrencia del fenómeno en sí.

En resumen, la política impulsada, no mostraba un análisis en sí o un tratamiento del fenómeno del embarazo en la adolescencia, aunque en el papel y discurso, se mostraba de esta manera, en la práctica, de cierta manera, era un modelo que daba continuidad a las políticas de población en general, pero no así en las que tienen que ver con grupos sociales en específico.

Esto no quiere decir que en la practica no se haya reportado una disminución del fenómeno, al contrario, como se muestra en la siguiente gráfica:

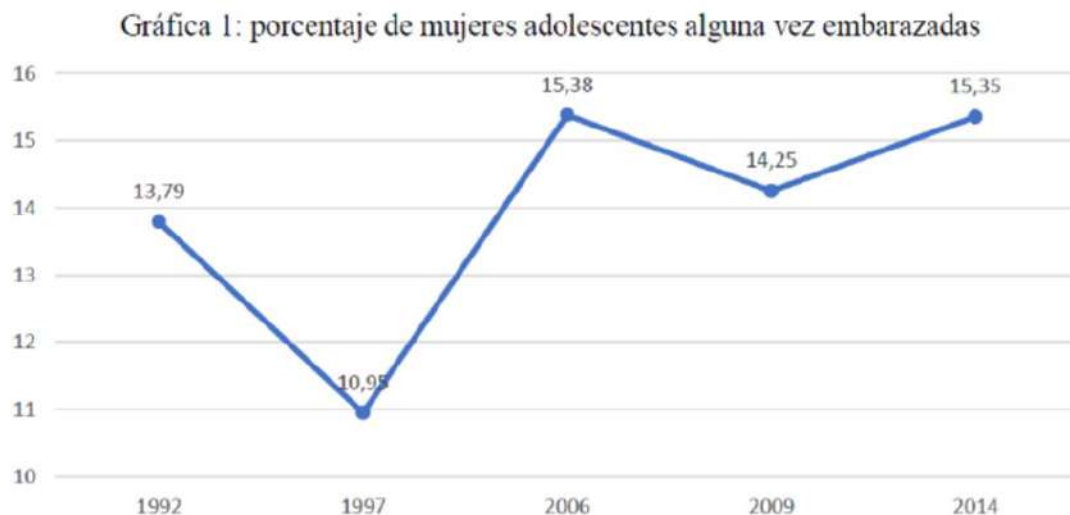


Gráfico obtenido de: (Jácome, L, 2017, p. 22)



Durante la gestión de Ernesto Zedillo sobre todo en los primeros años, la tasa de natalidad en la población adolescente tuvo un descenso, dando cuenta de una política efectiva, cuestionable, eficiente y a la vez comprensible en sus resultados, quizá desde la atención que se puso en el fenómeno, pues no tenía un precedente tan explícito, además de poner de manifiesto, la utilidad de entes cuasi externos, como lo es el Consejo Nacional de Población, que fungió dentro de los procesos anteriores con un papel fundamental para entender la dinámica de población en el país.

Aunque la principal meta, que se puso fue la de disminuir los embarazos en la población que va de los 15 a los 19 años, de cierta forma invitando, solamente a retrasar la edad en la que se tiene el o la primera hija.

En resumen, los avances que se tuvieron en materia de embarazos en la adolescencia durante el gobierno de Ernesto Zedillo, hacen pensar que, en materia de políticas públicas, el Partido Revolucionario Institucional y en este caso, apoyados por el presidente fueron propicios para que se establecieran los mecanismos que permitieran la implementación del programa planteado, potenciado por la voluntad política, plasmada en las páginas del programa y potenciado por los informes o resultados del mismo.

Los cambios en la política pública en torno al fenómeno durante los sexenios de Vicente Fox Quezada a Felipe Calderón 2000-2012

Al principio de siglo, en México se produjo la alternancia del partido que se posicionaría en la presidencia de la república, tras 7 décadas de gobiernos encabezados por el Partido Revolucionario Institucional, el Partido Acción Nacional tendría un resultado favorable en las elecciones de 1999, en las que obtendría la victoria Vicente Fox Quezada, quien ocuparía el cargo del 2000 a 2006.

Dentro de las acciones que propuso, en la materia que nos interesa resaltan las metas que se planteó, pues dentro del “Programa Nacional de Salud 2001-2006”, señala que:

“El propósito de las actividades de planificación familiar es promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los mexicanos tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de población y, a partir de ello, contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados mediante la oferta sistemática de métodos anticonceptivos modernos y la prestación de servicios de



buena calidad. Los grupos prioritarios de este programa son las poblaciones rurales y urbano- marginadas, los adolescentes y las comunidades indígenas.”
(Programa Nacional de Salud 2001-2006, 2001, p.96)

Dentro de los grupos de atención a los que se dedica este programa y buena parte de la cuestión de planificación familiar, se encuentra el grupo adolescente, dentro del que señala ofrecer servicios de calidad, para contribuir a la disminución de embarazos no planeados, pero en la práctica, los resultados y avances, como se señala en el “grafico 1” no parecen respaldar a esta administración, aunado a que se posiciona de manera ampliada en el tema, no del embarazo sino de la planificación familiar.

La postura que se enmarca en las acciones del programa propuesto durante el sexenio del presidente Vicente Fox Quezada se confirma a través de las preguntas y respuestas que ofrece en el mismo, pues, de corte más tradicional, se enfoca en la cuestión familiar, y no, en las y los adolescentes como centro de sus propias decisiones.

Ejemplo de lo anterior, es que dentro de los contenidos educativos del texto “La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar”, presentado por la Secretaria de Salud en 2002, señala, en materia de insumos educativos que se les proveen a las y los adolescentes, que se les debe informar que una de las formas de ejercer la sexualidad (siendo la que aparece en primer lugar) es la abstinencia, aun cuando reconoce que este método es poco efectivo en la población adolescente y, que suele ser contraproducente, derivando en embarazos a temprana edad. (La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar, 2002, Pp. 54 a 58)

La reafirmación de la familia, como el espacio en el que se deben fortalecer los lazos afectivos se muestra de manera reiterada, así como expresiones que sostienen una visión que asevera que la maternidad es algo, en cierta forma positivo o un mero proceso en la vida de las mujeres, como se muestra en las características que señala que tienen las madres adolescentes, se mencionan las siguientes:

- 1. “La maternidad tiene un gran valor. Es una posibilidad para ser tomadas en cuenta por los adultos.*
- 2. No se sienten amadas o aceptadas por los demás.*
- 3. Buscan en el bebé la posibilidad de tener algo propio por lo que puedan luchar.*



4. *Buscan reafirmar su identidad sexual a través de la maternidad.*
5. *El hijo representa para ellas una oportunidad para reivindicarse o para transgredir las normas familiares.*
6. *Inician su vida sexual para llenar un vacío afectivo y tienen la expectativa de establecer, por este medio, fuertes lazos amorosos.”*
(*La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar, 2002, P. 62*)

Analizando las afirmaciones arriba recuperadas, se pueden observar varias cosas, entre las que figuran, podemos mencionar las siguientes:

1. Se asume, como ya se mencionó, la maternidad como algo positivo
2. La maternidad aparece como una figura primordial de la mujer, además de no mencionar otros modelos de desarrollo personal y profesional de la mujer
3. Se centra solamente en la familia, para hablar de lo que representa el o la hija en las mujeres:

Aunado a la visión que hasta aquí se ha abordado del embarazo y maternidad en la adolescencia que se aborda en este documento, se encuentra otro documento que reafirma lo anterior, el “Programa Nacional de Salud 2001-2006” del que se desprende, en varias de sus paginas el tema en específico de la adolescencia y los problemas a los que se les pretendía brindar soluciones, pero, por el contrario, señala solamente que “Las principales causas de daños a la salud en estos grupos de edad son el tabaquismo, el alcoholismo, el consumo de drogas, los accidentes, el sobrepeso, los homicidios, los suicidios y las enfermedades de transmisión sexual” (Programa Nacional de Salud, 2001-2006, p. 27).

Dentro de los problemas señalados, el único que figura dentro de la salud sexual es el que refiere a las enfermedades de transmisión sexual, por lo que, por lo menos desde el planteamiento del plan de desarrollo, no aparece como prioritario dentro de los que se mencionan, además de resultar en una propuesta que ataque los fenómenos y no las causas de estos.

A su vez, el planteamiento más específico que se hace respecto a la población adolescentes embarazadas, lo hace en el Plan de Desarrollo 2000-2006, en el que señala solo una vez en todo el documento, de manera explícita el tema del embarazo adolescente, pero, al igual que lo que se muestra más arriba, se pone junto a temas como el aborto, el sida, las drogas, el alcoholismo y el tabaquismo. el aborto, el sida, las drogas, el alcoholismo y el tabaquismo. (Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006, 2000, p.93)



Además, el gran ausente de los distintos documentos que se consultaron, son los embarazos que ocurren en la adolescencia más temprana, los que van de los 12 a los 15 años, mismos que no son mencionados, y, que de cierta forma son invisibilizados, el hecho de que no se les mencione es un factor que podría haber generado en la práctica la noción de que estos no ocurren.

Felipe Calderón Hinojosa 2006 a 2012

Por su parte, dando continuidad a lo anterior, en 2006 la sucesión presidencial, dio como resultado la continuidad del Partido Acción Nacional al frente del gobierno federal, puesto que recaería en Felipe Calderón Hinojosa, pero, si eso resultase en una visión más progresista o aún más conservadora sobre la cuestión que nos ocupa, es lo que abordamos a continuación desde los documentos en los que hacen mención del embarazo en la adolescencia.

El primer documento por abordar es el Plan Nacional de Desarrollo, dentro del cual se recupera la atención a la adolescencia, pero de manera primordial, hace referencia a los jóvenes, “señala como los principales problemas de los jóvenes, en orden de importancia, las drogas y el alcohol (74.4 por ciento de los hombres y 67.4 por ciento) mujeres); y la falta de trabajo.” (Plan Nacional de Desarrollo, 2006, p. 50)

De manera específica dentro del plan se señala que:

“El plan se sustenta en cinco ejes de política pública, que requieren acciones transversales en aspectos económicos, sociales, políticos y ambientales:

- 1. Estado de Derecho y seguridad.*
- 2. Economía competitiva y generadora de empleos.*
- 3. Igualdad de oportunidades.*
- 4. Sustentabilidad ambiental.*
- 5. Democracia efectiva y política exterior responsable.” (Plan Nacional de Desarrollo, 2006, p. 27)*

A su vez, el plan cuenta con una breve descripción de los objetivos y estrategias de cada eje, en lo que corresponde a eje de igualdad de oportunidades, cuenta con el objetivo número 6 “Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables”, en específico en el 6.1 que dice “Promover la salud reproductiva, la salud materna y perinatal, así como la prevención contra enfermedades diarreicas, infecciones



respiratorias agudas, y otras enfermedades asociadas al rezago social” (Plan Nacional de Desarrollo, 2006, p. 45).

Por lo que, el fenómeno del embarazo aparece posicionado solo en términos de salud reproductiva, no haciendo énfasis en el embarazo adolescente, mismo que debió estar ubicado en un plan sectorial específico, en este caso, en el Plan Sectorial de Salud, mismo que no aparece.

El plan en general hace de manera reiterada, una propuesta que pone como centro a la familia, sin ahondar en temas específicos, por lo que el programa en torno al embarazo adolescente solo es sobrellevado por la propuesta de ofrecer becas a las adolescentes que sean madres para que puedan continuar con sus estudios.

El dato de la población embarazada adolescente aparece en mayor medida en el Plan Nacional de Salud, en el que si señala la maternidad adolescente de la siguiente manera:

“Además de focalizar las acciones en áreas geográficas particularmente vulnerables, es importante fortalecer la atención materna en las adolescentes, que presentan una prevalencia muy alta de embarazo y un riesgo de morir por problemas relacionados con la maternidad superior al de las mujeres de 20 a 35 años.” (Plan Nacional de Salud, 2007, p. 39)

Prevalece una visión no preventiva del embarazo adolescente, sino de acompañamiento a lo que parece establecerse como una forma de maternidad, un destino manifiesto para el ser de las mujeres, más no planteándola como una problemática social más profunda. Además, contradictoria con lo que menciona más adelante en el documento, al mencionar que “En las instituciones públicas de salud 21% de los partos atendidos en 2005 fueron en menores de 20 años y casi 7,289 ocurrieron en niñas de 10 a 14 años.” (Plan Nacional de Salud, 2007, p. 39), atendiendo a que existe preocupación respecto a la ocurrencia del fenómeno en menores de 15 años, pero sin hacer un análisis integral sobre el problema en cuestión.

Enrique Peña Nieto (2012-2018): La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes

Por último, toca el turno al sexenio que tuvo como presidente a Enrique Peña Nieto, siendo este el sexenio más reciente, es a su vez el que dota de otra perspectiva y



enfoque, el embarazo en la adolescencia como un problema de salud pública, ejemplo de ello se observara a continuación, en la manera en que aparece dentro de los planes de desarrollo, de salud y en específico de lo que se señala en La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

En primer lugar, el documento que rige los ejes de trabajo de la administración federal en este sexenio es el Plan Nacional de Desarrollo, mismo, en el que, no se encuentra de manera explícita el problema del embarazo en la adolescencia, de manera específica, pero esto no significa que no se pueda encontrar en este, una orientación hacia este problema.

Lo anterior lo podemos encontrar en el apartado de numero 6 en el que se abordan los objetivos estrategias y líneas de acción, dentro de estas, podemos ubicar el fenómeno en primer lugar en la estrategia “Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población.” Sin que aparezca una línea de acción en específico. (Plan Nacional de Desarrollo, 2013, p.116).

De manera más precisa, podemos ubicarlo en el objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud. Dentro de las estrategias 2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud, cuyas líneas de Controlar las enfermedades de transmisión sexual, y promover una salud sexual y reproductiva satisfactoria y responsable, así como la estrategia 2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad y la 2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad. (Plan Nacional de Desarrollo, 2013, pp. 115-118).

En documento que ahora toca revisar es el Plan Sectorial de Salud 2013- 2018, en el que dentro del capítulo sobre Objetivos estrategias y líneas de acción, se plantean varios puntos, entre los que se destacan en el primer apartado, Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, de la que posteriormente se desprenden un conjunto de estrategias a seguir para su implementación. (Plan Sectorial de Salud, 2013, pp. 46-47)

“Estrategia 1.5. Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables

Líneas de acción: 1.5.1. Diseñar estrategias de comunicación en salud sexual y reproductiva.

1.5.2. Promover acciones para prevenir el embarazo adolescente.



1.5.3. *Coordinar con el sector educativo del nivel básico y medio superior una educación integral de la sexualidad.*

1.5.4. *Promover la salud sexual y reproductiva responsable, así como la prevención del VIH y otras ITS.*

1.5.5. *Garantizar abasto y oferta de métodos anticonceptivos e insumos para la prevención del VIH y otras ITS.*

1.5.6. *Asegurar la detección y tratamiento oportuno de VIH, SIDA e ITS, con énfasis en poblaciones clave.*

1.5.7. *Incrementar el acceso y utilización de servicios de salud sexual y reproductiva en mujeres y hombres.*

1.5.8. *Incrementar la cobertura de detección prenatal y tratamiento oportuno para prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis congénita.*

1.5.9. *Fomentar el embarazo saludable y un parto y puerperio seguros.*

1.5.10. *Fomentar la lactancia materna a través de acciones que contribuyan a incrementar la duración y el apego.”*

(Plan Sectorial de Salud, 2013, p.50)

Dentro de lo que se observa en la estrategia citada arriba, varios son los puntos que se deben señalar de vital importancia, entre ellos están el hecho de que desde el nombre de la estrategia se reconoce a la población adolescente como la principal beneficiaria de esta estrategia, se le suma la intención de establecer desde el sistema educativo una educación integral de la sexualidad y el hecho de que se señale de manera separada de fenómenos como las adicciones o el alcoholismo, siendo un tema aparte y en consecuencia, evidenciando un tratamiento del fenómeno de manera sesgada en por lo menos las 2 administraciones anteriores.

Bibliografía

Cabrera, B. (noviembre de 1990). El estado mexicano y las políticas de población. Actos de Homenaje a México de la Comisión América y Cataluña 1992. Congreso llevado a cabo en Cataluña, España.

Lovera, S. (28 de abril de 2015). En México, 39 años de programas sin resultados: embarazo en adolescentes aumenta. Al Momento. Recuperado de: <https://almomento.mx/en-mexico-39-anos-de-programas-sin-resultados-embarazo-en-adolescentes-aumenta/>

Programa de salud sexual y reproductiva de la población adolescente. (1996).

Recuperado de:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/progadole.htm>



Ehrenfeld Lenkiewickz, Noemí (1994). Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. *Salud Pública de México*, 36 (2), undefined-undefined. [fecha de Consulta 10 de noviembre de 2019]. ISSN: 0036-3634. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=106/10636205>

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=106/10636205>

Secretaria de Salud. (2002). La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar (Segunda edición). Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7199.pdf>

Poder Ejecutivo Federal (2000). Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006

Secretaria de Salud (2007). Plan Nacional de Salud 2007-2012

Poder Ejecutivo Federal (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

Secretaria de Salud (2013). Plan Sectorial de Salud 2013-1028



El acceso a los servicios de salud sin barreras culturales. El caso de la atención de parto

Elia Lara Lona ^{1,2}
Marco A. Castro Uriegas²
Francisco Javier Magos Vázquez²
Daniel Alberto Díaz Martínez²

Resumen

Objetivos

Dar a conocer la estrategia establecida en los servicios de salud del Estado de Guanajuato para la atención del parto sin barreras culturales.

Problemática

Guanajuato tiene más de 5 millones de habitantes con una población multicultural. El número de nacimientos asciende a 116 mil cada año, más del 95 % son atendidos en unidades médicas. La atención del parto enfrenta problemáticas relacionadas con el sistema de salud derivadas de la atención medicalizada y de la violencia obstétrica, que tiene como consecuencia muertes maternas y perinatales.

Metodología

Durante el año 2017 se realizó un diagnóstico situacional y se identificaron las necesidades capacitación de los equipos de primera respuesta (médicos, enfermeras y trabajadoras sociales). Se adaptó el modelo de atención a las mujeres durante el parto con enfoque humanizado, intercultural y seguro.

Resultados

Se diseñó la estrategia de parto respetado que significa; respetar la decisión de la madre sobre la forma de resolver su evento obstétrico: elegir el control del dolor, elegir el acompañamiento, elegir la libre posición del parto, intentar el parto vaginal sin coacción, usar alternativas para distracción del dolor (musicoterapia, aromaterapia y puntos de presión, relajación de músculos de la pelvis). 24 unidades médicas participan. 4% de los partos han tenido acompañamiento. “Esperaba mi parto más agresivo, fue una experiencia muy bonita ...”.

Discusión

Se ha mejorado la calidad de la atención obstétrica como lo establece la evidencia. Conclusiones. Es una experiencia más agradable para personal de salud, madres y familias. Las muertes maternas han disminuido. El acceso a los servicios de salud sin barrera culturales se cumple.



Palabras clave

Salud, servicios, acceso, barreras culturales, parto.

Introducción

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. La atención del embarazo, parto y puerperio se ha convertido en un evento normalizado y medicalizado bajo la consigna de apearse a la mejor evidencia científica para disminuir los riesgos de muerte materna y/o muerte perinatal; sin embargo y a pesar de los esfuerzos de los países en las diferentes regiones del mundo y en la nueva era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la morbilidad y la mortalidad prevenibles relacionadas con el embarazo siguen siendo inaceptablemente altas. (OMS, 2016). Un esfuerzo sostenido han sido las diversas estrategias para realizar adecuadamente el control prenatal y asegurar un evento obstétrico sin complicaciones. La medicalización del parto ha dañado la propia capacidad de las mujeres para vivir una experiencia satisfactoria, ya que quien toma el control en ese momento único es el médico. La mayoría de los partos ocurren sin complicaciones, y con la consigna de disminuir las intervenciones médicas innecesarias en la atención del evento obstétrico la OMS ha emitido recomendaciones para permitir que las mujeres decidan sobre los métodos para aliviar el dolor; que la mujer decida la posiciones para dar a luz y cuándo pujar durante el parto; poder elegir al acompañante durante el alumbramiento; asegurar un cuidado respetuoso y una buena comunicación entre la mujer y el equipo médico y que su privacidad sea respetada. México inició una estrategia nacional para incorporar el modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro (Secretaría de Salud, 2009). No todas las entidades federativas incorporaron el modelo como parte de la prestación de servicios de salud. El objetivo de este trabajo es dar a conocer la estrategia establecida en los servicios de salud del Estado de Guanajuato para la atención del parto sin barreras culturales.



Problemática

El modelo de atención obstétrica en México se ha sustentado en manuales de atención, lineamientos, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, Criterios y procedimientos para la prestación de servicios y guías clínicas nacionales e internacionales donde se describen acciones y procedimientos para la adecuada atención obstétrica, para obtener un embarazo y un parto saludable y seguro, así como la atención de algunas complicaciones y de la emergencia obstétrica, todo basado en evidencia científica.

Dentro de los aspectos prioritarios se involucra a la embarazada con el conocimiento de signos y síntomas de alarma y el seguimiento del plan de seguridad para acudir al sitio de resolución del embarazo; la atención por personal calificado; la priorización de riesgos y de la urgencia de atención a la llegada de la mujer en trabajo de parto a la unidad (triage) y; la integración de un equipo de respuesta inmediata a la emergencia obstétrica con el apoyo de la infraestructura adecuada. Es claro que la participación de la mujer en estas decisiones queda totalmente fuera.

El Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres (Proigualdad), 2013-2018, es el programa que estructura la estrategia transversal de perspectiva de género del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y concreta la Política Nacional en Materia de Igualdad entre Mujeres y Hombres y es muy claro al señalar la problemática entorno a la mortalidad materna y perinatal. También expresa que un problema casi desapercibido es que 46.2% de los nacimientos de mujeres de (20-49) años son cesáreas (20.5% programadas y 25.7% por urgencias) refiriendo que en los 12 últimos años el número de cesáreas se incrementó en 50.3%, en el sector público en un 33.7% y en el privado en 60.4%. Su práctica se relaciona con un mayor riesgo de morbi-mortalidad materna y neonatal, mayor número de partos pretérmino y de acretismo placentario en el siguiente embarazo.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 refiere que México ocupa el cuarto lugar a nivel mundial (después de China, Brasil y Estados Unidos) en el uso de la práctica de cesáreas sin indicación médica. Las cesáreas representan el 38.5% de los nacimientos en el sector público, con variaciones significativas que van desde 23% en las unidades del IMSS Oportunidades hasta 67% en los servicios del



ISSSTE, porcentajes por encima de la recomendación de la OMS que sugiere que el porcentaje de nacimientos por cesárea no debe rebasar el 15% (González-Pérez & Pivaral, 2011).

En la revisión Cochrane titulada “Apoyo continuo para las mujeres durante el parto” (Hodnett ED, 2007) se señala que “es frecuente ver en hospitales de países de medianos ingresos, especialmente en América Latina, a mujeres en trabajo de parto sin apoyo y bajo un modelo de atención medicalizado y deshumanizado”, los índices elevados de episiotomías y cesáreas son indicadores del elevado nivel de medicalización de la atención materna en estos lugares (R., 2007), (Althabe F, 2002), (Langer A, 2002)

Un modelo de atención altamente medicalizado se describe en la literatura como aquél que promueve el uso de intervenciones innecesarias, descuida las necesidades emocionales de las embarazadas y contribuye al incremento del costo global de los servicios médicos (Tracy S K, 2003). (Almaguer, 2010)

Las especialidades de las que más se reciben quejas en la CONAMED son ginecología obstetricia con 15%, y en orden decreciente siguen las de ortopedia y traumatología con 12.5%, urgencias médicas 10%, cirugía general 7.3%, y odontología 7%. Estas especialidades concentran 51.8% de las quejas recibidas. En cuanto a las especialidades no quirúrgicas, destacan las de medicina familiar con 6.3%, y medicina interna con 2.4 % (Fajardo G, 2009).

El 79.5% de las quejas con evidencia de mala práctica se concentra en 10 especialidades y, dentro de ellas, las cinco en las que se presenta el mayor porcentaje de daño físico fueron: ginecología y obstetricia con 69%, pediatría con 64%, oftalmología con 56%, cirugía general con 55%, y medicina familiar con 53%. Si se analiza la mayor gravedad del daño por especialidad (sólo daño permanente y muerte), ese orden se modifica: ginecología y obstetricia ocupa el primer lugar con 53%, seguida por pediatría con 42%, oftalmología 40%, medicina familiar 33% y traumatología y ortopedia 32 por ciento (Fajardo G, 2009). (Villanueva, 2010)

La insatisfacción de las usuarias está relacionada con la violencia obstétrica o perinatal, problemática nacional ampliamente conocida, de la cual se cuenta con estudios cualitativos acerca de ella a nivel nacional (Castro, 2003), (Almaguer, 2010).



El trabajo del Instituto Nacional de Salud Pública, sobre hospitales donde se brinda atención obstétrica, señala que la maniobra de la que más se quejaron las mujeres en la entrevista fue la del tacto vaginal, con un promedio de 4.47+3.68. La proporción de mujeres que reportaron algún tipo de abuso durante el trabajo de parto fue del 29% y no se encontraron diferencias por hospital ($p=0.815$), con 19% ($n=99$) de las entrevistadas que refirieron algún tipo de abuso verbal y 8% ($n=39$) con abuso físico. Se encontró una proporción de cesáreas del 50% (Instituto Nacional de Salud Pública., 2013).

El caso en Guanajuato

Guanajuato es el 4to estado de la República Mexicana más poblado con casi 6 millones de habitantes; cada año registra más de 116 mil nacimientos. En México, durante el año 2018 ocurrieron 66, 012 partos prematuros en los hospitales de las secretarías de salud estatales, la mayor proporción ocurrió en México con el 11.16%, seguido de la ciudad de México con el 7.64% y en tercer lugar Guanajuato con el 7.08% (4,674). Del total de egresos hospitalarios ocurridos en México en el 2018, 27,559 fueron por preeclampsia, el grupo de edad más afectado fue el de 20 a 24 con 26.78%, de 15 a 19 años con el 23.05%, y de 25 a 29 con el 20.58%. Guanajuato ocupó el lugar número 4 con el 6.91%, después de México, Veracruz y Puebla. De acuerdo con los indicadores básicos OPS 2019, el porcentaje de la atención prenatal con personal capacitado en la región de las Américas fue del 87.1, y en México fue del 90% y el 93% de los partos fueron con atención hospitalaria. Según los datos de egresos hospitalarios, en Guanajuato, de los más de 116 mil nacimientos, el 98.4% tuvieron control prenatal en el 2018 y el 95% tuvieron atención médica.

En México, hasta la semana 20 de 2019, la razón de mortalidad materna calculada es de 29.8 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo que representa una disminución de 3.5% respecto de lo registrado a la misma fecha del año pasado. Las principales causas de defunción son: Enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio (21.3%), Hemorragia obstétrica (18.9%) y Aborto (9.4%). Las entidades con más defunciones maternas son: Estado de México (24), Chiapas (22), Ciudad de México, Guerrero y Jalisco (20), cada una. En conjunto suman el 41.7% de las defunciones registradas.

La atención prenatal en Guanajuato

El modelo de atención prenatal en Guanajuato está basado en 15 redes de servicios y se integra por una infraestructura de 4 hospitales especializados materno-infantiles



(Celaya, San Luis de la Paz, Irapuato y León), que tienen bajo su cobertura a 21 hospitales comunitarios y a más de 500 unidades de primer nivel.

El modelo contempla la revisión de las embarazadas en el primer trimestre con el objeto de identificar riesgos tanto para la madre como para el feto. A fin de implementar la estrategia nacional de parto humanizado, en los servicios de salud del estado de Guanajuato se llevaron a cabo una serie de acciones, y en este trabajo se presentan los resultados de estas acciones

Metodología

Se llevó a cabo un trabajo de intervención en el Hospital más grande del Estado de Guanajuato desde junio de 2018 a junio de 2019. Se integró un equipo de trabajo encargado de la implementación, se describió un plan de implementación y un programa de trabajo que tuvo apoyo financiero de las autoridades.

La estrategia contempló acciones para el manejo del dolor, brindar un ambiente confortable, contar con una política de respeto a la individualidad y creencias, desmedicalización, ejercicios de preparación y acompañamiento, contacto piel a piel y lactancia materna inmediata.

Se hicieron programas de capacitación y sensibilización para todo el personal en todos los turnos y se definieron los criterios de selección para embarazos de bajo riesgo.

La capacitación y sensibilización contempló la realización de un Diplomado en enfermería materno-fetal, un curso taller de parto respetado, una fase práctica y vinculación con los niveles de atención más bajos.

Resultados

Se capacitaron a 144 profesionales de la salud, enfermeras y médicos. Se adecuaron áreas para atención de parto para hacerlas cálidas, confortables, seguras. En la fase práctica se favoreció el acompañamiento, la deambulaci3n y la ingesta de líquidos. El manejo del dolor fue manejado con las técnicas de respiraci3n y relajaci3n, se atendieron los partos conforme fue la selecci3n de la mujer, se realizó pinzamiento tardío, apego inmediato piel a piel, lactancia materna exclusiva. Del total de partos atendidos en el hospital, solo el 2.65% fueron bajo el modelo de parto respetado. Tabla 1.

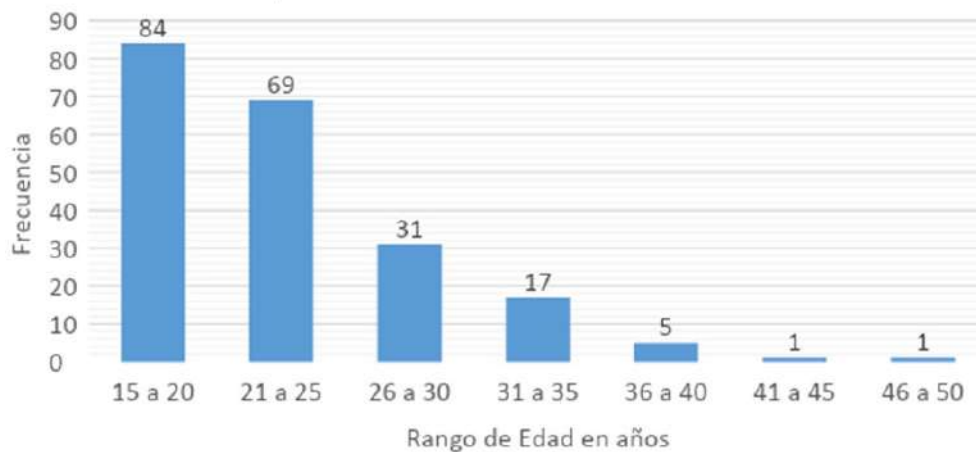


Evento	Medicalizados	Parto Respetado	%	Total
Partos Eutócicos	3,732	176	4.50	3,908
Distócicos Vaginal	509	2	0.39	511
Cesárea	3,413	30	0.87	3443
Total	7,654	208	2.65	7,862

Tabla 1. Proporción de eventos obstétricos atendidos en parto respetado

La mayor parte de las mujeres atendidas tuvieron entre 15 y 20 años de edad.

Edad de la Paciente en Trabajo de Parto que ingresó al área de Acompañamiento



En su mayoría, las mujeres solicitaron acompañamiento:

Número de Embarazos de las mujeres que ingresaron al área de acompañamiento





Desde que la mujer ingresó a sala para trabajo de parto tuvo acompañamiento. Con respecto a las encuestas de satisfacción, las mujeres mencionaron que:

“Fue una buena experiencia y el personal está atento en todo momento” KSM

“Si me sentí más en confianza y seguridad al estar con mi familiar, se hace ameno el tiempo de estancia” RMS

“Esperaba mi parto más agresivo, fue una experiencia muy bonita y muy padre, al momento del parto me acordé de las respiraciones y eso me ayudó, muchas gracias por todo” MTR

Discusión y conclusiones

Se ha mejorado la calidad de la atención obstétrica como lo establece la evidencia. Es una experiencia más agradable para personal de salud, madres y familias. Las muertes maternas han disminuido. El acceso a los servicios de salud sin barrera culturales se cumple.

Notas

¹ Universidad de Guanajuato, Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato

² Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato

Referencias

Almaguer, J. A. (2010). La Violencia obstétrica. Una forma de patriarcado en las



instituciones de salud. Género y Salud en Cifras.

Althabe F, B. J. (2002). Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ*, 945-6.

Castro, R. y. (2003). "La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio". En P. B. López, Género y Política en Salud, México, (pág. 259).

Fajardo G, H. F. (2009). Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007. *Salud Pública de México*, 119-125.

González-Pérez, G. J., & Pivaral, M. G. (2011). Cesáreas en México: Aspectos sociales, económicos y epidemiológicos. Obtenido de http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/CESAREAS_EN_MEXICO_ASPECTOS_SOCIALES_ECONOMICOS_Y_EPIDEMIOLOGICOS.pdf

Hodnett ED, G. S. (2007). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3). doi: DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub2

Instituto Nacional de Salud Pública. (2013). El abuso hacia las mujeres en salas de maternidad. Nueva evidencia sobre un viejo problema. Cuernavaca, Morelos, INSP,

Langer A, V. J. (2002). Promoting evidence based practice in maternal care would keep the knife away. *BMJ*, 928-9.

OMS. (2016). Salud sexual y reproductiva OMS. Obtenido de https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/:

http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49550/9789275320334_spa.pdf?ua=1

R., M. (2007). Apoyo continuo para las mujeres durante el parto: Comentario de la BSR. Obtenido de La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/rmcom/es/index.html

Secretaría de Salud. (2009). Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro.

Tracy S K, T. M. (2003). Costing the cascade: estimating the cost of increased obstetric intervention in childbirth using population data. *BJOG*, 717-24.

Villanueva, L. (2010). El Maltrato en las salas de parto. Reflexión de un gineco-obstetra. Género y Salud en Cifras.



La contratación y profesionalización de intérpretes traductores indígenas en el campo de la salud materna intercultural en México

Dra. Yazbeth Pulido Hernández¹

Resumen

México, declarado nación pluricultural por la diversidad de sus pueblos indígenas, que a lo largo de los años han desarrollado, resguardado y transformado sus propios modelos médicos, afronta el tema de la salud y, concretamente, la salud materna con un enfoque intercultural. Desde la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural y el Programa Salud, Materna, Sexual y Reproductiva el gobierno federal, ha impulsado una serie de políticas públicas interculturales para: reducir la mortandad materno-infantil, mejorar la atención obstétrica y reconocer otros modelos médicos como la partería. Una acción ha sido la contratación temporal de intérpretes traductores indígenas, asignados a ciertos hospitales como “enlaces interculturales”. Pero, como suele ocurrir, las intenciones se acortan junto al presupuesto, la falta de diagnósticos y la burocratización. Este estudio etnográfico hospitalario, pretende reconocer la importancia de la contratación definitiva y profesionalización de intérpretes traductores indígenas, en la atención de la indígena embarazada en los hospitales públicos en Área Metropolitana de Guadalajara. Los resultados indican, que, en la comunicación intercultural, los interlocutores -entre ellos el traductor- encaran un proyecto en común: cuidar a la madre y al hijo que espera. El servicio de traducción, como acción positiva, propicia la igualdad de oportunidades y disminuyen la discriminación, incluso puede salvar vidas. Por lo que, parte de la discusión, estriba en reconocer la contratación y profesionalización de intérpretes traductores indígenas, que implican la traducción como un servicio fijo y la capacitación de los traductores en ambos modelos médicos: el científico y el indígena.

Palabras clave

Política pública en salud materna, enfoque intercultural, comunicación intercultural y traductores indígenas.

Introducción

Uno de los grandes problemas a resolver por parte del gobierno mexicano, que atraviesa a varios programas y planes de acción gubernamental, es la mortandad materna y la mejora de los servicios sanitarios a través del enfoque de derechos



humanos, género e interculturalidad. Al respecto, Freyermuth y Luna (2014), indican que en 2012 murieron durante el embarazo, parto o puerperio 960 mujeres, de las cuales el 55% (528) estaban afiliadas al Seguro Popular de Salud² y, además, mantuvieron contacto con el sistema sanitario, incluso recibieron entre una y cinco consultas prenatales el 60% de esas mujeres (577). 192 de esos casos, es decir, el 20% ocurrió en casa o en la vía pública.

Reconocen que, para las mujeres indígenas, el riesgo a morir durante la maternidad es tres veces más que para las no indígenas, y cuatro veces más si se vive en un municipio con alto grado de marginalidad frente a otro con bajo grado.³ Señalan que los factores sociodemográficos o culturales son determinantes en la prevención de muertes maternas, además de la calidad del servicio sanitario y el acceso oportuno de servicios médicos resolutivos en caso de alguna urgencia obstétrica. En resumen, el problema es parte de un fenómeno mayor: la equidad de género, la justicia social y los derechos humanos (Freyermuth y Luna, 2014).

Cuando el médico, la indígena embarazada y su familiar coinciden en el hospital público, interactúan y se comunican para encarar un proyecto en común: cuidar a la madre y al hijo que espera. Sin importar si la indígena y su familia son monolingües o bilingües,⁴ el servicio de interpretación y traducción en lenguas indígenas,⁵ se realiza para todos los interlocutores. Se trata de un acto discursivo que reemplaza unas palabras por otras, pero, sobre todo, que interpreta visiones del mundo distintas y antagónicas: la cultura médica indígena y la cultura médica científica (alopática). Entonces, el intérprete traductor hablante de alguna lengua indígena, debe desarrollar habilidades lingüísticas e interculturales para comunicarse en la lengua ajena y la propia. Para Gregorio (2012) la competencia cultural e intercultural son parte formativa del traductor e intérprete, cuyo eje fundamental es la cultura propia y ajena que se adquiere y que se transforma; más aún, que debe ser analizada desde dentro como desde fuera, porque no hay culturas ni lenguas homogéneas. Por lo que la interpretación traducción es un ejercicio cotidiano.

El proceso de interpretación traducción en salud materna en los hospitales públicos, requiere comprender el ejercicio de la especialidad médica en ginecología y obstetricia, la cual es descrita y regulada por la normatividad mexicana vigente, la NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, que resulta en la preparación y la práctica



médica estructurada y sistematizada que certifica al profesional médico, cuyo objetivo es la salud y la vida de la mujer y de su hijo o hija.

Además, porque se es frente al otro siempre, se es “en una situación de contraste específica” (Grimson, 2001, 57): un indígena o un no indígena, una embarazada o un médico, una mujer o un hombre. Por ende, el pluriculturalismo que converge en el espacio sanitario, es una suma combinada de rasgos raciales, de género o de clase social.

Fundamentación del problema

Sobre el discurso político: las políticas públicas en salud materna

Hasta hace unos años, las voces de los indígenas se hicieron escuchar fuertemente con el levantamiento armado del movimiento zapatista en 1994, al cuestionar el impacto que traería consigo el capitalismo neoliberal con la imposición del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), pues menguaría -aún más- los derechos de los pueblos indígenas, tras legitimar el despojo de bienes naturales. Las demandas indígenas exigían la democratización política del país a través de la pluriculturalidad, el reconocimiento de su autonomía y el establecimiento de la justicia social y la paz. No obstante, a pesar del diálogo entablado con el gobierno federal, la ruptura fue inevitable ante el hostigamiento a las comunidades indígenas y la falta de respeto a los acuerdos logrados. Ese momento coyuntural fue aprovechado por el gobierno federal al incorporar el tema indígena en la agenda política. Pero, los esfuerzos son insuficientes, incluso simulados.

Al respecto, Contreras y Sánchez analizan si se ha establecido el “pluralismo jurídico” de facto con el artículo 2, es decir, si existe un reconocimiento real de los pueblos indígenas que haya acotado las diferencias entre indígenas y no indígenas, que potencialice una verdadera política social que ofrezca desarrollo humano a todos los ciudadanos mexicanos. Reconocen dos características del sistema jurídico mexicano que condenan a la “pluralidad jurídica” a ser una “falacia”, ser “positivista” y “simuladora”, al advertir que la pluriculturalidad no tiene cabida cuando el interés que prima es el beneficio económico, porque se trata de un sistema “cerrado, economicocéntrico y con aspiración eurocéntrica, el cual no reconoce la alteridad, no reconoce al otro, al pobre, al oprimido, y, por tanto, es excluyente” (Contreras y Sánchez, 2013, 632).⁶

Para 2003, se decretó la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos



Indígenas, que reconoce y protege los derechos lingüísticos de las comunidades indígenas, y promueve su uso cotidiano y desarrollo en un contexto de respeto. Equiparadas a la lengua español, considerada como la lengua oficial del país, las lenguas indígenas son distinguidas por primera vez como “lenguas nacionales”, es decir, legítimas para cualquier trámite público, y acceso a la gestión, servicios o información pública. Un derecho del hablante indígena, para comunicarse en lo público o privado, de manera oral o escrita, en cualquier actividad económica, política, cultural, religiosa u otra. Bajo esta ley también se constituye el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI), organismo descentralizado que promueve, preserva y desarrolla las lenguas indígenas.

En México se hablan 68 lenguas indígenas y 364 variantes lingüísticas pertenecientes a 11 familias lingüísticas. El INALI advierte que estas últimas deben ser tratadas como lenguas, sobre todo en el uso cotidiano. El Modelo de Acreditación y Certificación en Materia de Lenguas Indígenas del INALI, aprobado en 2007, como parte del Programa de Revitalización, Fortalecimiento y Desarrollo de las Lenguas Indígenas Nacionales 2008-2012 (PINALI), política pública institucional a cargo de aquel instituto, está compuesto por tres ejes interrelacionados, que buscan: 1. Establecer los requerimientos competentes para calificar a un hablante indígena como intérprete traductor en un campo en específico; 2. Crear mecanismos de evaluación y certificación según la competencia laboral; 3. Desarrollar programas que posibiliten la profesionalización de estos actores.

El Sistema de Normalización de Competencias en Materia de Lenguas Indígenas, primer eje de trabajo, está integrado por el Comité de Gestión por Competencias en Materia de Lenguas Indígenas, órgano regulador que define los estándares de competencias (conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes) de los intérpretes y traductores indígenas (ITI), compuesto por expertos en justicia, salud, desarrollo social y educación provenientes del sector gubernamental, académico y civil

Del sector salud, destaca la participación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR, SSA), que dirige a nivel federal el programa presupuestario Salud Materna, Sexual y Reproductiva, originado en 2016 al fusionar dos programas existentes, Reducción de la mortalidad materna y calidad en la atención obstétrica y Atención de la salud reproductiva y la igualdad de género en salud, a partir del “proceso de reingeniería del gasto para el Presupuesto de Egresos



de la Federación 2016”, que pretendía hacer más eficiente y eficaz el gasto público en un escenario internacional en el que el mercado del petróleo iba de caída. No obstante, con la llegada del nuevo gobierno loobradorista que defiende los valores de la honestidad, la austeridad y el combate a la corrupción, la reducción del gasto público al Ramo 12 Salud del cual depende el CNEGSR, alcanzó de nueva cuenta al programa presupuestario Salud materna, sexual y reproductiva, ya que para 2019 a penas se le asignaron 15.3 mdp, cuando en 2018 se le destinaron 18.8 mdp.

Del programa Salud Materna, sexual y reproductiva se desprenden seis programas de acción específica.⁷ Es el Programa Salud Materna y Perinatal el encargado en promover el acceso universal a grupos de alta marginación en etapa pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, con el fin de propiciar el trato digno y respetuoso, además de reducir la morbilidad y mortandad materno-infantil⁸ fortaleciendo la atención perinatal con enfoque intercultural.

Para ello, el CNEGSR ha desarrollado una serie de acciones comunitarias que requieren de la participación de todos los actores involucrados en el abatimiento de la muerte materna. La creación de Posadas para el Apoyo de la Mujer Embarazada (AME),⁹ estratégicamente ubicadas cerca de hospitales, que brindan albergue y alimento a la embarazada y a un familiar que residen en localidades dispersas o se ubican a más de dos horas de distancia, en tanto nace su hijo e incluso en el puerperio; el traslado AME en caso de emergencia obstétrica; la capacitación de parteras tradicionales; y la contratación de “enlaces interculturales” que realizan función de “intérpretes traductores hablantes de lengua indígena”, ubicados en hospitales o en Posadas AME de comunidades en las que predomina la población indígena son algunas de esas acciones.

Sobre la interpretación traducción en salud materna

En el proceso de la atención a la salud materna dentro de los hospitales públicos son dos visiones del mundo las que se encuentran, expresadas en saberes y prácticas médicas distintas y antagónicas. Por un lado, la científicista, representada por el personal médico, que no reconoce la eficacia de las intervenciones simbólicas y culturales de la medicina indígena.¹⁰ Por el otro lado, la tradicional, personificada por la indígena embarazada y su familia, quienes hacen uso de ambas medicinas al considerar que son complementarias. En medio de esos interlocutores, está el intérprete traductor. A más de esto, dichos hablantes interculturales mantienen una



relación asimétrica en la que el médico -como autoridad-, está en ventaja sobre el resto de los interlocutores -indígenas o no indígenas-, principalmente por dos tipos de conocimiento que posee: el conocimiento científico y el conocimiento sobre el medio en el que se da la interacción comunicativa (Nevado, 2014).

En el proceso comunicativo, es importante comprender que “la comunicación supone emisores legítimos, receptores legítimos, una situación legítima y un lenguaje legítimo” (Bourdieu, 1978, 101), porque lo que está en juego durante el encuentro comunicativo, no es únicamente la competencia lingüística de los hablantes, es decir, si maneja o no el lenguaje legítimo, en este caso el español y el técnico-médico, sino “su competencia social, su derecho a hablar, que objetivamente depende de su sexo, edad, religión, posición económica o social; todos estos datos podrían conocerse de antemano o adivinarse por indicios imperceptibles” (Bourdieu, 1978, 104).

Por su parte, De la Peza expresa que “no se trata de traducir la cultura del otro en términos de la propia sino respetar la otredad irreductible del otro y aceptar la diferencia insuperable entre lo propio y lo extranjero” (De la Peza, 2012, 160), pues “el acto de traducción y comprensión del otro es esencialmente moral y lingüístico” (De la Peza, 2012, 160). Sin embargo, también es un acto político que despliega el diálogo y desmantela lugares de jerárquicos de enunciación y relaciones autoritarias, que producen y reproducen discursos e interlocutores legítimos e ilegítimos. Con el diálogo surge una batalla cultural en la que se disputa la concepción del mundo (Giménez, 2005), porque “conocerse no lleva necesariamente a estar de acuerdo o entenderse; compartir un proyecto implica afrontar, confrontar, discurrir, resolver” (Corona y otras voces, 2007, 25).

Para el encuentro intercultural de lenguas y culturas subalternas y hegemónicas, el intérprete traductor compensa la asimetría de los interlocutores subordinados a través de su voz, que de otro modo hubieran sido silenciados e invisibilizados. Contribuye al establecimiento de espacios horizontales y equitativos que propician el diálogo respetuoso. Sin él o ella, sólo habría silencio y monólogos. Su función es lograr que “pacientes lingüística y culturalmente diversos puedan acceder y usar los servicios de salud equitativamente, en igualdad de condiciones” (Nevado, 2013, 188). Y el diálogo, sino lo posibilita el médico ni la institución, deben hacerlo los de abajo, para los de abajo, hasta que los encuentros comunicativos interculturales



dialógicos se vuelvan una práctica cotidiana, que camine paulatinamente a su incorporación en los procesos de atención médica de la embarazada indígena.

Metodología

Se trata de una investigación cualitativa con diseño etnográfico que se realizó como participante observadora bajo el rol de facilitadora intercultural en dos hospitales públicos del Área Metropolitana de Guadalajara, de enero a septiembre de 2016. Durante ese tiempo se acompañó a recibir atención médica a quince indígenas embarazadas de distintas comunidades indígenas: purépechas, wixaritaári, nahuas y hñähñu. Todas eran bilingües, excepto tres: 1 wixárika, 1 purépecha y 1 nahua. En los dos primeros casos, la presencia del intérprete traductor hablante de la lengua indígena fue indispensable para propiciar la comunicación intercultural entre los interlocutores. Para el caso de la nahua, una familiar realizó la función de intérprete a falta de un hablante de esa lengua. El trabajo de los intérpretes traductores, permitió comprender de mejor manera la cultura de sus pueblos, sobre todo, en torno a la salud materna.

A los enlaces interculturales wixárika y purépecha se les realizó una entrevista posterior a la colaboración que tuvieron con las mujeres indígenas monolingües, para conocer su función y experiencia en el proceso de la comunicación intercultural. Además, se buscó documentación vía transparencia para conocer la situación laboral de los intérpretes traductores y apuntalar esta información con las políticas públicas interculturales.

Resultados y discusión

La ejecución de acciones: el caso de los intérpretes traductores indígenas contratados para el Área Metropolitana de Guadalajara en Jalisco, México

Jalisco es una de las 32 entidades federativas de México, compuesto por 31 estados y la Ciudad de México. Ubicado al centro occidente del país, se divide en 125 municipios. En su interior viven dos pueblos originarios, los wixaritaari en la Región Norte y los nahuas en la Región Sur. Según el Censo de Población y Vivienda de 2010 (INEGI), existen 18,409 hablantes de wixárika mayores de tres años que viven en el estado, tan sólo 17,525 radican en el Norte de Jalisco. Mientras que en los seis municipios del Sur apenas se computaron 251 hablantes de náhuatl. El 0.73% del total de la población del estado (7,350, 682 personas) es hablante de alguna lengua indígena mayor de tres años (INEGI, 2010). El Área Metropolitana de Guadalajara



(AMG), la segunda más poblada en México, integrada por los municipios de Zapopan, Guadalajara, Tlaquepaque, Tonalá, Tlajomulco de Zúñiga, El Salto, Juanacatlán e Ixtlahuacán de los Membrillos, es receptora de población indígenas migrantes e indígenas urbanos provenientes de otros estados de la República o del interior del estado. Los tres primeros municipios cuentan con el mayor número de hablantes indígenas, siendo el náhuatl y purépecha¹⁰ las lenguas predominantes (INEGI, 2010).

La federación a través del Programa Salud Materna y Perinatal ha asignando desde 2016 un presupuesto a la Secretaría de Salud Jalisco (SSJ), para la contratación de “enlaces interculturales”. Constituida por XIII Regiones Sanitarias, la SSJ contrató por 10 meses seccionados en dos períodos de cinco meses y con una jornada laboral de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 horas, a un total de 12 intérpretes traductores, de los cuales 8 se ejercieron en el AMG. La distribución ocurrió de la siguiente forma: 1 para Cuautitlán de García Barragán (Región Sanitaria VII Autlán), 1 para Tomatlán (Región Sanitaria VII Puerto Vallarta), 1 para Colotlán y 1 para Huejuquilla (Región Sanitaria I Colotlán), 3 para Zapopan (Región Sanitaria X Centro Zapopan), y 5 para Guadalajara (Región Sanitaria XIII Guadalajara). Empero, para 2017 debido a la reducción presupuestal del 40% al Programa de Salud Materna y Perinatal, la contratación se redujo a sólo 6 intérpretes traductores indígenas para todo Jalisco, y se ha mantenido así hasta el día de hoy: 1 para Colotlán, 2 para Zapopan y 3 para Guadalajara. En aquel año, el monto asignado a la contratación de ese personal ascendía a \$616,140.00 pesos, siendo el salario mensual de \$9,919 pesos (Información obtenida por Transparencia de la SSJ, expediente 055/2017), al que le aumentan aproximadamente 100 pesos por año (S, González, comunicación personal, 10 de septiembre, 2019), que, ante el alza de precios, dicho aumento no es significativo en su modo de vida.

Concretamente para el caso del AMG, la Región Sanitaria XIII Guadalajara envió a sus enlaces interculturales a las dos instituciones sanitarias en las que se realizó la investigación, elegidas por ser referente en la atención médica de primer nivel al interior del estado y en la Región Centro Occidente del País. En 2016 fueron 5 plazas temporales, y de 2017 a 2019 se han venido asignando únicamente tres: 2 wixaritaári y 1 purépecha. A quienes, además, se les disminuyó su período de contratación desde 2018, de 10 meses a 9 meses.



La información obtenida muestra que la reducción del monto destinado para el Programa Salud Materno y Perinatal camina del lado opuesto al discurso político, afectando directamente a la contratación de intérpretes traductores en salud. Al disminuir el número de contratos temporal y el número de meses trabajados, se precariza su situación laboral, pues les obliga a vivir en incertidumbre por la falta de un trabajo e ingresos estables que dignifiquen su labor.¹² Otro tanto puede decirse sobre el horario (de 8:00 horas a las 16:00 horas), los días de trabajo (de lunes a viernes) y los tres meses en los que se suspende el servicio por recontractación, pues prácticamente se detienen los procesos de atención que se están realizando, lo que representa un revés para la consolidación de redes de apoyo con autoridades de la institución y con el personal médico que se venían trabajando; dejando a la deriva a las indígenas embarazadas, su familia y, por supuesto, al personal médico.

Sin esta figura, estos interlocutores afrontan el problema de la traductibilidad lingüística de múltiples formas. La más común, solicitar apoyo a familiares y acompañantes de la indígena embarazada, o bien, de cualquier otro paciente hospitalizado. Esta comunicación ad hoc o natural, como le llama Nevado (2013) entorpece la comunicación y el entendimiento mutuo, porque el interlocutor improvisado ignora la organización y funcionamiento del hospital, y sin entender el lenguaje médico obstétrico, porque no cuenta con algún tipo de capacitación, será incapaz de reconocer y transmitir los riesgos médicos que el médico indica. La traducción improvisada pone en riesgo la confidencialidad, la fidelidad y la imparcialidad (Nevado, 2013). Y los “malos entendidos” por mala comunicación pueden escalar a un conflicto legal, un temor constante por parte del personal médico.

Así ocurrió con una purépecha monolingüe menor de edad, acompañada por su suegra también monolingüe, que llegó a Urgencias Obstétricas con sangrado vaginal de varios días. Sin un enlace intercultural hablante de esa lengua (el intérprete purépecha se encontraba en el otro hospital), el personal médico acudió a la familiar de otra embarazada. Sin embargo, la experiencia para la médica fue descrita como “frustrante”, porque lo fundamental -explicar el plan médico a seguir para prevenir un parto prematuro-, nunca fue comprendido por la traductora improvisada, a pesar de hablar español. Debido a que la mujer preguntaba por las “similitudes” -según su juicio- entre el caso de su hija y el de esa joven indígena, y la condición médica de su nieto que estaba hospitalizado. Insistentemente preguntaba si la menor de edad



purépecha “ya compraría bebé”,¹³ cuestionaba porqué se procedería distinto con esta joven en comparación con su hija. A la médica le preocupaba que la familia, del caso que en ese momento les convocaba, no comprendiera el riesgo de un nacimiento prematuro y que asumieran que los médicos no hicieron lo correcto. Ante la falta de comunicación lograda, se gestionó lo necesario para que el enlace intercultural hablante de purépecha se acercara a la embarazada y a la familia ese mismo día.

Este ejemplo muestra la importancia de contratar distintos hablantes de lenguas indígenas, con base en un diagnóstico, incluso contar con un directorio de posibles enlaces interculturales a quienes se les podría contratar para mediar en casos muy particulares. Además, de subrayar la importancia de que dicho personal esté capacitado, tal como expresó la médica, debe tener “al menos una noción de medicina”, es decir, en el manejo del lenguaje técnico médico y la organización y funcionamiento del hospital.

El intérprete traductor purépecha que al final propició la comunicación, dijo haberse sentido “satisfecho” por primera ocasión, “ahora si estoy realizando lo que me pusieron hacer”, pues hasta ese momento, sólo había apoyado en el trámite de un ecsonograma a una mujer de su comunidad (el resto eran de otras comunidades). En cambio, para este caso, incluso ingresó a Urgencias Obstétricas (sitio al que los médicos le permiten el acceso, pero no los guardias de seguridad, quienes son el primer filtro), donde conversó con los médicos y la embarazada, y posteriormente con la familia. De hecho, por varios días, fuera de su horario de trabajo se acercaba al otro hospital a continuar con el seguimiento del caso.

Por otro lado, la contratación de este personal, está condicionada a ser miembro originario de algún pueblo indígena y/o residir en la región donde se localiza el hospital en el que prestaría los servicios de intérprete y traductor. Debía ser bilingüe, saber leer y escribir y, preferentemente, ser mujer. Todos los enlaces interculturales, contaban con niveles de educación superior, eran recién egresados o cursaban alguna licenciatura al momento de su contratación (derecho, pedagogía, trabajo social o enfermería). Y ningún organismo como el INALI, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) Jalisco (hoy Instituto Nacional de Pueblos Indígenas, INPI) o la Comisión Estatal Indígena de Jalisco (CEI), participaron en el proceso de selección y contratación de los enlaces interculturales¹⁴



(Información obtenida por Transparencia de la SSJ, expediente 055/2017). Cuando la prioridad para el INALI, es la coordinación interinstitucional.

Contratados como Apoyo Administrativo-A5 nivel “multifuncional” con código M03021, según el profesiograma de la Secretaría de Salud (SSA), las funciones de los enlaces interculturales son “las que se designen acordes a su área de adscripción y a la necesidad funcional específica de la unidad”. Algunas actividades determinadas en la cédula de valuación son: organizar y asegurarse del debido cumplimiento de las normas e instructivos de operación que le sean encomendados, elaborar trabajos rutinarios y de carácter especial, analizar y proponer acciones que mejoren las normas y procedimientos de su área, informar periódicamente a las autoridades sobre avances y resultados de programas y actividades etc. Aunque operativamente las funciones que desempeñan son más específicas al puesto: otorgar acompañamiento a las mujeres y familiares por hablantes de su misma lengua; disminuir la discriminación y maltrato de las indígenas embarazadas y su familia durante la atención médica por su condición étnica; facilitar los trámites administrativos durante el proceso de atención sanitaria; y coadyuvar con el personal de salud para identificar casos con complicaciones o que requieren la atención médica inmediata que deba ser apoyada por la traducción del idioma español-indígena y viceversa (Información obtenida por Transparencia de la SSJ, expediente 055/2017).

En el primer año de su contratación se les capacitó en temas de Salud Materna y Perinatal, para que “conocieran la estructura y organización de los servicios de salud y de la unidad hospitalaria donde realizarían sus actividades”, y las acciones estratégicas que coadyuvan a la disminución de la muerte materno-infantil, como son: la ingesta de ácido fólico, el reconocimiento de señales de alarma, la atención en caso de emergencia obstétrica, la elaboración del plan de seguridad durante el embarazo, parto y puerperio, y el conocimiento de la NOM-007 entre otros temas (Información obtenida por Transparencia de la SSJ, expediente 055/2017). Fundamental para que el intérprete traductor indígena conozca la cultura médica ajena, el lenguaje técnico médico y el espacio hospitalario.

Como enlace intercultural para los hablantes interculturales, es decir, el que interpreta y traduce las distintas visiones del mundo expresadas en saberes y prácticas en salud materna que la indígena y su familia poseen, con el objeto de



propiciar comunicación y entendimiento, aquél debe ser capacitado bajo el enfoque dialógico (Corona, 2013) y crítico (Walsh, 2010). Para el primero, el potencial político de la comunicación es lograr “la convivencia en el espacio público de todos los diferentes, en otras palabras, todos nosotros” (Corona, 2013, 26). Mientras que el segundo, pretende develar las desigualdades coloniales y raciales de orden histórico que excluyen, niegan y subalternan a personas y saberes que han resistido a pesar de ello, en otras palabras, es una “práctica política [que] dibuja un camino distinto, que no se limita a las esferas políticas, sociales y culturales, sino que también se cruza con las del saber, el ser y la vida misma” (Walsh, 2010, 89).

Al respecto, uno de enlaces interculturales reconocía que parte de su labor era facilitar el proceso de trámites y la atención médica, fungir como intérprete traductor, ser “intermediario de paciente a médico y así mismo viceversa, de médico a paciente, dando detalles en dados casos, del contexto de mi pueblo para el entendimiento por parte del médico”. Hablar sobre sí mismo a otro distinto, es invitarle a que me mire y escuche, representa el primer paso para hablar entre sí. Y no puede ser de otro modo, porque “el mundo es la totalidad de estos mundos” (Arendt, 1997, 79).

Ahora bien, a pesar de que estos enlaces interculturales fueron contratados desde la federación para atender exclusivamente a indígenas embarazadas, no fue así una vez que ingresaron a los hospitales. Las jefaturas de trabajo social de dichas instituciones, anunciaron en febrero de 2016, que contaban con intérpretes traductores wixaritaári para “todos los pacientes que requieran sus servicios”. Dicha decisión no sólo desviaba a los intérpretes traductores de su función principal, sino, además, debían acompañar a los usuarios indígenas, independientemente si hablaba o no la misma lengua. Paradójicamente la noticia no llegó a personal médico, ni siquiera a los servicios de ginecología. Sin nadie que los presentara en su nuevo espacio de trabajo y sólo con una carta de asignación firmada por la SSJ, se abrieron camino ellos mismos, con la ayuda de un equipo de trabajo que brinda apoyo a las comunidades indígenas que llegan a estos nosocomios. Como es de esperarse, médicos adscritos y residentes al enterarse de su servicio, regularmente porque acompañaban a una embarazada o a otro paciente indígena, veían con aprobación su intervención.



Conclusiones o reflexiones finales

Las acciones estratégicas que el gobierno ejecuta para resolver los grandes problemas sociales, en este caso, la mortandad materna indígena y la mejora de la calidad del servicio médico con enfoque intercultural, constituyen esfuerzos bienintencionados en términos políticos, pero insuficientes si no se va a la raíz del problema: racismo, clasismo y violencia de género.

Por otro lado, los intérpretes traductores técnicamente son auxiliares administrativos para la Región Sanitaria que los contrató, al no existir en el profesiograma un puesto ad hoc a su cargo. De ese modo, la Secretaría de Salud (SSA) exhibe que ni el puesto ni las funciones, encajan con la esencia de la interpretación y la traducción como acción estratégica intercultural que incida en la mortandad materna y la reducción de la discriminación de las indígenas embarazadas y su familia, sino con la funcionalidad política que simula ser intercultural y, la organización y administración burocrática que se expande a todo el sector público. Al respecto, Walsh (2009) se refiere a la interculturalidad funcional como aquella que reconoce la diversidad y las diferencias culturales, pero que al no cuestionar ni tocar las asimetrías y la desigualdad sociocultural, funciona de manera compatible con el neoliberalismo. En otras palabras, el interés de los pueblos indígenas por parte del gobierno, únicamente aparece en el discurso, porque lo indígena sigue siendo un bono político.

Sin una ficha descriptiva del perfil profesional de intérprete traductor indígena o enlace intercultural, es insostenible progresar hacia su reconocimiento, capacitación, profesionalización y el establecimiento fijo del servicio como medida de acción positiva, destinada a establecer la igualdad de oportunidades y disminuir la discriminación.

Notas

¹ Cucienega UdeG

² Con las reformas a la Ley General de Salud de 2003, surgió el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), para ofrecer de manera gratuita y voluntaria la adscripción al llamado Seguro Popular de Salud, que ofrece un listado limitado de intervenciones y medicamentos para proteger financieramente a la población no derechohabiente.



³ El Consejo Nacional de Población (CONAPO) es responsable de medir los niveles de marginación por estado y municipio. Indicador multidimensional que considera: educación, vivienda, distribución de la población e ingreso económico.

⁴ Un intérprete traductor advirtió que la gente de su pueblo “tiene temor de hablar, aún cuando son bilingües”.

⁵ Entre la traducción y la interpretación hay diferencias marcadas. La primera es una actividad escrita y solitaria; la segunda implica la oralidad y el contacto directo con las personas in situ. Para el caso que se analiza, prevalece la interpretación en los encuentros comunicativos interculturales en salud. Sin embargo, me refiero al “intérprete traductor” por ser el modo que se asumen estos indígenas.

⁶ Contreras y Sánchez (2013) resaltan la paradoja de la pluralidad jurídica, calculando los 31,024.7 mdp destinados a población indígena, por parte de la Cámara de Diputados aprobada en 2008 por el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación del año, que da un total de 5,161.14 pesos anuales por indígena, es decir, 14.14 pesos diarios según el número de hablantes de alguna lengua indígena (equivalente a menos de un dólar). Para salud se asignó a esta población, un total de 1,998.8 mdp, que resulta en 332.51 pesos al año por indígena. Para medio ambiente y recursos naturales se destinaron 135.21 pesos por indígena. Y, para la reforma agraria, 54.04 pesos por indígena al año. Siendo que el salario mínimo en promedio era, en ese entonces, de 51.01 pesos diarios, es decir 3.6 veces más de lo que el gobierno mexicano decidió aplicar diariamente a un indígena. Sólo para adquirir la canasta básica en ese año, se requerían al menos 165.24 pesos. Ante este panorama sostienen Contreras y Sánchez, los indígenas están “condenados a desaparecer”; por donde se mire, no cuentan con lo necesario para subsistir, vestirse, educarse, mantenerse sanos y, mucho menos, intervenir activamente en la vida política del país.

⁷ Igualdad de Género en Salud; Planificación Familiar y Anticoncepción; Violencia Familiar y de Género; Cáncer de la Mujer; Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes y, Salud Materna y Perinatal.

⁸ Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), signados por México y otros 188 países en el año 2000, constituyeron un compromiso internacional para combatir problemas estructurales originados por la pobreza y la desigualdad. Uno de esos objetivos, era reducir la Muerte Materna a tres cuartas 18 partes, partiendo de 1990 (donde ocurrieron 89 muertes por cada 100 mil nacidos vivos) a 2015, lo que daría un total de 22 muertes. Sin embargo, sólo se logró reducir el índice de MM a 38.2 Aunque el compromiso



continúa, esta vez con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), se pretende reducir la tasa mundial de MM a menos de 70 por cada 100 mil nacidos vivos.

⁹ La SSJ implemento la Posada AME en el Albergue Fray Antonio Alcalde de Guadalajara desde 2010.

¹⁰ Lo importante no es saber si esos saberes y prácticas son correctos o no, explica Menéndez (1998), sino reconocer que toda cultura como parte de su proceso sociocultural, desarrolla esos criterios de manera estructural para la reproducción humana y sociocultural.

¹¹ El purépecha es el idioma hablado por el pueblo purépecha originario del estado de Michoacán, colindante con Jalisco.

¹² Ante la incertidumbre de si tendrán o no empleo el próximo año, un intérprete traductor veía como una posibilidad, el retornar a su comunidad o incorporarse al trabajo agrícola, a pesar de ser licenciado en derecho.

¹³ Expresión que indica si está a punto de nacer el hijo que se espera.

¹⁴ El 04 diciembre de 2018 el Diario Oficial de la Federación promulga la Ley del Instituto Nacional de Pueblos Indígenas (INPI), que abroga la Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI).

Referencias bibliográficas

Arendt, H. (1997). *¿Qué es política?* Barcelona: Ediciones Paidós.

Bourdieu, P. (1978). Lo que quiere decir hablar. Intervención durante el Congreso de la AFEF. *Le français aujourd'hui*, 41, 51-57.

De la Peza, C. (2012). "Traduciendo el hip hop de la canción, la prensa y la academia". En: S. Corona y O. Kaltmeier (Coord). *En diálogo. Metodologías horizontales en Ciencias Sociales y Culturales*. Barcelona: Gedisa.

Contreras-Acevedo, R. y Sánchez-Trujillo, M. (2013). El artículo 2º. Constitucional. *¿Pluralismo Jurídico en México?* Jurídicas UNAM. 623-655. Recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3455/27.pdf>

Corona, S. y otras voces (2007). *Entre voces...fragmentos de educación "entrecultural"*. México: UdeG.

Corona, S. (2013). "La comunicación y su vocación intercultural". En: I. Cornejo y L. Guadarrama (Coord). *Culturas en comunicación. Entre la vocación intercultural y las tecnologías de información*. México: Productora de Contenidos Culturales Sagahón Repoll.

Freyermuth, M. y Luna, M. (2014). Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. *Revista*



Internacional de Estadística y Geografía, 5 (3), 44-61. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/rde/rde_13/doctos/rde_13_opt.pdf

Gregorio, A. (2012). La competencia cultural e intercultural en traducción: estado de la cuestión. *Ikala, Revista de lenguaje y cultura*, 17, 129-144. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2550/255024132002.pdf>

Giménez, G. (2005). *Teoría y análisis de la cultura. Volumen I*. México: CONACULTA e ICOCULT.

Grimson, A. (2001). *Interculturalidad y comunicación*. Colombia: Grupo editorial Norma.

Menéndez, E. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios sociológicos*, XVI, 37-67. Recuperado de <http://aleph.academica.mx/jspui/bitstream/56789/24227/1/16-046-1998-0037.pdf>

Nevado, A. (2013). *La comunicación intercultural en el ámbito de la salud reproductiva. Propuesta de mejora desde la interpretación en los servicios públicos y la mediación lingüística y cultural. Estudio de caso de un hospital aragonés*. Tesis doctoral. Universidad Jaume I, España [En línea]. Recuperado de https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/396350/2013_Nevado_Llopis_Almukena.pdf?sequence=1

Walsh, C. (2009). *Interculturalidad crítica y educación intercultural*. Ponencia presentada en el Seminario "Interculturalidad y Educación Intercultural", organizado por el Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, La Paz, 9-11 de marzo.

----- (2010). *Interculturalidad crítica y educación intercultural*. En: J. Viaña, L. Tapia y C. Walsh. *Construyendo Interculturalidad Crítica*. Bolivia: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello.



Aproximaciones a la violencia obstétrica desde la perspectiva de mujeres madres, mujeres pro parto respetado y estudiantes de obstetricia y puericultura de la ciudad de Temuco

Verónica Torres Barriga
Catalina Mellado
Loreto Cardenas

Resumen

La presente investigación, de carácter cualitativo, fue realizada de forma íntegra con mujeres y tiene por objetivo caracterizar aproximaciones de Violencia Obstétrica desde las experiencias de mujeres madres, mujeres pro parto respetado y estudiantes de Obstetricia y Puericultura de la ciudad de Temuco, mediante la aplicación de entrevistas y grupos focales. La relevancia de esta investigación radica en la falta de consenso sobre lo que se está entendiendo por Violencia Obstétrica, al no existir normativas legales que tipifiquen y regulen este tipo de atenciones. El análisis de los resultados se realizó en base a lo planteado por la OMS sobre violencia obstétrica y en las relaciones de poder que posibilitan el ejercicio de este tipo de violencia de género, visto desde autores como Foucault, Stoppino, Bobbio y Campillo. Entre dichos resultados es posible ver que la Violencia Obstétrica se da bajo una amplia normalización especialmente de los procedimientos médicos, lo que da paso a una cosificación de las mujeres, quienes deben someterse a atenciones de parto marcados por la mecanización y medicalización de sus intervenciones, además de no contar con el acompañamiento familiar ni profesional que requieren. Finalmente, se presentan críticas y reacciones ante los actos violentos que aquejan a las mujeres, dando importancia al acceso a la información de ellas, además del rol ejercido por el personal de salud y el Estado como ente normador, dando cuenta que el enfoque del sistema de salud continúa orientado a la producción y no al respeto.

Palabras Clave

Violencia obstétrica, poder, salud, parto, género

Introducción

Mediante la presente investigación se busca presentar aproximaciones que permitan mostrar cómo se da la violencia obstétrica en los servicios de salud que atienden partos en la ciudad de Temuco. La necesidad de investigar en esta área radica en las constantes instancias en que la violencia obstétrica ha sido negada desde el



colegio de matronas y el personal de salud en general, producto de la ausencia de una normativa legal que regule las atenciones de parto, el proceder del personal de salud y por, sobre todo, que tipifique aquellos actos que son constitutivos de violencia obstétrica hacia las mujeres.

Para generar estas aproximaciones, se consideró las experiencias de mujeres madres que atendieron sus partos en alguno de los servicios de salud de Temuco, además de estudiantes de la carrera de obstetricia de la Universidad de La Frontera y Universidad Mayor de Temuco y, finalmente, mujeres que se reconocían como pro parto respetado, las cuales fueron recabadas a partir de entrevistas (en el caso de las mujeres madres) y grupos focales para las estudiantes y mujeres pro parto respetado. Mediante el análisis de estas tres posturas, es posible presentar un acercamiento más completo de la realidad que vive esta comuna en torno a violencia obstétrica, poniendo el foco en las experiencias de cada grupo y considerando como base los planteamientos de la OMS sobre esta temática. Se profundiza en las relaciones de poder que afectan y determinan la existencia de violencia obstétrica, tanto en la relación del personal de salud con la paciente, como dentro del mismo equipo de atención, teniendo en cuenta la importancia de las jerarquías entre una profesión y otra.

Fundamentación del problema

Las mujeres parturientas han existido desde los inicios de la humanidad y seguirán existiendo hasta el fin de la misma, debido a que son ellas los seres fundamentales en el proceso de formación de nuevas vidas. La introducción de los procesos médicos con propuestas de introducción de métodos científicos y técnicos que buscaban mejorar los estándares de calidad de vida de la población no se vieron distantes a su introducción a los procesos de parto. A partir de este cambio, comenzó a considerarse el parto como un proceso de “sanación”, donde las intervenciones médicas entablaron un empoderamiento sobre el proceso natural del nacimiento, llegando incluso al punto de modificarse la forma de parir: la posición de la madre parturienta pasó de la vertical (siguiendo leyes naturales como la gravedad) a la horizontal, sobre una camilla de hospital, terreno donde los médicos dominaban sobre el nacimiento de los nuevos niños, normalizando el parto como un ejercicio intervenido, medicalizado, encuadrado en términos médicos y dejando como primitivos los procesos tradicionales de traspaso de experiencias entre mujeres (Belli, 2013) continuando con el eterno choque entre los saberes de las tradiciones



y costumbres y los propuestos por la incipiente sociedad moderna.

En la actualidad, se está buscando cambiar el foco en torno al parto, pasando desde la concepción del nacimiento como problema médico a la idea de nacimientos humanizados, buscando avances por medio del establecimiento de normativas estatales. En este sentido, a nivel global, la OMS ya en 1985 recomendaba el establecimiento de normas específicas que regulen la relación entre el cuerpo médico, las mujeres parturientas y sus hijos. Con el tiempo, este intento por humanizar los nacimientos comenzó a alzarse como una respuesta a lo que hoy se entiende como violencia obstétrica o violencia gineco-obstétrica, la que, de acuerdo con lo propuesto en el informe “violencia obstétrica: un enfoque de derechos humanos” (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2015), se entiende por violencia obstétrica como

“una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer” (p.12).

Se da cuenta de esta forma que la violencia obstétrica es la suma de dos tipos de violencias: la violencia institucional (ejercida por funcionarios del sistema de salud) y la violencia de género (por afectar solo a las mujeres), llegando a transformarse en una nueva forma de violación a los derechos humanos, al ser vista la mujer parturienta como un objeto a intervenir y no como un sujeto de derecho.

Aquellas prácticas fueron normalizadas durante décadas, hasta que las propuestas humanizadoras del nacimiento y los movimientos feministas hicieron notar que no eran normales ni aceptables. En respuesta a esto, algunos Estados, como el argentino, decidieron regularizar jurídicamente la violencia obstétrica (Belli, 2013) mediante el establecimiento de la Ley de Parto Humanizado a partir del año 2004, sin embargo, en Chile aun no se concreta una legislación de este tipo

Frente a esta problemática, y teniendo en cuenta la complejidad de abordar el tema en cuestión directamente con quienes en este caso son considerados como ejecutores de violencia obstétrica, es decir, los trabajadores de los servicios de salud, se propone caracterizar aproximaciones de violencia obstétrica desde las experiencias de mujeres madres, mujeres pro parto respetado y estudiantes de



Obstetricia y Puericultura de la ciudad de Temuco, buscando analizar las experiencias de parto de mujeres madres en torno a la violencia obstétrica, identificar los actos asociados a violencia obstétrica a partir de las prácticas de parto realizadas por estudiantes de Obstetricia y Puericultura de la ciudad de Temuco y reconocer el planteamiento de violencia obstétrica desde la postura de mujeres pro parto respetado.

Violencia obstétrica y poder

Belén Castrillo (2016), propone que al hablar de violencia obstétrica se hace referencia a:

... Violaciones a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud —públicos y privados—, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género (Castrillo, 2016, p. 47, citando a Medina, 2010).

Mientras que la Organización Mundial de la Salud propone una tipificación de cinco formas de violencia obstétrica, rescatados por Castrillo (2016 p. 47):

1. Intervenciones y medicalización innecesarias y de rutina (sobre la madre o el bebé).
2. Maltrato, humillaciones y agresión verbal o física.
3. Falta de insumos, instalaciones inadecuadas.
4. Ejercicios de residentes y practicantes sin la autorización de la madre con información completa, verdadera y suficiente.
5. Discriminación por razones culturales, económicas, religiosas, étnicas.

Si se realiza un análisis minucioso de ambas propuestas, es posible llegar a concluir que la base de la problemática en torno a la violencia obstétrica radica en el poder ejercido por el personal de salud y el Estado en desmedro de las mujeres atendidas, quienes se ven sometidas a estas figuras que, en algunos casos, pueden llegar a extremar el uso de su poder de forma abusiva. A partir de esta situación, se vuelve fundamental analizar teóricamente las nociones de poder en que se encuentra sumergida la violencia obstétrica.



En la definición otorgada por Stoppino en el Diccionario de Política (1982), el poder aplicado al contexto social no puede ser entendido como una cosa, sino como una relación entre “hombres” (en el contexto actual aplicaría para todos los seres humanos). En este sentido, el poder es una relación trídica entre la persona o grupo que dominan, quienes están sometidos y la esfera en la que se da el poder, entendiendo esta última como las formas y posibilidades de llevar a cabo una relación de poder, en otras palabras, el contexto que enmarca la ya mencionada relación. Dicho autor no se queda en una simple definición de poder a secas, sino que realiza una distinción entre el poder como posibilidad y aquel poder que es efectivamente ejercido, entendiéndolo forma basal como la “capacidad de determinar la conducta de otro” (Stoppino, 1982, pág. 1218). En estos términos, se entiende su idea de “poder efectivamente ejercido” cuando el intento de modificación de conducta es concretado de forma consciente por quien posee la posición de poder, mientras que el “poder como posibilidad” se expresa como la “capacidad de determinar los comportamientos ajenos” (Stoppino, 1982, pág. 1219), es decir, se es consciente de la situación privilegiada en el esquema de poder, pero no se ejerce de manera latente. Sumado a esta idea, añade que las relaciones de poder entre grupos o sujetos no pueden ser unidireccionales (pero si asimétricas), pues se requiere cierta voluntad de quien es dominado para cumplir con las intenciones de modificación de conducta propuestas por quien o quienes detentan el poder. Vale la pena señalar que el italiano considera que, respecto al uso de la fuerza, esta se desencadena cuando la aplicación real del poder esperado no surte efectos, razón por la cual sería necesario ejercer represión violenta y así modificar las conductas de la manera requerida o esperada.

Por su parte, Norberto Bobbio en su texto Estado, Gobierno y Sociedad. Por una teoría general de la política (1985) concibe al poder como el punto en común entre “Estado” y “política”, relación de la que da cuenta de la siguiente manera: “el Estado es definido como portador del poder supremo” (Bobbio, 1985, pág. 102) y el proceso político como “la formación, la distribución, el ejercicio del poder” (Bobbio, 1985, pág. 103). Añadida a esta idea, Bobbio expone desde la filosofía política tres teorías fundamentales del poder: primero, la sustancialista, desde donde toma las ideas de Hobbes como la que apunta a la importancia de los medios para obtener algo en el futuro, es decir, concibe al poder como una forma para “alcanzar lo que es objeto de nuestro deseo” (Bobbio, 1985, pág. 103), donde los medios utilizados para dichos efectos pueden ser el poder físico y constrictivo (a través de la fuerza) y psicológico



(expresado en la persuasión). La segunda teoría señalada en su texto es la subjetivista, explicada principalmente desde las ideas de Locke y dando a entender al poder como “la capacidad del sujeto de obtener ciertos efectos” (Bobbio, 1985, pág. 104), es decir, estaríamos frente a la capacidad de quien tiene el poder (en este caso el Estado) de crear leyes que influyen en el comportamiento de quienes son sometidos a dicho poder. Finalmente, la tercera teoría es la relacional, desde la cual muestra al poder como “una relación entre dos sujetos, de los cuales el primero obtiene del segundo un comportamiento que éste de otra manera no habría realizado” (Bobbio, 1985, pág. 104), es decir, en este caso la relación de poder da paso a una influencia en el actuar. Siguiendo lo propuesto por Bobbio, esta definición estrecha la relación entre poder y libertad, creando una situación en que la presencia de uno condiciona la ausencia del otro.

Por otro lado, para Antonio Campillo, en su texto *Variaciones de la vida humana. Una teoría de la historia* (2001), las relaciones humanas se basan en la relación acción/poder, donde no existiría relación social en ausencia de poder. En este sentido, el autor expresa que “Toda acción (...) tiene como fin o motivo constitutivo de la misma el mantener o ampliar las condiciones de su propio ejercicio” (Campillo, 2001, pág. 47). Al igual que Stoppino, da importancia al contexto en el que se dan las relaciones de poder, llamando a esto “condiciones previas”, entre las que plantea la pluralidad y la acción de otros. Es este último planteamiento el que da a entender que, al estar rodeados de otros, no se puede dejar de lado la responsabilidad en el actuar, haciendo surgir una tensión entre libertad/poder y responsabilidad y dando importancia a la subjetividad del individuo.

En las líneas anteriores, se expresa una caracterización de poder que se ajusta a los principios de la ciencia política, donde quien detenta el poder, que en éste caso sería el personal de salud y el Estado chileno, logra establecer y limitar el campo de acción y/o posibilidades de las mujeres que son atendidas en el sistema de salud tanto público como privado, quienes son sometidas desde el área obstétrica durante toda su vida reproductiva (incluso después de la menopausia) y especialmente vulnerables durante los procesos de parto. Esta noción, para efectos de esta investigación, será tratada como aquella visión “tradicional” del poder, como una relación de carácter político. Sin embargo, si ocupa solo este lente para observar las relaciones de poder establecidas en el marco de la violencia obstétrica, no es posible dar cuenta de todo el espectro de condiciones que allí se encuentra. En este sentido,



para unir los cabos sueltos surge la noción de poder desde la mirada de Michel Foucault.

En el capítulo “Las mallas del poder” del texto *Estética, ética y hermenéutica* (1999), Foucault hace una distinción fundamental del poder desde su esencia, planteando que desde la concepción jurídica (presente desde las monarquías) prima la prohibición, el “no debes”, visión que el autor critica e invita superar. En contraposición a la idea anterior, propone la idea de tecnologías del poder (basada en sus mecanismos y en miras al funcionamiento real del poder), la cual se encuentra influenciada por el capitalismo, primando la disciplina es pos de una mayor producción. En otras palabras, y de acuerdo con lo expresado por Foucault “la función del poder no es esencialmente la de prohibir, sino la de producir” (Foucault, 1999, pág. 253). A esta idea, añade la irrupción de la biopolítica en el entramado del poder, debido a que se llegó a comprender que, para producir de la forma en que el capitalismo proponía (tanto a nivel de bienes como de nuevos individuos), se requería de sujetos capaces de efectuar dicha producción, dando cuenta que dicho individuo disciplinable contaba con un cuerpo adiestrable. Es en este punto en el que entra a influir la vida y el cuerpo, es decir, “la vida entra en el dominio del poder” (Foucault, 1999, pág. 246), jugando un rol fundamental la regulación (o disciplina corporal) ofrecida por la medicina.

Así, es posible desprender que la idea de poder de Foucault no se centra en las razones del sometimiento, sino cómo se dan dichas relaciones. De acuerdo con los planteamientos de Francisco Ávila-Fuenmayor (2006), la imposición del discurso científico dominante y disciplinar es enfrentado por Foucault a la idea de los “saberes sometidos”, los cuales serán entendidos como “conocimientos que estaban descalificados pues, estaban señalados como no conceptuales o como insuficientemente elaborados. Es decir, saberes ingenuos, jerárquicamente inferiores, que estaban situados por debajo del umbral del conocimiento científico o de la rigurosidad científica exigida” (Ávila-Fuenmayor, 2006, pág. 220). Esta idea se expresaría como el saber tradicional de las mujeres ante el parto, el cual se ha visto disciplinado por el saber científico del personal de salud del área obstétrica, en miras de una producción rápida y eficiente de los recién nacidos. Se produce así una transformación técnica de las mujeres en torno al parto, visualizándolas como objetos productores de nuevos individuos y generando una normalización del parto medicalizado desde el requerimiento de disciplinar el cuerpo y estableciendo este



acto como una norma. Así, las mujeres no se atreverían a juzgar el proceder médico, acunado en la potente base de la verdad del saber científico, sometiendo sus saberes tradicionales al poder de la norma científica a tal punto que llegan a dudar e incluso renegar de todo aquello que se encuentre ajeno a esta visión medicalizada.

Ante la exposición de estas dos miradas ante el poder, es posible llegar a establecer que ambas están presentes en la concepción de violencia obstétrica en distintas formas. Se propone entonces, en esta investigación, un esquema de transición teórica desde los planteamientos de Foucault hacia la imposición del ya mencionado poder tradicional, transición que será explicada a continuación.

En consecuencia, el esquema teórico de Foucault responde a la figura de las mujeres sometidas ante el poder del saber científico médico en torno a la figura del parto, aceptando y normalizando el ejercicio de prácticas que aceleren, faciliten y reduzcan los riesgos del proceso de parto, sin atreverse a juzgar los procedimientos que se les efectuaban ni a tratar de volver a las prácticas tradicionales llevadas a cabo para traer a un bebé al mundo. Así, la idea de parto “seguro y moderno” llegó a estar completamente normalizado y prácticamente asumido como natural. Sin embargo, la evolución de la sociedad moderna y el posicionamiento de las mujeres como sujetos de derecho se tradujo en un cambio en el eje del poder hacia aquella mirada que es entendida como “poder tradicional”. Las mujeres se vuelven conscientes de su dominación, de que sus conductas están siendo determinadas por otros (otros que son tanto el Estado como el personal de salud) y que sus posibilidades de acción están siendo sometidas a las reducidas posibilidades que esos “otros” con poder le permiten. Ante esta situación, buscan distintos medios para eliminar las barreras de sometimiento que les afectan por el solo hecho de pertenecer a ese género. Una nueva generación de mujeres busca hacer notar que muchos de los procedimientos que se les efectuaban no eran otra cosa que una imposición de quienes detentan el poder, desequilibrando los principios de normalización propuesto por Foucault. Comienzan entonces a denunciar estos sometimientos obstétricos, categorizando la violencia de la que son víctimas como violencia obstétrica.

Metodología

La presente investigación es de carácter descriptiva, cuya unidad de análisis corresponde a distintos grupos asociados al tipo de acciones enmarcadas en la



violencia obstétrica: primero, mujeres mayores de 18 años que realizaron el proceso de parto de al menos uno de sus hijos en el Hospital Hernán Henríquez de la ciudad de Temuco, las cuales fueron entrevistadas. En segundo lugar, se realizó un grupo focal con estudiantes que tenga aprobada su práctica de parto en la carrera de Obstetricia y Puericultura en la Universidad Mayor o de La Frontera. Finalmente, se realizó un segundo grupo focal que incluyó a mujeres mayores que se posicionen de forma positiva ante ideas parto humanizado o parto respetado y que manejen información sobre esta temática. Es importante mencionar que las mujeres madres fueron seleccionadas para esta investigación independiente de si manifiestan directamente saber sobre violencia obstétrica o no, teniendo en cuenta que este tipo de violencia se encuentra en muchos casos normalizada y, sobre todo, porque se buscó distinguir las diversas aristas con la que se puede manifestar la violencia obstétrica. Para obtener esta muestra de mujeres madres, se recurrió a redes de contacto del investigador, especialmente mujeres que se encuentren dentro de un espectro de cercanía y confianza que permita acceder a información detallada. Por otro lado, los estudiantes fueron invitados mediante convocatorias abiertas por redes sociales, además de redes con centros de estudiantes de la carrera de Obstetricia, teniendo estos que cumplir con el requisito haber aprobado la práctica de parto. Finalmente, las mujeres pro parto respetado serán contactados por medio de convocatorias abiertas en las mismas redes sociales antes mencionadas y por medio de redes de contacto del investigador.

Resultados y discusión

En base a las experiencias relatadas por las mujeres madres, tanto la atención médica en el servicio de salud como las sensaciones de éstas en sus experiencias de parto, parto y post parto, sumado a las vivencias de las estudiantes de obstetricia en sus prácticas de parto y lo comentado por las mujeres pro parto respetado, es posible de entregar elementos importantes que permiten aproximarse a la violencia obstétrica vivida por mujeres durante este proceso.

La falta de empatía parece ser un elemento que se encuentra presente de forma transversal en la atención que realizan los profesionales y que conlleva a aplicar procedimientos sin el consentimiento informado de las mujeres lo que afecta de forma negativa a la experiencia de ellas. En este sentido, lo señalado tanto por las mujeres madres como por las mujeres pro parto respetado apuntan a que la base de este fenómeno es la cosificación de las mujeres, las cuales son vistas como



“incubadoras”, teniendo que someter su cuerpo a lo que decida el personal médico. Bajo este esquema de atención, es constante la presencia naturalizada de intervenciones mecanizadas y medicalizadas, a las que las mujeres pocas veces ofrecen resistencia. El cuerpo médico y de matronas se alzan en la jerarquía de poder, lo que les permite decidir sobre el cuerpo de la mujer por contar con una validación científica, otorgada por sus estudios profesionales, y, por lo tanto, ejercer su rol regulatorio (Foucault, 1999) en el ámbito sexual de las mujeres, llegando a determinar los tiempos en que deben desarrollarse los partos, sin respetar el proceso natural de los mismos. En este sentido, se les desplaza como mujeres a la condición de cuerpo, sin voz y sin control sobre sí mismas, al que bajo ciertos síntomas se le debe aplicar un procedimiento ya estipulado por el conocimiento científico que solamente posee el profesional de la salud, pudiendo establecer una relación directa entre la necesidad de producción y el adiestramiento de los cuerpos (Foucault, 1999), dando cuenta de lo cómodo que resulta para el personal de salud la atención expedita de un parto tras otro, sin considerar los requerimientos propios de cada caso. El cuerpo de la mujer se cosifica a tal punto que pasa a ser vista como una máquina más, que mientras más silenciosa y eficiente sea en su labor, menos violento será el trato hacia ella.

Este sometimiento voluntario se debe al traspaso de experiencias de parto hospitalario entre mujeres cercanas y que produce un condicionamiento en el comportamiento de la mujer al momento de vivir su propia experiencia de parto. Los relatos de malas experiencias otras mujeres hacen que las futuras madres, especialmente primerizas, opten por entregarse por completo al conocimiento médico, sin atreverse a preguntar o quejarse, por miedo a sufrir esas malas experiencias, es decir, se ven afectadas por un contexto previo de violencia obstétrica, lo que afecta en su forma de relacionarse con el personal médico (Stoppino, 1982; Campillo, 2001). De esta forma, el ejercicio de poder en la atención del parto se manifiesta como bidireccional y marcada por la asimetría (Stoppino, 1982), ya que la mujer cede ante el cuerpo médico y su saber validado (Ávila-Fuenmayor, 2006), bajo un esquema que Stoppino llamaría “poder como posibilidad”. Sin embargo, cuando el sometimiento de la mujer no es absoluto o no se comporta de la manera disciplinada que el personal médico espera, este recurriría a ejercer el poder de manera efectiva, haciendo notar su posición superior castigándolas por medio de juicios morales o violencia psicológica, como malos tratos o recriminaciones sobre la vida sexual de la mujer, buscando producir



modificaciones en el comportamiento (Stoppino, 1982) de la misma para que, de esta forma, se ajuste a la pauta que si es cómoda para el personal de salud, cumpliendo con el rol de una mujer sumisa y así lograr partos rápidos y eficiente, perpetuando la función productiva que Foucault (1999) le encomienda al poder.

Ante las críticas o respuestas surgidas desde las mujeres pro parto respetado y las estudiantes de obstetricia, es el Estado quien, en su rol de portador supremo del poder político (Bobbio, 1985), debe hacerse cargo de modificaciones legislativas que eviten el ejercicio de prácticas abusivas en la atención obstétrica, entregando al personal de salud las herramientas necesarias que les permita capacitarse hacia atenciones enmarcadas en el parto respetado, además de generar cambios en la infraestructura y el acceso a implementos que amplíen el abanico de posibilidades en torno a la atención sexual y reproductiva de las mujeres, especialmente, en los procesos de parto, pudiendo incorporar, además, regulaciones normativas sobre los partos domiciliarios.

En consecuencia, cada uno de los cinco puntos propuestos por la OMS (1. Intervenciones y medicalización innecesarias y de rutina (sobre la madre o el bebé). 2. Maltrato, humillaciones y agresión verbal o física. 3. Falta de insumos, instalaciones inadecuadas. 4. Ejercicios de residentes y practicantes sin la autorización de la madre con información completa, verdadera y suficiente. 5. Discriminación por razones culturales, económicas, religiosas, étnicas.) (Organización Mundial de la Salud, 1985) y que se constituyen como violencia obstétrica según este organismo, están presentes en las atenciones de parto hospitalario en la comuna de Temuco, destacando, por sobre toda la realización de procesos medicalizados y mecanizados por medio de las formas ya descritas, los cuales incluyen juicios de valor en caso de contar con alguno de los factores que agudizan la victimización, como lo es el embarazo adolescente, la condición socioeconómica, etc. En este sentido, resulta inconsecuente perpetuar el discurso mantenido por el Colegio de Matronas de Chile, desde donde se niega la existencia de estas malas prácticas, que se constituyen como violencia de género y una forma de violación a los derechos humanos. Se vuelve fundamental iniciar acciones que permitan legislar en torno a violencia obstétrica, para evitar que más mujeres sigan siendo víctimas de este tipo de hechos.



Conclusiones

Al aproximarse a la idea de violencia obstétrica, desde la perspectiva de mujeres madres, mujeres pro parto respetado y estudiantes de obstetricia de casas de estudio ubicadas en la ciudad de Temuco, es posible desprender que se trata de un tipo de violencia de género que obliga a las mujeres a desprenderse de su proceso de parto, las vuelve ajenas a las decisiones en torno al mismo, teniendo que entregarse a un sistema hospitalario completamente medicalizado, donde la última palabra la tiene el personal de salud. Las mujeres dejan de ser sujetos de derecho y deben someterse como cuerpos a una atención completamente mecanizada, que no distingue entre las necesidades propias que cada trabajo de parto conlleva, es decir, se patologiza un proceso que, en su mayoría, debería realizarse de manera fisiológica. Durante estos procesos de parto, las mujeres no solo se ven invadidas con intervenciones rutinarias e innecesarias, sino que deben sumar el ser testigos o víctimas directas de malos tratos, juicios de valor y humillaciones, siendo este tipo de vejaciones las más reconocidas como violentas e incluso traumantes por las mujeres.

Por su parte, el personal de salud se comporta de una manera jerárquica, encabezados por los médicos, seguidos por las matronas y culminando con los y las estudiantes en práctica. Los dos primeros actores se muestran resistentes a avanzar hacia procesos de parto más respetados, caracterizándose por naturalizar este tipo de violencia. Por otro lado, los y las estudiantes dan cuenta de estar conscientes de la necesidad de instaurar el parto respetado como la mejor forma de atención, criticando el actuar del personal de salud de generaciones mayores. El ser testigos de hechos de violencia hacia las mujeres produce en los estudiantes situaciones complejas de gran agobio, especialmente porque se sienten atados de manos al no poder intervenir ante dichas acciones y por ser también víctimas recurrentes de malos tratos por parte del personal de salud, constatándose que la naturalización de la violencia también aplica para los estudiantes en práctica. Sin embargo, en contradicción a este interés por el parto respetado y las críticas a los tratos y procedimientos realizados por el personal de salud, estos estudiantes también incurren en actos constitutivos de violencia al realizar intervenciones innecesarias sin considerar el consentimiento de las mujeres. En otras palabras, hasta en las nuevas generaciones que se muestran mucho más críticas ante la latente existencia de violencia obstétrica, existe cierto grado de naturalización de vejaciones hacia las mujeres parturientas.



Frente a las aproximaciones de cómo se da la violencia obstétrica en la ciudad de Temuco, esta investigación permite generar una base que de paso al establecimiento de políticas públicas que conduzcan a la erradicación de este tipo de prácticas de todo el sistema de salud en Chile, tanto público como privado, ya que da cuenta de los principales problemas que aquejan a las mujeres que se deben someter a este tipo de procedimientos. Por otro lado, considera además la visión de quienes se desempeñarán en las labores de atención, estudiantes en práctica y las futuras matronas, quienes son enfáticas en la necesidad de que el Estado se haga cargo de regularizar esta situación y de entregar los espacios e insumos necesarios para el correcto desempeño de sus labores. En concreto, esta investigación permite, en base a resultados empíricos, cuestionar las afirmaciones realizadas por la presidenta colegio de matronas de Chile, quien niega de forma rotunda la existencia de violencia obstétrica.

Entre las futuras líneas de investigación a seguir, resultaría interesante recoger los discursos del personal de salud que se desempeña en la atención hospitalaria del parto, pudiendo ser contrastado con lo que tengan que decir aquellas mujeres que cumplen el rol de doulas y que realizan partos domiciliarios, considerando que ambos grupos de actores presentan visiones completamente distintas de la forma en que se debe llevar a cabo un parto.

Otro aspecto que resultaría importante de profundizar es aquel que se relaciona con la violencia sufrida por los estudiantes en práctica, quienes, de acuerdo con los resultados de esta investigación, deben soportar malos tratos por parte del personal de salud que está a su cargo y teniendo que ser, además, testigos y cómplices pasivos de los hechos de violencia que aquejan a las mujeres, por encontrarse en una posición desfavorable en el esquema de jerarquías de poder.

Finalmente, es importante mencionar que uno de los desafíos más grandes a los que se enfrentó esta investigación fue la forma de seleccionar a las mujeres madres y realizarles las entrevistas, producto de lo duro que puede ser para ellas relatar un proceso de parto marcado por malas experiencias. En este sentido, fue necesario dejar de lado algunas posibles entrevistas ya que, como investigadora, no contaba con las herramientas suficientes para contener a mujeres que han vivido casos de violencia extrema que condujeron, en uno de esos casos, a la muerte del recién nacido.



Referencias

Ávila-Fuenmayor, F. (mayo-agosto de 2006). El concepto de poder en Michel Foucault. *Telos*, 8(2), 215-234.

Belli, L. (enero-junio de 2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 1(7), 25-34.

Bobbio, N. (1985). El estado y el poder; el fundamento del poder. En N. Bobbio, *Estado, poder y gobierno* (págs. 101-127). Turín: Fondo de cultura económica, México.

Campillo, A. (2001). Poder, Responsabilidad, Destino. En A. Campillo, *Variaciones de la vida humana. Una teoría de la historia* (págs. 46-54). Madrid, España.

Castrillo, B. (diciembre de 2016). Dime quién lo define y te dire si es violento: Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana* (24), 43-68.

Foucault, M. (1999). 14. Las mallas del poder. En M. Foucault, *Estética, ética y hermenéutica* (págs. 235-254). Barcelona: Paidós.

Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2015). *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*. México.

Organización Mundial de la Salud. (1985). *Declaración de Fortaleza, Tecnología apropiada para el parto*. Brasil.

Stoppino, M. (1982). Poder. En N. B. Mateucci, *Diccionario de Política* (págs. 1217-1227). siglo XXI editores.



Arquetipo de gestión del talento humano por competencias y cumplimiento de la misión y visión de EsSalud en el Hospital I Tingo

María. Huanuco. 2016

Dr. Pedro Pablo Saquicoray Avila
Lic. Soc. Delcy Ludith Ruiz Dionisio
Est. Nilton Lee Ruiz Dionisio
Mg. Liz Angely Diaz Silva

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo formular un Arquetipo Gestión del Talento Humano por Competencias que facilite el cumplimiento de la Misión y Visión de EsSalud del Hospital nivel I de Tingo María de la provincia de Leoncio Prado. Región Huánuco 2016. El método de investigación utilizado fue el Lógico inductivo, por cuanto se extrajo información de elementos puntuales para luego aplicarlos a la generalidad de los Recursos Humanos. En este estudio del mejoramiento de la gestión por competencias en EsSalud de la provincia de Leoncio Prado, se determinó, en base al análisis del desempeño de los trabajadores en los diferentes puestos de trabajo, para luego determinar las competencias respectivas para cada actividad. El diseño que se utilizó fue no experimental y además la investigación fue por objetivos, Como conclusión se observa las respuestas a si el diseño de los perfiles corresponde a la razón de ser de los cargos o empleos que ESSALUD propone desde el más alto nivel; pero esta vez lo analizamos en el Hospital I Tingo María en la provincia de Leoncio Prado en consonancia con la Misión y Visión de la misma institución. Se puede afirmar inferencialmente que la mayoría respondió que el diseño se cumple aceptablemente. Esto inicia la tendencia a que el arquetipo de gestión del talento humano por competencias va configurando un escenario positivo. Se concluye que el factor humano, se siente respaldado, por la mejora continua con la aplicación de estrategias de medición de desempeños en base a indicadores de gestión.

Palabras clave

Contexto internacional, cambio estructural.

Abstract

The objective of the present investigation was to formulate an Archetype Human Competency Management by Competences that facilitates the fulfillment of the Mission and Vision of EsSalud of Hospital Level I of Tingo María of the province of



Leoncio Prado. Huánuco Region 2016. The research method used was the inductive Logic, since information was extracted from specific elements and then applied to the generality of Human Resources. In this study of the improvement of management by competencies in EsSalud of the province of Leoncio Prado, it was determined, based on the analysis of the performance of the workers in the different jobs, to then determine the respective competences for each activity. The design used was non-experimental and also the research was by objectives. In conclusion we can see the answers to whether the design of the profiles corresponds to the rationale of the positions or jobs that ESSALUD proposes from the highest level; but this time we analyzed it in the Hospital I Tingo María in the province of Leoncio Prado in accordance with the Mission and Vision of the same institution. It can be stated inferentially that the majority responded that the design is acceptably fulfilled. This starts the trend that the archetype of human talent management by competencies is setting a positive scenario. It is concluded that the human factor feels supported by the continuous improvement with the application of performance measurement strategies based on management indicators.

Keywords

International context, structural change.

Introducción

La base teórica de este trabajo se encuentra en la teoría de Recursos y Capacidades y en la teoría de la Gestión del Conocimiento que reflejan los conceptos centrales de la gestión por competencias.

En esencia, esta nueva panorámica basa la estrategia en términos de una posición competitiva única, más que en la eficacia operativa, Recursos, Capacidades Y Aptitudes Centrales.

Para comprender mejor esta teoría es necesario definir los recursos, las capacidades y las aptitudes centrales que son la base de la ventaja competitiva. (1)

El valor estratégico de los recursos está determinado por el grado en que pueden contribuir al desarrollo de capacidades y aptitudes centrales y, finalmente, al logro de una ventaja competitiva. (2)

Las capacidades representan la habilidad de una empresa para aprovechar los recursos que se han integrado en forma intencional para lograr una condición



deseada. Las capacidades base de una empresa están dadas por las habilidades y conocimientos de sus empleados, por ello no se debe subestimar el valor del Capital humano, en el desarrollo y aplicación de las capacidades y obviamente en la creación de las aptitudes centrales. (3)

La Gestión del Conocimiento es un concepto dinámico o de flujo; podemos agregar que la gestión del conocimiento es un conjunto de procesos y sistemas que permiten que el capital intelectual de una organización aumente de forma significativa, mediante la gestión de sus capacidades de resolución de problemas de forma eficiente, con el objetivo final de generar ventajas competitivas sostenibles en el tiempo. (4)

Las razones que motivaron la investigación son que en el mundo con la globalización y la tecnología ya no existen distancias, las barreras se están abriendo hacia la aldea global y sin fronteras, por ello la seguridad social es cada más un imperativo de los Estados y sus gobiernos. La asistencia y seguridad de los ciudadanos cada día es más urgente; y por ello la satisfacción de los usuarios debe ser atendida con la seriedad y responsabilidad que los casos ameritan.

Los recursos humanos son la columna vertebral de toda institución pública o privada y es a ellos que debemos enfocarnos para lograr adaptarnos a esta nueva corriente tecnológica del siglo XXI.

La globalización también se viene dando en los recursos humanos, son mucho más competitivos, más preparados, con más y nuevos conocimientos, los recursos humanos también son importados desde y exportados hacia cualquier parte del mundo, para capacitar o recibir capacitación, para cubrir las necesidades de las instituciones y cubrir sus expectativas.

Todo este cambio en el mundo nos exige que los recursos humanos sean altamente competitivos.

El ciudadano moderno es el más consciente en toda la historia de la Humanidad de sus derechos como usuario. Cada vez exige más, no solo del producto o servicio que compra, también de la forma como lo recibe, del servicio que le prestan, el usuario cambiaría de proveedor de salud si encontraría otro que satisfaga mejor sus necesidades y expectativas., sea este un bien o servicio.

La presente investigación analiza la situación de los recursos humanos para evaluar



su potencial a corto, mediano y largo plazo, definir la contribución de cada empleado en la institución para incrementar su calidad de servicio.

El problema de la investigación es ¿Un arquetipo de gestión del talento humano por competencias, facilitará el cumplimiento de la misión y visión de EsSalud en el Hospital de nivel I de Tingo María? Provincia de Leoncio Prado. Región Huánuco. 2016?

La hipótesis que orienta la investigación es: La formulación de un Arquetipo de Gestión del Talento Humano por Competencias facilitará el cumplimiento de la Misión y Visión de EsSalud en el Hospital de nivel I Tingo María, de la provincia de Leoncio Prado. Región Huánuco.

Los objetivos del estudio son los siguientes:

Diagnosticar la situación actual de EsSalud en el Área de Recursos Humanos.

Identificar las principales causas que determinan el bajo rendimiento preventivo promocional de la entidad.

Determinar las características ocupacionales para elaborar el perfil del cargo por competencias.

A través de nuestra investigación podemos aportar la siguiente propuesta para mejorar las competencias de los recursos humanos en el propósito de cumplir la visión y misión de ESSALUD en el Hospital I de Tingo María.

Etapas de la gestión del talento humano por competencias

Diseño de planes de estudio para los cargos y nuevas competencias

Este paso consiste en diseñar una malla curricular de los cursos que el trabajador debe desarrollar para mejorar el desempeño que llevaba hasta ese momento en su puesto de trabajo y también desarrollar y reforzar las competencias necesarias para ese fortalecimiento.

Esta etapa nace de la especificación de las necesidades que le es menester solucionar a la institución ESSALUD, es necesario resolver esto a través de entrenar al personal para reforzar sus capacidades, la manera de conformar un esquema práctico para comenzar un plan de entrenamiento de los trabajadores es por medio de un análisis con criterio, de las competencias requeridas por cada trabajador, para cada puesto de trabajo, creando de esta forma un puesto de trabajo en base a criterios de desempeño.



Es importante destacar que las competencias que queremos pulir, destacar, o potenciar de los trabajadores, tiene relación con las competencias técnicas (duras: conocimientos, habilidades), los cursos, entrenamientos o formación, y mucho de las competencias motivacionales (blandas: motivación, rasgos del carácter, actitudes conceptos de uno mismo).

Los principales pasos para desarrollar este plan:

- Reunir a un panel de expertos en el puesto objeto del plan y los puestos donde se encuentran los candidatos que especificarán los criterios de desempeño esperados en el puesto.
- Generar, mediante el panel de expertos, una relación de tareas y características, y consultar a los ocupantes del puesto para recoger sus opiniones acerca de que tareas y características personales contribuyen al éxito en el puesto de trabajo en cuestión.
- Identificar a los ocupantes con el mejor desempeño del puesto objetivo y de los puestos ocupados por los candidatos a éste, utilizando para ello los criterios de actuación establecidos por el panel de expertos.
- Realizar entrevistas con detenimiento a los ocupantes del puesto objetivo y de los que le preceden tanto a los de desempeño superior como a los de desempeño adecuado, a fin de descubrir lo que hacen y como lo hacen.
- Elaborar un modelo de competencia de las personas que ocupan el puesto objetivo y los puestos ocupados por los candidatos a éste, identificando las competencias que necesitan todos los ocupantes del puesto, pero centrando la atención en aquellas competencias que más contribuyen a obtener un desempeño superior o sobre la media.

Las limitaciones para la ejecución de la presente investigación se sintetizan en la falta de información de origen secundario, por lo cual se tiene que levantar datos de origen de campo; donde el margen de error aumenta debido a que los miembros de la muestra siempre son reacios a responder preguntas que tienen que ver con su desempeño laboral.

Material y metodos

En esta sección consignaremos específicamente la metodología del estudio.

Ámbito

El ámbito de la investigación está referido al radio de influencia del Hospital I - Tingo



María, provincia de Leoncio Prado y región de Huánuco.

Población

Trabajadores que laboran en la sede de EsSalud de la provincia de Leoncio Prado –Tingo María- que tienen diferentes áreas de acción organizacional. Estas áreas están circunscritas en la circunscripción de la provincia. Son en total 134 trabajadores de todo tipo y nivel.

Muestra

Se trata de un muestreo no probabilístico debido a que la incorporación de los sujetos en la muestra no incluye procedimientos aleatorios. Se incluyó personas con características definidas en función a los intereses de la investigación (Hernández et. al., 2015). Es preciso reconocer que este tipo de muestreo limita la generalización de los resultados a encontrarse, sin embargo, se puede generalizar al ámbito social en el que se realizará la investigación.

Por tanto, la muestra lo constituyen los 134 trabajadores de Essalud Leoncio Prado.

Nivel y tipo de estudio

El presente estudio corresponde al nivel de investigación descriptivo (Hernández, Fernández y Baptista, 2015) ya que busca describir en el momento presente diversos indicadores sobre los arquetipos de la gestión del talento humano por competencias de EsSalud del Hospital de nivel I Tingo María de la provincia de Leoncio Prado. Se trata además de un estudio transversal pues se evalúa el estado de un número de factores en un momento único en el tiempo (5)

Diseño de investigación

El diseño que se utilizó fue no experimental y además en la investigación fue por objetivos, conforme el esquema siguiente:

Técnicas e instrumentos

En la presente investigación, se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos.

Técnica: La encuesta

Para obtener información de los trabajadores cuyo formato se presenta en la sección de anexos. Se realizó una encuesta a los 134 trabajadores mediante el formulario de encuesta.



Instrumento: El cuestionario

En fenómenos sociales, tal vez el instrumento más utilizado para recolectar los datos es el cuestionario. Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir. Debe ser congruente con el planteamiento del problema e hipótesis.

Los cuestionarios se utilizan en encuestas de todo tipo (por ejemplo, para calificar el desempeño de un gobierno, conocer las necesidades de hábitat de futuros compradores de viviendas y evaluar la percepción ciudadana sobre ciertos problemas como la inseguridad). Pero también, se implementan en otros campos. Por ejemplo, un ingeniero en minas usó un cuestionario como herramienta para que expertos de diversas partes del mundo aportaran opiniones calificadas con el fin de resolver ciertas problemáticas de producción (6).

Resultados

Análisis inferencial y contrastación de hipótesis

Si tomamos en cuenta nuestras hipótesis secundarias como las que señalamos a continuación veremos su contrastación con el trabajo de campo.

La aplicación de técnicas adecuadas en la Gestión del talento humano logrará la eficiencia administrativa y asistencial, y la mejora continua en los procesos de atención de EsSalud del Hospital de nivel I de la provincia de Leoncio Prado. Región Huánuco.

Una base de indicadores de desempeño permitirá evaluar las actividades operativas de los recursos humanos del Hospital de nivel I EsSalud de la provincia de Leoncio Prado, Región Huánuco.

Un ambiente de trabajo agradable permitirá desarrollar las actividades operativas de los recursos humanos de forma eficiente y productiva del Hospital de nivel I EsSalud de la provincia de Leoncio Prado, Región Huánuco.

De los 15 cuadros que hemos presentado tan solo uno tiene el valor negativo de incumplimiento tal como debería ser en realidad. (Cuadro N° 15). Aun así, podemos generalizar positivamente los resultados del trabajo de campo con los enunciados hipotéticos específicos del siguiente modo, lo cual sirve como contrastación.

El establecimiento de políticas más claras de Reclutamiento, basado en los



resultados de la encuesta, lo que permite asegurar el candidato adecuado para el puesto solicitado.

Se definen planes de capacitación y desarrollo de personas con base en los resultados individuales y grupales en su puesto.

Se identifica con mayor facilidad a personas exitosas y con potenciales para reforzar, reconocer y estimular sus resultados.

Permite una evaluación sistemática del desempeño, proporciona retroalimentación de varias fuentes o perspectivas.

Proporciona información objetiva y cuantificada respecto de áreas clave del desempeño "difícil de medir" como lo son: Liderazgo, Comunicación, Trabajo en Equipo, Administración del Tiempo, Solución de Problemas, Habilidad para desarrollar a otros, etc.

Simplifica la aplicación de retroalimentación formal, provee de información para determinación de necesidades, evaluación y planeación del desarrollo de los recursos humanos.

Contrastación de la hipótesis general en base a la prueba de hipótesis

Si nuestra hipótesis general fue “La formulación de un Arquetipo de Gestión del Talento Humano por Competencias facilitará el cumplimiento de la Misión y Visión de EsSalud en el Hospital de nivel I Tingo María, de la provincia de Leoncio Prado. Región Huánuco. 2016” y siendo la visión y misión las siguientes:

Visión institucional

“Ser una institución que lidere el proceso de universalización de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado”.

Misión institucional

“Somos una institución de seguridad social de salud que persigue el bienestar de los asegurados y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales, integrales y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente”.

Y desde el punto de vista de la metodología de la investigación, la prueba de hipótesis significa todo un entendimiento del investigador y de sus auditorios al decir que “Las hipótesis no necesariamente son verdaderas, pueden o no serlo, y pueden



o no comprobarse con datos. Son explicaciones tentativas, no los hechos en sí. Al formularlas, el investigador no está totalmente seguro de que vayan a comprobarse.”
(7)

Agradecimientos

A mis padres, a mi hija, al Dr. Pedro Pablo Saquicoray Avila. Por todo el apoyo familiar y de asesoría en la construcción de la tesis de magister.

Referencias bibliográficas

1. (Recuperado de: <http://www.formaciónhumana.files.wordpress>)
2. (Recuperado de: <http://www.gerencie.com/gestion-del-talento-humano.html>)
3. (Recuperado de: <http://www.gerencie.com/gestion-del-talento-humano.html>)
4. (Recuperado de: <http://www.gerencie.com/gestion-del-talento-humano.html>)
5. (Hernández. et. al., 2015).
6. (Hernández. et. al. 2015: 217).
7. Idem.



As Metodologias Ativas como disparadora da formação de recursos humanos em saúde: entraves e possibilidades na saúde pública no Brasil

Fernanda Marques de Sousa
Patrícia de Carvalho Silva Martins
Ana Paula Rocha de Sales Miranda.

Resumo

Esse resumo é produto das reflexões advindas da participação em uma especialização, lato sensu, com formato semipresencial, bem como enquanto trabalhadoras do campo da saúde da cidade de João Pessoa/Paraíba, Brasil. O material apresenta uma temática complexa, ao se deparar com uma metodologia que não atende aos princípios propostos no SUS, especialmente, na sua vertente ideológica e política, mas que está sendo cada vez mais absorvida no campo da saúde, no que diz respeito aos processos formativos e reordenadores da organização do trabalho. Desse modo, o nosso objetivo é problematizar o formato dessas especializações, cujo embasamento teórico pauta-se no uso das Metodologias Ativas (MA), vertentes que se configuram na apreensão do campo micro, bem como debruçar-se sobre a formação de recursos humanos capacitados ao trabalho em saúde, a partir do conceito ampliado e da noção da saúde enquanto direito social. Para produção desse material, que ainda se encontra em andamento, recorreu-se à pesquisa qualitativa, utilizando-se das ferramentas documentais e bibliográficas. Como apontamentos, acredita-se, que o uso das MA está atrelado ao projeto neoliberal pautado na diminuição do arcabouço do Estado, logo na comercialização dos serviços públicos. É salutar frisar que se vive um contexto de privatização do campo da saúde e que a adoção de análises pautadas, somente, no cotidiano tem sido cada vez mais recorrente o que nos possibilita afirmar que esse tipo de corrente teórico está atrelado a um projeto de sociedade em que tudo se torna mercadoria e a busca por lucro é a pauta do dia.

Palavras-chave

Educação, saúde, metodologias ativas, recursos humanos, modelos pedagógicos.

Introdução

Ao se debruçar sobre as Metodologias Ativas (MA), direcionou-se a discussão para as Residências. Concebe-se esses processos de especialização enquanto uma



ferramenta política pedagógica de formação de recursos humanos e de resistência ao modelo de saúde pública conquistado no Brasil.

A proposta é incitar a discussão sobre o impacto das MA em programas de formação de trabalhadores, cuja raiz teórica das MA parte de outra perspectiva, em que prevalece a análise micro, do fazer/fazendo. Opondo-se à pauta teórica do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que se orienta, expressivamente, pelo viés crítico.

Para Closs (2010, p. 16),

[...] situamos a importância da área de Recursos Humanos em saúde, campo no qual se insere a Residência Multiprofissional, como uma política de formação em saúde que contribui para a consolidação do SUS.

Para Closs (2010, p. 31), “A articulação entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho em saúde desafia a construção de estratégias pedagógicas [...]”, pois as ferramentas educacionais devem estimular a formação de um trabalhador que entenda o projeto de saúde do SUS, compreendendo a saúde enquanto direito e não mercadoria. As RMS surgem dessa concepção de saúde e o uso das Metodologias Ativas, segundo Mitre et al (2008), coadunam com esse preceito. No entanto, não se encontra o caráter revolucionário nessas metodologias, nem nos Projetos Pedagógicos das Residências (PPR's), como se almejava nas propostas do MRSB.

Fundamentação teórica

Sabe-se que as Residências Multiprofissionais em Saúde e em Área Uniprofissional da Saúde, com exceção da Residência Médica, foram criadas legalmente em 2005, por meio da Lei Nº 11.129 em comum pactuação entre os Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC). Essa formalização ocorreu tomando como parâmetro os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, nos quais busca-se atender as necessidades loco regionais e contribuir com o processo de fortalecimento do próprio sistema (Lei Nº 11.129, 2005).

É salutar destacar que “propostas” de modelos de formação de trabalhadores da saúde com estrutura de Residências datam dos anos 1960 e 1970. Como primeiro registro foi criada a residência em enfermagem do Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo. De acordo com Ceccim, Ferreira & Olschowsky foi na região Sul do país



que fomentaram o surgimento dos programas de residências multiprofissionais, a partir da experiência do Centro de Saúde Murialdo no ano de 1977 (Ceccim, 2006; Ferreira & Olschowsky, 2010).

A luta pela saúde enquanto direito social e de ter profissionais capacitados ao trabalho na rede pública adquire concretude com a Constituição Federal de 1988 e posteriormente, com a Lei Nº 8080/1990 (Lei Nº 8080, 1990; Constituição da República Federativa do Brasil, 2012). Entende-se que compete ao SUS “ordenar e organizar um sistema de formação dos recursos humanos da área da saúde em todos os níveis de ensino” (Lei Nº 8080).

Concomitantemente, ao passo que se instituíam um modelo de saúde universal em que se baseava no aporte teórico crítico, de origem materialista histórico-dialética. No ano subsequente, instaura-se com veracidade a ofensiva neoliberal em que as correntes teóricas são de ajuste e de análises focalizadas.

Ao analisar os documentos pedagógicos de estruturação das Residências nota-se a influência das metodologias de cariz micro. Ressalta-se que ao chamar atenção para a ênfase na dimensão local, não se está desconsiderando o necessário atendimento às demandas dos serviços em espaço micro, mas pontuando a fragilização com a articulação entre as dimensões micro e macro.

É imprescindível trazer essa reflexão para entender também o processo de construção dos mecanismos de formação dos estudantes e trabalhadores em saúde nos Hospitais Universitários e, assim, sua organização político-pedagógica. Tem-se percebido nessas formações, a sobrecarga ao trabalhador enquanto provocador de mudanças, sem, contudo, correlacionar a realidade dos processos de trabalho e dos serviços às imposições do grande capital.

A política de formação de recursos humanos no SUS adotada foi a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída por meio da Portaria nº 198/GM/MS de 2004⁴, a qual está inserida no eixo trabalho, saúde e qualificação do Ministério da Saúde (MS).

A legalização das RMS e Uniprofissionais ocorreu um ano depois da aprovação da PNEPS, por meio da Lei 11. 129 em 2005, em conformidade com as proposições do SUS (Brasil, 2005). As RMS são definidas como pós- graduação lato sensu, voltadas



para o ensino em serviço, cuja formação incorpora as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, em consonância com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 287 (Brasil, 1998).

As RMS são empreendidas como ferramentas da PNEPS, responsáveis por organizar as práticas profissionais em saúde e as rotinas, promovendo a articulação entre saber e a prática com base no princípio da integralidade do cuidado, cujas ações interdisciplinares, a fim de disparar esses processos são estrategicamente incorporadas aos PPRs.

No que tange ao dia a dia do serviço, a integralidade expande “o olhar do profissional sobre o sujeito para além da doença ou da demanda por ele apresentada” (Andrade, 2015, p. 125). Entende-se que, ao buscar suprir as necessidades em saúde, que são sociais e individuais, os homens estabelecem contínua relação.

Desse modo, compreende-se que no cotidiano são também estabelecidas as formas de cuidado, as quais podem fortalecer o trabalho pautado nas práticas multiprofissionais, objetivando a implementação da integralidade do cuidado ou, contrariamente, reforçando o uso de técnicas centradas na figura do médico.

Para Andrade (2015, p. 139), a integralidade como cuidado de vida, deve ser tomada, concomitantemente, “como possibilidade de construção de outra realidade social” e não, exclusivamente, no campo do cotidiano. As ações em saúde estão atreladas a um projeto de sociedade, mesmo que isso não seja identificado pelo profissional a priori.

Observa-se que as Residências do ponto de vista histórico e de estruturação legal possui incongruências.

Metodologia

Durante o ano de 2017 a pesquisadora envolvida na produção dissertativa participou de uma especialização semi-presencial, cuja era embasada no uso das Metodologias Ativas. Essa formação possibilitou adensamento no debate do supracitado conceito. Foram, aproximadamente, 08 meses de especialização, onde os encontros aconteciam mensalmente, durante três dias.



Nesses encontros presenciais, os participantes eram estimulados a mergulhar em atividades que tinham como base: a Espiral Construtivista e a Situação Problema. Ferramentas pedagógicas disparadoras de todo processo educacional.

Paralelamente, a pesquisadora estava em processo de mestrado. Momento que a possibilitou desenvolver uma pesquisa de campo e validar sua pesquisa que problematizava se a função social das Residências, em um contexto de privatização da saúde, estava ocorrendo como preconizado pela política de Educação Permanente. Desse modo, esse trabalho é produto das reflexões teóricas e da vivência prática em uma especialização com base nas MA.

Resultados e discussões

Contatou-se que o sistema capitalista tem se valido do uso das Metodologias Ativas nos ambientes formativos, tais como os programas de Residências e nos espaços de trabalho para manter a ordem social vigente. Tendo em vista que as MA partem de concepções teóricas de ajustes, ações transformadoras pontuais desconexas, por vezes, do campo macro, ou seja, da política social.

É importante chamar atenção que dentro do que se pretende atingir com o uso das MA's, o objetivo tem sido atingido. Entretanto, a problemática que se foi exposta durante a produção deste material preocupou-se em asseverar que as MA's são funcionais ao grande Capital e têm impactado na finalidade social dos processos formativos e conseqüentemente, nos locais de trabalho.

Afirma-se isso a partir do que já foi discutido como razão da existência dos processos formativos, espaços estrategicamente construídos para capacitar recursos humanos ao trabalho na rede pública de saúde do Brasil. Tomando como parâmetro, as bandeiras de luta do movimento sanitário e a legislação existente, no caso, reportando-se à Lei 8080/1990.

Considerações finais

Não se pretendeu esgotar o debate acerca das Metodologias Ativas e os rebatimentos dessa ferramenta pedagógica nos espaços de formação de recursos humanos e conseqüentemente, dos locais de trabalho.

Essa é uma pesquisa que, pela dinâmica do próprio objeto de estudo, carece de mais análise. A conjuntura, notadamente, para o campo da saúde, é de regressão



dos direitos sociais e de apropriação, pelo grande capital, das conquistas históricas.

E por esse contexto que se assevera a validação das MA's para a manutenção do capital, com pequenas transformações locais, dentro do que é aceitável à era neoliberal.

Ainda se destaca que falasse do ponto de vista da estrutura teórica das MA's, mas deve-se levar em consideração a atuação política dos sujeitos, a força dos movimentos sociais e a dinâmica histórica que nos traz possibilidades de mudança e resistência ao Capital.

Notas

¹ Autora 01- fernandamarquesas@gmail.com. Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

² Autora 02 - patrycmartins@hotmail.com. Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

³ Autora 03 - aprmiranda2@gmail.com. Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

⁴ Em 2007 foi lançada a Portaria 1. 996, readequando as diretrizes e estratégias da PNEPS com o Pacto pela Saúde.

Referências

Andrade, R. T. . 2015 Relação entre trabalho e educação na formação profissional: um estudo sobre a residência multiprofissional em saúde. 182p. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana). Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

Brasil, Ministério da Educação. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/qualificacao-profissional/politica-nacional-de-educacao-permanente>>. Acessado em 31 de Out de 2018.

Closs, t.t. 2010. O serviçosocial nas residências multiprofissionais em saúde na atenção básica: formação para a integralidade. 228f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (2012). [Biblioteca digital da Câmara dos Deputados]. (35a ed.). Brasília: Câmara dos Deputados.

Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005 (2005). Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis ns. 10.683, de 28 de maio de 2003,



e10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF.

Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF.

Mitre, S.M. et al. 2008. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência Saúde Coletiva*, [online], Rio de Janeiro, vol.13, n.1.2 p.2133-2144. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>>. Acessado em: 04 de out. 2014



Clima Organizacional, estudio de caso: de un Centro de Salud del primer nivel de atención Morelos México

Irene M. ParadaToro
Enrique Martínez-Cortés

Introducción

En la actualidad, en un mundo globalizante, México enfrenta día a día cambios desenfrenados en todos los aspectos tanto sociales, económicos y políticos que hacen difícil tener una inclusión en los mercados internacionales y con trascendencia en el campo de la salud donde la tecnología y el conocimiento juegan papeles importantes para el desarrollo de éste. Las organizaciones de salud atraviesan cambios constantes en sus procesos tanto de salud-enfermedad como en el ámbito de la administración de los servicios de salud.

El análisis del ambiente institucional y especialmente las instituciones de salud están influenciadas por aspectos tanto sociales, económicos y políticos lo que las condiciona a constantes cambios para su evolución, en el manejo del proceso salud-enfermedad como el ámbito de la administración de los servicios (Boland L.2007).

La comprensión del ambiente y las relaciones entre sus miembros (ambiente interno), es de importancia para el conocimiento de su influencia en el funcionamiento y desarrollo de la institución y su impacto en desempeño de las mismas, los trabajadores perciben el ambiente en forma directa o indirectamente lo que va a influir en su comportamiento y rendimiento en el trabajo (Santa JM, Sampedro BA.2012).

El clima Organizacional es visto desde la teoría como el análisis de los diversos factores que influyen o determina el comportamiento de los individuos en el cometido de las instituciones, la importancia del conocimiento radica en concebir estrategias planificadas como elemento diagnóstico para plantear cambios basados en necesidades reales y así proyectar los efectos en el presente que permitan un futuro deseable en las instituciones (Segredo Pérez et.al 2015)

Las organizaciones, deben ser un medio para que sus colaboradores tengan un desarrollo tanto personal como a nivel laboral proporcionando a través de los directivos, el desarrollo, un alto nivel de satisfacción y expectativas de crecimiento y autorrealización.



Los centros de salud, aunque muchas de las veces son organizaciones pequeñas conformadas por individuos que deben colaborar entre sí para el logro de metas y objetivos de acuerdo a las necesidades salud de la población. Es por ello importante que sus quehaceres transcurran en un ambiente de cordialidad con una buena comunicación y un con liderazgo que motive al personal, lo que permite realizar sus funciones a cabalidad.

A nivel nacional son pocos los estudios que se han realizado en torno al clima organizacional en las instituciones de salud, pese a que en salud pública la valoración del clima organizacional es de gran relevancia debido a que constituye una pieza fundamental en el desarrollo planificado de su estrategia organizativa.

Por lo que el objetivo de este trabajo fue la realización de un diagnóstico del clima organizacional en un centro de salud del 1er nivel de atención del estado de Morelos, mediante la aplicación del instrumento Proyecto Subregional de Desarrollo de la Capacidad Gerencial de los Servicios de Salud (PSDCG) de Centroamérica OPS/OMS/PNUD validado y aplicado en otros países, que analiza 4 dimensiones: comunicación, liderazgo, la reciprocidad y participación (Marín JM, Melgar A, Castaño C 1989).

Material y método

Estudio de tipo transversal, descriptivo y analítico que utilizó métodos cuantitativos, durante el periodo del año 2017, que permitió conocer el nivel de las 4 dimensiones del clima organizacional que se presentan en dicha Unidad de Salud.

El universo de estudio fue el total la población trabajadora del centro, como criterio de inclusión se tomaron: Trabajadores (as) de 18 a 65 años de edad; Trabajadores (as) con 6 meses o más laborando para la institución, personas que acepten participar en el estudio; personas que firmen el consentimiento informado.

La recolección de los datos se obtuvo a través de la metodología propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de Salud (OMS), en el Programa de Adiestramiento en Salud para Centroamérica y Panamá (PASCAP), del Proyecto Subregional de Desarrollo de la Capacidad Gerencial de los Servicios de Salud (4) y modificado por Segredo (2010). La validación del instrumento se realizó a través de 13 expertos (as) cuyos requisitos de inclusión fueron tener 10 años o más de experiencia profesional en el campo de la salud



pública, directivos en salud y que tuvieran disposición a participar en el estudio.

Herramienta auto-aplicable estructurada a partir de un texto de introducción (explicación el propósito del estudio), párrafo de agradecimiento por la colaboración y garantizando su anonimato y confidencialidad.

El instrumento constó de 2 apartados, en el 1ro se abordaron datos sociodemográficos y el 2do finalmente preguntas sobre el clima organizacional. El 2do apartado estuvo diseñado con base de 80 ítems distribuidos aleatoriamente, que evaluaron al clima organizacional en 4 dimensiones: Liderazgo, Motivación, Reciprocidad y Participación. Cada elemento dimensional a su vez correspondió a 4 sub-dimensiones (la 1ra Dirección (D), Estimulo de la excelencia (EE), Estímulo del trabajo en equipo (ETE) y Solución de conflictos (SC), la 2da: Realización personal (RP), Reconocimiento de la aportación (RA), Responsabilidad (R) y Adecuación de las condiciones de trabajo (ACT); la 3ra: Aplicación al trabajo (AT), Cuidado del patrimonio institucional (CPI), Retribución (R), y Equidad (E) y la 4ta: Compromiso con la productividad (CP), Compatibilización de intereses (CI), Intercambio de información (II) y Involucración en el cambio (IC), cada una de las sub-dimensiones estuvo compuesta por 5 ítems, por lo que cada área crítica consto de 20 ítems, que dio un total de 80. (Tabla 1)



Tabla 1. Distribución de las afirmaciones del Inventario de Clima Organizacional

Dimensión	Sub-dimensión	Afirmaciones
Liderazgo	Dirección (D)	1, 14, 33, 51 y 67
	Estímulo de la excelencia (EE)	15, 30, 34, 52 y 70
	Estímulo del trabajo en equipo (ETE)	2, 17, 35, 50 y 73
	Solución de conflictos (SC)	16, 31, 36, 55 y 58
Motivación	Realización personal (RP)	3, 18, 37, 49 y 74
	Reconocimiento de la aportación (RA)	19, 32, 40, 56 y 69
	Responsabilidad (R)	4, 20, 43, 57 y 75
Reciprocidad	Adecuación de las condiciones de trabajo (ACT)	5, 21, 41, 59 y 65
	Aplicación al trabajo (AT)	6, 22, 42, 58 y 71
	Cuidado del patrimonio institucional (CPI)	7, 23, 44, 60 y 72
	Retribución (R)	8, 24, 39, 54 y 66
	Equidad (E)	9, 25, 45, 53 y 76
	Compromiso con la productividad (CP)	10, 26, 46, 61 y 77
Participación	Compatibilización de intereses (CI)	11, 27, 47, 62 y 78
	Intercambio de información (II)	12, 28, 48, 63 y 79
	Involucración en el cambio (IC)	13, 29, 38, 64 y 80

Distribución de las afirmaciones del inventario del Clima Organizacional, (tabla1). Las preguntas estuvieron redactadas en forma de afirmaciones que el encuestado respondió afirmativo (V) o negativo (F). Se presentan en forma discontinuas. (Tabla 2)



Tabla 2. Distribución aleatoria de ítems de cada dimensión en sus cuatro sub-dimensiones, valor de la respuesta y total de ítems por cada uno.

Dimensión	Sub-dimensión	No. ítem		Total	
		V	F		
Liderazgo	Dirección (D)	1	1	0	5
		14	0	1	
		33	0	1	
		51	0	1	
		67	1	0	
	Estímulo de la excelencia (EE)	15	1	0	5
		30	1	0	
		34	1	0	
		52	0	1	
		70	0	1	
Motivación	Estímulo del trabajo en equipo (ETE)	2	1	0	5
		17	1	0	
		35	0	1	
		50	0	1	
		73	0	1	
	Solución de conflictos (SC)	16	1	0	5
		31	0	1	
		36	0	1	
		55	0	1	
		58	0	1	
Realización personal (RP)	3	1	0	5	
	18	1	0		
	37	0	1		
	49	1	0		
	74	1	0		
Reconocimiento de la aportación (RA)	19	1	0	5	
	32	1	0		
	40	0	1		
	56	1	0		
	69	1	0		
Responsabilidad (R)	4	1	0	5	
	20	0	1		
	43	1	0		
	57	0	1		
	75	1	0		
Adecuación de las condiciones de trabajo (ACT)	5	0	1	5	
	21	1	0		
	41	0	1		
	59	1	0		
	65	1	0		
Aplicación al trabajo (AT)	6	1	0	5	
	22	1	0		
	42	0	1		
	58	1	0		
	71	1	0		
Reciprocidad	Cuidado del patrimonio institucional (CPI)	7	0	1	5
		23	1	0	
		44	1	0	
		60	1	0	
		72	0	1	
Participación	Retribución (R)	8	1	0	5
		24	1	0	
		39	1	0	
		54	1	0	
		66	1	0	
	Equidad (E)	9	0	1	5
		25	0	1	
		45	0	1	
		53	0	1	
		78	1	0	
Compromiso con la productividad (CP)	10	0	1	5	
	26	1	0		
	46	0	1		
	61	1	0		
	77	0	1		
Compatibilización de intereses (CI)	11	1	0	5	
	27	0	1		
	47	0	1		
	62	1	0		
	78	0	1		
Intercambio de información (II)	12	0	1	5	
	28	0	1		
	48	0	1		
	63	0	1		
	79	0	1		
Involucración en el cambio (IC)	13	0	1	5	
	29	0	1		
	38	0	1		
	64	0	1		
	80	0	1		



Se utilizó el listado de afirmaciones, propuesto por el PASCAP (para la selección a juicio del trabajador). El total de afirmaciones por sub-dimensión fue de 5. Para la interpretación de las respuestas, estas debieron coincidir con la calificación de verdadero o falso de los parámetros propuestos por la PASCAP como de normalidad (tabla 3).

Cada respuesta que coincidió con la respuesta estándar se le asignó el valor de uno (1) y aquellas que no coincidieron se calificaron con el valor de (0). Tanto para las dimensiones como para las sub-dimensiones. Dando el valor de nivel alto (satisfactorio), calificación de 4 a 5, nivel medio (poco satisfactorio), calificación de 2.6 a 3.9 y nivel bajo (no satisfactorio), calificación menor o igual a 2.5, finalmente los resultados de cada sub-dimensión se promediarán para obtener la categoría de cada dimensión (Cortes-Jimez, N 2009).

Para el análisis se utilizó estadística descriptiva, frecuencias para datos categóricos, medias y promedios; bi-variado de variables categóricas, una prueba estadística de X^2 de homogeneidad para la comparación de datos categóricos diferentes (Badii 2007).

La X^2 se calculó al comparar dos conjuntos de frecuencias de cualidad satisfactoria o no satisfactoria en las diferencias variables y sus respectivas dimensiones. En una primera fase se planteó como una prueba piloto (tamaño de muestra =13), debido a que el tamaño de la muestra era insuficiente, para darle evaluar el poder a la muestra se procedió a aumentarla multiplicándola por 20 y así simular resultados significativos, ya ponderada la muestra se aplicó la prueba X^2 de homogeneidad a las diferentes dimensiones que se convirtieron en variables dicotómicas para probar el significado en proporciones (Cabrera & Romero 2008).

Se atendió los principios bioéticos de respeto a la autonomía, confidencialidad de la información, así como el principio de beneficencia no maleficencia bajo el lineamiento del Reglamento Interno del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP 2012).

Resultados

El total de encuestados (as) fue de 13 personas que incluye, personal médico (3), enfermería (5), odontología (2), administrador (2), promoción para la salud (1). El cuestionario tuvo una tasa de respuesta del 100%, la edad promedio de los



encuestados es de 34 años (IC 95% [27, 40]), al momento de responder al cuestionario, predominó con un 76.92% (IC 95% [0.42, 0.93]) el sexo femenino; el estado civil con mayor representación fue el soltero con un 53.84% (IC 95% [0.24, 0.80]), el nivel de escolaridad con mayor cantidad de personas fue la licenciatura 38.46% (IC 95% [0.14, 0.69]); y en menor proporción fueron estudios técnicos, preparatoria con estudios técnicos y maestría con 7.69% (IC 95% [0.007, 0.46]), respectivamente cada uno, el 46.15% (IC 95% [0.19, 0.75]) tiene más de 6 meses trabajando en el centro. (Tabla 3)

Tabla 3 Características generales de la población de estudio del centro de Salud de Primer de atención Morelos

Variables sociodemográfica		Proporción (%)	Std. Err.	IC 95%
Sexo	Hombre	23.08	0.12	[0.63, 0.57]
	Mujer	76.92	0.12	[0.42, 0.93]
Edad	Media 34 años		2.87	[27.97, 40.48]
Estado civil	Soltero (a)	53.84	0.14	[0.24, 0.80]
	Casado (a)	15.38	0.10	[0.03, 0.50]
	Unión libre	15.38	0.10	[0.03, 0.50]
	Separado (a)	15.38	0.10	[0.03, 0.50]
Nivel escolar	Estudios técnicos	7.69	0.07	[0.007, 0.46]
	Preparatorio o equivalente incompleta	7.69	0.07	[0.007, 0.46]
	Preparatoria o equivalente completa	15.38	0.10	[0.03, 0.50]
	Preparatoria con estudios técnicos	7.69	0.07	[0.007, 0.46]
	Licenciatura incompleta	15.38	0.10	[0.03, 0.50]
	Licenciatura completa	38.46	0.14	[0.14, 0.69]
	Maestría	7.69	0.07	[0.007, 0.46]



	Más de 6 meses	46.15	0.14	[0.19, 0.75]
	1 a 2 años	7.69	0.07	[0.007, 0.46]
Antigüedad	3 a 4 años	7.69	0.07	[0.007, 0.46]
	5 a 6 años	15.38	0.10	[0.03, 0.50]
	7 años y mas	23.08	0.12	[0.06, 0.57]
	Médica	23.08	0.12	[0.06, 0.57]
	Enfermería	38.46	0.14	[0.14, 0.69]
Área laboral	Odontología	15.38	0.10	[0.03, 0.50]
	Promoción	7.69	0.07	[0.007, 0.46]
	Administrativa	15.38	0.10	[0.30, 0.50]

Tabla 3 Características generales de la población de estudio del centro de Salud de Primer de atención Morelos

Los resultados en lo global el Clima organizacional se encuentra entre el nivel medio o poco satisfactorio y la tendencia en las dimensiones de Motivación y Reciprocidad presentan valores por debajo de lo esperado con una tendencia hacia lo negativo sin embargo las dimensiones de Liderazgo y Participación su tendencia es hacia lo positivo. (Tabla 4)

Tabla 4. Resultados Globales de las dimensiones del Clima Organización del Centro de Salud de Primer de atención Morelos

Dimensión	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Tip.
Liderazgo	13	3.1	3.6	3.4	0.221
Motivación	13	1.8	3.5	2.9	0.761
Reciprocidad	13	1.9	3.8	2.8	0.793
Participación	13	3.1	3.5	3.3	0.189

El Liderazgo se obtuvo que la sub-dimensión con mayor puntaje, fue la solución de conflictos con 3.6 pts., y con menor al estímulo de excelencia con 3.1 pts.

La motivación se observó las sub-dimensiones con mayor puntuación a la adecuación de las condiciones de trabajo con 3,5 pts., y la sub-dimensión de reconocimiento de la aportación obtuvo la puntuación más baja con 1.8 pts.



La reciprocidad, la sub-dimensión de Cuidado del Patrimonio Institucional, presenta la mayor puntuación con 3.9 pts., y la que presenta menor puntuación es la Retribución con 1.9 pts.

La participación, se observa que 2 sub-dimensiones presentan un comportamiento similar el Compromiso con la productividad y la Compatibilización de intereses, ambas con los puntajes más alto de 3.5 pts., no así la Involucración en el cambio con 3.1 pts. Con la calificación más bajo de las puntuaciones.

Nuestros resultados muestran que por área laboral el liderazgo y reciprocidad el personal de enfermería le concedió el puntaje más alto a esta dimensión no así el área médica que represento el puntaje más bajo (2.5, 3.4 pts. respectivamente). La motivación los resultados más altos se localizaron en el área de administración y el calificó más bajo esta dimensión fueron los proveedores de odontología. La dimensión de participación las áreas de odontología y promoción tiene puntajes altos y similares con 4.0 pts. la más baja puntuación con 3.0 pts. fue el área médica. (Tabla 5)

Dimensiones	Liderazgo	Motivación	Reciprocidad	Participación
Área laboral	n	n	N	n
Médica	2.5	2.2	2.2	3.0
Enfermería	4.0	3.3	3.4	3.6
Odontología	3.2	2.1	2.5	4.0
Promoción	3.5	2.2	2.5	4.0
Administrativa	3.5	3.5	2.8	3.3

Las pruebas estadísticas multivariadas de X² de homogeneidad mostraron los siguientes resultados: La dimensión de liderazgo y la reciprocidad presenta diferencias significativas ($p=0.032$) y ($p=0.032$) respectivamente, no así la Motivación y la participación ($p=0.624$) y ($p=0.352$). En la comparación de proporciones entre el liderazgo y la reciprocidad (80% en cada uno) el sexo femenino presenta una significancia estadísticamente de $p=0.032$ (Tabla 6).



Tabla 6. Personal Satisfecho y No Satisfecho por Área del Clima Organizacional de un Centro de Salud del primer nivel de atención Morelos.

Variable Área	Liderazgo				Motivación				Participación				Reciprocidad			
	Satisfacción		No Satisfacción		Satisfacción		No Satisfacción		Satisfacción		No Satisfacción		Satisfacción		No Satisfacción	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
Médica (n=200) (n=100%)	160	80%	40	67%	140	78%	60	75%	120	75%	80	80%	160	80%	40	67%
Administ. (n=60) (n=100%)	40	20%	20	33%	40	22%	20	25%	40	25%	20	20%	40	20%	20	33%
Total (n=260) (n=100%)	200	77%	60	23%	180	69%	80	31%	160	62%	100	38%	200	77%	60	23%
Chi Cuadrada de Pearson	0.032				0.624				0.352				0.032			

La variable de edad exhibe resultados similares en tres dimensiones, liderazgo, motivación y reciprocidad con significancias estadísticas de ($p=0.000$), ($p=0.003$) y ($p=0.032$) respectivamente, no hay diferencia significativa ($p=0.352$) entre la participación y la edad. La comparación de proporciones entre el Liderazgo (70%), Motivación (56%), Participación (62%) y Reciprocidad (70%) predominó en la edad joven.

En el estado civil, las cuatro dimensiones presentan diferencias estadísticamente significativas: Liderazgo ($p=0.000$), Motivación ($p=0.000$), Participación ($p=0.011$) y Reciprocidad ($p=0.000$). Para las cuatro dimensiones el estado civil predominante fue el soltero.

La Motivación y la Participación con $p=0.003$ y $p=0.352$, respectivamente, demuestran diferencias estadísticamente significativas en escolaridad, no así el Liderazgo y la Reciprocidad ($p=0.352/p=0.352$), no indican diferencias significativas. En la comparación de proporciones la escolaridad superior es la que predomina.

En la antigüedad los resultados fueron similares en tres de las dimensiones; liderazgo, Motivación y Reciprocidad con significancias estadísticas ($p=0.000$). En la comparación de proporciones la diferencia fue en la categoría de sin antigüedad.

La variable de área presentó diferencias estadísticamente significativas con el Liderazgo y la Reciprocidad con $p=0.032$ y $p=0.032$, respectivamente. El área médica (80%) fue la de mayor proporción.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que en general las dimensiones de medición del clima organizacional del Centro de Salud presentan niveles que se catalogan como poco satisfactorios. Al igual que Segredo Pérez (2004), coincidimos



en los resultados encontrados por este autor(a), al evaluar el tema en Directores de áreas de Salud en Cuba, en ambos proyectos se utilizó niveles que son poco satisfactorios (10).

Nuestros resultados demuestran, una medición poco satisfactoria que influyen en el desempeño del Centro de Salud, por lo que creemos que el centro muestra niveles de desempeño por debajo de lo esperado en sus metas y objetivos coincidiendo con Cortés Jiménez (2009), consideramos que un ambiente de trabajo sano dentro de la organización determina el grado de desarrollo y desempeño de sus trabajadores lo cual está relacionado con Liderazgo, Participación, Motivación y Reciprocidad

La falta de estos estímulos ha deteriorado los resultados metas y objetivos dando resultados negativos en estos aspectos concordábamos con Cortés Jiménez (2009), en la importancia del reconocimiento del trabajo de los proveedores de servicios de salud a través de promociones, estímulos económicos/no-económicos, recompensas que fortalezcan la realización de las actividades del día a día.

El reconocimiento obtuvo menor puntuación lo que puede estar afectando la introyección de los valores institucionales lo que dificulta un compromiso institucional y personalmente, concordando con López Pérez (2015), que este aspecto fomenta la realización personal lo que influye directamente en su productividad al no contar con esta condición al interior de la unidad, se afecta el buen desempeño de los trabajadores en el cumplimiento de su misión, visión y metas dentro del Centro.

Al igual que Gómez Campos (2011), una buena motivación y liderazgo en las unidades de salud de primer nivel requiere de una dirección con alto compromiso social y laboral, mejor conducción de los procesos de atención y motivación al personal sin lo cual impedirá otorgar servicios eficaces y eficientes nuestros resultados corroboran esta premisa ya que el centro muestra, poca capacidad de resolución y una incorrecta comunicación entre los prestadores y el líder.

Concordamos con Segredo Pérez (2004), que la baja puntuación en la dimensión de participación influye en la categoría de compromiso con la productividad. Uno los aspectos señalados por el autor es la no colaboración entre los niveles jerárquicos que el trabajo en equipo es deficiente lo que dificulta la resolución de problemas de manera óptima. El estudio demuestra que no hay colaboración entre los niveles jerárquicos y los trabajadores del centro de salud, por consecuencia, no se logran los objetivos y metas en la unidad.



Conclusiones

El Clima Organizacional con sus 4 dimensiones (Liderazgo, Motivación, Reciprocidad, Participación) que perciben los trabajadores del Centro de Salud, Morelos, se encontró en el nivel de poco satisfactorio. Las dimensiones más afectadas la motivación y la reciprocidad.

Las cuatro dimensiones en su conjunto ejercen influencia directa en el comportamiento y desempeño de las personas que trabajan al interior de la organización para el logro de los objetivos y metas institucionales.

Es importante que el clima organizacional se encuentre dentro del nivel óptimo para dar cumplimiento a la misión de la organización.

Una de las limitaciones del estudio fue el tiempo para elaborar el proyecto y ejecución ya que formo parte de una tesis de grado en la Maestría de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública

Referencias

Boland L. Análisis de Ambiente Organizacional. En L. Boland, Funciones de la Administración. 2007;202.

Santa JM, Sampetro BA. Clima organizacional en instituciones de atención primaria de salud. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2012;34(5):606–19. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242012000500011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Segredo Pérez MA, García Milian AJ, López Puig P, Cabrera LP, Perdomo Victoria I. Enfoque sistémico del clima organizacional y su aplicación en salud pública Systemic organizational climate approach and its implementation in the public health care. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 1];4141(11):115–29. Available from: <http://scielo.sld.cu>

Marín JM, Melgar A, Castaño C. Teoría y Técnicas de desarrollo organizacional Vol. 3. Proy Subregional Desarro la Capacid Gerencial de los Servicios de Salud OMS/OPS/PNUD [Internet]. 1989; 3:62. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/10060/PSDCG-T10_v3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sagredo Pérez AM. Propuesta de instrumento para el estudio del clima organizacional. Correo Científico Médico [Internet]. 2013;17(3):344–52. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v17n3/ccm11313.pdf>



Cortes-Jimez, N. Diagnóstico del clima organizacional. Hospital “Dr. Luis. Nachon”. Xalapa, Ver., 2009. Tesis de Maestría Registro en el INDIXE de Tesis Digitales de REMERI Universidad Veracruzana:2009; Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30006/1/NelsyMCortesJimenez.pdf>

Badii, M.H., J. Castillo, J. Landeros & K. Cortez. Papel de la estadística en la investigación científica (Role of statistics in scientific research). *Innovaciones de Negocios*. 2007;4(1):107–145. Impreso en México (ISSN 1665-9627)

Cabrera, M. y Romero, P. Herramientas Estadísticas Aplicadas a la Preparación y Presentación de Informes dirigidos a la Gerencia para la Toma de Decisiones. Trabajo de Grado no Publicado. Universidad de Oriente. Núcleo de Sucre-Cumaná. (2008) Disponible en: http://ri2.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2658/2/TESIS_LMyER--%5B00410%5D--%28ne%29.pdf

Instituto Nacional de Salud Pública: Reglamento Interno del comite de Etica en Investigacion del INSP. 2012;1–17. Available from: <https://www.insp.mx/normateca-insp.html>

Segredo Pérez AM. Percepción del Clima Organizacional por Directores de policlínicos. Cuba, 2003. *Correo Científico Médico de Holguín*. 2004 [citado 17 May 2007];8(4). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no84/n84ori7.htm>

López-Pérez GK. Clima Organizacional del Hospital General de Temixco “Enf. María de la Luz Delgado Morales.” Escuela de Salud Pública de México. Instituto Nacional de Salud Publica; 2015.

Campos-Camps D.E, Pelcastre-Villafuerte B.E, Parada-Toro I.M. Diseño de una herramienta gerencial para la mejora organizacional en centros de salud de primer nivel de atención. *Horiz Sanit*. 2016;15(2):69–76. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5567598>

Secretaria de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. [cited 2018 Feb 11]. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>



La enfermedad terminal en México como problema público y como derecho social

Angélica Y. Dávila Landa¹

Resumen

El objetivo de esta ponencia es analizar cómo el Estado mexicano define el cuidado del dolor de la enfermedad terminal como problema público y como derecho social como parte de la categoría de acción pública de la enfermedad terminal. Para ello, la ponencia se inserta en la sociología de los problemas públicos y de los problemas sociales, específicamente, en la propuesta de Remi Lenoir.

La realización de este objetivo se hará dentro de la metodología cualitativa a través del análisis de discurso de la Ley de Cuidados Paliativos de 2009. Con ello, podrá conocerse cómo la categoría de acción pública de la enfermedad terminal fue producto de un proceso histórico de problematización social, pero, al mismo tiempo, como define y naturaliza a la medicina paliativa como la solución única a este problema.

Palabras clave

Enfermedad terminal, problema público, derecho social.

Introducción

El objetivo principal de esta ponencia es analizar el derecho social a recibir cuidados paliativos en México como parte de la atención al problema público de la enfermedad terminal; para lo cual, se hará uso de la categoría de acción pública de Remi Lenoir (1999 [1993]), inserta en la sociología de los problemas sociales y de los problemas públicos. Si bien, una categoría de acción pública incluye derechos, leyes, reglamentos, financiamientos, programas, instituciones, prácticas de intervención, etc., nuestro análisis se limitará a la dimensión simbólica de los derechos sociales jurídicamente establecidos. De esta manera, podremos observar el derecho a recibir cuidados paliativos establecido en la Ley General de Salud en el 2009 como parte de la categoría de acción pública de la enfermedad terminal en México y de su configuración como un problema público o de sociedad.

Como se explicará más adelante, la sociología de los problemas públicos puede ayudar a desnaturalizar los procesos de categorización de los derechos sociales a partir de un doble movimiento: por una parte, al señalarlos como parte de una historia



y de un trabajo social y estatal de definición de ciertas situaciones o condiciones sociales como problemáticas para el interés general; por otra, al indicar cómo, en ese proceso de problematización, los agentes sociales y estatales categorizan situaciones como naturalmente problemáticas y como naturalmente solucionables de una sola y específica manera: la que marca “la Ley”. De esta manera, puede decirse que, entre distintas cuestiones, los derechos sociales también remiten a trabajos de problematización social y política que históricamente signa y designan “naturalezas” sociales.

A partir de ello, la estructura de la ponencia es la siguiente: la primera parte estará dedicada a la definición de la categoría de acción pública de R. Lenoir; la segunda, describirá en términos generales la historia de la elaboración social de la categoría de acción pública de la enfermedad terminal en México; y la tercera, reconstruirá la narrativa naturalizante de dicha categoría consagrada en la Ley General de Salud de 2009 como derecho social en el mismo país.

Las categorías de acción pública

R. Lenoir se inscribe en la sociología de los problemas sociales y de los problemas públicos al admitir que dichos problemas no son productos objetivos ni directos “de un mal funcionamiento de la sociedad” (1999 [1993], p.79), sino de procesos y de prácticas de definición y de elaboración sociohistórica de ciertas situaciones formuladas públicamente (visibilizadas, legitimadas, consagradas social y estatalmente) como problemáticas para el interés general y como necesitadas de soluciones y de atenciones colectivas. Con ello, expresa Lenoir, también puede observarse cómo “problemas que existen en la condición privada, en forma de ‘problemas personales’, como se dice, se convierten en ‘problemas de sociedad’.” (Lenoir, 1999 [1993], p.83).

Para este autor, los problemas sociales son producto de apuestas, de luchas y de convergencias simbólicas por ganar las categorías de clasificación del mundo social, que incluye nociones sobre la justicia, sobre la vida en común, sobre las relaciones sociales, sobre los grupos, sobre sus necesidades y sus soluciones (1999 [1993], p.60). Así, el problema público de la vejez, de la delincuencia o, en nuestro caso, de la enfermedad terminal, es el proceso de elaboración de una condición, situación o experiencia como problemática, que expresa con ello una categoría de clasificación social que organiza, signa y designa de una manera específica las posiciones y los



atributos sociales de los agentes involucrados en su definición y bajo su definición.

Para implementar la propuesta teórica de Lenoir es necesario el análisis de los agentes involucrados y de sus disputas en diversos campos sociales; pero, por cuestiones de espacio, esta ponencia se centrará únicamente en los contenidos de las categorías de acción pública. En términos generales, estas categorías pueden comprenderse como aquellas elaboraciones estatales sobre un problema público, objetivadas provisoriamente “en forma de reglamentaciones generales, de derechos, de equipos, de transferencias económicas, etc.,” (Lenoir, 1999 [1993], p.85) y que dan lugar a un desarrollo institucional, a conocimientos y a agentes especializados para la gestión de lo que se ha definido como problemático (Lenoir, 1999 [1993], p. 89).

En general, para Lenoir, los procesos de elaboración de las categorías de acción pública funcionan bajo una lógica burocrática de gestión de las relaciones sociales que da lugar, entre otras cuestiones, a “la formación de ‘poblaciones’ dotadas o privadas de derechos socialmente garantizados por el Estado” (1999 [1993], p.89). De esta manera, estas categorías expresan definiciones sobre los derechos sociales investidas por la fuerza del reglamento oficial en un doble sentido: por una parte, indican -y en ello, elaboran- cuál es el problema público que atienden y cuáles son los grupos sociales que lo encarnan, cuáles son sus causas, las maneras de solucionarlo y de intervenirlo; por otro lado, y a partir de lo primero, describen y asignan las propiedades, los intereses y las necesidades de éstos grupos sociales tienen o deben tener como titulares y beneficiarios de los derechos concedidos (Lenoir, 1999 [1993], p.94). En ese sentido, como diría P. Bourdieu (1999), dicha descripción resultaría una prescripción: por un lado, dice cómo se define la realidad, por el otro, admite que dicha descripción coincide con la ontología de la realidad y, en ello, se consigna a los agentes bajo su jurisdicción a ser de la manera descrita para poder ser reconocidos como sujetos de derecho por las instituciones a cargo de la gestión del problema. De esta manera, las categorías de acción pública expresan clasificaciones sociales elaboradas estatalmente que designa grupos sociales al designar derechos sociales y viceversa dentro de un proceso de problematización social.

Desde esta perspectiva, los derechos sociales implicarían elaboraciones estatales - aunque siempre en relación con otros agentes sociales- para la resolución de ciertos



problemas de sociedad que, desde la perspectiva de Lenoir, se convertirán en las resoluciones o “acuerdos” de las disputas objetivados temporalmente que elaboraron una situación como problemática (1999 [1993], p.100). A su vez, dicho derechos, tomando distancia de una perspectiva liberal, no expresarían solamente ciertas garantías resguardadas por el Estado, también darían cuenta de la definición estatal de una clasificación del mundo social, presentada como necesaria de ser cumplida y encarnada para poder acceder a dichas garantías y a la resolución de ciertos problemas públicos. En ese sentido, puede observarse que una de las maneras en que el Estado regula el acceso a los derechos y a los recursos que estos conllevan, estriba también en su poder para consagrar las definiciones oficiales de estos problemas y de las elaboraciones que construye al respecto.

La enfermedad terminal como problema público en México

En general, la mayoría de las vertientes teóricas sobre la sociología de los problemas públicos y sociales convergen en analizar las diferentes propuestas y disputas en la definición de qué y cuál es el problema en cuestión y cómo y quiénes deben y pueden solucionarlo. Pero, en nuestro caso, más que reconstruir dichas disputas sobre la problematización de la enfermedad terminal en México, nos centraremos en la definición realizada por los médicos paliativistas. Esta decisión estriba en que fueron estos agentes los principales propietarios del problema de la enfermedad terminal en este país -entendida dicha propiedad como la “capacidad de crear la definición pública de un problema e influir sobre ella” (Gusfield, 2014 [1981]), p.76)- y en que su problematización será la que se convertirá en la categoría de acción pública del derecho a recibir cuidados paliativos en México. En ese sentido, partiremos de la historia de este modelo médico y de su conversión en categoría de acción pública.

Los cuidados paliativos, surgidos en Inglaterra en la década de los sesenta y entendidos como la emergencia “de un saber experto sobre el final de la vida” (Alonso, J., 2012, p.141), constituyeron una crítica y una alternativa a la manera en que la medicina moderna se hacía cargo de la enfermedad sin cura y mortal (Krmptotic, 2010, p.30). Como crítica, los cuidados paliativos denunciaron que, ante las imposibilidades del mundo médico para proveer una cura a ciertos enfermos, las instituciones y los profesionales de la salud respondían con el abandono de los moribundos o con el ensañamiento de tratamientos encaminados a conservar la vida (Alonso, J., 2012, p.141). Así, obligados a morir sobremedicalizados en una sala de



hospital, o en soledad en sus hogares o en las calles por falta de atención médica, de acuerdo con los precursores paliativistas, los enfermos desahuciados eran condenados por la medicina moderna a sufrir una muerte tan dolorosa como aislada. Como alternativa, los cuidados paliativos propugnaron que, más que la muerte en sí, el problema de la enfermedad terminal radicaba en el proceso de morir con dolor, acentuado por el abandono y por el encarnizamiento terapéutico, que provocaba una muerte inhumana e indigna. Así, los cuidados paliativos propusieron el cuidado al final de la vida (Krmptotic, 2010) como forma de gestión médica a través del tratamiento del dolor total de la enfermedad terminal, entendido como un dolor con dimensiones físicas, psicológicas, espirituales y sociales, sin alargar ni acortar la vida del enfermo.

El cuidado al final de la vida propuesto por la medicina paliativa implicó la configuración de dos fenómenos importantes: por una parte, la identificación de una situación como problemática, el morir con dolor, deshumanizada e indignamente en un proceso de enfermedad y en la indiferencia del mundo médico ante ello; y por otra parte, la construcción de un saber experto capaz de brindar alivio a ese dolor y, por tanto, solución a dicho problema. Así, los cuidados paliativos se fueron designando en diversos países y por la Organización Mundial de la Salud, como el “saber experto” que otorgaría una muerte sin dolor y en compañía a los enfermos terminales (Luxardo, 2013). De esta manera, aunque crítica, la medicina paliativa se presentaba como la manera en que la medicina moderna podría recuperar su función histórica de atención de salud-enfermedad, ahora también en la última etapa de la vida, siempre y cuando retirará de este campo trabajo a la medicina curativa. Es decir, siempre y cuando reconociera que la solución al problema de la enfermedad terminal era la atención paliativa y no otra.

Bajo estos preceptos generales, los cuidados paliativos fueron introducidos en la Ciudad de México a finales de la década de los ochenta, principalmente por médicos del sector público de salud, basados en definiciones de la Organización Mundial de la Salud y en la experiencia que adquirieron en clínicas estadounidenses y canadiense. Estos médicos -principalmente algíologos y oncólogos- también anunciaron que el problema de la enfermedad terminal no era morir, sino morir con dolor, producto de las prácticas inadecuadas de la medicina moderna y por la negación sociocultural de la muerte como experiencia natural de la vida (Montejo, 1992; Salomón et al., 2008). Con estas definiciones, estos médicos comenzaron a



construir el problema de la enfermedad terminal como un problema de salud pública y demandaron la atención de instancias colectivas para resolverlo, tales como el Estado, la medicina moderna y la sociedad mexicana (Montejo, G., 1992; Lara, A., 2005; Flores, J., 2006; Salomón, M. et al., 2008).

Durante las dos siguientes décadas en México, estos médicos fueron convirtiéndose en médicos paliativistas, fundando clínicas y unidades de Cuidados paliativos y del Dolor en hospitales públicos, privados y en el campo de la sociedad civil. Igualmente, estos médicos introdujeron este modelo médico en la enseñanza universitaria dentro de hospitales estatales de investigación y en algunas universidades del país, ayudando a visibilizar a la enfermedad terminal como un problema público y a la medicina paliativa como el “saber experto” que le daría solución.

Asimismo, a partir del año 2000, “algunos especialistas en el área de dolor” (Flores et al., 2009, p. 469), que además pasaron a ocupar cargos importantes en las clínicas de cuidados paliativos en el sector de salud pública, comenzaron a llevar las propuestas paliativistas a las Cámaras legislativas del Estado y de la Secretaría de Salud. Así, por ejemplo, en 2003, diversos médicos presentaron “una propuesta nacional en materia de dolor y cuidados paliativos del enfermo para los pacientes terminales ante la Comisión de Salud en la Cámara de Diputados” (Flores et al., 2009, p. 470); en 2008, acudieron a “una convocatoria de expertos en cuidados paliativos para construir y establecer el ‘Programa de Cuidados Paliativos’ a nivel nacional” organizada por la Secretaría de Salud, y, a partir de ese año, comenzaron a participar en la redacción de la normatividad que regiría a la atención de la enfermedad terminal en el país (Flores et al., 2009, p. 470).

Estas últimas actividades ayudaron a que la enfermedad terminal y el cuidado al final de la vida fueran convirtiéndose en una categoría de acción pública consagrada por el Estado. Así, en 2007, los cuidados paliativos fueron configurados como política pública y en 2009, normados como derecho social en la Ley General de Salud, dentro del Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PALIAR) 2007-2012, retomado para el sexenio 2012-2018. A continuación, se reconstruirá las definiciones de este derecho como parte de la categoría de acción pública de cuidados paliativos, para conocer las naturalizaciones que operó sobre la enfermedad terminal como situación problemática y sobre las maneras de solucionarla.



La categoría de acción pública de la enfermedad terminal: el derecho a recibir cuidados paliativos en la legislación mexicana

El 5 de enero de 2009 se reformó la Ley General de Salud mexicana para incluir y exponer “los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento”. Con ello, los cuidados paliativos se designaban como la categoría de acción pública para atender a la enfermedad terminal y se convertían en parte del derecho a la atención de la salud consagrado por la legislación mexicana y en 2019 también por el orden constitucional.

En la reforma a la Ley General de Salud de 2009, los principales objetivos del derecho a recibir cuidados paliativos estribaban en “Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal”, a establecer la distinción entre la medicina paliativa y la curativa, entre los medios ordinarios y extraordinarios para atender al enfermo, y entre la defensa de la vida y la obstinación terapéutica. Es decir, en especificar qué era la enfermedad terminal, cómo podía solucionarse y en el reconocimiento de los cuidados paliativos como el “saber experto” que otorgaría dicha solución; a partir de lo cual, la categoría de acción pública de la enfermedad terminal se construiría con base en tres naturalizaciones simbólicas: la definición de la enfermedad terminal y de la muerte paliativa, la exclusión de otras formas de morir y de gestionar este proceso, y la adherencia o no de los enfermos terminales a esta categoría.

En primer lugar, la enfermedad terminal quedaba definida como el padecimiento “reconocido, irreversible y progresivo” (Ley General de Salud, 5 enero 2009) que augura seis meses o menos de vida, y el enfermo terminal como aquella persona ubicada en esta situación. En ese proceso, el diagnóstico médico de incurabilidad y de mortalidad próxima e irreversible develaba, y con ello, inauguraba el estado terminal de la enfermedad y la competencia y la necesidad de la medicina paliativa, con el respecto retiro de la medicina curativa, para “Garantizar una muerte natural en condiciones dignas” (Ley General de Salud, 5 enero 2009). Este enunciado implicaba aceptar el proceso de morir del enfermo sin acortar ni alargar su vida, es decir, sin obstinarse por conservarla, pero tampoco sin detenerla. De esta manera, los cuidados paliativos implicarían el reconocimiento de la naturalidad de la muerte -que ocurra cuando tenga que ocurrir- resguardada por intervenciones médicas que no operaban sobre el tiempo de vida de la persona sino sobre el dolor terminal. Así, la muerte paliativa proponía una muerte aceptada en términos de su irreversibilidad,



pero también implicaba una muerte no inducida.

A partir de lo anterior, la muerte natural era posible en tanto fuera una muerte cuidada, justamente, a través de la medicina paliativa. Y aún más: el “cuidado activo y total” de esta especialidad médica lo que, además de naturalidad, le otorgaría dignidad al proceso de morir al hacer posible con su expertise “la disminución del dolor y del malestar del paciente” (Ley General de Salud, 5 enero 2009). De esta manera, la definición de los cuidados paliativos como derecho social construye una identificación entre muerte natural y muerte digna, posibles ambas y posiblemente equiparadas por la atención paliativa del dolor terminal, donde la intervención humana para el alivio del dolor total no alteraría la naturaleza de la muerte, sino que la mejoraría y la dignificaría a través de su cuidado. De esta manera, La Ley de Cuidados Paliativos cerraba la identificación entre muerte natural, muerte digna y muerte paliativa, donde las dos primeras se volvían resultado y sinónimo de la segunda, clausurando con ello, legalmente las opciones para morir médicamente de otra manera.

En efecto, la identificación anterior construía una naturalización sobre el proceso de morir que se reforzaba con la pérdida de sentido, de justicia, de eficacia y de jurisdicción que esta Ley describía y designaba para el accionar de la medicina curativa sobre la enfermedad terminal: ante una muerte inminente dentro de los próximos seis meses, la medicina curativa podría entenderse únicamente como obstinación terapéutica, “medidas desproporcionadas e inútiles” para mantener con vida al paciente durante su agonía, que le implican “una carga demasiado grave” al enfermo y “cuyo perjuicio es mayor a los beneficios” (Ley General de Salud, 5 enero 2009). Así, la medicina paliativa se legitimaba y se legalizaba como saber experto competente para atender a la enfermedad terminal, obligando legalmente a las instituciones del Sistema Nacional de Salud atender este derecho y a velar por las restricciones de la medicina curativa. De este modo, la provisión de los cuidados paliativos remarcaba la ilegalidad de medicina curativa, de la eutanasia y del suicidio asistido en el ámbito del proceso de morir del enfermo terminal.

Como tercera y última naturalización simbólica, la distinción de la pertinencia de la medicina paliativa y de la medicina curativa sobre la enfermedad terminal tenía otro ámbito de definición distinto al diagnóstico médico: la autonomía y la decisión propia del enfermo terminal por optar por uno u otro tratamiento, o por rechazar los dos,



independientemente de su diagnóstico. De esta manera, la Ley anunciaba que “Los médicos tratantes, en ningún caso y por ningún motivo implementaran medios extraordinarios al enfermo en situación terminal, sin su consentimiento” (Ley General de Salud, 5 enero 2009). Con esta declaración, la autonomía del enfermo terminal se enmarcaba en adherirse o no a la categoría de acción pública consagrada por el Estado para atender su padecimiento. En ese sentido, su autonomía y su poder de decisión, definidos legalmente como un acto de voluntad individual, sobrepuesta a la voluntad del Estado, de los médicos y de la familia, se instituía como su derecho a la aceptación o no, a la adherencia o no de la solución consagrada estatalmente para el problema social de la enfermedad terminal y en la asunción o no de la clasificación social que la consagración conlleva. E incluso, cuando el paciente o sus representantes legales, familiares, tutores, etc., no pudieran expresar el estatus de su adherencia a la consagración estatal de la enfermedad terminal, le correspondería al médico y al Comité de Ética de la institución hospitalaria en cuestión decidir la aceptación o no de esta categoría (Ley General de Salud, 5 enero 2009). De este modo, el consentimiento y la voluntad de decidir entre tratamientos médicos, implicaba el reconocimiento de la categoría de acción pública de los cuidados paliativos como el único procedimiento para atender la enfermedad terminal. Así, se constituía una muerte digna, natural y también autónoma en tanto se constriñera a las categorías de acción pública del Estado mexicano.

Conclusiones

El objetivo de este trabajo estribó en demostrar que los derechos sociales también pueden ser producto de procesos sociohistóricos de problematización social sobre situaciones, experiencias y condiciones. En ese sentido, la categoría de acción pública, como las definiciones estatales sobre un problema público, resultó útil para comprender los haces de sentido y los procesos que definen a la consagración estatal de un derecho social como una forma de gestionar y de atender ciertos problemas sociales. Asimismo, fue importante reconocer la necesidad de estudiar la historia y las naturalizaciones simbólicas que se producen en la definición de los derechos inscritos en procesos de problematización social, para comprenderlos como productos históricos tendientes a normalizar la historicidad a la que se refieren.

Notas

¹ Maestría en Sociología Política - Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora/ Conacyt – México



Bibliografía

- Alonso, J. (2012). La construcción del morir como un proceso: la gestión del personal de salud en el final de la vida. *Universitas Humanística*, 74, 123-144.
- Bourdieu, P. (1999). *¿Qué significa hablar?* Madrid, España: Akal.
- Flores, José (2006). Programa Nacional de Adiestramiento y Atención en Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos en Oncología. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 29(1), 156 -159.
- Gusfield, J. (2014 [1981]). *La cultura de los problemas públicos. El mito del conductor alcoholizado versus la sociedad inocente*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Krmpotic, C. (2010). Cuidados paliativos y experiencia de enfermedad. Razones para una refocalización del cuidar. *Scripta Ethnologica*, (22), 29-44.
- Lara, A. (2005). Una introducción a los cuidados paliativos. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 28(1), 193-195.
- Lenoir, R. (1999 [1993]). Objeto sociológico y problema social. En Champagne, P., Lenoir, R., Merllié, D., Pinto, L. (Eds.), *Iniciación a la práctica sociológica* (pp. 57-102). Madrid, España: Siglo XXI.
- Ley Federal en Materia de Cuidados Paliativos, Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, 5 de enero de 2009. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/25374/paliar_02.pdf
- Salomón, M. et al. (2008). Una propuesta para la creación de unidades de cuidados paliativos en México. *En Medicina Interna de México*, 24 (3), 224-229.



O surto de microcefalia em pernambuco e as Determinações sociais da saúde e

Delaine Cavalcanti Santana De Melo

Resumo

As interpretações sobre os processos saúde-doença revelam modos interpretativos de analisar e interpretar o mundo, baseados em diferentes racionalidades. A noção de Determinação Social da Saúde apoiada na teoria crítica marxista tem se constituído recurso reflexivo importante no estudo do surto de microcefalia em Pernambuco, objeto de um projeto de pesquisa que integramos, numa composição de estudantes e docentes dos cursos de Fisioterapia, Medicina e Serviço Social. Condições de vida englobam condições de saúde e, nos limites da ordem burguesa, revelam exploração do trabalho, apropriação da riqueza produzida pelo trabalho e o pauperismo massivo de amplos setores da classe trabalhadora.

Palavras-chave

Determinação social da saúde, microcefalia, síndrome congênita do zika, pauperismo.

Resumen

Las interpretaciones sobre los procesos salud-enfermedad revelan modos interpretativos de analizar e interpretar el mundo, basados en diferentes racionalidades. La noción de Determinación Social de la Salud apoyada en la teoría crítica marxista se ha constituido un recurso reflexivo importante en el estudio del brote de microcefalia en Pernambuco, objeto de un proyecto de investigación que integramos, en una composición de estudiantes y docentes de los cursos de Fisioterapia, Medicina y Servicio social. Las condiciones de vida engloban condiciones de salud y, dentro de los límites del orden burgués, revelan explotación del trabajo, apropiación de la riqueza producida por el trabajo y el pauperismo masivo de amplios sectores de la clase trabajadora

Palabras clave

Determinación social de la salud, microcefalia, síndrome congénito de zika, pauperismo.

Introdução

A explicação sobre doenças, prevalência e incidência, grupos populacionais de risco



ou mais afetados, têm sido objeto de estudo das ciências da Saúde e componente de discursos governamentais ao longo da história. O século XX inaugura importantes avanços no conhecimento científico e tecnológico possibilitando, entre outras transformações, melhor planejamento em Saúde, sendo que as decisões políticas e econômicas influem na alocação de recursos e na definição das ações voltadas ao atendimento das necessidades da população de determinado país, estado, município. No modelo biomédico, ainda hegemônico no campo da Saúde, nem sempre são reconhecidas interfaces entre adoecimento e elementos sócio-históricos.

As diversas interpretações teóricas sobre os processos saúde-doença revelam modos interpretativos diferentes de analisar e interpretar o mundo, baseados em diferentes racionalidades. De acordo com Guerra, a racionalidade é uma propriedade da razão, vinculada às suas diversas formas de concepção, tendo nesta o seu fundamento determinante que, por sua vez, “é expressão da própria realidade” (2005: p.44). Pode-se, por exemplo, partir da racionalidade instrumental ou da racionalidade da práxis histórica, sendo a primeira baseada na aparência fenomênica e a segunda baseada no movimento histórico e dialético que estrutura o ser social (Vasquez, 1995). O campo da Saúde é informado por uma ou outra racionalidade também na explicação de dados nosológicos. A partir da Lei Orgânica da Saúde no Brasil, Lei n.º 8.080/1990

“a Epidemiologia tem sido explicitamente utilizada como referencial para a fundamentação das ações de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). É definida, tradicionalmente, como ciência que estuda a distribuição de doenças e suas causas nas populações. No século XX, além da ampliação dos seus conhecimentos, também foi consolidada como saber científico, subsidiando práticas de saúde pública e coletiva” (Rocha; David, 2015: 130).

A Epidemiologia vigorou por muito tempo sem estabelecer diálogo com as ciências sociais, constituindo-se em ferramenta funcional aos discursos clínicos de concepção biologizante. O conceito de Determinação Social da Saúde foi decisivo na formação da Epidemiologia Social latinoamericana e na história do Movimento de Reforma Sanitária brasileiro.

A construção de outros modelos de análise, com base na noção de Determinação Social da Saúde apoiada na teoria crítica marxista tem se constituído recurso



reflexivo importante no estudo do surto de microcefalia em Pernambuco, objeto de um projeto de pesquisa que integramos coletivamente, numa composição de estudantes e docentes dos cursos de Fisioterapia, Medicina e Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco. A proposta é de acompanhamento longitudinal de crianças nascidas no Hospital das Clínicas da UFPE – HC/UFPE - numa coorte composta por crianças nascidas a partir de outubro de 2015, incluindo as crianças notificadas como suspeitas de microcefalia.

O grupo de crianças acompanhadas foi composto a partir do registro de nascimento e dados do parto, identificando crianças cujas mães relataram evento febril e/ou exantemático na gestação, realizando vinculação ao HC/UFPE para viabilização da atenção integral às crianças, mães e redes sociofamiliares; são 130 crianças, sendo 21 confirmadas com a síndrome. A pesquisa propõe acompanhamento das crianças e famílias, com ênfase na abordagem neuroclínica e psicossocial de maneira a analisar as repercussões e associações com infecção pelo vírus Zika durante a gravidez, a melhor caracterização da Síndrome Congênita do vírus Zika e fortalecimento da Rede Perinatal. As crianças estão vinculadas à Atenção Hospitalar/ambulatorial com equipe interdisciplinar e à rede localregional do território de residência, acompanhamento no ambulatório de Puericultura, atenção especializada matricial às crianças e mães com diagnóstico confirmado da síndrome congênita e vinculação/capacitação das equipes de saúde no território de residência.

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco organizou a atenção às crianças e mães/redes sócio-familiares notificadas como suspeitas de microcefalia em ambulatório interdisciplinar, incluindo a equipe da puericultura, neurologia infantil, equipe de reabilitação e estimulação precoce, ortopedia, otorrinolaringologia, gastropediatria, oftalmologia, profissionais da saúde coletiva e da saúde mental de maneira a realizar atenção integral e articulação em rede. A pesquisa em tela vincula-se ao acompanhamento longitudinal das crianças, a partir da proposta da atenção e organização do cuidado, vinculando produção de conhecimento, pesquisa com organização e sustentabilidade da rede perinatal. Essa articulação entre pesquisa, assistência e ensino destaca o acompanhamento longitudinal dos sujeitos na atenção hospitalar, especializada e atenção primária à saúde, de maneira a envolver diversas áreas de conhecimentos, diversos profissionais de saúde, residentes e estudantes, favorece a problematização entre clínica e política, de maneira a evidenciar a relação do vírus Zika aos achados



clínicos e suas repercussões psicossociais. Os estudos epidemiológicos exigem avaliação das condições ambientais vinculadas aos fatores sociais, econômicos, de atenção à saúde considerando a indissociabilidade entre aspectos biológicos e subjetivos.

No núcleo do Serviço Social, perguntas diversas têm mobilizado nossa aproximação ao tema e ao exercício da pesquisa: Quem são as mulheres infectadas pelo mosquito *Aedes aegypti* durante a gestação? Em que territórios elas moram? Como vivem? Por que o surto no Nordeste? Por que Pernambuco? É possível relacionar pobreza e exposição a arboviroses? Revela-se um recorte classe?

Considerar as determinações sociais da Saúde como elemento concreto dos processos de adoecimento pressupõe que a saúde é fenômeno social e não biológico, pois:

os indivíduos em interação, por meio de sua atividade produtiva, criam, dentro das condições já desenvolvidas, as próprias condições reais de existência e, assim, o próprio ser social. Correlativamente, os indivíduos humanos se formam, têm sua individualidade determinada na interação social, sua essência é o conjunto das relações sociais. (Nogueira, 2010, p. 10)

As condições de vida englobam as condições de saúde e, nos limites da ordem burguesa, revelam a exploração do trabalho, a apropriação da riqueza produzida pelo trabalho e o pauperismo massivo de amplos setores da classe trabalhadora. Reconhece-se que as determinações sociais da Saúde podem dar importantes pistas interpretativas a doenças que acometem quase exclusivamente segmentos das classes subalternas. Para além de procurar causas sociais de determinadas doenças, elemento constitutivo da noção de determinantes sociais da sociedade,

é possível que se faça uma determinação ontológica da saúde do homem não através de objetos naturais, mas mediante uma determinação social do homem [...]. Para Lukács (1980), o que determina a essência ontológica do homem é o trabalho enquanto ato teleológico. Neste caso, a saúde teria igualmente de ser pensada com base no modo de ser social do trabalho (Nogueira, 2009: 406).

Pauperismo, condições de saúde e síndrome congênita do zika vírus

O pauperismo da classe trabalhadora intensificou-se com o processo de reestruturação produtiva dos anos 1970-1980 e suas repercussões no mundo do



trabalho; ocorreu adensamento da exploração das forças produtivas reatualizando formas diversas de trabalho mal remunerado, precarizado desregulamentado, terceirizado. "São os novos trabalhadores secundários, que jamais chegarão a serem trabalhadores" (Lavinias, 1994, p. 177). Nesse contexto, que impõe condições indignas de trabalho, a falta de acesso à alimentação e habitação adequadas repercute na saúde e se expressa, entre outros aspectos, no acometimento de doenças e na convivência com essas doenças, agravada pela dificuldade de acesso ao sistema de saúde.

Em relação à infecção pelo vírus da Zika, em nosso entendimento, existem nexos entre adoecimento e pauperismo e isso dita desafios aos campos de conhecimento e profissões, à gestão pública, aos movimentos sociais. O fato de a maioria das mulheres infectadas serem pobres, não nos permite tomar distância da imbricação entre os processos de adoecimento e as condições materiais de existência.

De acordo com o Ministério da Saúde (2016), o vírus da Zika foi isolado pela primeira vez em Uganda no ano de 1947, sendo identificado no Brasil no ano de 2015. Desde então, 18 estados já foram confirmados com casos do Zika vírus, especialmente na Região Nordeste. Até a ocorrência da epidemia, pesquisadores/as brasileiros/as possuíam conhecimento bastante limitado sobre o problema. O conhecimento foi se ampliando a partir de notificações feitas nas maternidades e do acompanhamento de puérperas e seus/as filhos/as identificados como portadores/as de microcefalia ou como casos suspeitos, sendo que em ambas as situações deveriam ser alvo de monitoramento e assistência pela rede sanitária de referência.

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), registrou entre 2010 a 2014 cerca de 156 casos de microcefalia por ano. Em 2015 os dados contabilizados até o primeiro dia de dezembro, somavam 1.247 recém-nascidos/as notificados/as com o vírus Zika; Pernambuco aparecia com o maior índice nacional, somando 646 casos em mais de 30 municípios diferentes. O Boletim Epidemiológico emitido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), refere que dentre os 2952 casos de recém-nascidos confirmados com a Síndrome, 60,7% concentravam-se na Região Nordeste e 16,9% em Pernambuco. Dados da Secretaria Estadual de Saúde - SES/PE - revelaram igualmente aumento inesperado de crianças nascidas com a presença do vírus em 2015. O surto assumia padrão clínico diferente do vírus da dengue. Brunoni e colaboradores (2016) apontavam que as observações clínicas



demonstravam que o vírus Zika podia alojar-se no córtex cerebral e no tronco encefálico dos fetos, causando alterações como as calcificações intracranianas, dilatação dos ventrículos cerebrais, alterações de fossa posterior e a microcefalia pré ou pós natal.

Sem muitos registros na literatura médica, o vírus Zika apareceu como causa potencial para o nascimento de crianças com microcefalia, significando a descoberta da transmissão vertical do vírus. As investigações estão em andamento e buscam muitas respostas, tais como esclarecer como se dá a transmissão desse agente, sua atuação no organismo humano, a infecção do feto, o período de maior vulnerabilidade para a gestante. “A surpresa, definitivamente, não foi a febre do Zika, mas a microcefalia dos fetos” (DINIZ, 2016, p. 13). A microcefalia se constitui como uma doença congênita em que o cérebro da criança se desenvolve de forma atípica provocando problemas neurológicos.

Em 22 de outubro de 2015, o Ministério da Saúde foi notificado pela SES/PE sobre o registro de 54 recém-nascidos vivos com microcefalia. O processo investigativo demonstrou que os efeitos causados pelo vírus não se limitaram apenas à microcefalia, mas incluíam, ainda, alterações como epilepsia, distúrbios auditivos e visuais, sendo chamada de Síndrome Congênita do Zika (SCZ). Pesquisas sociais implementadas destacaram que o papel das mulheres/mães no cuidado diário com seus/as filhos/as foi de fundamental importância para identificação de outras alterações (Diniz, 2016; Scott et al 2017). O Ministério da Saúde reconheceu que o conhecimento sobre a SCZ foi se dando na mesma medida da ocorrência do surto, sendo etapa inconclusa o conhecimento e a definição de condutas clínicas.

Considerando que as crianças com consequências associadas à infecção congênita pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas apresentam padrões diferenciados de manifestações clínicas, interferindo de forma diversa no seu crescimento e desenvolvimento, e que, apesar de os diversos estudos até então desenvolvidos sobre a síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika (SCZ) terem gerado relevantes evidências científicas sobre doença, importantes lacunas no conhecimento ainda persistem. (Brasil, 2017)

À medida em que os casos de suspeita e confirmação da síndrome eram notificados em Pernambuco, uma sensação angustiante se instaurava (Silva; Matos 2017). O conhecido ‘mosquito da dengue, infectava com consequências novas e alarmantes. O discurso oficial já conhecido por ser veiculado nas cíclicas campanhas de



prevenção e alerta da dengue, foi mantido com ênfase na responsabilidade da população em evitar a proliferação do mosquito *Aedes Aegypti*, agora apontado como vetor da SCZ.

Políticas estruturantes de saneamento e saúde preventiva tendem a alterar cenários epidemiológicos, mas essa discussão subsumiu, minimizada pela emergência dos fatos. Para a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO - faz-se extremamente necessário pensar a questão do acesso a água das classes economicamente desfavorecidas, pois o provimento de água de forma racionada leva essas populações ao armazenamento precário, constituindo-se como mais uma condição ideal de proliferação do *Aedes aegypti*. Pernambuco faz a gestão da crise hídrica exatamente através do racionamento de água, com muitas áreas residenciais sem abastecimento regular e rodízios de água que favorecem as classes média e alta (Monteiro; Augusto, 2016).

Entende-se que essa localização territorial não é uma causalidade. Dados de levantamento feito pela Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social, Criança e Juventude (2016, apud Exame, 2016), dos 1.203 casos notificados da SCZ, 636 tratavam-se de famílias inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais, público-alvo da Política de Assistência Social, pleiteando inserção em Programa de Transferência de Renda - Bolsa Família. Desse número total, 77% das famílias afetadas pela SCZ no estado vivem em extrema pobreza com renda per capita de até R\$47,00. Para famílias residentes nos municípios do interior, a situação de vida e saúde é agravada tanto pela quase inexistência de oportunidades de trabalho, quanto pelas dificuldades de assistência no seu território, exigindo rotineiramente o deslocamento para a capital sem garantia da continuidade de tratamento e acesso aos insumos necessários.

Na cidade do Recife, Capital do estado de Pernambuco, os casos seguem a trilha da pobreza. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (2016, apud Jornal Diário de Pernambuco, 2016), os bairros de maior incidência das notificações foram Ibura (14), Várzea (12), Cohab (10), Dois Unidos (9), Areias (8), Nova Descoberta (9), Cordeiro (8) e Água Fria (5). A cobertura de esgotamento sanitário desses bairros é inferior a 50%, ocasionando que parte do esgoto escoe por canais abertos, resultando em água parada, condição favorável à reprodução do mosquito *Aedes aegypti*. A inexistência de serviço de coleta de resíduos em muitos pontos desses territórios contribui para proliferação de 'criadouros' do mosquito no caminho de



escoamento irregular de água e dejetos (Ibge, 2010).

Tais dados revelam que o surto da SCZ vírus tem interface com as condições socioeconômicas e sanitárias da população, atingindo mormente famílias de baixa renda que vivem em áreas periféricas. Dados da Secretaria Estadual de Justiça e Direitos Humanos de Pernambuco mostram que, em cada dez crianças nascidas com microcefalia em Pernambuco, nove vivem em situação de pobreza, com renda per capita familiar de até R\$ 220 (duzentos e vinte reais). A pesquisa foi feita com 211 famílias cadastradas em um núcleo estadual de apoio criado pelo governo do Estado depois do início da epidemia. O levantamento do governo pernambucano detalha o perfil das mães das crianças nascidas com a má-formação: 68% declarou-se parda, 24% declarou-se branca e 7% declarou-se negra. No que se refere à faixa etária, a maioria das mães (58%) tem entre 18 e 29 anos; 30% está acima dos 30 anos e 12% são adolescentes. A escolaridade foi medida pela capacidade de ler e escrever, mas, ainda assim, 6% disseram ser analfabetas. Três em cada quatro mulheres moram em área urbana.

Para além da pauperização resultante da desigualdade entre as classes, as famílias terão novos desafios a enfrentar em prover cuidado diferenciado para uma criança com deficiência(s). O care, historicamente naturalizado como responsabilidade feminina/materna, traz novas requisições de cuidado, incluindo a renúncia de projetos pessoais das mulheres, a busca por inserção em serviços de saúde e, quando pertinente, a tentativa de acesso a benefícios socioassistenciais para complementação da renda familiar.

A aproximação com a realidade das crianças e das famílias levam ao entendimento de que o Surto do Zika vírus ultrapassa a questão biomédica, demanda trabalho multidisciplinar e em rede, tendo em vista seu caráter social, etnográfico, econômico, geográfico e a interseção com os marcadores classe, raça e sexo-gênero. Pode-se pontuar que o surto do Zika vírus reflete a desigualdade, tanto no Brasil, onde mais se manifestou recentemente, quanto em outros países.

De acordo com Jeffrey Lesser e Uriel Kitron (2016) “O Zika é mais um indicador da desigualdade que persiste no Brasil contemporâneo, mesmo após várias décadas de democracia” (p. 2). Não se constitui fenômeno casual que a região brasileira com maior impacto do Zika vírus tenha sido o Nordeste, onde, muito além das condições climáticas, há maior índice de pobreza. Concordamos com o que declaram Silva,



Matos e Quadros quando afirmam que “o contexto emergencial da Zika parecia ter um forte acento geográfico, de gênero, classe e raça. A maioria dos casos incidiu mais fortemente entre as pessoas pobres de periferias, em sua maioria mulheres, negras” (2017, p.225).

É bem verdade que houve melhora nos índices brasileiros relacionados à Educação e à Saúde, mas não houve alteração nos índices de desigualdade já que os ricos se tornaram mais ricos e os pobres tendem à miséria, especialmente nesses últimos dois anos marcados pela ampliação do conservadorismo burguês em descomedida ingerência na economia do país pós golpe. Com esse cenário ainda mais desfavorável à classe trabalhadora, somam-se expressões da questão social, como a síndrome congênita por Zika (SCZ). No debate contemporâneo do Serviço Social, a questão social, chave heurística para compreensão da sociedade do capital, é apreendida como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum a produção cada vez mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (Iamamoto, 2001, p.27).

Infecção pelo zika vírus e acesso a políticas sociais

Conforme a correlação de forças entre as classes patronal e a que vive do trabalho, haverá maior ou menor concessão do capital ao trabalho, mediados pelo Estado. A dialética histórica ensina que há avanços e recuos nas mobilizações de trabalhadores/as e retrações ou conquistas de direitos sociais. Nesse bojo, a década de 1980 caracterizada pela efervescência de movimentos sociais democratizantes logrou a conquista de direitos sociais que integraram o texto constitucional, notadamente o sistema de Seguridade Social brasileiro, composto pelas políticas de Assistência Social, Previdência Social e Saúde.

A mediação entre os direitos assegurados nos marcos legais e sua efetivação pelo Estado burguês é contraditória, já que este direciona a intervenção conforme as demandas do capital; isso significa direção oposta aos interesses da classe trabalhadora, excetuando-se pela oferta, em geral restrita, de políticas e programas sociais. Ainda assim o Estado, caracteriza-se como interventor pontual frente às demandas sociais uma vez que atua sobre efeitos da Questão Social e não sobre suas causas fundantes, mas tem papel do fundamental, já que não se constitui em mera entidade, mas na expressão de interesses dominantes.



O Estado é, hoje, capitalista e do capitalismo, e não depende do sistema sócio-econômico e político que o criou. O Estado moderno é, na verdade, uma criação do mesmo projeto instaurador da ordem burguesa, é parte do processo que colocou os proprietários dos meios de produção no controle do poder político-econômico. (Montão, 1999, p. 49).

Em todas as fases do capitalismo, o Estado esteve presente e o capital dispôs dele. Ora autoritário, ora provedor, atualmente mínimo, mas sempre disponível às demandas do capital. A fase atual do capitalismo, denominada por alguns autores de acumulação flexível, caracteriza-se pelo capital ‘pulverizado’ pelo mundo, pela descentralização da produção e maior concentração de capital, pela flexibilização da exploração de trabalho.

A proposta de reforma do Estado para tornar-se um ente não interventor, não administrador, não protetor, correspondeu à explicação principal da crise dos países de economia periférica: tratava-se de uma crise do Estado que se tornara ineficiente e inadministrável. A política de ajuste neoliberal para o Brasil e para o continente latinoamericano padronizou a exigência desse ‘novo’ Estado, um Estado Mínimo, ‘enxuto’ em substituição ao dito Estado paternalista e ‘inchado’; o receituário esbanjou no quesito das privatizações e restringiu enormemente o usufruto do fundo público pela classe trabalhadora. Mesmo antes da efetivação dos direitos sociais constantes na Constituição Federal de 1988, conquista das lutas e movimentos populares, as políticas sociais brasileiras passaram a ser ameaçadas e/ou desmontadas, principalmente as políticas de Assistência Social e Saúde.

A Política de Previdência Social integrante da Seguridade Social brasileira, porém diferente por seu caráter contributivo, igualmente tem sido mirada pelo mercado como campo altamente rentável e não faltaram proposições de reformas da Previdência nos anos pós-Constituição de 1988; ocorreram mudanças danosas à classe trabalhadora nos cálculos de recolhimento, alterações nas regras de aposentadoria e, a partir de 2016, com a saída da presidenta Dilma Roussef do executivo federal, o ataque à Previdência Social tornou-se frontal e aberto, sendo concreta a possibilidade de quase completa extinção dos atuais direitos de trabalhadores/as segurados/as.

O trato da Questão Social contido no projeto neoliberal, relegou as políticas sociais e assistenciais a nível marginal. A ideia de contrato social e de níveis aceitáveis de



sobrevivência, mesmo nos limites da sociedade capitalista, cedeu lugar à completa mercadorização da vida humana. Se o Estado burguês sempre foi “capitalista e do capital” (Montaño, 1999), porém permeável a demandas das classes subalternas, torna-se, nos tempos atuais, exclusivamente capitalista e do capital. Ampliam-se manobras políticas para privatização da Seguridade Social, seguindo o caminho da refilantropização das respostas à Questão Social com transferência de responsabilidades sociais do Estado para a sociedade civil, e favorecendo a apropriação do fundo público pela mercantilização de setores de alta rentabilidade, como a alta complexidade da Saúde e os fundos previdenciários. Para Behring e Boschetti (2006) o período dos anos 1990 até agora tem se caracterizado por uma contrarreforma do Estado com óbices à efetivação das conquistas de 1988.

Em um país como o Brasil, com as tradições político-econômicas e socioculturais, e que apenas a partir da Constituição de 1988 passa a ter em perspectiva a construção de um padrão público universal de proteção social, coloca-se um quadro de grande complexidade, aridez e hostilidade, para a implementação dos direitos sociais. Esta (a Constituição) institui como direitos a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência social. Prevalece o consenso de que a introdução da seguridade social na Carta Magna de 1988 significou um dos mais importantes avanços na política social brasileira, com possibilidade de estruturação tardia de um sistema amplo de proteção social, mas que não se materializou, permanecendo inconclusa (p. 156).

No âmbito da Política de Assistência Social, destaca-se o Benefício de Prestação Continuada (BPC), instituído na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 203. Posteriormente regulamentado Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS - Lei nº 8.742/931, o BPC tem como critérios de elegibilidade renda familiar per capita de no máximo $\frac{1}{4}$ de salário-mínimo, comprovação de deficiência ou idade superior a 65 anos. A partir de 2009, devido a implementação de mudanças na forma de avaliação para concessão do Benefício, passou a abranger casos de microcefalia ; com o surto do Zika vírus e as descobertas da transmissão vertical, famílias das crianças identificadas com microcefalia resultante da infecção pelo vírus demandaram concessão do BPC e, de acordo com Pereira et al (2017, p. 4), “... em 2016 o número de concessões para esta deficiência [microcefalia] nesta faixa etária [menores de 48 meses] atingiu 1.603 benefícios, aumentando em oito vezes a média de concessões”. O estado de Pernambuco teve o maior número de concessões, 17,5% do total. A concessão do BPC nesses casos reitera a imbricada relação entre



adoecimento e condições socioeconômicas, tema aqui abordado.

A despeito da importância do acesso ao direito e da normatização que ampliou essa possibilidade, bem como da importante evolução do número de BPC concedidos entre 2009 e 2016 para crianças de até 48 meses (ibidem), sabe-se que isso não assegura à população completude no atendimento de suas necessidades básicas, pois, mesmo para quem obteve resultado positivo no pleito do BPC, a renda pode permanecer aquém da garantia até mesmo dos 'mínimos sociais' previstos na Política de Assistência Social.

A partir da realização de entrevistas sociais com 20 famílias que compõem o grupo que integra a presente pesquisa, verificamos que todas encontram-se abaixo da linha da pobreza, residem em territórios periféricos em precárias condições de habitação, estão inscritas no CADÚnico ou são beneficiárias do Programa Bolsa-Família. A renda familiar situa-se entre um e um e meio salário mínimo, sendo oriunda da realização de trabalho informal. Essas condições materiais constituem-se em determinações diferenciadas indubitáveis à vivência de processos de adoecimento.

Conclusão

Sabe-se que na retração das ações do Estado, característica do momento atual de desmonte da Seguridade Social brasileira, interpõem-se mais requisições às redes de apoio sociofamiliares. A matricialidade sociofamiliar, refere-se à centralidade da família como núcleo social fundamental para a efetividade de todas as ações e serviços da Política de Assistência Social. No que toca à implementação da Política de Saúde, campo diretamente relacionado à problemática deste estudo, a lógica da matricialidade familiar é igualmente evidenciada. Parece-nos haver demandas à família de usuários/as do SUS. Por vezes essas requisições extrapolam a ordem do cuidado rotineiro e beira a responsabilização diante do estado de saúde. Nesse tempo de ação minimalista e de desresponsabilização do Estado, cresce a exigência posta às famílias, já que houve intensificação nas estratégias de refilantropização, assistencialização e mercadorização nas políticas sociais, especialmente na Política de Saúde (SILVA, 2012, p. 30-31). Que o horizonte de um projeto societário emancipatório nos mantenha na marcha da luta histórica: tensionando os trâmites do acesso a direitos, provocando espaços de discussão e problematização política, investindo na reflexão crítica da classe trabalhadora. Entendemos a pesquisa social



como campo político, produtor de massa crítica. Se o que move a pesquisa é o conhecimento crítico da realidade, é urgente a ação, também crítica, sobre a realidade.

Referências

ABRASCO. Nota técnica. Microcefalia e doenças vetoriais relacionadas ao Aedes Aegypti. 2016. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/nota-tecnica-sobre-microcefalia-e-doencas-vetoriais-relacionadas-ao-aedes-aegypti-os-perigos-das-abordagens-com-larvicidas-e-nebulizacoes-quimicas-fumace/15929/> Acesso em: 16/06/2018.

Brasil. Boletim Epidemiológico. Ministério da Saúde. Vol. 49, nº 3. Brasília: 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/30/2018-002.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Confirmação do Zika vírus no Brasil. Brasília: 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/17702-confirmacao-do-zika-virus-no-brasil>.

Brasil. Ibge. Brasília: 2010. Disponível em: <https://observatoriosar.wordpress.com/2018/01/16/voce-conhece-a-situacao-do-saneamento-em-seu-bairro/>. Acesso em 16/06/2018.

Brunoni D, Blascovi-Assis Sm, Osório Aac, Seabra Ag, Amato Ca De La H, Teixeira MCTV, et al. Microcefalia e outras manifestações relacionadas ao vírus Zika: impacto nas crianças, nas famílias e nas equipes de saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2016;21(10):3297–302.

Diniz, Débora. 2016. Zika: do Sertão nordestino à ameaça Global. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Guerra, Yolanda. A instrumentalidade do Serviço Social. 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

Iamamoto, M. V. A questão social no capitalismo. Revista Temporalis – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2. Nº 3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.

Lesser, Jeffrey; KITRON, Uriel. A geografia social do zika no Brasil. Estudos Avançados, [s.l.], v. 30, n. 88, p.167-175, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880012>, acesso em 16/06/2018.

Monteiro, A.; Augusto, L. G. S. Microcefalia e Saneamento. Diário de Pernambuco,



Recife, 24 dez. 2016. Opinião, pg. A9.

Fundação para Pesquisa e Desenvolvimento da Administração, Contabilidade e Economia. Perdas de Água: Entraves ao avanço do saneamento básico e riscos de agravamento à escassez hídrica no Brasil. São Paulo: 2013.

Nogueira, Roberto Passos. Determinantes, Determinação e Determinismo Social. In: Saúde em Debata, vol. 33, núm. 83, setembro-dezembro, 2009, p. 397-406. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

Pereira, Éverton Luís et al. Perfil da demanda e dos Benefícios de Prestação Continuada (BPC) concedidos a crianças com diagnóstico de microcefalia no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 22, n. 11, p.3557-3566, nov. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172211.22182017>, Acesso em 16/06/2018.

Revista EXAME. Maioria dos bebês com microcefalia são de famílias pobres. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/brasil/maioria-dos-bebes-com-microcefalia-sao-de-familias-pobres/>> . Acesso em 16/06/2018.

Scott, R. P. et al. 2017a. “ A Epidemia de Zika e as Articulações das Mães num Campo Tensionado entre Feminismo, Deficiência e Cuidados.” *Revista Cadernos de Gêneros e Diversidade*,03(02):73-92 acesso em 16/06/2018.

Silva, Ana Cláudia Rodrigues da; MATOS, Silvana Sobreira de; Quadros, Marion Teodósio de. Economia Política do Zika: Realçando relações entre Estado e cidadão. *Anthropológicas*, Recife, v. 28, n. 1, p.223-246, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaanthropologicas/article/view/231440>, acesso em 16/06/2018.

Silva, Sheyla Suely de S. A política social brasileira na conjuntura da crise internacional. In: Davi, J., Martiniano, C., E Patriota, LM., orgs. *Seguridade social e saúde: tendências e desafios* [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 21-39. ISBN 978-85-7879-193-3. Available from SciELO Books.

Vásquez, Adolfo Sánchez. *Filosofia da práxis*. 1ª Ed. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciências Sociales – CLACSO; São Paulo: Expressão Popular, Brasil, 1995.



El derecho “condicionado” a la salud y su impacto en la dinámica social

Mireya de la Rosa Uribe¹
Gustavo Téllez Cruz²

Resumen

Preservar la salud es una aspiración y un derecho de todas las personas, permite el desarrollo autónomo con calidad de vida, y la realización de proyectos personales e inclusión social. Pero ¿qué sucede cuando el derecho a la salud depende de un bien social para alcanzar su realización? No basta con poner a disposición del ciudadano el derecho a la salud a través de hospitales generales y alta especialidad ubicados en las grandes ciudades. Es preciso reconocer, las condiciones económicas y socioculturales del entorno que habita el enfermo y su familia, toda vez que la movilidad de las personas de su comunidad de pertenencia y, la permanencia de los acompañantes del paciente, implica diversas problemáticas: la separación del integrante de la familia que acompañará al enfermo; en caso de tener trabajo, la pérdida del mismo y, por lo tanto, la disminución de los ingresos familiares; los recursos económicos necesarios para el traslado del paciente y la persona responsable; y el pago permanente por la subsistencia del acompañante, mientras el enfermo sana, entre otros. Lo anterior, supone dos condiciones para el paciente y su familia. Primera, contar con el derecho a la salud –de acceso universal– y, segundo, tener los bienes sociales necesarios (dinero) para que la realización de la primera condición se lleve a cabo. Si esto no sucede, estamos frente a un problema de injusticia y desigualdad social, expresado en formas como la fragmentación familiar y comunitaria, generado por el “condicionado” acceso al derecho a la salud en México.

Palabras clave

Derecho, salud, impactos, dinámica social.

Introducción

Preservar la salud es una aspiración y un derecho de todas las personas porque permite el desarrollo autónomo y con calidad de vida, así como la realización de los proyectos personales y la inclusión social. El derecho a la salud está inscrito en el catálogo de los derechos sociales del ciudadano, los cuales se pueden definir como una serie de garantías y condiciones materiales que permiten a los individuos alcanzar y satisfacer sus necesidades (Cabrera, 2017: 110-111). Pero ¿qué sucede cuando el derecho a la salud depende de un bien social para alcanzar su



realización? No basta con poner a disposición de un ciudadano el derecho a la salud a través de hospitales generales y de alta especialidad ubicados en las grandes ciudades. Es preciso reconocer, antes que nada, las condiciones económicas y socioculturales del entorno que habita el enfermo y su familia, toda vez que la movilidad de las personas a un territorio alejado de su comunidad de pertenencia y, la permanencia de quienes acompañan al paciente en la institución de salud correspondiente, implica diversas problemáticas: la separación del integrante de la familia que acompañará al enfermo (madre, padre, hermana, etcétera); en caso de tener trabajo, la pérdida del mismo y, por lo tanto, la disminución de los ingresos familiares; los recursos económicos necesarios para el traslado del paciente y la persona responsable; y el pago permanente por la subsistencia del acompañante, mientras el enfermo sana, entre otros. Lo anterior, supone dos condiciones para el paciente y su familia. En primer lugar, contar con el derecho a la salud –de acceso universal– y, en segundo lugar, tener los bienes sociales necesarios (dinero) para que la realización de la primera condición se lleve a cabo. Si esto no sucede, o se da de manera precaria, estamos frente a un problema de injusticia y desigualdad social, expresado en formas tales como la fragmentación familiar y comunitaria, derivadas del “condicionado” acceso al derecho a la salud en México. En esta dirección, autores como Walzer, afirmarían que las reglas de distribución de los distintos bienes sociales, es decir, aquello que tiene valor para los individuos en una sociedad, es lo que permite visibilizar cuando el acceso a los derechos es justo o injusto (Walzer, citado por Elizondo, 2006:144).

Fundamentación del problema

El Estado mexicano, a través de políticas públicas instrumentadas mediante programas específicos por las instituciones de salud, estipula los mecanismos mediante los que ofrecerá el derecho a la salud a la población, sin tomar en cuenta el contexto de las personas y, muchas veces, poniendo en peligro la dinámica social, resultado de la toma de decisiones ajenas a las condiciones de vida de los usuarios. Parte del principio, defendido por Nozick, en el que se afirma que “la justicia sólo es alcanzable dentro de un Estado mínimo que no interfiera en la vida de los individuos, pues estos deben resolver sus asuntos con sus propios medios, intercambiando en el mercado los distintos bienes sociales, mismos que serán suficientes si el Estado no interviene” (Nozick, citado por Elizondo 2007: 144). Bajo esta lógica, la tensión entre la regla de la responsabilidad compartida y la desigualdad real de una sociedad permite ver claramente la injusticia social.



La configuración del sistema de salud mexicano responde a la lógica liberal enunciada líneas arriba, en la que se reproducen las formas de desigualdad que habitan la estructura social. Al observar la organización institucional es posible identificar la estratificación que la constituye, derivada de la capacidad económica y del vínculo laboral o estatus contractual de los usuarios. En su estructura cuenta con un subsector privado, que comprende a la población con mayores ingresos; un subsector de aseguramiento público, ofrecido por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), mediante el Seguro Popular y el Seguro Médico Siglo XXI hasta noviembre 2019 y el Instituto de Salud para el Bienestar, que brindan cobertura médica a la población no contemplada por la seguridad social; y, el subsector de seguridad social, según el tipo de vínculo laboral o contractual. En este rubro, el IMSS, atiende a trabajadores del sector privado y sus familias; el ISSSTE, a trabajadores del Gobierno federal y sus familias; y, para los esquemas que cubren a sectores específicos como el Ejército Mexicano (Sedena) cuentan con el Hospital Central Militar, la Marina (Semar) con el Centro Médico Naval y para el personal de la industria petrolera PEMEX con el Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos.

Bajo la división anterior, la protección de salud en México parecería ser incluyente, aunque en realidad es desigual y jerárquica. Es importante destacar que, en sus inicios, constitucionalmente hablando, el derecho a la protección de la salud sólo estaba asociado a las prestaciones de seguridad social de la clase trabajadora. En otras palabras, no como un derecho para todos los mexicanos sino solo para aquellos que percibían un salario a través de un contrato de trabajo dejando desprotegida a la población que no tenía un empleo formal. Lógica que se reproduce en los tiempos actuales y frente a la que el Estado mexicano instrumentó el Seguro Popular, como una medida paliativa al derecho social de la salud, cuyos resultados enmarcan la cuestión del acceso “condicionado a la salud”, con consecuencias de fragmentación y desigualdad social que nos interesa discutir en esta investigación.

El debate sobre los derechos sociales en el contexto de la democracia liberal es permanente. Si la democracia supone que los ciudadanos deben participar con igualdad, la falta de garantías de los derechos sociales deriva en el hecho de que el ejercicio real de la libertad, en general, y los derechos políticos, en particular, se convirtieran en un privilegio para unos cuantos.

Por lo tanto, si lo que exige la práctica es la defensa de los derechos sociales, esto



implica que tales derechos sean asumidos como el resultado de algún criterio o principio a los que una teoría de la justicia debería arribar, sobre otros principios alternativos; este principio, presupone, entonces, “una teoría distributiva de la Justicia” (Waldron, citado por Cruz 2017: 28). En este sentido, Waldron cuestiona la relación entre las teorías de la justicia y las teorías o conceptos de los derechos sociales, resaltando que estas últimas, tienen un problema cuando se presentan como simples listas, sin definir cómo resolver conflictos de prioridad y sin pretender una visión más sistemática de su contenido. Una lista de derechos socioeconómicos, dirá, no tiene la capacidad de una teoría de la justicia para considerar y evaluar el impacto neto que pueda tener la estructura básica en todos los aspectos tomados en conjunto de la vida de varios individuos (Waldron, 2010: 27). Un listado, simplemente conducirá al desencanto, plenamente justificado, por la incapacidad de los gobiernos de responder adecuadamente a las demandas ciudadanas de justicia; por la falta de garantías apropiadas de los derechos; y, en general, por las precarias condiciones de bienestar. Parafraseando a Aragón (2017: 41), diremos que el desencanto expresado en la desconfianza de los ciudadanos hacia las instituciones del Estado y la dinámica de la propia democracia a las que se acusa de ampliar, cada vez más, la brecha entre la vida opulenta y los desfavorecidos, crea una profunda desigualdad entre la población, así como la incapacidad de los poderes públicos para cumplir los fines plasmados en la Constitución.

Pero, ¿cuáles son esos derechos con los que estaría asociada la democracia? En este trayecto es necesario explicar si los derechos sociales son derechos y constituyen una garantía para los ciudadanos, o sólo para un grupo privilegiado. Aragón responde a esta cuestión señalando que tales derechos se encuentran asociados a los derechos políticos y las libertades, pero no se reconocen como parte fundamental de un proceso democrático Aragón (2017:50). Quizá, es por ello que su realización siempre resulta precaria.

Los derechos sociales en México fueron capturados por la lógica de un sistema político que basó buena parte de su legitimidad en esquemas paternalistas que, más que hacerlos efectivos, los convirtió en programas asistencialistas (Carbonell, 2005:773) En este proceso, los derechos sociales al dar un giro hacia el asistencialismo con la intermediación del Estado, se convirtieron en moneda de cambio en momentos electorales, adoptando un carácter clientelista entre la población que los demanda.



El discurso asistencialista convierte a los derechos sociales en “apoyos discrecionales” brindados por el gobierno. Tal es el caso del Seguro Popular, cuya instancia fue creada bajo un esquema de “cobertura universal en salud”, dirigido a responder al derecho a la salud que todo mexicano debería tener, independientemente de su condición económica. Sin embargo, en el trayecto, perdió ese carácter volviéndose confuso y frecuentemente utilizado más como una política pública que acompaña el combate a la pobreza y focalizado en la población vulnerable. La ejecución de un derecho fundamental, referido a la dignidad y el libre desarrollo de la ciudadanía, quedó atrapada por mecanismos asistencialistas.

Las contradicciones esbozadas, muestran la emergencia de una cuestión que afecta directamente la integración social y que genera una fractura de la dinámica social, derivada de políticas de salud que, por un lado, se abstraen de contextos de desigualdad e injusticia al momento de ofrecer atención a la población. Y, por otra, pervierten el sentido de un derecho social, de acceso a la salud, convirtiéndolo en un programa asistencialista, vaciándolo del principio de dignidad humana. En este contexto, se perfilan dos cuestiones ineludibles para la reflexión. El derecho a la salud –de acceso universal–, como derecho social y la posibilidad real de contar con los bienes sociales necesarios (dinero) para que este derecho se realice. Cuando estas dos condiciones se ven limitadas, el ciudadano enfrenta un problema de injusticia y desigualdad social, expresado en la ruptura de comunidades y fragmentación social, resultado del “condicionado” acceso al derecho a la salud en México.

Objetivo general de la investigación

Reflexionar en torno a la fractura y desintegración social producida por las políticas de salud pública abstraídas de contextos de desigualdad e injusticia, toda vez que abordan el acceso a la salud como programas asistencialistas, antes que como un derecho social del ciudadano. Con este propósito, proponemos abordar el derecho a la salud –de acceso universal–, como un derecho social, siguiendo la perspectiva de autores como Jeremy Waldron, donde la teoría de la justicia constituya la base sobre la que se sustente dicho ejercicio. Y, al mismo tiempo vincular el análisis a las reglas de distribución de los distintos bienes sociales, postuladas por Michael Walzer, de manera que sea posible establecer los “límites y consecuencias” del derecho a la salud en México, al visibilizar cuándo el acceso es justo e injusto. De este modo, mostrar que la ruptura de comunidades y fragmentación social, en



muchos casos, es resultado del “condicionado” acceso al derecho a la salud.

Planteamiento del problema

Un derecho (subjetivo) se puede definir como cualquier expectativa positiva o negativa adscrita a un sujeto por una norma jurídica; entonces, un derecho social remite a una serie de garantías y condiciones materiales que permite a los individuos alcanzar y satisfacer sus necesidades básicas de supervivencia. Es así que los derechos económicos y sociales pueden definirse a partir del propósito de satisfacer las necesidades básicas de las cuales depende el bienestar de los individuos, con la finalidad de reducir la brecha de desigualdad social en el acceso a los bienes y servicios básicos y así promover el libre desarrollo de los individuos (Cabrera 2017:316). Debiendo existir una estructura legal e institucional para que estos puedan ejercerse de forma segura.

El derecho a la salud en México se encuentra plasmado en la Constitución de 1917, como una garantía de derecho a la población, siendo esta la fundadora de los derechos sociales. Pero lo anterior da lugar a una incongruencia en la historia constitucional, si bien es cierto que los constituyentes fueron los primeros en incorporar una carga importante de contenido social a una norma suprema, pero durante la historia del país se ha creado una doctrina poco propicia para la debida protección y exigencia de los derechos con contenido social. (Gutiérrez y Salazar 2012:57). La inclusión de derechos como a la educación (Art. 3°), al trabajo (Art. 123°), registran una situación progresista, al que posteriormente se agregaron los derechos a la salud, la alimentación y la vivienda (Art. 4°); derechos que se identificaron con los objetivos que perseguía la revolución mexicana, lo cual admitió su interpretación como programas de acción estatal diseñadas para responder a exigencias solo de algunos grupos sociales, pero no precisamente como derechos prescritos constitucionalmente (Cabrera 2017:316) para toda la población. Generando así que el partido político en turno lograra una hegemonía política, basada en prácticas clientelistas y corporativistas, donde los derechos sociales se convirtieron en una útil herramienta de control y desmovilización social.

A través de la seguridad social se otorgaron prestaciones laborales, programas de salud, vivienda, etcétera., otorgados de forma discrecional a condición del voto electoral, utilizados en beneficio del partido titular le fuera posible negociar con sectores sociales en situación de mayor pobreza y marginación, y calmar sus



exigencias. Lo anterior resultó muy conveniente para que los derechos sociales fueran concebidos no como derechos de los cuales se desprendían obligaciones concretas para el Estado, sino como programas que el gobierno otorgaba por su buena voluntad. Con base en lo anterior, la concepción patrimonialista y paternalista de los derechos, permitió al Estado instrumentar políticas públicas y las desplegó de forma discrecional aprovechándolas como mecanismos de manipulación y control. Situación que sigue anclada a esas viejas concepciones. Por estas razones los derechos sociales en México, no han logrado ser asumidos como derechos que se puedan exigir de manera legítima, sino vistos como programas de apoyo gubernamental, algunas veces como respuesta a los intereses electorales y otros como aspectos políticos específicos.

Con la creación del Sistema Nacional de Salud en 1943, producto de la fusión de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad, el sistema de seguridad social fue concebido de forma desigual, debido a que sólo brindaba cobertura a un sector específico de la población con base en un esquema de contribuciones derivadas del ingreso salarial. A pesar de que México transitaba por el periodo del Estado de bienestar, entendido como un modelo de organización de la vida política, económica y social, el cual se caracterizó por altos índices de empleo, salarios adecuados al trabajo, prestaciones sociales como salud, educación, distribución de la riqueza y amplias expectativas de oportunidades. La situación no cambió, la estructura del sistema de salud del ciudadano para aquellos que no contaran con un empleo formal. Desató una mayor desigualdad e injusticia social para la población que no contara con un trabajo formal dejando a su cargo la responsabilidad del cuidado a la salud.

Con la creación de la Ley General de Salud en 1983, cuando se estableció en la Constitución que “toda persona tiene derecho a la protección en salud”, la salud adquiría un rasgo de garantía individual. Pero, paradójicamente, el acceso a la salud para la población abierta continuó presentando problemas de exclusión. La expansión de los servicios públicos de salud se vio frenada con la implementación de las políticas neoliberales, que establecían ajustes estructurales para iniciar la transición de un modelo cerrado a uno abierto y liberalizado, dando prioridad a la estabilidad macroeconómica, a la liberalización comercial y de capitales y a la disminución de la intervención del Estado en la economía. Lo que se favoreció fue la reordenación de prioridades realizando recortes al gasto público para reducir el



déficit presupuestario sin recurrir a los impuestos. Se orientaron a recategorizar los servicios de salud, es decir, asignaron un subsistema de salud de acuerdo a las características económicas de la población, manteniendo la estructura del ISSSTE y del IMSS y aquellos con capacidad económica se atenderían en el sector médico privado, de ese modo el grupo restante sería atendido en el SSA, pero restringiendo su quehacer a la oferta de paquetes básicos de atención, interviniendo de forma selectiva-focalizada y centralista.

Con la creación del Seguro Popular, la afiliación se legisló como un derecho de todo mexicano, sin seguridad social laboral, independientemente de su condición económica y procedencia, (podía acudir a instituciones médicas de 2° y 3° nivel, acreditadas para ofrecer dicho servicio en las ciudades principales del país). Sin embargo, su concepción instrumentación original fue confusa, no se ofrecía como un derecho social, un derecho a la salud, en el discurso se presentaba como una política de combate a la pobreza o focalizada en la población vulnerable, mostrando contradicciones en la estructura de la misma y, nuevamente, se añadía un tipo de exclusión en la población. Entre la idea original y las transformaciones, pareciera hoy tener más un carácter de política asistencialista que un derecho social.

Es posible señalar que los derechos sociales han mutado hacia un el discurso asistencialistas, mismos que son interpretados como apoyos brindados por el gobierno. En este proceso, el asistencialismo sustituye la obligación de asegurar derechos sociales dirigidos al bienestar y el libre desarrollo de la población. Si bien, el discurso político de asistencia social busca minimizar y reparar agravios específicos entre sus ciudadanos, esto no es suficiente para construir un modelo de prevención y transformación del sistema de seguridad social.

Metodología de investigación

Antagonismos y contradicciones muestran la emergencia de una cuestión que afecta directamente la integración social y genera una fractura de la dinámica social, derivada de las políticas de salud en México. En este escenario, tanto el derecho a la salud, leído en clave de derecho social, como la posibilidad de acceder a bienes sociales necesarios para que este derecho se realice, constituyen el centro de nuestra reflexión. En este sentido, proponemos apoyar el análisis desde la perspectiva de autores como Jeremy Waldron, retomando su propuesta vinculada a la teoría de la justicia como un camino para mostrar los límites que supone convertir



un derecho social en un programa de corte asistencialista. Al mismo tiempo ensayaremos vincular esta problemática a la concepción postulada de Michael Walzer, sobre las reglas de distribución de los distintos bienes sociales, de manera que sea posible establecer los “límites y consecuencias” del derecho a la salud en México, al visibilizar cuándo el acceso es justo e injusto. Y, de esta manera, mostrar que la ruptura de comunidades y fragmentación social, en muchos casos, es resultado del “condicionado” acceso al derecho a la salud.

Reflexión

En este contexto, se inscribe el interés por abordar la cuestión del acceso a la salud “condicionada” en México, derivada de políticas públicas de salud, con carácter asistencialista, encaminadas a ofrecer a la población una atención abstraída de las condiciones materiales del usuario, a partir de una crítica elaborada desde la perspectiva de los derechos sociales y teoría de la justicia, que visibilice que las prácticas de atención instrumentadas por el sector salud, a corto, mediano y largo plazo, inciden en la fractura y desintegración social de las comunidades.

Notas

¹ Maestrante en Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, Licenciada de la Educación por la Universidad Pedagógica Nacional.

² Profesor de tiempo completo del Sistema de Educación Medio Superior. Licenciado en Economía por la Universidad Autónoma Metropolitana.

Fuentes de información

Bibliografía básica

Cabrera García, E. (2017), “Política asistencialista y derechos sociales. Una revisión desde la filosofía política”. En Los derechos sociales desde una perspectiva filosófica. México Edit. Tirant lo Blanch-Universidad Autónoma de Tlaxcala 315-325 pp.

----- (2017), “Una crítica del asistencialismo desde un enfoque filosófico sobre los derechos sociales”. En Razones universales de justicia y contextos particulares de injusticia. México Edit. Tirant lo Blanch-Universidad Autónoma de Tlaxcala 109-122 pp.

Carbonell, M. (2004) “Los derechos sociales”. En Los derechos fundamentales en México. México Edit. Porrúa, UNAM, CNDH 771-775 pp.

Cruz Parceró, J.A. (2017), “Derechos sociales y teorías de la justicia: reflexiones en



torno a una difícil relación”. En Los derechos sociales desde una perspectiva filosófica. México Edit. Tirant lo Blanch-Universidad Autónoma de Tlaxcala 25-40 pp.

Elizondo Mayer-Serra, C. (2007), El derecho a la protección de la salud, Salud Pública de México, vol. 49, núm. 2, marzo-abril, 144-155 pp.

Salazar Ugarte P. Y Gutiérrez Rivas R., (2011), La construcción de los derechos sociales y el derecho a la no discriminación en México. En Igualdad, no discriminación y derechos sociales una vinculación virtuosa. Consejo Nacional para prevenir la discriminación 57-69pp

Waldron J. (2010), “Socioeconomic Rights and Theories of Justice”, Public Law & Legal Theory Research Papers Series, núms.10-79, 1-30pp

Bibliografía complementaria

Aragón Rivera, Á. (2012), Ciudadanía y Derechos Sociales: las dificultades de la ciudadanía social, Andamios vol. 9, núm. 18, enero-abril, México, 141-159 pp

Barba Solano, C. Y Velancia Lomeli, E. (2017), La transición del régimen de bienestar mexicano: entre el dualismo y las reformas liberales. (Sin datos para completar la bibliografía)

Flamand L., Y Moreno C. (2014), Seguro Popular y Federalismo en México. Un análisis de política pública, CIDE: Coyuntura y Ensayo, 414 pp.

Laurell, A. C. (1996), Producto de mercado y alivio de los pobres: la propuesta del banco mundial para la salud Int. J. Health Serv., vol., 26(1), 1-18 pp.

Salgado, Constanza (2015), Derechos sociales, protección de la salud e interpretación constitucional, Revista de Derecho, Universidad Católica del Norte, año 22-no. 1, 401-332 pp.

Walzer, Michael (1993), Las Esferas de la Justicia. Fondo de Cultura Económica. España



Acción contra la obesidad: un análisis transcultural de modelos de prevención en España, Argentina y Brasil

Mabel Gracia Arnaiz¹
Flavia Demonte²
Fabiana Bom Kraemer³

Resumen

A través de un examen de las medidas adoptadas en el marco de la Estrategia para la Nutrición, la Actividad Física y la Prevención de la Obesidad (NAOS) (España); el Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad (Argentina) y la Estrategia Intersectorial para el Control y la Prevención de la Obesidad (Brasil), este documento analiza estas políticas implementadas para prevenir y controlar la obesidad, mostrando cómo el Estado emerge como un regulador de la vida social y la salud mientras que los "estilos de vida saludables" se construyen, principalmente, como una responsabilidad individual. El objetivo de este análisis comparativo es desentrañar la estructura conceptual común de los modelos preventivos de estos países y reflexionar sobre la eficacia relativa de un patrón de arriba hacia abajo de educación y comunicación en salud que, centrándose en aspectos individuales de los estilos de vida, ha implicado muy poca participación ciudadana por aquellas personas diagnosticadas como obesas y un esfuerzo denodado de regulación de la vida de los individuos. Como parte ello, en el proceso de implementar las directrices internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en planes de acción nacionales, los efectos de los cambios socioeconómicos han sido relativamente ignorados y las necesidades simbólicas y materiales de los interesados no han sido reconocidas. La discusión considera el papel menor que se atribuye en la política de salud a la alimentación como práctica social y a los factores estructurales específicos que han adquirido mayor importancia durante las crisis económicas y a los determinantes sociales de la distribución diferencial de la obesidad (especialmente clase social y géneros) y sugiere que esta falta de atención puede ser una de las explicaciones del fracaso de estas estrategias para detener el creciente aumento de la obesidad.

Palabras clave

Obesidad; políticas de salud, modelos preventivos, prácticas sociales, análisis transcultural.

Introducción

Las políticas de salud para prevenir y controlar la obesidad son implementadas en todo



el mundo desde que ésta fue declarada epidemia mundial por la Organización Mundial de Salud (OMS) quien anunció, en 2018, que una de cada ocho personas adultas es obesa (FAO, 2018). A pesar de las recomendaciones y directrices de la OMS y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la creciente prevalencia mundial de la obesidad -del 11,7% en 2012 al 13,2% en 2016-, señala el fracaso de los esfuerzos para disminuir este aumento. La obesidad es más significativa en los países de América Septentrional, pero resulta preocupante en países de América del Sur -como Argentina y Brasil-, y también de Europa -como España-, que siguen mostrando una tendencia ascendente concentrada en las personas en situación de pobreza o con bajos niveles de educación alcanzados. La aceptación de la obesidad como una enfermedad epidémica producto de dietas poco saludables y ausencia de actividad física (OMS, 2000) ha llevado a identificar procesos biopsicosociales en los que el "ambiente" (político, económico, social, cultural) y no sólo el individuo y sus elecciones, asume un lugar estratégico en la definición del problema y en las propuestas de intervenciones (Dias, Henriques, Anjos y Burlandy, 2017) para reducir su impacto y su carga económica.

Partiendo de la hipótesis que las medidas adoptadas en estos países no han prosperado, en parte, por su concepción reduccionista de la alimentación y la cultura y porque no han tenido en cuenta la particularidad contextual/social impuesta por las políticas económicas de austeridad y sus efectos en la vida cotidiana, buscamos examinar la estructura conceptual común de los diversos modelos de prevención de la obesidad y reflexionar sobre la eficacia relativa de un patrón de educación y comunicación en salud que, enfocando en aspectos individuales de los estilos de vida, involucró muy poca intervención en los factores estructurales, muy poca participación ciudadana por aquellas personas con sobrepeso y obesidad (Arbex, Rocha, Aizenberg & Ciruzzi, M. 2014) y un esfuerzo denodado de regulación de la vida de los individuos por parte del Estado.

Fundamentación del problema

Como hemos señalado en trabajos previos (Gracia-Arnaiz, 2017), la literatura biomédica muestra gran consenso a la hora de clasificar a la obesidad como una enfermedad crónica no transmisible (ECNT), asociarla con otros problemas como los problemas cardiovasculares, la diabetes e incluso diferentes tipos de cáncer y explicarla como resultado de factores biológicos, conductuales y culturales (Swirnburn et al. 1999). Pero dadas las dificultades asociadas con su prevención, tratamiento y control (Bray &



Tartaglia, 2000) y su creciente prevalencia mundial (Dinsa, 2012, Ng et al. 2014), los factores ambientales han adquirido un mayor protagonismo y poder explicativo, lo que llevó a los especialistas a describir las sociedades contemporáneas como "obesogénicas" o ambientalmente "tóxicas" (Swinburn et al. 1999; Brownell & Horgen, 2003). Su aumento se entiende como un fenómeno global causado por la rápida transformación tecnológica y socioeconómica ocurrida a nivel mundial. Se la considera como la consecuencia directa de dietas calóricas y de gastos energéticos insuficientes debido a la denominada transición nutricional y a la modernización de las sociedades y al actual sistema alimentario (Popkin & Gordon-Larsen, 2004). Pero no hay suficiente claridad acerca de la naturaleza y grado en el que inciden cada uno de los factores del ambiente identificados.

España, Argentina y Brasil comparten algunos elementos que facilitan la comparación en relación con el problema: un aumento en la prevalencia de la obesidad que coincide con la formulación e implementación de variadas políticas, programas y estrategias vinculados con la prevención y el tratamiento mediante la aplicación de protocolos específicos de diagnóstico y tratamiento clínico. Estas medidas se implementan en un contexto sociocultural donde se estigmatiza la gordura a la vez que se divulgan y masifican conocimientos sobre alimentación y salud. Además del contexto epidemiológico, político- programático y simbólico, estos países también comparten algunas características en lo social y económico: en los últimos veinte años han atravesado profundas crisis económicas, evidenciando problemas de desempleo, subocupación, pobreza y precarización alimentaria. La mayor parte de las políticas y programas se han formulado e implementado coincidiendo con la experiencia de algunas de esas crisis económicas. Así, hemos querido averiguar no sólo las características generales del modelo preventivo en cada uno de estos países, sino además si las políticas que integran este modelo han tenido en cuenta aspectos sociales y económicos asociados con la problemática y con las personas afectadas. Hemos tomado como punto de partida el año 2004/2005, pues es cuando aparece The Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health de la OMS. Pero también consideramos como otro hito la Estrategia Regional y Plan de Acción para un Enfoque Integrado Sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas de la OPS (2007), donde insta a que los países desarrollen políticas sobre ECNT, entre ellas la obesidad.

Metodología

Si bien este trabajo forma parte de un proyecto mayor⁴, aquí nos centramos sobre todo



en el análisis de las políticas preventivas y de control de la obesidad implementadas en España, Argentina y Brasil entre 2004 y 2018. Utilizamos un enfoque cualitativo para la selección, procesamiento y análisis de fuentes de información, constituidas por fuentes secundarias (Guest, 2012). Aunque el análisis incluye documentos publicados por la OMS y sus oficinas regionales para Europa -Oficina Regional para Europa- y América Latina - OPS-, nos basamos fundamentalmente en las medidas de ámbito estatal de alcance nacional en el marco de la Estrategia NAOS (España) (NAOS, 2005), del Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad (Argentina) (Ministerio de Salud, MS 2016a) y de la Estrategia Intersectorial para el Control y la Prevención de la Obesidad (Brasil) (CAISAN, 2014), y documentos vinculados con las medidas mencionadas precedentemente dirigidas a la población adulta que cada uno de estos países vienen implementando desde el sector salud. Recopilamos los documentos mediante el acceso a los sitios web de las áreas ministeriales de salud teniendo en cuenta que tuvieran propósitos similares, clasificándolos en base al año de publicación, objetivos específicos, público destinatario y propuestas de acción. Seleccionamos intencionalmente un total de 47 documentos que cumplieron con los requisitos de inclusión (tabla 1), distribuidos de la siguiente manera: 22 de España, 14 de Argentina y 11 de Brasil. Una vez seleccionados los documentos elaboramos un protocolo de codificación que revisamos a lo largo del proceso de codificación y análisis.

Cabe señalar que el alcance de este estudio está limitado a los documentos oficiales y a una selección asistemática de la literatura académica con la que se dialoga. Sin embargo, ofrece una visión panorámica y articulada de medidas que pretenden prevenir y controlar la obesidad en tres países en los que, como a nivel mundial, no cesa de aumentar y donde es posible encontrar patrones comunes.



Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Acción Mundial para la Prevención y Control ECNT. • Recomendaciones sobre Dieta y Actividad Física. • Estrategias globales y nacionales sobre Dieta, Actividad Física y Salud. • Planes y programas de acción alimentaria y nutricional de alcance nacional. • Documentos de Consenso sobre obesidad. • Declaraciones de acción sobre prevención de la obesidad. • Disposiciones, normativas, resoluciones y leyes relacionadas con la prevención de la obesidad • Indicadores y datos sobre obesidad. • Informes de monitoreo y evaluación. • Programas, proyectos, materiales y guías destinados a la población. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de atención médica (general). • Recomendaciones sólo referidas ingesta específica de alimentos / bebidas. • Programas sobre actividad física o dieta para poblaciones específicas (campamento de verano, deportivo campamento, hogares de ancianos, etc.) y/o de alcance regional, provincial o municipal. • Proyectos de investigación. • Programas o acciones dirigidos solo a profesionales de la salud u otros funcionarios. • Estrategias generales de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. • Materiales informativos (como folletería). • Convenciones y premios.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de los documentos recopilados. Fuente: elaboración propia, tomando como referencia Gracia-Arnaiz (2017).

Resultados

Más vale prevenir que curar: las medidas principales

El punto de partida de las medidas implementadas en España, Argentina y Brasil (tabla 2) es que la obesidad si bien es una enfermedad epidémica, crónica, multicausal y costosa para el sistema de salud y la sociedad en su conjunto, es evitable.

País	Año	Plan/ Programa Ley/	Descripción
España	2005	NAOS	Estrategia para la nutrición, la actividad física y la prevención de la obesidad.
	2005	PERSEO	Programa Escolar Piloto de Alimentación Saludable y Ejercicio.
	2005	PAOS	Código de co-regulación de la publicidad de alimentos y bebidas destinada a población infantil, la prevención de la obesidad y la salud.
	2008	Proyecto GUSTINO	Programa que insta a los restaurantes a promover menús saludables y equilibrados.
	2011	Ley	Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición 17/2011.
	2011	NAOS Fifty-fifty	Evaluación y seguimiento de la estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores. 2013 Programa para mejorar la salud global de la población adulta.
	2013	Observatorio	Observatorio de la Nutrición y Estudio de la Obesidad.
Argentina	2014	JANPA (EU)	Plan de Acción Europeo sobre Obesidad Infantil, 2014-2020.
	2018	Plan	Plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas y otras medidas.



	2008	Ley	Ley Nro. 26396 de Trastornos Alimentarios.
	2009	Estrategia	Res.1083/09. Estrategia Nacional para la Prevención y Control de ENT y Plan Argentina Saludable.
	2013	Programa Ley	Res. 578/2013. Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo. 2014 Iniciativa Argentina Libre de Grasas Trans (Industria Alimentaria).
	2014	Guía	Guía Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento de Obesidad en Adultos.
	2015	Decreto/ Proyecto	Proyecto de Protección de la población vulnerable contra las enfermedades crónicas no transmisibles.
	2016	Guía	Guías Alimentarias para la Población Argentina (actualización).
	2016	Programa	Res. 732/16. Programa de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad.
	2018	Mesa de discusión	Mesa de Discusión sobre diferentes opciones de etiquetado frontal entre la Secretaria de Gobierno de Salud y el Ministerio de Producción y Trabajo.
Brasil	2006	Manual	Obesidade. Cadernos de Atenção Básica, 12. Série A. Normas e Manuais Técnicos
	2011	Plan	Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil.
	2012	Política	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
	2013	Ley	Portaria no 424/GM/MS de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
	2014	Guia	Guia alimentar para a população brasileira (revisión).
	2014	Estratégia	Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios.
	2015	Marco de referência	Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica.

Tabla 2. Planes, programas y acciones relevantes en la prevención y control de la obesidad en España, Argentina y Brasil (2005-2018). Fuente: elaboración propia.

Basándose en esa construcción, en 2005 España diseña su estrategia, respondiendo con prontitud al mandato de la OMS a sus estados miembros (Who, 2004). La NAOS sigue las directrices generales de la OMS y la UE, reproduciendo el diagnóstico mundial y la preocupación por su impacto económico: “una dieta poco saludable y la falta de actividad física regular son las principales causas (...) [y la obesidad] conlleva una carga incremento en el sistema de salud” (NAOS, 2005, p. 7). Su objetivo es revertir los denominados “estilos de vida no saludables” a través de acciones multifacéticas, proponiendo programas que requieren la colaboración de numerosos actores sociales e intervenciones en diferentes ámbitos (escolar, laboral, sanitario, comunitario). Mientras que la NAOS subraya que “el conocimiento exhaustivo de las causas y de sus múltiples y complejas interrelaciones es esencial para cambiar los hábitos públicos e intervenir en las causas de la obesidad” (2005, p. 12), éstas se concretan sólo en dos: a) el aumento sostenido del sedentarismo; y b) el cambio en los patrones de alimentación durante los últimos 40 años que han ido de más a menos saludables (Varela-Moreira et al. 2013). Los denominados factores obesogénicos, como la mecanización, industrialización o la urbanización son considerados los culpables de



esta tendencia (NAOS, 2005, p. 11), y proponen afrontarlos a partir de “fomentar un cambio decisivo y sostenido hacia una dieta saludable y actividad física regular” (NAOS 2005, p. 19). En el marco de esta política también se ha introducido más información nutricional en los envases de alimentos; se han firmado acuerdos con algunos restaurantes e industria alimentaria para reducir la cantidad de comida en los platos y reformular ciertos productos; se ha prohibido la venta de alimentos poco saludables en las escuelas y, finalmente, se ha formado a los profesionales del primer nivel de atención sanitaria.

Por su parte Argentina, a diferencia de España, diseñó su estrategia años más tarde. La obesidad fue ingresando a la agenda sanitaria a partir de una serie de relevamientos epidemiológicos que fueron justificando su construcción como objeto de política de salud. Recién en 2008 se promulgó la Ley Nro. 26396 de Trastornos Alimentarios que insta a crear el Programa Nacional de Prevención y Control de los Trastornos Alimentarios. Pero fue con la resolución 1083/2009 que se propone una Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable. Hasta ese momento la obesidad no era considerada una problemática significativa como para que una medida sea exclusiva para su prevención o atención, más allá de la Iniciativa de Argentina Libre de Grasas Trans (MS, 2016b). Finalmente, en 2016, se comienza a implementar el Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad (PNASPO) producto de la resolución 732/2016. En julio de 2017 se realizó el primer plenario de la Comisión Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad, que reunió a representantes de la OPS con diferentes actores. Al igual que la NAOS en España, el PNASPO está en concordancia con las directrices de la OMS y con la Estrategia Regional y Plan de Acción para un enfoque integrado sobre la prevención y control de las ECNT de la OPS de 2007 y 2014. También parte de un diagnóstico y del impacto económico de la obesidad, afirmando que “el sobrepeso y la obesidad, están relacionados con la alimentación no saludable y el sedentarismo (...)” (MS, 2016a, p. 4) y “(...) y los costos directos para el sistema de salud e indirectos para la sociedad son elevados (...). La obesidad se asocia a enfermedades crónicas y mayor uso de recursos del sistema de salud y fuera de él (por ejemplo, ausentismo laboral)” (MS, 2016a, p. 3). Su propósito es ofrecer un enfoque integral de la alimentación saludable y la problemática de la obesidad abarcando los aspectos principales que determinan su incremento en el marco de un ambiente obesogénico, también identificado como el culpable de la tendencia. Según el programa, la elevada oferta de productos alimenticios elaborados con alto contenido de sal, grasas



saturadas y azúcares libres, la existencia de publicidad e información inadecuada, la realización de dietas inadecuadas, la escasa realización de actividad física y las desigualdades en la calidad de atención son la expresión de este ambiente. Si bien –al igual que la NAOS- propone líneas de acción variadas (promoción y la regulación de alimentos procesados a través de acuerdos con la industria y con otros actores y propuestas de cambios en la legislación) interviene fundamentalmente sobre el comportamiento a través de la promoción de la dieta saludable y la actividad física en diferentes ámbitos o entornos. Finalmente, en Brasil las directrices para organizar acciones de prevención y tratamiento de la obesidad datan de fines de la década de 1990 con la definición de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN), revisada en 2012 (Ministério da Saúde □MS□, 2012). Sin embargo, fue en 2014, a través de la Cámara Interministerial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CAISAN) que formuló el Plan intersectorial para combatir la obesidad y que subsidió, de manera singular, una estrategia intersectorial, desarrollada por miembros de los diversos ministerios que conforman CAISAN, el Consejo Nacional para la Seguridad Alimentaria y Nutricional y la OPS/OMS, que sistematiza las recomendaciones para los estados y municipios brasileños. Esta composición se justifica reconociendo la necesidad de una acción conjunta para abordar la obesidad a través de acciones intersectoriales y participación social. El objetivo es prevenir y controlar la obesidad, promoviendo una alimentación adecuada y actividad física en el entorno en el que se vive. Como en los otros documentos, los denominados factores obesogénicos son considerados los culpables de esta tendencia. Lo más destacado es el reconocimiento del aumento del consumo de productos ultraprocesados. Así, en el marco de esta política se proponen acciones como el fomento de la agricultura familiar, la implementación del “Marco de educación alimentaria y nutricional para políticas públicas” y guías alimentarias, la difusión de materiales para adaptar espacios físicos para promover estilos de vida saludables, como el “Manual de comedores escolares saludables”, estrategias que incluyen la investigación del estado nutricional, las morbilidades asociadas, las deficiencias nutricionales, así como la evaluación de la ingesta de alimentos, los protocolos de atención para la atención integral de la salud para las personas con sobrepeso y obesidad en el Sistema Único de Salud y, finalmente, el establecimiento de un Acuerdo de Compromiso entre el Ministerio de Salud y las asociaciones representativas del sector productivo para reducir las cantidades de azúcar, grasa y sodio en los alimentos procesados.



La distribución social de la obesidad

Aun con las medidas implementadas, los datos sobre obesidad en España, Argentina y Brasil evidencian que no sólo no ha decrecido, sino que incluso ha aumentado en el período analizado (tabla 3)

País	Fuente	Año	Población de estudio	Exceso de peso (S+O)	Sobrepeso (S)	Obesidad (O)
España	ENSE (ENSE, 2006 y 2018)	2006	Población mayor de 18 Años	48,7%	33,2%	15,5%
		2011/2012		53,7%	36,7%	17%
		2017/2018		54,4%	38,9%	17,5%
Argentina	ENFR (MS, 2006, 2009, 2013, 2018)	2005	Población mayor de 18 Años	49%	34,4%	14,6%
		2009		53,4%	35,4%	18%
		2013		57,9%	37,1%	20,8%
		2018		61,6%	38,2%	25,4%
Brasil	POF (IBGE, 2004 e 2011) PNS (IBGE, 2014) VIGITEL (BRASIL, 2019)	2002/2003	Población mayor de 18 Años	51,7%	40%	11,1%
		2008/2009		63,8%	49%	14,8%
		2013		77,7%	58,9%	20,8%
		2018		75,5%	55,7%	19,8%

Tabla 3. Prevalencia (%) de sobrepeso y obesidad. Población, fuente específica de estudio y año en España, Argentina y Brasil. Fuente: Elaboración propia en base a datos disponibles.

En España, hay un aumento creciente de la obesidad, alcanzando un nivel de 17,5% (ENSE, 2017-18), donde el 18,2% de hombres y el 16,7% de mujeres padecen obesidad. Si se tiene en cuenta el exceso de peso (obesidad + sobrepeso) en 2006 esta prevalencia alcanza el 48,7%; mientras que, en el año 2012, ya ascendía a 53,7%. Pero volviendo a la obesidad, los datos evidencian que ésta afecta a todos los grupos, pero es mayor entre las personas con niveles educativos más bajos, particularmente las mujeres, y también entre los desempleados, discapacitados y los trabajadores domésticos. Según la ENSE 2011-12 la obesidad y el sobrepeso aumentan en función de la condición socioeconómica de la cabeza de familia, triplicándose en los grupos de más bajos ingresos respecto de los grupos de niveles de ingresos altos (23,7% y 8,9%, respectivamente). Además, entre 2006 y 2012, hay un aumento más rápido entre las clases desfavorecidas. Mientras en los sectores de ingresos altos crece un 0,8%, en el mismo período, en los sectores de bajos ingresos se eleva a 2,7%. Si observamos las diferencias de género, en la ENSE 2017 la obesidad se multiplica por más de 3 en el caso de las mujeres más pobres (24,3) frente al 7,3% del grupo de más altos ingresos.

En Argentina, la prevalencia de obesidad también ha crecido alcanzando en 2018 el 25,4%. En relación con el género, edad y clase social la obesidad fue mayor entre varones (22,9%) que entre mujeres (18,8%) y entre las personas con mayor edad con respecto a los más jóvenes (7,7%). La población con bajo nivel educativo presentó una



prevalencia mayor de obesidad (28,1%) que el grupo con altos niveles educativos (17,0%). La ENFR de 2018 y 2013 confirman también lo evidenciado en las encuestas de 2009 y 2005: que el exceso de peso afecta más a los hombres, que aumenta con la edad y que afecta las personas con menores niveles de educación. A diferencia de la encuesta de 2018 y 2013, tanto en 2009 como en 2005 se observó mayor prevalencia de obesidad a menor nivel de ingreso por hogar. La educación y el nivel de ingresos como indicadores de clase social, actuaron de manera diferente sobre la obesidad, siendo las mujeres más vulnerables a la condición socioeconómica, evidenciándose una asociación entre frecuencia de sobrepeso/obesidad, nivel de instrucción y nivel socioeconómico.

En Brasil los datos de las encuestas indican como en los otros países un aumento de la obesidad y el sobrepeso. Según la Encuesta de Presupuesto Familiar (POF)⁵ la proporción es más alta de mujeres que de hombres: 13,1% y 16,9% de las mujeres son obesas en 2002-2003 y 2008-2009, respectivamente; mientras que en esos mismos períodos el 8,9% y 12,5% de los hombres son obesos. La diferencia de sobrepeso entre hombres y mujeres no fue sustancial en 2002-2003, pero se encontró una mayor proporción en 2008-2009 para los hombres en comparación con las mujeres. En ambas encuestas hubo una tendencia a aumentar la prevalencia del sobrepeso y la obesidad con la edad. En relación con la distribución económica de la obesidad en las mujeres, la mayor incidencia de sobrepeso se encuentra en las clases de ingresos medios. En los hombres, las frecuencias de sobrepeso y obesidad aumentaron con los ingresos. Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud (PNS) de 2013 indicó una mayor concentración de sobrepeso y obesidad entre las mujeres (58,2% y 24,4% respectivamente) que entre los hombres (55,6% y 16,8%, respectivamente). Finalmente, los datos por autorreporte de VIGITEL 2018 mostraron que el sobrepeso es mayor entre los hombres (57,8%) que entre las mujeres (53,9%); y que la obesidad sigue siendo mayor entre las mujeres (20,7%) en comparación con los hombres (18,7%). La frecuencia de obesidad en ambos sexos disminuyó con el aumento de la educación.

Aun reconociendo las diferencias metodológicas en cuanto a población o métodos de relevamiento, la información disponible en cada uno de los países nos permite afirmar que la obesidad viene aumentando; que afecta principalmente a sectores de bajos ingresos y/o bajo nivel educativo (como indicador indirecto también de bajos ingresos). Y que, dentro de las poblaciones pobres por ingresos, las mujeres son las más



afectadas. Todo parece indicar la necesidad de pensar intervenciones ajustadas a los grupos afectados.

Clase social, pobreza y precarización

La tipología de medidas en los tres países es variada. Sin embargo, es menos plural respecto a su concreto contenido y alcance. Como expresión de procesos asociados a la normalización dietética y a la medicalización de la obesidad -comunes en las sociedades occidentales-, la mayoría de las medidas analizadas se centran en promocionar un modelo estandarizado de dieta y ejercicio físico y, por lo tanto, de control sobre los cuerpos, indicando qué y cuánto deben comer o moverse los individuos, aislados de sus contextos y ubicando al Estado como el gran regulador de la vida, desarrollando una estrategia de biopoder. Las acciones de prevención recalcan los beneficios de seguir “estilos de vida saludables” y se dirigen, sobre todo a la población en general (o a ciertos grupos etarios) con mensajes y medidas uniformes, sin considerar aspectos fundamentales como clase social (en términos de ingresos y niveles educativos) y géneros (hombres y mujeres, y también disidencias). Con aquel objetivo, y en el marco de las políticas y programas analizados, en los tres países se han implementado campañas de información y educación a través de, principalmente, instituciones sanitarias y escolares, creando imágenes de pirámides o platos saludables, guías alimentarias para la población en general, materiales de comunicación y educación, spots audiovisuales, talleres, juegos y recetarios, o la implementación de quioscos/buffet/comedores escolares saludables con resultados dispares. Así, en la práctica son numerosas las medidas que proponen intervenciones dirigidas a influir en los comportamientos bajo mensajes directos como ¡Come sano y muévete! –España-; Comé rico, comé saludable; Tu pausa activa, sumá 30 minutos de actividad física todos los días –Argentina-; Come regularmente y con cuidado, en ambientes apropiados y en compañía –Brasil- y son escasas las acciones concretas que definen e integran, de algún modo, los entornos y sistemas alimentarios y que condicionan socioeconómica y culturalmente las prácticas alimentarias cotidianas, más allá de lo discursivo. Ello contrasta con el hecho de que las principales normativas –como hemos visto- reconocen la necesidad de intervenir sobre los determinantes y sobre los entornos (Gracia-Arnaiz, 2017).

En España, por ejemplo, la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición (2011), aprobada en plena crisis económica, señala que la obesidad afecta mayormente a las clases socialmente más desfavorecidas e indica que la estrategia NAOS debe dar prioridad a



las medidas dirigidas a estos grupos (17/2011, p. 6). En el mismo año, se publica la Evaluación y Seguimiento de la Estrategia NAOS (Ballesteros et al., 2011), una herramienta específica para la evaluación de todas las acciones llevadas a cabo utilizando, entre otros, los indicadores de género y la clase social y en 2013 se crea el Observatorio de la Nutrición y Estudio de la Obesidad, teniendo entre sus funciones detectar los cambios en la prevalencia de la obesidad en relación con las desigualdades sociales y los factores ambientales. Aunque desde 2015, y tras la reorientación de las políticas públicas derivada del Plan de Acción Europeo sobre alimentación y nutrición 2014-2020 (OMS-UE, 2014), algunos programas se han dirigido a las personas de estratos socioeconómicos bajos, en ellos se han utilizado enfoques similares, orientados principalmente a cambiar comportamientos.

Algo similar sucede en Argentina. A pesar del reconocimiento del aumento de la prevalencia de la obesidad en toda la población, especialmente en los sectores más desfavorecidos y de la incidencia de los entornos y sistemas alimentarios, las medidas tienden a obviar la clase social. Pero en 2015 comenzó a implementarse el Proyecto de Protección de la Población Vulnerable contra las ECNT en el marco de la Estrategia Nacional para implementar intervenciones poblacionales focalizadas en la promoción de estilos de vida saludables, mediante estrategias de promoción de actividad física y de hábitos de alimentación saludables. Como puede verse, también aquí las medidas se dirigen a cambiar comportamientos, aun en las poblaciones pobres. Asimismo, un spot del ministerio de salud reconoce que comer saludable depende de múltiples factores, entre ellos, el costo de los alimentos. Sin embargo, se afirma que “dentro de cada presupuesto uno puede mejorar la alimentación” (MS, 2017). “Preferí la alimentación casera, es más sana y económica” (MS, 2017) también está destinado al cambio de comportamientos en el marco de situaciones de precarización alimentaria. Las políticas que buscan frenar el alza de los precios de los alimentos básicos excluyen de las listas los alimentos considerados saludables (y recomendados en las Guías Alimentarias para la Población Argentina –GAPA- (MS, 2016c), entrando en contradicción con las políticas sanitarias.

En Brasil, si bien las políticas específicas para abordar la obesidad se centran en medidas individualizadas, las políticas de Seguridad Alimentaria y Nutricional tienen un fuerte componente relacionado con el acceso y la producción de alimentos y con la valorización de la agricultura familiar y las acciones dirigidas a los grupos más vulnerables. Esta discusión penetra en el debate sobre la llamada alimentación



adecuada y saludable y la obesidad, habiendo visto la propuesta de intersectorialidad en el Plan Intersectorial para la Prevención y Control de la Obesidad (CAISAN, 2014). Pero todavía se presenta como un gran desafío. Por otro lado, la Guía Alimentaria para la Población Brasileña de 2014 señala que la información es útil para aquellos que sufren enfermedades específicas, pero sin distinción de clase en las recomendaciones pues, como todas las guías, están dirigidas a la población en general. Sin embargo, amplía el debate más allá del sector de la salud y enfatiza la "comida de verdad", que se basa en alimentos frescos o mínimamente procesados y preparaciones culinarias, como otro criterio de clasificación de los alimentos. En este punto, introducen un fuerte elemento de confrontación con la industria alimentaria. Al mismo tiempo, atribuyen al individuo la responsabilidad de "eliminar obstáculos" pero señala la importancia de las políticas públicas y las acciones reguladoras estatales.

Si, como afirmamos, desde las instituciones se reconocen "las interacciones complejas entre las opciones personales, las normas sociales y los factores económicos y ambientales" (OMS, 2004, p. 9) y la necesidad de tener en cuenta, aunque de diferentes maneras y con ciertas contradicciones, "las circunstancias culturales y socioeconómicas locales" y "los determinantes sociales para reducir la desigualdad en la distribución de la obesidad" (OMS-UE, 2014, p. 2) ¿por qué no se han traducido en estudios sobre el ambiente centrados en examinar la naturaleza compleja de dichas interacciones explorando las manifestaciones locales de la problemática y, en base a ello, plantear propuestas para transformar los determinantes sociales? Algunas iniciativas como los estudios desarrollados en Brasil sobre el entorno alimentario desde la perspectiva del acceso a alimentos saludables (especialmente frutas y verduras) en los que se mapean lugares y se los relaciona con los ingresos a fin de fomentar el debate sobre políticas públicas, pueden tomarse como ejemplo. O la iniciativa desarrollada en ciudades de Argentina, Chile y Uruguay en 2009 a partir de una investigación sobre entornos alimentarios coordinada por centros de investigación y diversas universidades de diferentes países (IECS-CESCAS, 2010). En España no hemos encontrado hasta el momento referencias sobre este tipo de iniciativas. Sin embargo, es importante analizar cuidadosamente estas iniciativas para no simplificar los procesos sociales y ambientales involucrados en la determinación de las condiciones de salud y enfermedad.

Reflexiones finales: semejanzas y diferencias de un modelo preventivo común

En un contexto socioeconómico dispar pero epidemiológicamente similar en ciertos aspectos, los tres países han sido activos en el establecimiento de políticas, programas



y estrategias lideradas por el sector salud siguiendo las directrices promovidas por la OMS, la UE y la OPS. Como hemos afirmado, estas medidas tienen un patrón común que obedece a la construcción biomédica de la obesidad: a nivel discursivo se reconoce a la obesidad como un problema de salud/enfermedad complejo y costoso que implica la necesaria intervención de múltiples actores para la modificación de los entornos y el tránsito de un ambiente obesogénico a un ambiente saludable. Sin embargo, no solo no se han realizado los esfuerzos necesarios para comprender cómo los llamados “factores ambientales locales” influyen en las prácticas alimentarias y sus consecuencias (el incremento de la gordura parece ser una de ellas), sino que se han remitido a aplicar las consignas globales más fáciles de atender: la promoción del consumo de alimentos saludables y del ejercicio físico regular. Si bien -según la OPS (2017)-, estos objetivos pueden lograrse mediante 1) medidas fiscales basadas en impuestos y subsidios; 2) la promoción del etiquetado frontal de advertencia nutricional; 3) la regulación de la publicidad de alimentos; 4) la regulación de la distribución y comercialización de alimentos en las instituciones escolares; 5) la difusión de las guías alimentarias; 6) el fortalecimiento de la educación alimentarias y la promoción de la actividad física; en los tres países se evidencia cierto dominio de las tres últimas medidas por sobre las otras. Pero también hay que señalar que en estos países existen profundos debates acerca de cada una de estas medidas e incluso implementaciones concretas, por ejemplo, en España la regulación de la publicidad de alimentos o en Argentina la actual discusión sobre el etiquetado frontal de advertencia nutricional. Destacamos también en Brasil el protagonismo de los estudios epidemiológicos realizados por el Centro de Investigación Epidemiológica sobre Nutrición y Salud de la Universidad de São Paulo sobre las políticas alimentarias y nutricionales que asumen que una dieta saludable implica la transformación del sistema alimentario a través de la promoción del consumo de alimentos frescos o mínimamente procesados como base alimentaria y, siempre que sea posible, con base orgánica y agroecológica, comprados directamente a los productores. Observamos también que hay algunos intentos, con resultados dispares y con muchas dificultades, para avanzar con medidas más colectivas. Los acuerdos con la industria alimentaria sobre reformulación de los alimentos en los tres países –también con alcance y resultados dispares-, son un intento de ello. Pero cabe resaltar que Brasil -al inscribir las políticas dentro del campo de la seguridad alimentaria y nutricional y al trabajar sobre el grado de procesamiento de los alimentos como criterio de clasificación y reconociendo que aun hay un largo camino que recorrer- encamina de forma más eficaz los esfuerzos para llevar a cabo políticas articuladas y convergentes entre



diferentes sectores y lograr diálogos que superen las barreras de las políticas sectoriales. Más allá de estos intentos muy importantes y que se toman como ejemplo en algunos países, se evidencia aun un énfasis en la responsabilidad individual sobre la colectiva, además de un desdibujamiento de los factores sociales y económicos que están implicados. Lo interesante en este análisis es la constatación de que, a pesar del reconocimiento de la incidencia de los entornos alimentarios en el aumento de la obesidad, en los tres países encontramos que en el proceso de traducir las directrices internacionales en planes de acción nacionales los efectos de los cambios socioeconómicos así como la desigual distribución social de la obesidad han sido relativamente ignorados. Lo mismo sucede con la desconsideración de las experiencias y significados de las personas gordas⁶, expresando nuevamente una construcción biomédica de la obesidad; un modelo preventivo común que tiene poco de participativo y mucho de informativo, prescriptivo y vertical que se evidencia en los esfuerzos de los Estados por encarar los procesos de normalización dietéticas aludidos. Así, se han producido diversos desacoples entre los datos epidemiológicos; las causalidades apuntadas (múltiples y de diverso tipo) y las medidas propuestas (muy similares entre sí y orientadas, en su mayor parte, a modificar el comportamiento). Los “necesarios cambios sociales” para transformar las causas del incremento de la obesidad se han concretado en “cambios conductuales”, con escasos resultados. Como afirman Dias et al. (2017) estrategias que sobrepasen el ámbito de acción del sector salud son necesarias, dados los límites que los propios individuos enfrentan para modificar sus elecciones alimentarias o de práctica de actividad física en contextos socioeconómicos poco favorables. Por nuestra parte, como ya hemos discutido previamente (Gracia-Arnaiz, 2017), consideramos que no se ha prestado suficiente atención a la alimentación como práctica social asociada a los factores estructurales específicos que han adquirido mayor importancia durante las crisis económicas (inseguridad laboral, salarios bajos, medidas de austeridad, aumento del costo de la vida) y a los determinantes sociales de la distribución diferencial de la obesidad, especialmente aquello que tiene que ver con la clase social y el género. Sumado a que frente a la complejidad del problema, la discusión sobre cuál es el abordaje más apropiado incluye, en ocasiones, dicotomías simplistas relacionadas con identificar si las causas son individuales o ambientales; si la responsabilidad es personal o colectiva, si está relacionada con la demanda o la oferta de alimentos saludables y no saludables, si es necesaria la regulación del Estado o la autoregulación de la industria, a través de procesos “de arriba hacia abajo o verticalistas” o “de abajo hacia arriba o participativos”, entre otros. Estamos de acuerdo con Dias et



al. (2017) en que no cabe polarizar el debate, sino comprender la complejidad y los desafíos que implica la intervención sobre el problema. Asimismo, y para finalizar, no queremos dejar de resaltar una vez más que las políticas de prevención y control de la obesidad están influenciadas por el mismo entorno económico y sociopolítico de cada país. Por lo tanto, averiguar la relación que existe entre los modelos preventivo-promocionales y la evolución de la prevalencia de la obesidad, a su vez, podría contribuir a identificar las limitaciones de las medidas adoptadas a la vez que proponer discusiones profundas y no dicotómicas sobre nuevos modelos preventivos que tengan en cuenta las particularidades de cada territorio.

Notas

¹ Universidad Rovira i Virgili, España

² Universidad Nacional de San Martín, Argentina

³ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

⁴ La precarización de la vida cotidiana: (in)seguridad alimentaria, género y salud (ref. núm. CSO2016-74941, 2017-2019), financiado por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, España, dirigido por Dra. Mabel Gracia-Arnaiz.

⁵ Los resultados del POF 2017/2018 aún no están disponibles para consulta.

⁶ Utilizamos el término de obesidad entendiéndolo como la categoría ideada por la medicina para definir la normalidad ponderal, siendo críticas con los efectos que dicha clasificación ha

tenido entre las personas que están por encima de los estándares de normopeso, así como también en la representación social de la gordura como enfermedad.

Referencias bibliográficas

Arbex, A., Rocha, D., Aizenberg, M. & Ciruzzi, M. (2014). Obesity epidemic in Brazil and Argentina: a public health concern. *Journal of health, population and nutrition*, 32(2), 327-34.

Ballesteros, J. et al. (2011). Evaluación y seguimiento de la Estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Bray, G. & Tartaglia, L. (2000). Medicinal strategies in the treatment of obesity. *Nature*, 404, 672–677. <http://dx.doi.org/10.1038/35007544>.

Brownell, K. & Horgen, K. (2003) *Food fight*. EEUU: McGraw Hill Professional. Câmara interministerial de segurança alimentar e nutricional (CAISAN)



(2014). *Estratégia Intersectorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios*. Brasília, Brasil: CAISAN.

Campbell, D. (2011). Anthropology's contribution to public health policy development. *McGill J. Med.*: MJM 13(1), 76.

Dias, P., Henriques, P., Anjos, L., Y Burlandy, L. (2017). Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, 33(7), e00006016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00006016>.

Dinsa, G. (2012). Obesity and socioeconomic status in developing countries: a systematic review. *Obes. Rev.*, 13(11), 1067–1079. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-789X.2012.01017.x>.

ENS (2006). Encuesta Nacional de Salud. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>

ENS (2011-2012). Encuesta Nacional de Salud. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

ENS (2018). Encuesta Nacional de Salud. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2018.htm>

FAO/OPS (2018). *Políticas y programas alimentarios para prevenir el sobrepeso y la obesidad. Lecciones aprendidas*. Washington, EEUU: FAO/OPS.

Gracia-Arnaiz, M. (2017). Taking measures in times of crisis: The political economy of obesity prevention in Spain. *Food Policy*, 68, 65-76.

Guest, G. (2012). *Applied Thematic Analysis*. California, EEUU: Sage Publications.

IECS-CESCAS (2010). Entornos obesogénicos y su relación con factores de riesgo y enfermedad cardiometabólica en el Cono Sur de Latinoamérica. Recuperado de <https://estudiocesca.iecs.org.ar/evaluacion-del-entorno/>

Instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE) (2004). *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil*. Rio de Janeiro, Brasil: IBGE.

Instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE) (2011). *Pesquisa de Orçamento Familiares 2008-2009: Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil*. Rio de Janeiro, Brasil: IBGE.

Instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE) (2014). *Pesquisa Nacional de Saúde, 2013*. Rio de Janeiro, Brasil: IBGE.

Kleinman, J. (1988). *The Illness Narratives*. New York, EEUU: Basic Books.



Ministerio de salud (MS) (2018). Cuarta encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles. Buenos Aires, Argentina: MS.

Ministerio De Salud (2017). Sobrepeso y obesidad en Argentina. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?time_continue=60&v=OzT0tXre8Jw

Ministerio de salud (2016a). Programa nacional de alimentación saludable y prevención de la obesidad. Res.732/16. Buenos Aires, Argentina: MS.

Ministerio de salud (2016b). Boletín de vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. Buenos Aires, Argentina: MS.

Ministerio de salud (2016c). Guías alimentarias para la población argentina. Buenos Aires, Argentina: MS.

Ministerio de salud (2015). Proyecto de protección de la población vulnerable contra las enfermedades crónicas no transmisibles. Buenos Aires, Argentina: MS.

Ministerio de salud (2013). Tercera encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles. Buenos Aires, Argentina: MS.

Ministerio de salud (2011). Segunda encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles. Buenos Aires, Argentina: MS.

Ministerio de salud (2009). Estrategia nacional para la prevención y control de enfermedades no transmisibles y plan nacional argentina saludable. Res. 1083/2009. Buenos Aires, Argentina: MS.

Ministerio de salud (2006). Primera encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles. Buenos Aires, Argentina: MS.

Ministério da saúde (MS) (2012). Política nacional de alimentação e nutrição. Brasília, Brasil: MS.

Ministério da saúde (2014). Guia alimentar para a população brasileira. Brasília, Brasil: MS.

Ministério da saúde (2019). VIGITEL. Brasil 2018: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS.

NAOS (2005). Estrategia para la nutrición. Actividad física y prevención de la obesidad. Madrid, España: Agencia española de seguridad alimentaria.

NAOS (2015). 10 Años estrategia NAOS. Recuperado de http://www.aecosan.mssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/Teresa_Robledo_10_anyos ESTRATEGIA_NAOS_octubre2015.pdf

NG, M. et al. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 384(9945),766–781. <http://dx.doi.org/10.1016/S0140->



6736(14)60460-8. OPS (2007). Estrategia Regional y Plan de Acción para un Enfoque Integrado Sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas. Washington DC: OPS.

OPS (2014). Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Washington DC: OPS.

OPS (2017). Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS.

Popkin, B.M. & Gordon-Larsen, P. (2004). The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. *Int. J. Obes*, 28, s2. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ijo.0802804>.

Swinburn, B.A. et al. (1999). Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Prev. Med.*, 29, 563–570. <http://dx.doi.org/10.1006/pmed.1999.0585>.

Varela-Moreiras, G. et al. (2013). Obesidad y sedentarismo en el siglo XXI: ¿qué se puede y debe hacer? *Nutr. Hosp.* 28(5), 1–12.

WHO (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva, Italia: WHO.

WHO (2004). The Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Washington: WHO.

WHO-UE (2014). Plan de Acción Europeo sobre alimentación y nutrición 2014-2020.

Copenhagen, Denmark: WHO.

WHO (2017). FEEDcities Project. The food environment description in cities in Eastern Europe and Central Asia. Moldova: WHO



Influencia de la investigación en diabetes en el sistema de salud: un estudio comparativo sobre indicadores sanitarios, políticas de atención y producción científica en cinco países latinoamericanos

Dra. Soledad Rojas Rajs
Dra. Carolina Tetelboin Henrion
Mtra. Olivia Maya García

Palabras clave

Investigación, diabetes, influencias, indicadores.

Introducción

El objetivo de esta ponencia es analizar la relación entre indicadores de salud, políticas sanitarias y producción científica sobre diabetes entre 2000 y 2018, de cinco países de América Latina con las mayores prevalencias de la enfermedad en la región, entre 11,4 y 10,2 (WHO, 2016): Chile, Uruguay, México, Argentina y Cuba. La diabetes es un grave problema de salud que requiere intervenciones decisivas más adecuadas en prevención, cuidado y control, que hasta el momento no han logrado ser efectivas para detener su crecimiento.

Desde la década de los noventa y principalmente desde principios de los dos mil se ha planteado la importancia de generar conocimiento científico sanitario, con la expectativa de que este se traduzca en innovaciones para una mejor salud (OMS, 2006; PAHO/WHO, 2009). Sin embargo, las evidencias disponibles no demuestran una relación clara entre la producción científica y su impacto en ganancias en salud o movilización del conocimiento hacia las políticas sanitarias (Cerqueira, 2010; Greenhalgh & Wieringa, 2011).

En este trabajo se propone analizar de forma comparada distintos indicadores que pueden aportar para el debate sobre el aporte del conocimiento basado en investigación científica a la situación de salud de un país. El caso de análisis es la diabetes, por su importancia como problema de salud en América Latina, dado que ha significado una crisis sanitaria de enormes proporciones con costos para las personas, laborales y para los sistemas de salud. Así, el objetivo de este trabajo es documentar y analizar la relación entre indicadores sobre diabetes (prevalencia, mortalidad), políticas de salud (definición, acceso, disponibilidad de servicios y atenciones) y producción científica (publicaciones científicas) sobre diabetes entre 2000 y 2018, de 5 países latinoamericanos con la mayor prevalencia de la enfermedad en la región latinoamericana: Argentina, Chile, Cuba, México y Uruguay.



En primer lugar, se caracteriza brevemente el panorama de la diabetes en la región latinoamericana, en relación con su impacto, causas y problemas detectados desde los sistemas de salud. Posteriormente, se discute sobre el papel del conocimiento en salud basado en investigación científica, destacando los debates relacionados con el alcance de este conocimiento, su utilidad en el campo sanitario y los indicadores sobre producción científica. La siguiente sección, describe la aproximación metodológica de la investigación, los datos analizados (indicadores sobre diabetes, producción científica y políticas sanitarias) y la delimitación del alcance de este artículo. A continuación, se presentan resultados, mismos que se discuten para mostrar las distancias entre la producción científica, observada a través de las publicaciones científicas sobre diabetes de cada uno de los países bajo estudio, y el panorama de la diabetes en cada país. Comparativamente, se destacan importantes desigualdades entre países. Finalmente, se elaboran conclusiones sobre la importancia de prestar mayor atención a las distancias entre la producción científica de los países y sus acciones sanitarias y sociales, puesto que las acciones del sistema de salud definidas a través de sus políticas en la atención a la diabetes en todos estos países tienen un peso mayor en la situación sanitaria que la producción de conocimiento.

Diabetes en América Latina

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de cada 12 personas en América Latina y el Caribe tiene diabetes (WHO, 2016). La diabetes se ha convertido en una de las principales causas de muerte e incapacidad en la región de las Américas y es y será uno de los más graves problemas de salud en el futuro.

Actualmente la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS consideran que la diabetes es una epidemia en la región de las Américas. América Latina y el Caribe se identifican como la región del mundo con los porcentajes más altos de prevalencia en diabetes (OPS, 2012). Si la tendencia actual se mantiene, se ha estimado que para el 2030 en América Latina habrá alrededor de 40 millones de personas con diabetes, es decir se duplicará la población actual que padece esta enfermedad.

En relación a sus causas, la diabetes está fuertemente ligada al sobrepeso y la obesidad, que tienen una tendencia creciente en la región y en el mundo, lo que se ha atribuido a cambios importantes en la cultura alimentaria, con un consumo cada vez mayor de alimentos industrializados y de alto valor calórico, junto con mayor sedentarismo. Sin embargo, también se ha destacado que obesidad y diabetes, así



como su letalidad, están vinculadas con desigualdades sociales y sanitarias. En el mundo, más del 80% de las muertes por diabetes ocurren en países de bajos o medios ingresos (OMS, 2015), lo que indica las dificultades para afrontar la enfermedad desde condiciones desventajosas. En México, se ha demostrado que existe una asociación significativa entre descontrol metabólico y marginalidad en pacientes diabéticos (Medina y López, 2010: 44-46), mientras que la relación entre pobreza y obesidad ha sido también estudiada, dado que es más frecuente en zonas con mayor nivel de marginación (Drewnowski y Specter, 2004; Jiménez Cruz et al, 2003).

Se ha señalado que, frente a un problema de esta gravedad la respuesta desde los sistemas de salud ha sido insuficiente (Yach et al, 2004). Arriagada et al. (2005) han identificado algunos de las limitaciones que han restado capacidad al sector salud para la región latinoamericana. Muchos de ellos se asocian a la contracción del gasto social derivada de la primera y segunda generación de reformas a los sistemas de salud que deterioran, desarticulan y aumentan la segmentación del sistema público con el objetivo de incentivar la ampliación del mercado de servicios privados de salud (Tetelboin, 2015; Tetelboin y Laurell, 2015). Adicionalmente, sucesivas crisis financieras han mermado el acceso real a los servicios de salud de gran parte de la población y han disparado la desigualdad y procesos de exclusión en toda la región, a la vez que ha aumentado el gasto de las familias en servicios de salud. Además, las condiciones sociales estructurales generan un círculo vicioso: los mayores niveles de pobreza y desigualdad, así como la baja calidad de vida de la población exacerbaban los problemas de salud y éstas quedan expuestas a buscar sus propias soluciones en estructuras privadas. La OPS ha señalado que esto está asociado con las transformaciones que han sufrido los sistemas alimentarios de la región, desde su producción hasta su consumo. La población ha cambiado sus hábitos alimentarios, principalmente en las grandes ciudades y las industrias de bebidas y alimentos de altas calorías de bajo costo y fácil acceso han sido escasamente controladas con políticas públicas.

Diabetes y conocimientos basado en investigación

La investigación en salud se ha vuelto más importante en las últimas dos décadas. El apoyo financiero público y privado a la investigación en salud ha aumentado en la mayoría de los países (Moses, Dorsey, Matheson, & Thier, 2005; PAHO/WHO, 2009) y hay un interés mayor en innovación y avance tecnológico en el campo sanitario. Diferentes actores como gobiernos, organizaciones internacionales de salud, comunidades de investigación y otros socios acordaron desarrollar y fortalecer los



sistemas nacionales de investigación en salud. Además, han llamado a mejorar la creación y el uso de investigaciones para alcanzar metas de salud.

La investigación en salud se ha propuesto como un elemento para fortalecer las capacidades del sistema de salud (WHO, 2004, 2013); que puede mejorar la atención médica, tanto en calidad como en eficiencia (Almeida & Báscolo, 2006; González Block & Barquera Cervera, 2013); proponer y crear nuevas soluciones; y es también un insumo necesario para orientar políticas públicas (Almeida & Báscolo, 2006; González-Block, 2009; Grimshaw, Eccles, Lavis, Hill, & Squires, 2012; Lavis, 2006). Incluso, puede haber aumento de la demanda de los ciudadanos por mejores tratamientos (Lewison & Markusova, 2010) si las innovaciones en salud se comunican en los medios de comunicación.

Sin embargo, en el caso de la diabetes cabe preguntarse si la investigación científica en los países estudiados tiene influencia determinante en la situación de salud. Más que eso, pareciera que están distanciadas. ¿Cuáles son las contribuciones de la ciencia a los problemas de salud? ¿Cuál debe ser el lugar y el tipo de conocimiento científico adecuado para los sistemas de salud? ¿Qué criterios para la evaluación de la producción científica son necesarios, además de las publicaciones? ¿Cómo considerar el problema de la relación entre desigualdades en la producción de conocimiento, en las políticas y en los sistemas de salud?

Para ello manejamos la hipótesis que éstos enfoques “científicos” basados en el paradigma biomédico dominante son limitados e insuficientes para explicar y por lo tanto resolver problemas de salud como la diabetes, en la medida que carecen de un conocimiento que explique los cambios en los comportamientos y dinámicas sociales entre la población y los servicios de salud; es excluyente de otros saberes y prácticas; considera la producción de conocimiento de manera unilateral y de arriba hacia abajo; y desconoce las prácticas cotidianas que inducen determinados usos, costumbres y consumos.

Metodología: análisis de indicadores sobre diabetes, producción científica y políticas sanitarias.

Para realizar el análisis que aquí se presenta se tomaron algunas decisiones para mejorar la comparabilidad entre datos. Metodológicamente, la relación entre las publicaciones científicas sobre diabetes en cada país es analizada como indicadores del trabajo académico y producción de conocimiento; así como los principales elementos



de las políticas de diabetes e indicadores de salud en el período se analizan a través de la cuantificación de las medidas. Los resultados preliminares muestran que existe una gran laguna entre producción científica, políticas e indicadores de salud, acentuada en el caso de algunos países.

Inicialmente, seleccionamos los cinco países de América Latina con la mayor prevalencia de diabetes: Argentina, Chile, Cuba, México, Uruguay, según el Informe Mundial de la OMS de 2016, dado que presenta datos ajustados por edad que pueden compararse. Para cada uno de estos países, se compararon los siguientes datos (Tabla 1):

Variable	Descripción	Tipo de indicador
Prevalencia sobre diabetes	Tasa de personas con diabetes x 100 habitantes	Resultados en salud
Mortalidad por diabetes	Tasa de defunciones por diabetes x 100,000 habitantes	
Políticas públicas y regulaciones específicas sobre diabetes.	Leyes sobre diabetes y su atención (cobertura y alcance)	Políticas públicas y sistema de salud
Atención a la diabetes en el sistema de salud	Disponibilidad de medidas e indicadores de atención	
Artículos sobre diabetes por millón de habitantes	(Total de artículos publicados / población del país)*1000000	Producción de conocimiento científico

Tabla 1. Descripción de las variables utilizadas

Comparar los datos generales de cada país, permite generar una discusión inicial sobre la relación entre producción científica y logros en salud, dado que se pueden observar importantes desigualdades entre países. En el futuro, será necesario clasificar estos mismos datos para conocer las características específicas de la producción científica nacional, sin embargo, esta fase preliminar permite observar cómo se comporta uno de los indicadores internacionales utilizados para la medición de las capacidades científicas de los países, las publicaciones científicas, en relación con los indicadores sanitarios.

Resultados

Los cinco países de América Latina que se comparan en este trabajo, presentan una



prevalencia de diabetes similar, con datos ajustados por edad (Gráfico 1). En todos estos países, el porcentaje de población con diabetes está calculado entre el 10 y el 11.4%. Los países con más alta prevalencia son Chile y Uruguay, con una prevalencia mayor a 11%, mientras que México, Argentina y Cuba presentan prevalencias menores a 10.5%.

Comparativamente, son prevalencias similares.

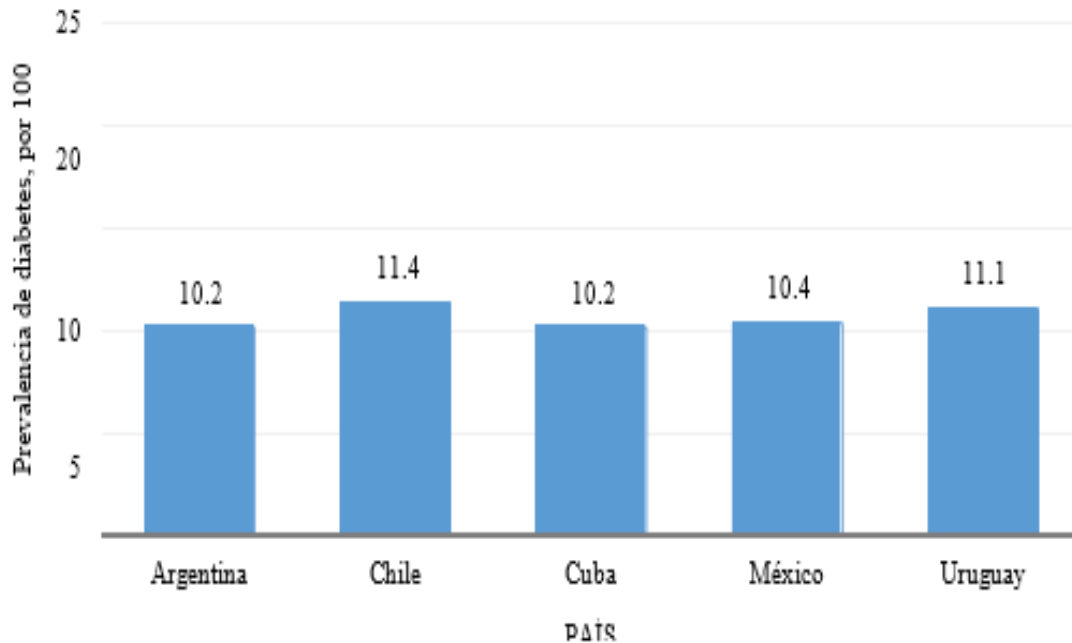


Gráfico 1. Prevalencia de diabetes en cinco países de América Latina con alta prevalencia, (2016). Fuente: WHO (2016), *World Diabetes Report, Diabetes Country Profiles, 2016, tasa x 100.*

Sin embargo, en contraste con el dato sobre la prevalencia de diabetes calculada para estos 5 países latinoamericanos, la primera y más marcada desigualdad que podemos observar es que, a pesar de que la prevalencia es similar, la mortalidad por diabetes es desproporcionadamente desigual (Gráfico 2). Esto es particularmente notable en México, donde la proporción es 5: 1 respecto a la mortalidad de los otros 4 países, pero también puede observarse en el caso de Chile, que tiene una tasa entre 1.1 y 1.3 más alta que Argentina, Uruguay y Cuba.

Es posible suponer que la desproporcionada desigualdad en la mortalidad por diabetes en México podría derivar de una situación en salud más compleja, por ejemplo, mayor sobrepeso, obesidad y sedentarismo, factores que tienen una gran influencia en el aumento de la prevalencia por diabetes:

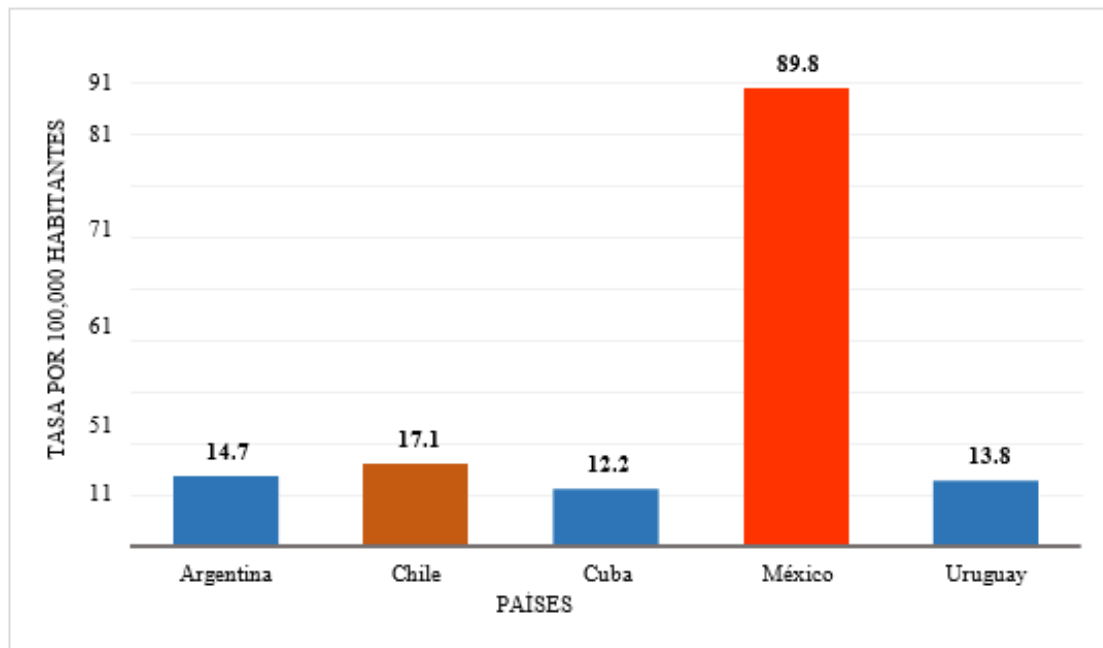


Gráfico 2. Mortalidad por diabetes en cinco países de América Latina con alta prevalencia, (2014). Fuente: OPS, 2014, tasa x 100,000

Sin embargo, los datos por país muestran que estos 5 países comparten prevalencias similares en la mayoría de los indicadores asociados a la diabetes (Tabla 2), por ejemplo, la prevalencia de sobrepeso y la de obesidad. Únicamente la inactividad física es significativamente mayor en Argentina y Uruguay, sin que esto parezca tener efecto en la mortalidad.

Si los indicadores sanitarios asociados con prevalencia de diabetes no son muy diferentes ¿cómo podemos explicarnos la enorme diferencia que hay en cuando a mortalidad? Los datos parecen indicar que los problemas están relacionados con la atención de la diabetes y la prevención secundaria y terciaria, más que con su prevención primaria.



	<i>Diabetes</i>	<i>Sobrepeso</i>	<i>Obesidad</i>	<i>Inactividad física</i>
Argentina	10.2	62.2	26.5	40.1
Chile	11.4	64.2	28.5	21.6
Cuba	10.2	61.9	27.2	Nd
México	10.4	63.4	27.6	25.4
Uruguay	11.1	63.2	27.6	34.2

Tabla 2. Indicadores sobre Diabetes en 5 Países de América Latina con alta prevalencia: prevalencia, sobrepeso, obesidad e inactividad física (tasas ajustadas por edad). Fuentes: WHO (2016), World Diabetes Report, Diabetes Country Profiles, 2016, tasa x 100

En términos de las políticas materializadas en atenciones, que implican cobertura y el derecho a la atención sanitaria los países bajo estudio se observan algunas diferencias importantes (Tabla 3). Por ejemplo, se puede notar que aquellos países con mayor cobertura y acceso a los servicios de salud para las personas con diabetes son los que presentan tasas de mortalidad por diabetes menores, en primer lugar, Cuba, que ofrece cobertura total desde el sector público para la diabetes, seguido de Uruguay y Argentina, países que sí contemplan esquemas de cobertura total. En cambio, en países en los que la cobertura depende del tipo de aseguramiento y acceso a los servicios de salud, o bien, de la capacidad de pago, la mortalidad es más alta, como se puede ver en el dramático caso de México y en el caso chileno.



Países	Políticas	Cobertura
Argentina	Ley Nacional de Diabetes	Garantiza el 100% de cobertura para personas con diabetes (Sistema Público y de Obras Sociales)
Chile	Garantías Explícitas en Salud (GES) a través del programa de Salud Cardiovascular (PSCV)	Garantiza cobertura vitalicia para diabetes tipo 1 y tipo 2 – Sin embargo, el tipo de servicios depende de la cotización obligatoria en FONASA (Sistema Público) o ISAPRES (Sistema Privado).
Cuba	Programa de Cuidados Diabéticos	Integra la atención de los pacientes diabéticos en todos los niveles del sistema de salud. Cobertura total. (Sistema Único de Salud).
México	Programa de Acción Específica contra la Diabetes Mellitus / NOM-015-SSA2-2010	Las atenciones dependen del tipo de esquema de cobertura (previsión social, seguro popular). Sólo la seguridad social tiene cobertura total. (Sistema Público y de Seguridad Social).
Uruguay	Ley de Diabetes	Garantizado el diagnóstico libre y universal. El tratamiento es gratuito o depende de la capacidad de pago. Si hay capacidad para pagar, los diabéticos tienen un descuento del 50% en los servicios sanitarios. (Sistema Público y de Obras Sociales)

Tabla 3. Políticas, directrices y monitoreo de la Diabetes en 5 países de América Latina con alta prevalencia. Fuente: Elaboración propia con base en información de los ministerios de salud de los países.



Aunque las políticas públicas definan que existe cobertura total, esta puede no significar la disponibilidad de medicamentos, atenciones o la realización de medidas que se consideran estándares internacionales para afrontar la diabetes, acordados por la OMS.

Otras diferencias relevantes se encuentran en la atención específica disponible para el tratamiento de la diabetes, como disponibilidad de medicamentos, tecnologías y procedimientos básicos en el sector público. Es notable, respecto a medicamentos y procedimientos, que México es el país que menor disponibilidad tiene de atención especializada, como es la diálisis, el trasplante renal y la retinofotocoagulación. En cuanto a otras tecnologías básicas de atención primaria también se puede observar en México menor disponibilidad en pruebas claves, como la de hemoglobina glicosilada.

Hasta ahora, lo que en mayor medida parece relacionarse con la mortalidad, según los datos analizados, es el acceso y la cobertura. Un nuevo escenario desigual aparece cuando observamos la producción científica traducida en publicaciones: los países con la mayor producción científica en diabetes, tanto en artículos por millón de habitantes, como en producción absoluta (Tabla 4) son los que presentan las tasas más altas de mortalidad: México (la peor situación) y Chile. En ese sentido, es necesario cuestionar si el conocimiento producido sobre la diabetes en México alcanza aplicaciones prácticas o tiene un efecto relevante en el escenario de la salud. Lo mismo sucede en el caso chileno, puesto que, a pesar de tener el más alto indicador de artículos per cápita, es el país con la más alta mortalidad, después de México.

Publicaciones científicas sobre diabetes

Países	Número	Artículos por millón de habitantes
Argentina	836	19.43
Chile	941	53.18
Cuba	207	17.26
México	3,908	32.13
Uruguay	90	2.5

Tabla 4. Publicaciones científicas sobre diabetes entre 2000-2017 en cinco países de América Latina con alta prevalencia de diabetes. Fuentes: Elaboración propia con datos de Pub Med, WoK, Scopus y Banco Mundial, para población de los países entre 2000 y 2017.



Es posible observar cómo el interés por la diabetes aumentó a lo largo del tiempo (Gráfico 3), pues hay un incremento de artículos científicos sobre la temática. En los cinco países estudiados, se puede observar el aumento de las publicaciones sobre diabetes, pero ese aumento es mucho mayor en el caso de Chile, Uruguay y México. El caso de Cuba es notable porque si bien tiene una menor presencia en publicaciones científicas en bases de datos internacionales, es el país con los mejores indicadores de salud sobre diabetes. En ese sentido, debemos preguntarnos: ¿por qué las publicaciones son el indicador de la actividad científica.

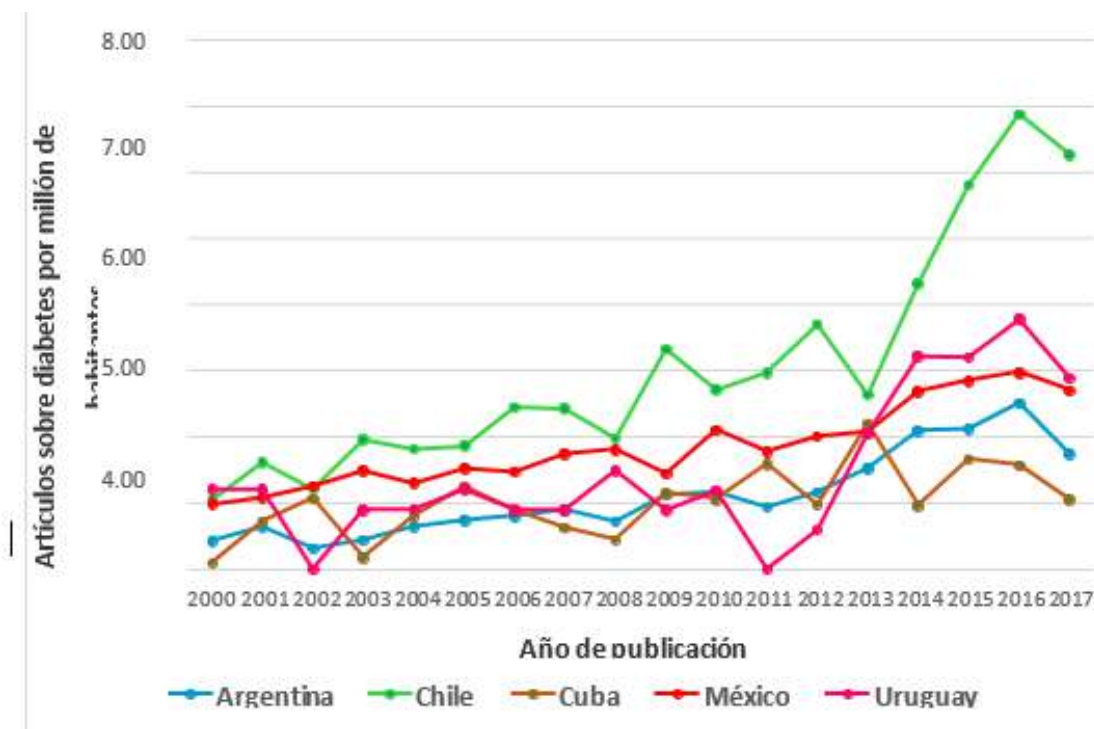


Gráfico 3. Publicaciones científicas sobre diabetes por millón de habitantes, entre 2000-2017 en cinco países de América Latina con alta prevalencia de diabetes, según año de publicación
Fuentes: Elaboración propia con datos de Pub Med, WoK, Scopus y Banco Mundial, para población de los países entre 2000 y 2017.

En síntesis, se observa que ante un problema de magnitud similar (la prevalencia de la diabetes), hay escenarios muy desiguales entre países, en términos de indicadores de salud; políticas y servicios; y la producción de conocimiento científico. Se observa que políticas y acceso a intervenciones específicas forman parte de los determinantes de la diabetes, mientras que la producción científica no parece tener relación directa con los resultados en salud.

Conclusiones

Este trabajo nos permite vislumbrar que no hay relación positiva entre la producción científica de los países y la situación de salud en cuanto a la diabetes. O, en otras



palabras, es posible suponer que hay una desconexión entre las actividades de producción de conocimiento y su aplicación en el sistema de salud, ya que los indicadores no están positivamente relacionados, particularmente en el caso de México. Idealmente a mayor producción científica, debiera observarse una mejor situación de salud, pero no sucede de esta manera.

Por otra parte, los datos muestran que, ante un problema de magnitud similar (la prevalencia de la diabetes), existen grandes desigualdades en cuanto a las políticas de salud y los resultados de los sistemas de salud, que poseen una relación mayor que la producción de conocimiento.

En vista de ello, debemos preguntarnos: ¿cuáles deben ser las contribuciones del conocimiento científico a las políticas y sistemas de salud? ¿Cuáles son las contribuciones de la ciencia a los problemas de salud? ¿Qué criterios para la evaluación de la producción científica son necesarios, además de las publicaciones? ¿Cómo entender la ciencia con mayores capacidades explicativas de fenómenos sociales como la diabetes? ¿Qué es necesario para movilizar mejor el conocimiento científico para los sistemas de salud? ¿Cuál debe ser el lugar y el tipo de conocimiento científico adecuado para los sistemas de salud? ¿Cómo considerar el problema de la relación entre desigualdades en la producción de conocimiento, en las políticas y en los sistemas de salud?

Sin embargo, la tendencia global es la producción de conocimientos básicos y biomédicos. Por ello es necesario indagar qué tipo de conocimiento sobre diabetes ha sido producido por cada país. Analizar qué contenidos se producen sobre diabetes es necesario, para entender cómo se relaciona la producción de conocimiento en los países estudiados con la situación sanitaria nacional, y evaluar con mayor profundidad su cercanía o distancia de la diabetes y sus problemas específicos, así como su capacidad de incidencia en el curso de esta enfermedad.

Bibliografía

Almeida, C., & Báscolo, E. (2006). Use of research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of the literature. *Cadernos de Saúde Pública*, (22 Sup), S7–S33.

Cerqueira, M. T. (2010). de la brecha entre el conocimiento y la acción sobre diabetes en la frontera México- Estados Unidos, 28(3), 141–142.

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta



Especialidad. (2015). Programa de acción específico. Investigación para la salud 2013-2018.

FAO, OPS, WFP y UNICEF (2018) Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2018. Santiago. Número de páginas (133).

González-Block, M. A. (2009). Leadership, institution building and pay-back of health systems research in Mexico. *Health Research Policy and Systems / BioMed Central*, 7, 22. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-22>

González Block, M. Á., & Barquera Cervera, S. (2013). El uso efectivo de la investigación para el control de la epidemia de sobrepeso y obesidad. In J. Á. Rivera Dommarco, M. Hernández Ávila, C. A. Aguilar Salinas, F. Vadillo Ortega, & C. Murayama Rendón (Eds.), *Obesidad en México*.

Recomendaciones para una política de estado (pp. 516–535). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Greenhalgh, T., & Wieringa, S. (2011). Is it time to drop the “knowledge translation” metaphor? A critical literature review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(12), 501–509. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110285>

Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J., & Squires, J. E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-50>

Lavis, J. N. (2006). Research, public policymaking, and knowledge-translation processes: Canadian efforts to build bridges. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 37–45. <https://doi.org/10.1002/chp.49>

Lewis, G., & Markusova, V. (2010). The evaluation of Russian cancer research. *Research Evaluation*, 19(2), 129–144. <https://doi.org/10.3152/095820210X510098>

Moses, H., Dorsey, E. R., Matheson, D. H. M., & Thier, S. O. (2005). Financial Anatomy of Biomedical Research. *Jama*, 294(11), 1333. <https://doi.org/10.1001/jama.294.11.1333>

OMS. (2006). Salud pública-Innovación y derechos de propiedad intelectual.

Organización Mundial de la Salud (Vol. vol 1). Ginebra. <https://doi.org/9243563238>

OPS/OMS (2016) Base de Datos PLISA. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2014. Washington, D.C., Estados Unidos de América, Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud/Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evidencia.

PAHO/WHO. (2009). PAHO's Policy on Research for Health, 2009.

Tetelboin, C. (2015), “Políticas sociales y de salud. Los momentos de las reformas en



América Latina y los derechos ciudadanos”, en Tetelboin C. y Granados JA (coords). Debates y problemas actuales en Medicina Social. La salud desde las políticas y los derechos, el trabajo, la formación y la comunicación. UAM-X, México, pp: 1-30.

Tetelboin, C. Y Laurell, C. (coord) (2015) Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha, CLACSO-UAM-X.

WHO. (2004). World report on knowledge for a better health. Geneva: WHO.

WHO. (2013). The world health report 2013: Research for universal health coverage. World Health Organization Press. Geneva. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301254>

WHO. (2016). Global Report on Diabetes. <https://doi.org/ISBN 978 92 4 156525 7>



Influências neoliberais e conservadoras na política de saúde para HIV/AIDS no Brasil e moçambique

Ana Cristina de Souza Vieira¹
Maria Solange Guerra Rocha²
Raquel Cavalcante Soares³

Resumo

A política de saúde para enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS ultimamente é impulsionada por diretrizes internacionais, priorizando o uso de antirretrovirais como prevenção, para todas as pessoas detectadas com HIV. Países como Moçambique, que tem aproximadamente 2.200.000 pessoas infectadas, estão reduzindo a mortalidade por AIDS e a incidência da doença com a distribuição ampla de antirretrovirais, em oposição à tendência anterior de uso desses medicamentos apenas em estágios avançados da doença. Entretanto, a oferta desses medicamentos só é possível com forte financiamento internacional, sujeitando o país às diretrizes dos financiadores. O Brasil, referência mundial em AIDS, já utilizava antirretrovirais desde 1995, através do Sistema Único de Saúde, gratuito e universal, o que impediu a generalização da epidemia, concentrada em populações de maior vulnerabilidade, como gays, travestis, homens que fazem sexo com homens, trabalhadores do sexo. Entretanto, desde 2015, com o acirramento do ajuste fiscal e o crescimento do conservadorismo, essa política exitosa está ameaçada pela limitação dos gastos públicos aprovada em 2016 para os próximos 20 anos, e pela crescente interferência de religiões conservadoras no governo federal eleito em 2018. Tomamos esses dois países para discutir as tendências de enfrentamento da AIDS, com apoio no materialismo dialético, buscando analisar os determinantes da política de saúde para AIDS, as contradições, as consequências para a população. Trabalhamos com documentos e dados secundários sobre política de saúde e HIV/AIDS. Atualmente, sob influência de diretrizes neoliberais e avanço do conservadorismo, os direitos das pessoas com HIV ficam comprometidos no eixo sul-sul do globo.

Palavras chave

Política de saúde e HIV, conservadorismo e HIV, neoliberalismo e HIV, HIV e antirretrovirais, direito à saúde e HIV

Introdução

Na atualidade, a política de enfrentamento ao HIV/AIDS é orientada por diretrizes internacionais que priorizam o uso de antirretrovirais como prevenção, para todas as



peças detectadas com HIV. Em Moçambique, que tem aproximadamente 2.200.000 pessoas infectadas, vem se reduzindo a mortalidade por AIDS e a incidência da doença, principalmente a partir da distribuição ampla de antirretrovirais, em contraposição à tendência anterior e prescrição desses medicamentos exclusivamente em estágios avançados de adoecimento por AIDS. Ainda, a oferta desses medicamentos só é possível, em Moçambique, com forte financiamento internacional, submetendo o país às diretrizes dos financiadores. Por outro lado, o Brasil, referência mundial em AIDS, já utilizava antirretrovirais desde 1995, através do Sistema Único de Saúde, gratuito e universal, o que impediu a expansão generalizada da epidemia, concentrada em populações de maior vulnerabilidade, como gays, travestis, homens que fazem sexo com homens, trabalhadores do sexo. Porém, desde 2015, com o ajuste fiscal e o crescimento do conservadorismo, essa política exitosa está ameaçada pela limitação dos gastos públicos aprovada em 2016 para os próximos 20 anos, e pela crescente interferência de religiões conservadoras no governo federal eleito em 2018. O principal objetivo deste trabalho é discutir as tendências de enfrentamento da AIDS em Moçambique e no Brasil, buscando analisar os determinantes da política de saúde para AIDS, as contradições, as consequências para a população.

Fundamentação do problema

Mundialmente, o neoliberalismo vem tentando impor suas diretrizes nos países, especialmente no eixo sul-sul, onde a desigualdade e pobreza se expressa de formas mais severas. Ao se consolidar como proposta de enfrentamento às crises recorrentes do capitalismo em busca de recomposição de suas taxas de lucros, o neoliberalismo fortalece algumas tendências, ampliando as desigualdades sociais e econômicas. Ao considerar a crise do capitalismo decorrente da ampliação do Estado para garantia de necessidades sociais, versão disseminada pelos neoliberais, negando a perspectiva de que o capitalismo é responsável por gerar, por sua natureza, crises estruturais, o neoliberalismo exige a redução das políticas sociais, propicia o repasse de atividades típicas do Estado para organizações da sociedade civil, reduz direitos sociais e trabalhistas, levando os trabalhadores a amargar condições de trabalho e vida cada vez mais precárias.

Harvey aponta que ao adotar uma postura neoliberal, o Estado não atua para todas as pessoas, mas em favor da burguesia. Considera o neoliberalismo uma teoria sobre práticas de política econômica pela qual o bem-estar humano pode ser favorecido através da maximização das liberdades empresariais, validando a propriedade privada,



liberdade individual, mercados livres e livre comércio.

Os Estados modernos que emergiram do colapso da União Soviética até as democracias sociais tradicionais e os Estados de bem-estar social como a Nova Zelândia e a Suécia, todos abraçaram, às vezes voluntariamente, às vezes em resposta a pressões coercitivas, alguma versão da teoria neoliberal, ajustando correspondentemente algumas das suas políticas e práticas (Harvey, 2006, p.2)

O neoliberalismo tem um impacto destrutivo sobre a soberania dos países, submetidos a normas emanadas do Fundo Monetário Internacional (FMI) e da Organização Mundial de Comércio (OMC), que atingem profundamente “relações estruturais da força de trabalho, relações sociais, políticas de bem-estar social, arranjos tecnológicos, modos de vida, pertencimento à terra, hábitos afetivos, modos de pensar e outros mais” (Harvey, 2006, p.3). A finalidade principal do neoliberalismo é contribuir para criar as condições para a lucrativa acumulação de capital, mas também para a restauração do poder de classe da burguesia. Harvey entende que o neoliberalismo foi mais bem sucedido nesse segundo ponto, com os princípios neoliberais sendo postos de lado quando entram em conflito com esse projeto de classe. Harvey afirma

O processo de liberalização foi oscilante, geograficamente desigual e altamente influenciado pelo equilíbrio entre as classes e outras forças sociais alinhadas ou contrárias às suas posições centrais dentro das formações específicas de Estado, e mesmo dentro de setores particulares (como a saúde e a educação) (Yergin & Stanislaw, 1999 cit. por Harvey, 2006, p.10-11).

Segundo o autor, na implementação do neoliberalismo nos Estados Unidos, o FMI “assentou os fundamentos da ideia de que o papel do governo seria criar um bom clima dos negócios, em vez de tratar das necessidades e do bem-estar da população como um todo” (Harvey, 2006, p.12). O maior sucesso do neoliberalismo “não se encontra no que tange à geração de riquezas, mas sim à sua redistribuição...redistribuir a riqueza e renda da massa da população em direção às classes altas, e dos países vulneráveis aos países mais ricos” (2006, p. 17-18). O autor denomina de acumulação por expropriação

práticas de acumulação que Marx chamou de acumulação ‘primitiva’ ou ‘originária’, na fase de ascensão do capitalismo. Elas incluem a comoditização e a privatização da terra, e a expulsão forçada de populações camponesas (como no México e na Índia, em tempos recentes); a conversão de várias formas de direitos de propriedade (por exemplo, propriedade comum, coletiva, pública) em direitos exclusivos de propriedade privada; a



supressão de direitos aos bens de uso comum; ...a usura, a dívida nacional e a mais devastadora de todas, o uso do sistema de crédito como instrumento radical para a acumulação primitiva. A esta lista de mecanismos podemos acrescentar uma coleção de técnicas adicionais, como a extração de rendas por patentes e direitos de propriedade intelectual e a diminuição ou supressão de várias formas de direitos de propriedade comum (como previdência social pública, férias pagas, acesso à educação e saúde), conquistadas através de uma ou mais gerações de democráticas lutas de classes. A proposta de privatizar todos os direitos à aposentadoria (de que foi pioneiro o Chile da fase ditatorial) é um dos mais apreciados objetivos dos neoliberais nos Estados Unidos (HARVEY, 2006, p.18, grifos das autoras).

Estão grifadas no texto, algumas práticas que interferem no direito das pessoas com HIV/AIDS à saúde, à proteção social, incidindo tanto na realidade brasileira quanto moçambicana.

Metodologia

O estudo está orientado pelo método materialista histórico-dialético, buscando ultrapassar as aparências e identificar as tendências da política de saúde para HIV/AIDS sob o aprofundamento do neoliberalismo. Para isso, focalizando dois países busca entender as contradições decorrentes desse processo e suas mediações.

Utilizou bibliografia que discute o papel do Estado no capitalismo financeiro, reduzindo sua ação na direção da reprodução social, enquanto amplia sua contribuição à reprodução do capital. Foram utilizados dados secundários sobre a epidemia de HIV/AIDS no Brasil e em Moçambique. No caso brasileiro, se utilizou de materiais jornalísticos apontando medidas governamentais atuais. Em relação à Moçambique tivemos acesso a documentos elaborados pelo país que mostram uma mudança nas ações de enfrentamento à AIDS, envolvendo doadores internacionais embasados nas novas diretrizes de enfrentamento à doença.

Resultados e discussão

O surgimento dos primeiros casos de AIDS (Síndrome da imunodeficiência adquirida), nos anos 1980, doença nova, desconhecida até então, levou a comunidade científica a procurar conhecer melhor o vírus que a gerava, o HIV (vírus da imunodeficiência humana). Até que os cientistas construíssem conhecimentos sobre o vírus e sobre a AIDS, as mortes se sucederam, principalmente entre certos grupos populacionais – gays, homens que fazem sexo com homens, trabalhadoras/es do sexo e usuários de drogas. Os preconceitos em relação a essas pessoas se ampliaram, gerando estigma e



dificuldade de atenção a essas pessoas atingidas pela doença chamada de peste gay.

Pesquisas sobre HIV e AIDS levaram à descoberta dos antirretrovirais, medicamentos que previnem que o vírus HIV atue no organismo fragilizando-o, possibilitando o aparecimento de doenças. Não se chegou ainda a uma vacina que impeça que as pessoas se infectem com o vírus HIV, mas os antirretrovirais têm se mostrado eficazes em relação à proteção do organismo contra o vírus e contra sua transmissibilidade. Nos anos 2000, diante da epidemia de HIV/AIDS, os organismos internacionais definiram diretrizes a serem implementadas em todos os países, mudando a lógica de atuação em relação à doença até então: tratamento universal, independente da carga viral, centrado numa abordagem biomédica, com o uso inclusive preventivo de antirretrovirais para populações-chave.

Brasil, SUS, HIV/AIDS e neoliberalismo

Num país como o Brasil, que em 1988 inscreveu em sua Carta Magna a saúde como direito de todos e dever do Estado, criando o Sistema Único de Saúde, a consolidação do neoliberalismo investe contra esse direito, na tentativa de reduzir seu alcance e tornar a saúde um espaço de possibilidade de atuação dos interesses privados em saúde, aberto à mercadorização da saúde, levando as pessoas a pagar pelos serviços e ações de saúde, desde a atenção primária, até procedimentos de média e alta complexidade.

O subfinanciamento do SUS, desde sua criação, limita sua consolidação e expansão, em meio aos interesses privatistas presentes fortemente no período anterior à existência do SUS, durante a ditadura civil-militar (1964-1985). Diversas medidas implementadas pelos governos, desde a década de 1990, após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde 8.80 e 8.142 (1990), restringem o financiamento do SUS e seu alcance:

A primeira delas foi o descumprimento da destinação de 30% do orçamento da seguridade social, constitucionalmente indicada para o SUS. A esta medida seguiram-se outras, apontadas por Santos (2015): retirada do Fundo Previdenciário da base de cálculo da parcela federal; ampliação dos subsídios ao mercado, com o cofinanciamento público de planos privados para servidores e empregados públicos; ampliação da renúncia fiscal para pessoas físicas no âmbito da assistência; desvio da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) para outros dispêndios da União, a partir de 1996; criação das Organizações Sociais (OS) em 1998 e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) em 2000, organizações privadas sem fins lucrativos, para gerenciar unidades de saúde; aprovação da Lei da Responsabilidade



Fiscal (LRF) em 2000, restringindo a contratação de servidores públicos (Vieira, 2018, p.74-75).

A Emenda Constitucional 29, de 2010, que levou 10 anos de discussão no Congresso Nacional, foi a primeira norma que definiu percentuais de gastos na saúde para estados e municípios, entretanto, sem delimitar percentual de gasto da União. Nos anos seguintes, novas investidas foram se concretizando contra o SUS universal, como a Emenda Constitucional 86 de 2015, reduzindo as bases de financiamento do SUS, especificamente a parcela federal no financiamento, que passou a considerar a Receita Corrente Líquida (RCL) da União. Em 2016, após a trama do impeachment da Presidenta Dilma Rousseff, o vice-presidente Michel Temer, assumiu o governo e aprovou a Emenda Constitucional 95 de 2016, que congelou os gastos públicos pelos próximos 20 anos, corrigindo o valor do ano anterior apenas pela inflação. Essa emenda é considerada fatal para a política de saúde, que deverá enfrentar o crescimento e envelhecimento da população, antigas e novas necessidades de saúde. Pode-se afirmar, portanto, que:

O SUS vem sendo objeto de ataques orquestrados pelos núcleos econômicos que comandam as políticas fiscal e monetária, para garantir o superávit primário que viabiliza o pagamento do mercado financeiro. O núcleo do Poder Executivo – Ministérios do Planejamento, da Fazenda e da Casa Civil – defende essa posição, consolidando a lógica neoliberal na política de saúde (Vieira, 2018, p.75).

Encontram-se em análise, desde o governo Temer, os planos acessíveis de saúde voltados aos 77,32% da população que utiliza o SUS, para atender às necessidades de saúde. O atual Ministro da Saúde do Governo Jair Bolsonaro, Henrique Mandetta, eleito em 2019, defende que o SUS não deve ser gratuito para todos, e pensa em implementar análises para cobrar os serviços e ações de saúde, de acordo com as condições de pagamento de cada cidadão, rompendo com a lógica de solidariedade inscrita no SUS.

Em relação ao HIV/AIDS, desde os anos 90 o Brasil desenvolvia ações de ponta, garantindo antirretrovirais gratuitos de acordo com o protocolo internacional, pelo qual esses medicamentos eram usados quando a pessoa apresentava sinais avançados de AIDS. O enfrentamento do HIV foi assumido pelo governo brasileiro em resposta às intensas mobilizações da sociedade civil diante das mortes causadas pela AIDS. Nos anos 2000, com a aprovação da diretriz internacional de tratamento desde a detecção do HIV, com as metas 90-90-90 do UNAIDS, o Brasil fortaleceu suas ações de apoio às



peças vivendo com HIV/AIDS, inclusive atuando na quebra de patentes de medicamentos, apoiado na Declaração de Doha, em situações consideradas de risco para saúde pública.

Atualmente, 2019, a política de saúde para HIV/AIDS encontra-se em risco. O aprofundamento das diretrizes neoliberais do Governo Bolsonaro, com drástica redução de gastos com políticas sociais, exemplificada pelos cortes de recursos para pesquisa e educação soma-se à orientação governamental profundamente conservadora moralmente, aprofundando as preocupações na área de HIV/AIDS. Camargo Jr. considera que:

Mudanças de conjuntura política têm-se mostrado ameaçadoras à continuidade da resposta brasileira ao HIV/Aids; em particular, a interferência de forças políticas conservadoras de inspiração religiosa tem comprometido severamente a capacidade de proposição de iniciativas dirigidas a populações mais vulneráveis, como se observou ao longo deste ano, como o veto a campanhas publicitárias dirigidas a homens que fazem sexo com homens e, posteriormente, prostitutas. É necessário preservar o que já foi conquistado e avançar na luta contra o HIV/Aids (Camargo Junior, 2013, p.678-9)

De acordo com Seffner & Parker (2016), o governo brasileiro recusou nos anos 1990 recursos da ordem de 40 milhões de dólares doados pelo governo Bush para uso na luta contra a AIDS, por estarem “atrelados a ditames de ordem moral que conflitavam com as noções de direitos humanos então orientadoras da resposta nacional brasileira, em especial no delicado terreno da prostituição” (Seffner & Parker, 2016, p.28).

Uma das primeiras medidas adotadas no governo Bolsonaro foi a exoneração da sanitária Adele Benzaken da direção do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs, do HIV e Hepatites Virais (DIAHV) do Ministério da Saúde. A decisão foi tomada uma semana após a retirada no site do respectivo Ministério de uma cartilha, lançada há seis meses para homens trans, por conter informações consideradas inadequadas moralmente. A ação seguinte foi a reestruturação do DIAHV, transformado em Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. O movimento nacional de luta contra a AIDS, formado por redes, coletivos, organizações e ativistas, repudiou essa mudança, considerando que não é apenas uma questão de nomenclatura, mas o prenúncio do fim de um programa bem sucedido, referência internacional (ABIA, 2019). O novo departamento incorpora outras doenças, como tuberculose, verminoses e seu site foi congelado, e as notícias sobre



AIDS passarão a fazer parte de um portal geral do governo federal, o que coloca em dúvida a geração de informações para a sociedade civil e gestores do SUS e a publicação de dados atualizados sobre AIDS. Em relação à AIDS, é grande o temor de desestruturação da resposta nacional à epidemia, diante dos ataques ao SUS, da redução drástica de recursos para as políticas sociais, e do conservadorismo do atual governo. O Presidente Bolsonaro, antes da eleição, havia feito uma declaração contrária à garantia de enfrentamento da AIDS pelo governo, considerando que a maior parte das pessoas afetadas pela epidemia é de gays e pessoas que agem moralmente fora dos padrões aceitos pela tradicional família nuclear. Preocupa o retrocesso em relação à epidemia, em ascensão entre jovens gays. A Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids – ABIA, destaca em uma matéria publicada: "Não podemos adormecer diante de uma epidemia que se aproxima de um milhão de casos e mais de 350 mil mortes desde 1980 no Brasil. Problematizar a questão da AIDS é compreendê-la dentro da concepção mais ampla".

Moçambique, HIV/AIDS, neoliberalismo

Moçambique não tem um sistema público universal de saúde, com integralidade. O Sistema Nacional de Saúde (SNS) tem uma debilidade orçamentária que compromete as ações necessárias, num país que tem que enfrentar malária, cólera endêmica, AIDS (Sousa, 2007). O país tem um dos menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) no mundo – 0,437, 180º lugar, entre 189 países. É também um país de desigualdades crescentes, ocupando o lugar de 6º país mais desigual do mundo, próximo do Brasil, que ocupa a 8ª posição mundial em desigualdade, apesar de ter um melhor IDH, de 0,759.

Sua história contribui para entender a pobreza do país - Moçambique foi colônia de Portugal até 1975, quando libertou-se após uma guerra que durou 10 anos, liderada pela Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO), que hoje governa o país. Após a libertação, 16 anos de guerra civil dizimaram a infraestrutura e seus cidadãos, divididos entre a FRELIMO e a Resistência Nacional Moçambicana (RENAMO), apoiada pela África do Sul (ainda sob apartheid), Rodésia (atual Zimbabwe), com interesses econômicos na região (Vieira, Rocha, Head & Casimiro, 2014).

A libertação do país, de maioria negra (99% da população), foi realizada com base em referências socialistas, com a perspectiva de levar desenvolvimento e igualdade a cidadãos e cidadãs, mas ao final da guerra civil, o país destruído em suas forças



produtivas, precisando de apoio internacional, submeteu-se à orientação neoliberal, implementando medidas de ajuste fiscal que restringiram a proteção social à população.

O país é alvo de críticas severas de corrupção, tendo sido revelada uma dívida pública secreta, que está obrigando ao país a se desfazer de recursos de reservas de minérios e gás, recentemente descobertas, para seu pagamento, em meio a questionamentos jurídicos sobre sua validade. Os minérios e gás vêm sendo explorados por companhias internacionais chinesas, europeias e brasileiras, como a Vale S.A., atuando na região norte. Implanta-se um projeto de agronegócio, apoiado pelo Japão e o Brasil, no Corredor de Nacala, ao norte.

Diante de um Estado frágil economicamente, a epidemia de HIV/AIDS cresceu de forma intensa, generalizando-se, pois não foram desenvolvidas suficientemente políticas e ações de controle. Como o país não tem recursos para financiar políticas sociais, entre elas os serviços de saúde, recorreu a financiamentos internacionais, entre os quais o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/VIH/Aids/SIDA (UNAIDS/ONUSIDA), e o Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da AIDS (PEPFAR), criado em 2003, que definem as ações a serem realizadas. Em Moçambique enquanto no Brasil se administrava antirretrovirais às pessoas com HIV, se fortalecia a prevenção através do uso do procedimento chamado ABC (Abstinence, Be Faithful, Condom use). A predominância do ABC, num país com fortes tradições culturais, insuficiência de médicos e profissionais de saúde, em que há forte dependência de recursos externos, gerou um saldo trágico para o país.

Estimativas do UNAIDS (2018a) apontam que, em 2018, o total estimado de pessoas com HIV era de 2.200.000, sendo 1.200.000 mulheres de 15 anos e acima, e 750.000 homens nessa mesma faixa etária. De acordo com o site do UNAIDS, ano passado 150.000 pessoas foram infectadas por HIV, ocorrendo 54.000 mortes relacionadas à AIDS. Aponta que “There has been progress in the number of AIDS-related deaths since 2010, with a 16% decrease, from 64 000 deaths to 54 000 deaths. The number of new HIV infections has also decreased, from 160 000 to 150 000 in the same period” (UNAIDS, 2018).

O grande quantitativo de mortes gera um grave problema, os órfãos.

O PEN IV traça assim o panorama trágico da situação das crianças órfãs e vulneráveis em Moçambique: “dados da UNICEF apontam que o país conta com um milhão e 200



mil crianças órfãs e outras 600 mil em situação considerada vulnerável. Deste horizonte, os dados dão conta que somente 13 mil crianças se encontram em centros de acolhimento institucional. Os números apontam para 24 mil famílias chefiadas por crianças” (República de Moçambique, 2016, p. 36-37).

As famílias chefiadas por crianças de 12 a 18 anos são apoiadas pelo Ministério do Género, Criança e Acção Social, que viabiliza, com suporte de organizações da sociedade civil, alimentação, vestuário, material escolar e integração no ensino, assistência médica e medicamentosa, apoio psicossocial e legal, e habitação. Através do Programa de Apoio Social Directo garantiu, em 2014 e 2015, transferências sociais para um apoio prolongado em espécie a 7.355 e 7.390 agregados chefiados por crianças, respectivamente.

A ação governamental, contando com recursos internacionais abrange 1) ações preventivas (preservativos, circuncisão masculina, prevenção da transmissão vertical, diagnóstico precoce infantil, aconselhamento e testagem, tratamento de Infecções de Transmissão Sexual), e 2) cuidados, tratamento e apoio, abrangendo tratamento antirretroviral, avaliação de CD4 e carga viral, co-gestão do tratamento da tuberculose e do antirretroviral, cuidados domiciliários, atenção às populações-chave (trabalhadoras do sexo, homens que fazem sexo com homens, trabalhadores Moçambicanos nas minas da África do Sul e Camionistas de longo curso), apoio psicossocial e prevenção positiva, proteção a órfãos e outras crianças vulneráveis.

No país, a epidemia atinge mais mulheres que homens, diante da tradição patriarcal, dos casamentos intergeracionais, da poligamia masculina permitida, mas principalmente da pobreza das mulheres que, sem renda, se submetem a relações que as fragilizam diante da epidemia. Há grande discrepância em relação aos dados no Brasil, principalmente considerando que Moçambique tem cerca de 1/8 da população brasileira. Segundo o Ministério da Saúde, “estima-se que 866 mil pessoas vivem com o HIV no Brasil” (Brasil, 2019). Em 2017 foram notificados 42.420 casos de HIV e 37.791 casos de AIDS. Ocorreram 11.463 óbitos por AIDS, e a taxa de detecção de AIDS foi de 18,3/100.000 habitantes (Brasil, 2018).

Em Moçambique, os gastos com HIV/AIDS mostram a predominância dos investimentos externos, especialmente na garantia de acesso universal ao tratamento que, em 2014 totalizou US\$121.768.208,00. O governo moçambicano arcou com apenas 3% desse valor, cabendo ao PEPFAR, 74% do gasto total.



O enfrentamento da AIDS em Moçambique é orientado por um plano de 5 anos, que, atualmente, é o Plano Estratégico Nacional IV (PEN IV) de 2015-2019. Os princípios adotados no PEN IV são: Descentralização, Moçambicanização da Mensagem, Multi-sectorialidade, Resposta centrada nos Direitos Humanos e na Justiça de Gênero, Abordagens baseadas em evidências, Abordagem integrada e holística, Envolvimento, participação e responsabilidade partilhada, Parcerias e Sustentabilidade. Destacamos a moçambicanização da mensagem, que se refere à necessidade de construir ações que respeitem a cultura local, baseadas nas tradições locais, desconsiderando a imposição de padrões do exterior, que não fazem eco na população local. O plano tem como objetivo principal a redução do número de novas infecções por HIV, associado “à preocupação geral de garantir qualidade de vida às Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) e seus dependentes, bem como mitigar os impactos da SIDA nos sectores de vida económica e social do país” (República de Moçambique, 2016, p. 8).

O Relatório Global à SIDA, Relatório do Progresso, elaborado pelo Conselho Nacional de Combate à SIDA (CNCS), com o apoio do Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV e SIDA (ONUSIDA), aponta que:

A SC (sociedade civil) presta uma grande parte dos serviços de HIV dirigidos a PVHIV, HSH, PID e MTS, cuidados paliativos, direitos humanos, redução do estigma e discriminação, cuidados domiciliários, e apoio a Crianças Órfãs, mas tem fraco acesso a apoio financeiro e técnico para implementar atividades...A resposta ao HIV em Moçambique tem conhecido desenvolvimentos legais, estratégicos e políticos que são benéficos para o controlo da epidemia. Estas forças, contudo, precisam ser mais integradas na vida quotidiana e tornadas acessíveis aos mais vulneráveis. Na realidade, as leis e estratégias de que o país dispõe, contemplando a protecção dos direitos humanos, incluindo aqueles relacionados com o HIV, raramente são totalmente implementadas, e normalmente não estão acessíveis a toda a gente (República de Moçambique, 2016, p.16-17).

Até a primeira década do século XXI a distribuição de antirretrovirais era restrita, feita principalmente no sul do país, na capital. Sem recursos próprios para financiar os medicamentos, o país viu crescer a AIDS, atingindo mais as mulheres. A mudança da orientação internacional, tendo em vista o tratamento em qualquer fase da doença, favoreceu o uso de antirretrovirais desde a detecção do vírus HIV, na perspectiva de prevenir a transmissibilidade do vírus, reduzindo a expansão da AIDS. Com isso, a prioridade das ações em relação à AIDS, passou da prevenção ao tratamento



medicamentoso. Assim, se em 2011, havia menos de 300 unidades sanitárias oferecendo tratamento antirretroviral (TARV), “nos finais de 2015, este número tinha mais que triplicado (937). Isto representa um incremento na cobertura de serviços TARV no Serviço Nacional de Saúde para o período 2011-15, de 18 para 65 por cento” (República de Moçambique, 2016, p.28). Com isso, o número de usuários de antirretrovirais subiu de 300 mil em 2011 para mais de 800 mil em finais de 2015, o que corresponde a uma cobertura do TARV entre PVHIV equivalente a 53% (República de Moçambique, 2016, p.29). Ocorre, entretanto, que:

a distribuição geográfica dos beneficiários do TARV é ainda muito desigual, sendo maioritários na região Sul (cerca de 45% do total de beneficiários), e especialmente na cidade e província de Maputo, assim como nas capitais provinciais, onde a oferta do TARV se iniciou vários anos antes do recente crescimento explosivo. Em resultado disso, cerca de 75% dos actuais beneficiários do TARV estão concentrados em cerca de 20% das US que oferecem TARV. A retenção em TARV continua a ser o calcanhar de Aquiles do Plano de Aceleração da resposta. Na realidade, menos de metade dos beneficiários ainda continua a receber tratamento ao fim de 3 anos. (29)

A orientação neoliberal assumida drasticamente no país após a independência de Moçambique deixou suas marcas no país, com uma epidemia generalizada. Na realidade brasileira, após uma intensa atuação em relação à AIDS, o aprofundamento do ajuste fiscal na segunda metade dos anos 2010 vem preocupando os setores atuantes em relação à área de HIV/AIDS.

Reflexões finais

As diretrizes neoliberais condenam as pessoas a conviver com a doença e a morrer diante da impossibilidade de respostas a suas necessidades através da intervenção do Estado, frágil ou mesmo inexistente, e também da impossibilidade de pagar por serviços de saúde e medicamentos.

Ou seja, sob o argumento neoliberal, saúde não deve ser para todos, acessível através de ações e serviços garantidos pelo Estado. Saúde é para quem compra esses serviços no mercado, os quais são prestados na medida do pagamento que pode ser feito.

Em Moçambique, as diretrizes neoliberais impediram/limitaram as ações do Estado na área de saúde, e em relação ao enfrentamento do HIV/AIDS. Enquanto no Brasil, já em 1996 a legislação garantia os antirretrovirais, incidindo sobre o desenvolvimento da epidemia, que se manteve estabilizada e concentrada em algumas populações-chave,



em Moçambique a epidemia generalizou-se, concorrendo para isso a fragilidade do Estado moçambicano, e a submissão às determinações dos organismos doadores internacionais.

Notas

¹ Universidade Federal de Pernambuco - anacvieira12@gmail.com

² University of Cape Town - msolgrocha@gmail.com

³ Universidade Federal de Pernambuco - quelcsoares@gmail.com

Referencias bibliográficas

ABIA. (2019). Política de morte: o fim do Departamento de AIDS. Recuperado a 24 de maio de 2019 em <http://abi aids.org.br/politica-de-morte-o-fim-do-departamento-de-aids/32852>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2018). Boletim Epidemiológico HIV AIDS. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde. Recuperado a 07 de setembro em [file:///C:/Users/Infoshopping/Downloads/boletim_hiv_aids_12_2018%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Infoshopping/Downloads/boletim_hiv_aids_12_2018%20(2).pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2019). Ministério da Saúde lança campanha para conter avanço de HIV em homens. Recuperado a 7 de setembro de 2019 em <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/ministerio-da-saude-lanca-campanha-para-conter-avanco-de-hiv-em-homens>

Camargo Jr., K. R. (2013). A importância das abordagens abrangentes na prevenção do HIV/Aids. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Brasil, 23 (3): 677-680, 2013.

Diário de Pernambuco. Ministério da Saúde exonera diretora do Departamento de HIV/Aids. (2019). In Diário de Pernambuco. Recuperado a 28 de Janeiro de 2019 em http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/brasil/2019/01/10/interna_brasil,773444/ministerio-da-saude-exonera-diretora-do-departamento-de-hiv-aids.shtml.

Harvey, D. Neoliberalismo como destruição criativa. *Interfacehs*, 2006. Recuperado a 8 de setembro de 2019 em <http://www3.sp.senac.br/hotsites/blogs/InterfacEHS/wp-content/uploads/2013/07/trad-2007.pdf>

República de Moçambique. Conselho Nacional de Combate ao SIDA. (2016). Resposta Global à SIDA. Relatório do Progresso. Maputo, Moçambique: Conselho Nacional de Combate ao SIDA.

República de Moçambique. Ministério da Saúde. (2018). Relatório Anual das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA 2017. Maputo, Moçambique: MISAU.



Seffner, F. & Parker, R. (2016). A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à AIDS. Mito VS Realidade: Sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. Rio de Janeiro, Brasil: ABIA.

Sousa, A. M. (2007). A epidemia pelo HIV/AIDS e suas repercussões sobre a saúde. (Dissertação de mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Brasil.

United Nations Development Program (UNDP) (2018a). Country Mozambique. overview. Recuperado a 07 de setembro de 2019 em <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/mozambique>

United Nations Development Program (UNDP) (2018b). Human Development Indicators and Indices: 2018 Statistical Update. New York: UNDP. Recuperado a 07 de setembro de 2019 em http://www.hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update.pdf.

Vieira, A. C. S. (2018). Política de Saúde e HIV: Direito à saúde e reformas regressivas. *Argumentum*, 10(1), 72-87. Recuperado a 7 de setembro de 2019 em

Vieira, A. C. S., Rocha, M. S. G., Head, J. F. & Casimiro, I. M. A. P. C. (2014). A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado. Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. *Katálysis*, 17(2), 196-206. Recuperado a 7 de setembro de 2019 em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/36246/28155>.



A judicialização da saúde no Brasil

Maria Erica Ribeiro Pereira
Grayceane Gomes da Silva

Resumo

A judicialização na saúde é um fenômeno de proporções cada vez mais significativas no Brasil. Destarte, esse estudo analisa, a partir de revisão integrativa, como a judicialização da saúde vem sendo percebida pelos estudiosos do tema no País. Trata-se, especificamente, de quantificar os artigos nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline) entre 2013 e 2017, e analisar os principais desafios e possibilidades apresentadas pelos pesquisadores quanto à questão. Assim, realizou-se estudo quali-quantitativo, com pesquisas bibliográfica e documental, cujos dados foram tabulados e submetidos à Análise de conteúdo. Constatou-se, após analisar 40 artigos, que a judicialização é própria da era da saúde como direito constitucional, a qual é usada diante da negativa do acesso mediante escassez, má gestão, falta de regulamentação de insumos, procedimentos e equipamentos vinculados à saúde. Esse fato é pensado, sobretudo, por acadêmicos que apontam como seus aspectos positivos: ser mecanismo de acesso à saúde; uma nova porta de entrada viabilizadora de procedimentos não ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS); é impulsionador de atualização das listas e oferta de serviços no sistema e de suas políticas. Como elementos negativos destacam-se: comprometimento do orçamento programado; intervenção não especializada do juiz na saúde, podendo implicar prejuízos ao SUS, à gestão e ao usuário. Conclui-se que as alternativas ao excesso de judicialização devem ser coletivamente pensadas corrigindo suas causas, primando pela garantia dos elementos necessários ao acesso à saúde pública e de qualidade.

Palavras-chave

Judicialização. Saúde. Direito Social. Judiciário. Política Pública.

Introdução

A judicialização da saúde é um fenômeno crescente no Brasil dado o cenário de precarização das condições necessárias ao acesso a esse direito social. A judicialização pode ser definida como o processo pelo qual um cidadão impetra ação contra alguma das esferas do governo (município, estado ou União) para acessar qualquer serviço ou insumo da saúde. Tais ações requisitam novas estratégias de gestão, considerando a



relação entre interesse individual e coletivo no Sistema Único de Saúde (SUS), evitando desigualdades.

Destarte, analisou-se, a partir de revisão integrativa, como a judicialização da saúde vem sendo percebida pelos estudiosos do tema no Brasil. Trata-se, especificamente, de quantificar os artigos nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline) nos últimos cinco anos e analisar desafios e possibilidades apresentadas pelos pesquisadores quanto a questão.

Fundamentação teórica

A judicialização é fruto da conquista de direitos. Isso é algo relativamente novo no Brasil. Reporta-se a Constituição Federal de 1988 que prevê a saúde como direito social componente da Seguridade, juntamente com a Previdência e a Assistência Social (Brasil, 1988). Assim, a saúde, historicamente vinculada ao trabalhador contribuinte, torna-se uma conquista de todos e todas as brasileiras, regulamentada pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS): Lei 8.080 e 8.142 de 1990. Estas ao responsabilizar pessoas, famílias, empresas e sociedade, imputa ao Estado a primazia na operação de condições indispensáveis ao desenvolvimento da saúde (Brasil, 1990).

Essa concepção orientaria a promoção da saúde nos anos 1990. Todavia, o contexto neoliberal prega o afastamento do Estado da regulação da questão social. Isso comporta uma realidade complexa à operacionalização das políticas sociais com recorte universalizante. Assim, o Brasil efetiva a Reforma do Estado, a qual tem por base a flexibilização dos ganhos na Constituição Federal, compreendida como rígida. Nesse bojo, ganham força a privatização, a publicização, a terceirização e o terceiro setor. Busca-se a separação entre o planejamento e a execução das políticas sociais. Assim, o Estado as concebe e os demais setores as executam.

Isso redundando em focalização, seletividade e descentralização da prestação dos serviços sociais. Há claramente uma coexistência difícil entre universalidade e hegemonia neoliberal, nos termos de Behring e Boschetti (2008), pois os elementos postos indicam a ação estatal voltada apenas aos efeitos mais profundos da crise.

Isso para Bravo (2008) mostra-se à saúde em uma disputa que a dualiza entre o projeto de saúde de mercado ou privatista e o projeto de reforma sanitária. O primeiro vem



ganhando força a partir dos anos 1990 comprometendo recursos e a concepção constitucional de direito universal.

Essa contradição chega ao usuário do SUS, que, diante da negativa de acesso a procedimentos, serviços e atendimentos, busca as ações judiciais. Viana, Burgos y Salles (2007) compreendem que o direito social regula as necessidades dos mais vulneráveis. Deste modo, o “(...) juiz torna-se protagonista direto da questão social” (p.41), diante do panorama da negativa. Trata-se de um fenômeno próprio da saúde como direito universal e gratuito.

Não por acaso, é nos anos 1990 que a judicialização ganha corpo no Brasil. Segundo Teixeira (2011), o movimento pelo acesso aos medicamentos antirretrovirais através do SUS demarca a judicialização na saúde. As decisões eram favoráveis aos impetrantes, por ser considerada a saúde um meio sine qua non à vida (Pimenta, 2016). Um marco disso é a Lei 9.313/96 que garante a distribuição universal e gratuita de antirretrovirais no SUS e o Programa Nacional de DST/AIDS.

Chega-se à segunda década do século XXI tendo na judicialização um problema gerencial significativo, posto que o direito individual, difusos e coletivos do campo da saúde entram em conflito em um cenário de limitações orçamentárias, demarcando crescimento de 129% de 2012 a 2014 e acúmulo de mais de R\$1,7 bilhão em despesas em ações judiciais contra o Governo Federal (CNJ, 2018).

Panorama similar, em 2009, levou a Suprema Corte a convocar reunião para discuti-la, como meio de criar estratégias de garantia de direito aos impetrantes sem comprometer a continuidade dos serviços (Brasil, 2015). Nesse contexto, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) aprovou a Recomendação 31 de 2010, orientando aos Tribunais de Justiça dos Estados e Tribunais Regionais Federais a celebração de convênios que disponibilizem apoio técnico para auxiliá-los quanto a questões clínicas apresentadas nas ações de saúde (Brasil, 2011).

O Conselho Nacional de Saúde (CNAS) aprovou a Resolução 107 de 2010, criando o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde, visando elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas ao aperfeiçoamento de procedimentos, reforçando a efetividade dos processos judiciais e a prevenção de novos conflitos (CNJ, 2010).



Essas medidas são respostas aos processos contra o Estado, o qual é impelido a gerir um sistema universal driblando a carência orçamentária, os erros gerenciais e o atendimento de usuários de plano de saúde sem ressarcimento ao SUS, embora haja tal previsão no artigo 32 da Lei 9.656 de 1998. Destarte, o orçamento assume uma dimensão política, extrapolando seu viés tecnicista, e se torna instrumento de administração pública (Mânica, 2007). Ele guia-se pela Lei do Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentária e Lei Orçamentária Anual, que determinam prioridades e recursos necessários, as quais se submetem ao controle e à fiscalização interna e externa e à Lei de Responsabilidade Fiscal de 2001. Os instrumentos de planejamento do SUS são o Plano de Saúde, Programa Anual de Saúde e Relatório Anual de gestão, que são guiados a racionalizar custos no contexto da universalidade.

Esses implicam a universalidade, a qual se confronta com a ideia de reserva do possível, ou seja, na razoabilidade da pretensão do requisitante, que “(...) não se refere direta e unicamente à existência de recursos materiais suficientes para a concretização do direito social (...)” e permeia a discussão sobre a judicialização no Brasil (Mânica, 2007, p.13).

Metodologia

Este estudo parte de uma revisão integrativa (Whittemore; Knafl, 2005), cujos objetos são os artigos indexados nos últimos cinco anos (2013-2017) na LILACS e no Medline, em um período de busca entre setembro e outubro de 2018. Os descritores utilizados em associação na identificação dos artigos foram: judicialização na saúde, decisão judicial e direito à saúde.

Assim, tem-se uma pesquisa de natureza quali-quantitativa. A escolha desta natureza se justifica pelo objeto requisitar a quantificação de dados associada àqueles não quantificáveis apresentados sobre o tema. A primeira etapa refere-se a pesquisa bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica é feita a partir de material já elaborado e a documental é realizada a partir de material que ainda não recebeu tratamento analítico (Gil, 2008).

Ao final, encontraram-se no LILACS e no Medline: 125 e 07 artigos, respectivamente, dos quais foram analisados 40. Os dados foram vislumbrados através da Análise de Conteúdo (Minayo, 1993), tendo sido norteadada pela Resolução 510 de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que diz sobre pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais.



Resultados e discussões

Em 2013, cinco artigos dialogam sobre a judicialização sob aspectos que perpassam a judicialização no meio privado, sua peculiaridade quanto aos medicamentos e ética, dignidade da pessoa humana, impacto na vida dos usuários.

Silva et al (2013) falam sobre a judicialização ao direito à saúde suplementar quanto aos serviços domiciliares em Minas Gerais, cujo serviço é posto como um direito não adquirido nos planos privados. Assim, fica o ente público como o responsável legal por responder a essa demanda, configurando uma relação utilitarista com o SUS visando uma redução de custos quanto à atenção domiciliar.

D'Espíndula (2013) revela amadurecimento e organização da sociedade e deficiências na administração pública, demonstrando uma tensão entre os poderes quanto à judicialização. Como ganho há a possibilidade de reivindicação de medicamentos onde a Assistência Farmacêutica não funciona. Todavia, nos demais casos, considera-se que há demandas infinitas e recursos finitos; dificuldade na execução de serviços; iniquidade e possíveis danos aos usuários; prejuízo aos gastos programados; em vários casos, precoce incorporação de medicamentos, sem atender aos fatores sanitários. Assim, propõe a atualização permanente das listas de medicamentos e a organização do SUS como alternativas à judicialização.

Carvalho y David (2013) discutem a judicialização em uma dupla visão: como efetivadora da cidadania e da dignidade humana mediante o acesso à saúde e como interferência do Judiciário no Executivo. Elas defendem que está sendo superada a segunda visão, espraiando-se a perspectiva de melhorias na judicialização como último recurso ancorada na tutela do direito coletivo.

Nessa via, Nepomuceno et al (2013), criticam a individualização dos casos, cujas demandas são fragmentadas e pouco resolutivas, conformando um desgaste à família. Travassos et al (2013) entendem que o privilegiamento da ação individual e a concessão da medida liminar podem causar danos ao erário, conquanto o indeferimento poderia comprometer irreversivelmente a saúde, integridade física, dignidade e, muitas vezes, a própria vida do cidadão.

Como alternativa à judicialização, Nepomuceno et al (2013) propõem a publicização e a transparência à contenção dos processos e estabilização jurídica da saúde. Enquanto D'Espíndula (2013) defende a criação de canais formais de diálogo entre as áreas



jurídicas e da saúde, dentre eles uma comissão de bioética esclarecendo disputas entre a indústria farmacêutica e a regularização de medicamentos no SUS, cujo acesso judicial deve restringir-se a casos específicos.

Nove artigos em 2014 discutem a judicialização, focando: Audiência Pública de 2009, acesso a medicamentos, serviços, orçamento e análises à luz do SUS.

Gomes et al (2014) e Machado (2014) analisam a Audiência convocada pelo STF em 2009 para discutir a judicialização na saúde. Os primeiros evidenciam estratégias de contorno ao problema, como ação dos entes regulatórios e do Judiciário, consideração dos protocolos terapêuticos, os quais devem ser atualizados frequentemente, assessoria ao judiciário, solicitação inicial administrativa do pedido, exceto nos casos eminentes de risco de morte, criação de uma central única de pedidos, diálogo entre judiciário e saúde e controle social. Machado (2014) evidencia a centralidade na dispensação de medicamentos, alocação de recursos e função e interligação entre os três poderes. Os argumentos mostram custos, medicamentos sem registro ou experimentais e a interferências da indústria farmacêutica nos processos, o subfinanciamento da saúde, a finitude dos recursos diante da demanda, a má gestão e a necessidade do controle social.

Leitão et al (2014), ao analisar a literatura mundial sobre judicialização de medicamentos e o número de artigos no Brasil, indagam ser esse um fenômeno de países em desenvolvimento ou omissão científica de outros Países quanto à questão. Em debate, as autoras entendem-na como forma de acesso a medicamentos, mas com possibilidades de privilegiar parte da população, incorrendo em distorções. Isso ocorre pela necessidade de tomada de decisão iminente do caso pelo juiz, que o faz sem discernir a relação entre o particular e o interesse coletivo.

Reis, Guarechi y Carvalho (2014) analisam os discursos presentes nos processos judiciais para a internação compulsória de usuários de drogas. Entendem a judicialização como meio de garantia dos direitos fundamentais. Todavia, a internação compulsória tem assumido papel de segregação social e punição, por estar desarticulada da rede e referenda formas de normalização dos sujeitos.

Massaú y Bainy (2014) entendem a judicialização como um meio de acesso ao direito universal à saúde, obrigando o Estado. Todavia, há um excesso de processos, os quais implicam os gastos programados quanto à saúde, especialmente, nos pequenos



municípios os quais tem orçamentos enxutos. Assim, deve-se gerir o orçamento disponível, os gastos ordinários e as demandas judiciais, cuja ação perpassa a participação popular e ações unificadas do poder público.

Para Mazza y Mendes (2014), deve-se exigir a tutela coletiva pela saúde, rompendo com as demandas individuais. Ademais, há prejuízos quanto aos gastos programados, podendo comprometer o gestor que pode ficar entre o desacato de uma ordem judicial e um crime de responsabilidade fiscal ou contra a administração pública. Portanto, garantindo os determinantes legais, termina o judiciário implementando diretamente o direito à saúde, cuja primazia é das políticas públicas.

Carvalho y leite (2014) apontam uma peregrinação ao remédio via judicial no Amazonas, onde se computa acesso aos remédios não previstos em protocolos do SUS ou quando há desabastecimento, conhecimento do sistema e desenvolvimento de boas relações com os funcionários como ganhos ao usuário. Tudo isso colabora para o fortalecimento de sua cidadania, e esclarecimento de direitos e deveres, conquanto o direito seja individualizado pela justiça.

Aith et al (2014) entendem como uma questão-problema o esclarecimento do dever do Estado no que se refere a oferta integral de serviços e produtos de saúde. As autoras entendem ser a judicialização uma alternativa a quem precisa de medicamentos ainda que não contemplados em protocolos e diretrizes terapêuticas.

Gomes et al (2014) constataram baixo número de processos relativos a procedimentos ambulatoriais e hospitalares na média e alta complexidade quando comparados aos relativos a medicamentos. Compreendem que a judicialização pode aproximar o SUS real do legal, bem como alavancar melhorias nas políticas públicas, embora possam elevar os gastos.

Em 2015, há oito artigos que dizem sobre a judicialização de medicamentos e vacinas, o papel do Ministério Público nos processos, a Audiência Pública de 2009 e, pela primeira vez, um artigo foca nas alternativas ao acesso judicial à saúde.

Honorato (2015) entende que a judicialização vem garantir o acesso integral a saúde, incluindo os medicamentos regulamentados no SUS, cujos processos estão em descontinuidade ou aqueles que não foram regulamentados. Um elemento importante apontado é o recurso judicial como a última instância.



Santos, Delduque y Mendonça (2015) consideram que é posto ao juiz a decisão entre a vida e a morte de alguém, em um contexto que se deve considerar o direito individual e coletivo. Outro fator são os medicamentos sem registro na Anvisa, fora de sua indicação ou experimentais, além de colocar em risco a situação do paciente, e, em se tratando de tecnologias de alto custo, podem comprometer recursos à coletividade.

Asensi et al (2015) estudando a judicialização de vacinas, constatam que os processos são orientados às demandas individuais e corrigem ineficiências, mas ainda tem pouca representatividade quanto à demanda por prevenção.

Neto (2015) avalia o volume de ações como necessidade de adoção de parâmetros racionais para que a tutela jurisdicional seja entregue ao cidadão de forma mais célere e justa. Isso imputa aumento do orçamento, em razão das decisões judiciais que condenam o poder público a fornecer prestações de alto custo. Logo, ao analisar as jurisprudências do STJ e STF, o autor percebe que se busca equilibrar as ações, assistindo o demandante, mas considerando as políticas.

Machado (2015) põe em xeque alguns argumentos, destacadamente, a ideia da escassez de recursos e limitação orçamentária; o conflito entre interesse coletivo e individual; a elitização e a generalização de dados, posto o caráter localizados dos estudos. Assim, a redução ética da questão ao atrelá-la ao orçamento ou à classe social e a centralidade do debate na desorganização do Estado são os propulsores da atuação do Judiciário.

Oliveira, Andrade y Milagres (2015) compreendem ser a judicialização algo a ser usado na saúde quando os mecanismos de ação extrajudicial falharam. Logo, requisitam-se soluções partilhadas. Em linha parecida com Dias (2015) ao analisar as demandas por alimentos em Minas Gerais, as quais tem privilegiado o Mandado de Segurança, que impossibilita a oitiva do gestor, implicando os processos de contraditório e medidas eficazes e eficientes, conquanto verificou-se cautela dos juízes nas decisões. Todavia, defendem a criação de canais de acesso aos suplementos sem a judicialização.

Delduque y Castro (2015) afirmam a judicialização como um conflito entre quem tem seus direitos negados e o Estado. Assim, suas “proporções epidêmicas” ferem o princípio da equidade e implicam o Judiciário a atuar nas políticas públicas. Há gastos não previstos com dispensa de licitação e irregular divisão de recursos. Logo, sugerem a mediação sanitária como solução de conflitos no setor.



Em 2016, há quatro artigos analisados, evocando as características da judicialização, seus elementos bioéticos, a necessidade do diálogo entre os poderes.

Catanheide, Lisboa y Souza (2016) entendem não haver provas suficientes de elitização do acesso, bem como não se pode afirmar o comprometimento do orçamento do SUS. Concluem: a prescrição médica é a prova suficiente à sentença judicial, cuja predominância é a requisição pelo nome comercial; a maioria das ações teria sido evitada, se observadas as alternativas terapêuticas nas listas do SUS; e os medicamentos sem registro na Anvisa são exceção nas ações. Assim, implicam elevação no número de processos, não possibilita a oitiva do gestor; ao desconsiderar as listas do SUS, incorre-se em risco à saúde do usuário e abertura à pressão do mercado farmacêutico.

Zago et al (2016) afirmar que esse fenômeno deveria ser a exceção no sistema; por não o sê, há implicações éticas quanto ao uso de recursos em montante elevado para beneficiar poucos cidadãos, em cenário de escassez. Quanto às decisões, elas são baseadas na prescrição médica, que muitas vezes não apresentam comprovações de efetividade do fármaco. É, pois, sugerida a criação de Comitês Éticos que construam estratégias de gestão da saúde, contornando as discrepâncias apresentadas. Nessa linha, Asensi y Pinheiro (2016) defendem a solução de conflitos focada no diálogo e capacitação mútua entre o executivo e o judiciário, redundando em redução de processos judiciais.

Nunes y Ramos Junior (2016) mostram um possível recorte de classe no acesso ao judiciário, posto o local de residência da maioria dos demandantes em áreas nobres ou de classe média de Fortaleza, Ceará, com acesso majoritário mediante advogados particulares. Nas demandas por medicamentos, a maioria dos processos, há a representação de apenas um advogado, mas não se pode afirmar interferência da indústria farmacêutica. Assim, requisita-se estreitar os canais de comunicação entre gestor e magistrado, viabilizando uma gestão estratégica.

Em 2017, computaram-se catorze artigos publicados nas bases de dados pesquisadas. Isso indica que o tema ganhou corpo nacionalmente, sob prismas diversos, desvelando suas variadas faces e complexidade.



Botelho, Pessoa y Lima (2017) entendem a judicialização como meio legítimo de garantir a assistência terapêutica individual. Ponderam, pois, a elevação de custos extras ao sistema e uma possível interferência da indústria farmacêutica nos processos. Constatase que a maioria dos remédios requisitados estava nas listas do SUS, indicando falhas, as quais corrigidas podem evitar a judicialização.

Lisboa y Souza (2017) elencam como aspectos da judicialização de insulina análoga contra a Secretaria de Saúde da Bahia: hipossuficiência, indicação médica, dever e obrigação do Estado em fornecer o medicamento e dificuldades de acesso. Nas listas nacionais do SUS não há a previsão deste tipo de insulina, dada a não comprovação de sua superioridade em relação às demais, de custo menor. Todavia, o Estado da Bahia incorporou-a em sua lista de medicamentos, diminuindo os processos, mas não os cessou.

Em linha similar, Duarte y Braga (2017) avaliam como incipiente a observância das diretrizes do SUS nas decisões. Essa requisição visa ao controle social sobre essas listas, à medida que no âmbito da judicialização podem-se contestar além do nível individual possíveis distorções relativas à eficácia X custo do pedido, embora o fato de o medicamento não estar nas listas, não implica sua imediata negativa.

Ramos et al (2017) analisando as representações sociais de profissionais da saúde do Rio de Janeiro constatarem que os entrevistados consideram a judicialização negativa, alegando serem os processos atalhos ao SUS, comprometendo recursos, processos de trabalho, denotando equívocos quanto ao entendimento pelo judiciário sobre os princípios do sistema. A individualização dos processos mascara os dilemas do SUS, resolvendo-os pontualmente, com duas portas ao SUS, onde a judicial tem recursos ilimitados comprometendo à coletividade.

Bartolomei y Resende (2017) analisam os processos de internação compulsória em São Paulo como último recurso de acesso ágil ao serviço. Constataram aumento de gastos, consumindo recursos municipais, especialmente, pela ausência de participação do Estado e insuficiência de recursos federais. Ademais, o judiciário enquanto aquele que determina o fazer ao executivo termina por ser protagonista na condução das políticas sociais, computando uma distorção.

Arruda (2017) falando da judicialização no Mato Grosso entende-a como um novo meio de acesso a saúde, cuja magnitude influenciou o TJ em acordo com a Secretaria de



Estado a criar um Núcleo de Apoio Técnico com farmacêuticos e médicos cedidos ao Tribunal do Estado para analisar os casos e o serviço logístico de distribuição de medicamentos ter sido repassado a uma organização social.

Zebulum (2017) ao tratar da relação entre direito e moral quanto à judicialização da saúde, compreende-a como um meio de efetivação do acesso a remédios e procedimentos que, em sua maioria, deveriam estar disponíveis. Todavia, os casos difíceis evidenciam a discricionariedade do juiz a qual não está isenta dos valores que norteiam o profissional.

Silva, Almeida y Pessoa (2017) afirmam que há possibilidades de aprofundamento de desigualdades diante deles, pois, se o medicamento é eficaz ele deveria estar disponível a todos. Têm-se geralmente gastos elevados e não programados. Ademais, constata-se uma análise superficial da demanda e desconhecimento da política pública implementada.

Canut (2017) identifica como causas dos processos: ausência de parâmetros que orientem a integralidade; a gestão pública insatisfatória; o não reconhecimento do usuário com o sistema. Por meio deles, há a participação e o comprometimento do usuário com a cidadania, promovendo alterações nas leis e no modo de fazer a política no Brasil; corrige debilidades provenientes do Legislativo e do Executivo, identificando falhas à gestão, à incorporação de novos medicamentos, atualização das indicações terapêuticas, às omissões do Executivo e pode induzir políticas.

Como fatores negativos a autora destaca o fato de o Judiciário não considerar as políticas públicas em suas decisões e não se dedicam à análise do caso clínico do autor da ação como prejudicial à operacionalidade do SUS. Constata-se concessão de medicamentos que não constam nas listas oficiais com base na prescrição médica. Verificou-se o desrespeito das diretrizes de uso racional e seguro, aos protocolos clínicos e ao papel da Anvisa no registro de medicamentos. A responsabilidade solidária aplicada nos processos, por vezes, ocasiona duplicidade do insumo ou serviço, comprometendo o orçamento dos municípios.

Verbicaro y Santos (2017) entendem como causas da judicialização a insuficiência do sistema; vazios assistenciais na hipótese de doença que não tem protocolo clínico elaborado pelo SUS; conflito entre evidência científica e opinião médica (prescrição fora da bula ou discordante dos protocolos do SUS); e mercantilização da saúde. Uma



solução seria a participação cívica visando corrigir desigualdades advindas com a excessiva judicialização.

Nessa linha, Matos (2017), considerando o processo judicial como meio de concretização do direito à saúde e, em menor grau, para definição de políticas, mas também como um elemento que pode promover distorções e impactos orçamentários, entende que o Ministério Público pode agir como negociador na autocomposição bilateral de conflitos sanitários transindividuais, promovendo diálogo, para que o processo judicial seja o último recurso adotado.

Costa (2017) diz que a judicialização se consolidou como resposta a um contexto marcado pela exclusão e morosidade dos poderes executivo e legislativo quanto à saúde. Assim, o executivo tem preponderância quanto às políticas públicas, mas não é sua função exclusiva. Logo, não há ferimento à separação dos poderes quando o judiciário interfere na efetivação da saúde, posto ser essa uma demanda ao Estado e não necessariamente a um dos poderes.

Nogueira, Carvalho y Dadalto (2017) analisam o convênio entre Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (NATS HC-UFMG) Secretaria Estadual de Saúde (SES) e TJ de Minas firmado em 2012, cujo objetivo é a produção de Notas Técnicas a partir da solicitação dos juízes. Entendem que a judicialização perpassa gestores, prescritores, magistrados, universidades, pacientes e o NATS pode ser mediador neutro nessa integração.

Toma et al (2017) analisam estratégias criadas pelo Estado de São Paulo quanto à judicialização e concluem que esse mecanismo tende a ser usado como meio de corrigir as falhas do SUS, cujo estudo informa distorções relativas ao orçamento, direito coletivo e individual e apresentam um recorte de classe. Todavia, os processos cresceram, indicando os limites das estratégias alternativas adotadas.

Reflexões finais

O número de artigos teve seu pico no último ano, indicando abordagem maior sobre o tema, cujos autores são majoritariamente acadêmicos realizando pesquisas bibliográfica, documental e estudos de caso sobre o quantitativo e objetos da ação, montantes envolvidos nos processos, e acesso a medicamentos, mantendo relação com o objeto mais judicializado no País.



Os autores tendem a analisar a judicialização como o último recurso de acesso à saúde. Seu uso como regra cria uma nova porta de acesso à saúde que pode gerar desigualdades e ferir os princípios do SUS, pois protege os impetrantes, mas deixa de fora os que não o fazem, desconsiderando a totalidade da população que poderia ser beneficiada com o objeto demandado.

Como desafios, há a operação da saúde pelo judiciário. O que para alguns não é um problema, posto a requisição da efetivação do direito à saúde como encargo ao Estado e não a um poder exclusivamente. Um fator a ser considerado é requisição das decisões com evidências científicas evitando danos aos usuários.

As alternativas à judicialização envolvem a atuação de órgãos como o Ministério Público, criação de entes de negociação extrajudiciais e instituições de consultoria do judiciário, considerando as diretrizes e protocolos do SUS, mantendo interface entre poderes, prescritores, profissionais e sociedade.

Referencias

Aith, F. et al. (2014). Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. R. Dir. sanit., São Paulo, 15(1), 10-39, mar./jun.

Asensi, F.; Pinheiro, R. (2016). Judicialização da saúde e diálogo institucional: a experiência de Lages (SC). R. Dir. sanit. São Paulo, 17(2), 48-65, jul./out.

Asensi, F. et al. (2015). Judicialização, direito à saúde e prevenção. RECIIS. Rio de Janeiro, 9(1), jan./mar.

Bartolomei, J.R.; Resende, L.F. (2017). Judicialização da saúde e internações compulsórias de jovens usuários de drogas - um estudo em Espírito Santo do Pinhal - SP. R. Dir. sanit. São Paulo, 18(2), 92-111, jul./out.

Behring; E.R.; Boschetti, I. (2008). Política social: fundamentos e história. São Paulo: Cortez.

Botelho, P.A.; Pessoa, N.T.; Lima, A.M.A. (2017). Direito à saúde: medicamentos mais solicitados por demandas administrativas e judiciais por uma secretaria estadual de saúde no biênio de 2013 a 2014. J. H.B.S. Fortaleza, 5(3), 253-258.

Brasil. (2018). Para entender a gestão do SUS 2015: direito à saúde. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/DIREITO-A-SAUDE.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

_____. (1990). Lei 8080 de 1990 de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF, MS.



- Bravo, M.I.S. (2008). Política de saúde no Brasil. In: MOTA, et al. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez.
- Canut, C. (2017). Operacionalização do Sistema Único de Saúde e de sua assistência farmacêutica diante da judicialização: estudo de caso no município de São José/ SC. R. Dir. sanit., São Paulo, 18(2), 62-91, jul./out.
- Carvalho, E.C.; David, E.M.S.L. (2013). Judicialização da saúde, problema e solução: questões para a enfermagem. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 21(4), 546-50.
- Carvalho, M.N.; Leite, S.N. (2014). Itinerário dos usuários de medicamentos via judicial no estado do Amazonas, Brasil. Interface. São Paulo, 18(51), 737-48.
- CNJ. (2018). Justiça em números 2017. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2017/12/b60a659e5d5cb79337945c1dd137496c.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2018.
- Costa, T.S. (2017). A judicialização da saúde: as decisões do Supremo Tribunal Federal frente ao princípio da separação dos poderes. Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit., 6(1), 139-152, jan. /mar.
- Delduque, M.C.; Castro, E.V. (2015). A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. Saúde Debate. Rio de Janeiro, 39(105), 506-513, abr./jun.
- D'espíndula, T.C.A.S. (2013). Judicialização da medicina no acesso a medicamentos: reflexões bioética. Rev. bioét. Brasília, 21(3), 438-4.
- Dias, P.R.P. (2015). Direito à Saúde: demanda por suplementos alimentares no Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit. Brasília, 4(3), jul./set.
- Duarte, C.S.; Braga, P.V.B. (2017). A utilização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e a racionalização da judicialização do direito à saúde. R. Dir. sanit. São Paulo, 18(1), 171-190, mar./jun.
- Gomes, D.F. (2014). Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá. Saúde Debate, Rio de Janeiro, 38(100), 139-156, jan./mar.
- Gomes, F.C.C. et al. (2014). Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(1), 31-43, jan.
- Lisboa, E.S.; Souza, L.E.P. (2017). Por que as pessoas recorrem ao Judiciário para obter o acesso aos medicamentos? O caso das insulinas análogas na Bahia. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 22(6), 1857-1864.
- Machado, T.R.C. (2014). Judicialização da saúde: analisando a audiência pública no



- Supremo Tribunal Federal. *Rev. bioét.* Brasília, 22(3), 561-8.
- Machado, T.R. (2015). Judicialização da saúde e contribuições da teoria da justiça de Norman Daniels. *R. Dir. Sanit.* São Paulo, 16(2), 52-76, jul./out.
- Mânica, F.B. (2008) Teoria da reserva do possível: Direitos Fundamentais a prestações e a intervenção do Poder Judiciário na implementação de políticas públicas. *Cadernos da escola de direito, Paraná*, 1(8), 89-103, jan./jul.
- Massaú, G.C.; Bairy, A.K. (2014). O impacto da judicialização na Comarca de Pelotas. *R. Dir. sanit.* São Paulo, 15(2), 46-65, jul./out.
- Matos, L.V. (2017). O papel do Ministério Público na autocomposição de conflitos sanitários transindividuais. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.* Brasília, 6(4), .70-90, out./dez.
- Minayo, M.C.S. (1993). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo: Ucitec.
- Nepomuceno, M.A.S et al. (2013). O campo jurídico na garantia do direito à saúde. *R. Dir. sanit.* São Paulo, 14(2), 119-136, jul./out.
- Neto, B.O. R. (2015). A jurisprudência dos tribunais superiores e o direito à saúde: evolução rumo à racionalidade. *Dir. sanit.* São Paulo, 16(1), 87-111, mar./jun.
- Nogueira, J.L, Carvalho L.; Dadalto L. (2017). Parcerias entre Universidades e Poder Judiciário: experiência de Minas Gerais. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.* Brasília, 6(1), 55-71.
- Nogueira, V.M.R.; Pires, D.E.P. (2004). Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(3), 753-760.
- Nunes, C.F.O.; Ramos Junior, A.N. (2016). Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios. *Cad. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, 24, 2192-199.
- Oliveira, L.M.; Andrade, E.L.G.; Milagres, M.O. (2015). Ministério Público e políticas públicas de saúde: implicações de sua atuação resolutiva e demandista. *R. Dir. sanit.* São Paulo, 15(3), 142-161, nov./fev.
- Pimenta, K.K.P. (2016). Judicialização da saúde pública no Brasil: o que nos mostra o caso de Campinas. *Campinas.*
- Ramos, R.S. et al. (2017). A judicialização da saúde contextualizada na dimensão prática das representações sociais dos profissionais de saúde. *R. Dir. sanit.* São Paulo, 18(2), 18-38, jul./out.
- Reis, C; Guarechi, N.M.F.; Carvalho, S. (2014). Sobre jovens drogaditos: as histórias de ninguém. *Psicologia & Sociedade.* Belo Horizonte, 26, 68-78.
- Santos, A.L.; Delduque, M.C.; Mendonça, A.V.M. (2015). Os discursos na Audiência



Pública da Saúde e seu impacto nas decisões do Supremo Tribunal Federal: uma análise à luz da teoria dos sistemas sociais. *Saúde Soc. São Paulo*, 24(1), 184-192.

Silva, E.M; Almeida, K.C, Pessoa, G.S.C. (2017). Análise do gasto com judicialização de medicamentos no Distrito Federal, Brasil. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit. Brasília*, 6(1), 112-126.

Silva, K.L. et al. (2013). O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. *Saúde Soc. São Paulo*, 22(3), 773-784.

Teixeira, M.F. (2011). Criando alternativas ao processo de judicialização da saúde: o sistema de pedido administrativo, uma iniciativa pioneira do Estado e Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Dissertação (Dissertação em Saúde Pública).

Toma, T.S. et al. (2017). Estratégias para lidar com as ações judiciais de medicamentos no estado de São Paulo. *Cad. Ibero-Americanos de Dir. San. Brasília*, 6(1), 35-54, jan./mar.

Travassos, D.V. et al. (2013). Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18(11), 3419-3429.

Verbicaro, L.P.; Santos, A.C.V. (2016-2017). A necessidade de parâmetros para a efetivação do direito à saúde: a judicialização do acesso ao hormônio do crescimento no Estado do Pará. *R. Dir. sanit. São Paulo* 17(3), 185-211, nov./fev.

Viana, L.W.; Burgos, M.B.; Salles, P. (2006). Dezesete anos de judicialização da política. *Cad. CEDES. Rio de Janeiro*, 8 (1).

Whittemor, R.; Knafl, K. (2005). The integrative review: update methodology. *Adv. Nurs*, 52(5), 546-553.

Zebulum, J.C. (2017). Decisões judiciais em matéria de saúde: as conexões entre o Direito e a Moral. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit. Brasília*, 6(1), 9-34, jan./mar.



Aplicação de metodologia formativa na rede de saúde pública de Piracicaba, Brasil: construindo atenção integral para trabalhadores acidentados de trabalho

Mara Batista Conti
Amanda Aparecida Silva
Sayuri Tanaka

Resumo

Objetivos

Descrever aplicação do Laboratório de Mudanças Interfronteiras (LMI) para construção de linha de cuidados a trabalhadores acidentados de trabalho.

Problemática

O sistema Único de Saúde (SUS), no município, não possui fluxo integrado de cuidados aos acidentados, resultando em tratamentos não resolutivos, comorbidades e agravamento das incapacidades;

Metodologia

Metodologia formativa baseada na Teoria Histórico-Cultural da Atividade e na Teoria da Aprendizagem Expansiva. O processo envolveu trabalhadores de diferentes serviços de saúde, mas, com mesmos usuários, portanto, com atividades de trabalho conectadas por um objeto mais amplo e complexo: o cuidado integral. A condução envolveu ainda mediadores, em um ciclo de ações que percorreu desde a identificação sistêmica dos problemas à remodelagem e consolidação de novos modelos de trabalho;

Resultados e discussão

O diagnóstico compartilhado evidenciou a fragmentação entre os serviços, a transitoriedade dos atendidos, as lacunas assistenciais e a ausência de responsabilização pelo acompanhamento dos casos. As soluções projetadas tiveram grande amplitude, porém, foram escolhidas as iniciativas de melhoria na (1) notificação dos acidentes de trabalho e (2) no fluxo da alta hospitalar e sua articulação com os serviços de atenção básica;

Reflexões finais

Alcançou-se visão sistêmica dos problemas, mas, as soluções construídas foram pontuais, embora sejam germinalmente expansivas. A não participação da alta gestão impediu uma aliança por soluções mais transformadoras, as escolhidas obedeceram a critérios de governabilidade. O LMI tem potencial de aplicação em Educação



Permanente de coletivos de saúde na reconceitualização dos objetos de trabalho e construção compartilhada de novos modelos de atenção, em ambiente de engajamento institucional mais amplo.

Palavras-chave

Acidentes de trabalho, sistema público de saúde, laboratório de mudança interfronteiras, educação permanente e atenção integral.

Introdução

O risco de um trabalhador acidentarse ou morrer pelo trabalho é alto no Brasil. De uma lista de aproximadamente 200 países, ele ocupa a 11^a e 25^a posições (Mathias, 2019). Esses dados indicam que os agravos relacionados ao trabalho são problemas sociais e de saúde pública a serem enfrentados e que exigem análises diversas, sendo uma delas sobre as dimensões dos custos tangíveis e intangíveis desses agravos (Moraes et al, 2006).

Nesta perspectiva, a análise é orientada para a observação tanto das causas proximais e distais ao acidente de trabalho, como sobre as suas consequências proximais e distais (Almeida et al., 2014). As lesões incapacitantes decorrentes são geralmente prevalentes e caracterizam as consequências para os trabalhadores e suas famílias. A mitigação e superação das incapacidades depende das ações de atenção em saúde da Rede do Sistema Único de Saúde (SUS) dos municípios, de modo a possibilitar a recuperação necessária para que os trabalhadores acidentados possam retornar ao trabalho em atividade compatível.

O foco deste artigo reside nas ações de atenção em saúde da Rede SUS de Piracicaba, para mitigar as consequências, principalmente intangíveis, destes eventos adversos. A equipe de assistência e vigilância do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Piracicaba-SP percebe lacunas assistenciais no itinerário terapêutico dos acidentados de trabalho, que resultam em tratamentos não resolutivos, comorbidades e agravamento das incapacidades, o que dificulta, entre outros aspectos, o retorno efetivo ao trabalho.

Embora o município tenha uma rede de serviços bem estruturada, com profissionais reconhecidamente capacitados e dados que demonstram excelente percentual de investimento em saúde por parte da gestão municipal, o atendimento integral à saúde não se concretiza conforme legitimado nas diretrizes do SUS (Maeda, 2018). O que



constitui uma rede de atenção à saúde é o conjunto de unidades, com diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada em um dado território, com objetivo de atender às necessidades de saúde de uma população (Mendes, 2011).

Essa configuração pressupõe conexões e comunicações que caracterizam a integração dos serviços em rede, de tal forma que um serviço não conseguirá resolver as suas demandas isoladamente. Faz-se necessário acionar outros serviços, de menor ou maior complexidade, e outros setores como a Previdência Social, Reabilitação Profissional, Educação etc.

Assim sendo, o CEREST de Piracicaba e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo desenvolveram, em parceria, um projeto de intervenção, para diagnosticar os problemas que tornam o cuidado ao acidentado do trabalho pouco resolutivo, bem como, desenvolver soluções possíveis para a problemática. Para tanto, utilizou-se o método de intervenção formativa "Laboratório de Mudança", em sua modalidade Interfronteira (LMI) (Virkkunen & Newnham, 2015).

O Laboratório de Mudança (LM) foi desenvolvido a partir da Teoria da Atividade Histórico-Cultural, formulada por Vygotsky e seguidores e da Teoria da Aprendizagem

Expansiva, desenvolvida pela Escola de Helsinque (Engeström, 2016). O LM tem as características de ser um método intervencionista, participativo e formativo, a saber: 1) o pesquisador é um ator integrante, produtor de conhecimento e facilitador do processo de desenvolvimento de uma atividade; 2) a participação dos atores locais é essencial para o impacto e relevância da intervenção; 3) a transformação do motivo ou objeto da atividade humana é coletiva.

O LMI focalizou a colaboração entre diferentes atividades de vários serviços que servem aos mesmos usuários: os acidentados de trabalho. Com seus objetos parciais conectados, compartilham de um objeto mais amplo e complexo: o cuidado integral. (Virkkunen & Newnham, 2015).

Desta forma, reconhece-se a existência de fronteiras físicas entre instituições e estas localizam-se em espaços geográficos diferentes, bem como tiveram início e se desenvolveram em contextos históricos distintos. Apesar das diferenças, almeja-se a complementaridade entre os serviços, a partir da sintonia da vocação tecnológica para



processar o cuidado em saúde, o que coloca a necessidade de construir os mecanismos de comunicação e de articulação entre serviços e instituições, que garantam o acesso e a legitimidade da necessidade de saúde do usuário, traduzindo-a em ações de saúde.

O objetivo deste artigo é descrever a aplicação do LMI no sistema SUS de Piracicaba para a construção de uma linha de cuidados a trabalhadores acidentados de trabalho e apresentar como os participantes chegaram à conclusão sobre a necessidade dessa construção, e como experimentaram soluções práticas nesta direção. Trata-se de uma experiência exitosa que reconhece a potência dos profissionais de saúde e dos serviços em rede no SUS, sistema universal, ainda em construção no Brasil, e que, nos dias atuais, tem suas ameaças intensificadas devido ao grupo político no poder ter como projeto de governo a participação de interesses ligados à venda de serviços privados de saúde.

Metodologia: princípios e conceitos principais

A partir das teorias citadas, o LM apoia-se em conceitos, princípios e outros métodos: o Modelo do Sistema de Atividade, a Teoria da Mediação Cultural de ações humanas, o Método de Estimulação Dupla e a Aprendizagem Expansiva, os quais ajudam os profissionais compreenderem os problemas enfrentados e desenharem soluções para resolvê-los.

O Modelo do Sistema de Atividade (SA) é uma matriz de análise do objeto de estudo para ajudar o mediador do processo, assim como os profissionais, a compreenderem a atividade de trabalho, seus desafios e possibilidades de desenvolvimento. A unidade de análise é o sistema de atividade humana e suas relações de interação com os elementos que lhe dão qualidade e dinâmica, constituindo-se em um artefato mediador para a análise dos participantes (Figura 1) (Engeström, 1987; Vygotsky, 1978).

Os elementos apresentados nessa matriz estão assim definidos: Sujeito: indivíduo ou grupos, cujas concepções são escolhidas como perspectiva de análise; Objeto: motivo e a finalidade de um sistema de atividade coletiva, decorrente de constantes interpretações, reconstruções e modificações impelidas pela ação dos sujeitos, revelando o caráter contraditório e historicamente mutável dos sistemas envolvidos na produção da atividade; Instrumentos: artefatos mediadores da ação dos sujeitos de forma física ou simbólica, externas e internas, tais como ferramentas, mobiliário, textos, som e vídeo, modelos, planos, esquemas, conceitos, layout, abstrações, imagens, sinais e outros; Comunidade: indivíduos ou grupos, não diretamente integrados na

unidade de análise, mas que interagem em alguma dimensão do mesmo objeto da atividade; Divisão de Trabalho: divisão de tarefas entre os sujeitos, relações hierárquicas existentes, arrolamentos de poder e de submissão pertinentes ao grupo, além de conflitos e manifestações de resistência; Regras: regulamentos, normas e convenções relacionadas ao contexto da atividade, que se apresentam de forma tácita ou explícita.

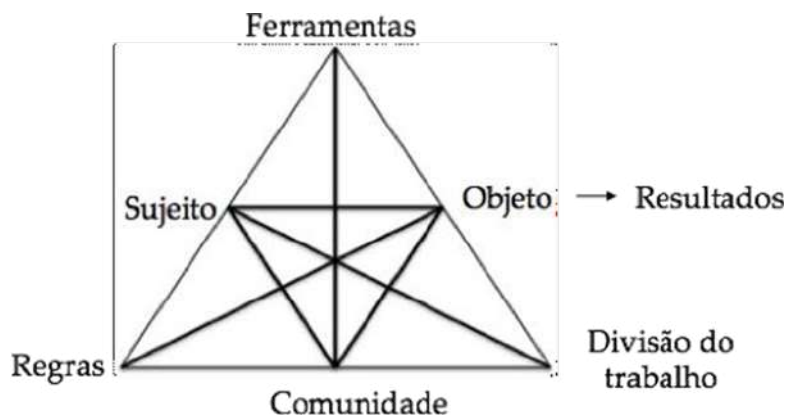


Figura 1. O Modelo do Sistema de Atividade (Engeström, 1987; Vygotsky, 1978)

O sistema de atividade pode ser utilizado na simulação de atividades para: (a) analisar historicamente a formação e o desenvolvimento dos elementos da atividade;

(b) revelar as contradições dentro e entre sistemas de atividade; e, (c) modelar um novo conceito da atividade para resolver as contradições internas e transformar os elementos do sistema.

O SA (Figura 1) representa graficamente a mediação cultural das ações individuais, ou seja, a relação entre o sujeito e o objeto mediada por artefatos culturais empregados como sinais e ferramentas, criação histórica da humanidade, segundo a teoria da mediação cultural das ações humanas (Vygotsky, 1978). O uso desses mediadores permite novas formas de aprendizado baseadas na sua assimilação e no seu desenvolvimento (Engeström, 2016; Vygotsky, 1978). Embora não determinem as ações dos indivíduos, os mediadores são meios de construção de novas formas de ações que possibilitam alcançar seus objetivos.

As contradições são as causas primárias dos problemas do trabalho, expressados como rupturas, conflitos, dilemas, tensões entre os sujeitos, mediados pelos componentes do sistema. Elas surgem porque os sujeitos e os outros elementos do SA estão sendo constantemente construídos e renovados, em consequência de mudanças históricas na



dinâmica interna do sistema e na relação com outros sistemas. O desenvolvimento ocorre quando os sujeitos conseguem superar criativamente as contradições pelo aprofundamento e ampliação do entendimento, resultando em um novo modo de agir, individual e coletivo, mudando assim o sistema de atividade (Virkkunen & Newnham, 2015).

As contradições internas de um SA, não podem ser observadas diretamente e sim identificadas pela análise histórica das mudanças ocorridas ao longo do tempo e suas manifestações nas ações cotidianas dos profissionais e da coordenação.

O método de estimulação dupla é uma importante ferramenta para análise das contradições. Trata-se de um método proposto por VYGOTSKY (1978) para avaliar funções psicológicas como memória, pensamento e linguagem. A ideia principal é que, ao se deparar com situações problemáticas que não podem ser resolvidas com o conhecimento e ferramentas que possuem, os sujeitos buscam novas ferramentas psicológicas e práticas que lhes permite resolvê-las. O artefato encontrado (inicialmente neutro), no uso, se transforma em instrumento (Lektorsky, 2009).

O Método de Estimulação Dupla consiste na aplicação de dois estímulos cognitivos - confrontação emocional e reflexão intelectual. O primeiro, é uma situação real da atividade de trabalho considerada problemática, a ser solucionada. Esta situação problema confronta emocionalmente os participantes do LM até que encontrem alguns mediadores, não comumente considerados, para resolvê-la. O segundo, é um conceito, modelo ou uma experiência exitosa, que têm o potencial de ser um instrumento para solucionar a situação confrontada. A incorporação e uso, pelo sujeito, do artefato neutro, conceitual, na resolução da tarefa, transforma a estrutura da ação (Vygotsky, 1978).

A Teoria da Aprendizagem Expansiva faz a crítica às teorias tradicionais da aprendizagem que não levam em conta que a aquisição de conhecimento e habilidades é algo dinâmico, forjado na interação entre as pessoas, e que pode provocar mudança comportamental ou adaptativa (Engeström, 2001; Easterby-Smith et al. 2000). Nas organizações de trabalho, "pessoas e organizações estão o tempo todo aprendendo algo que não é estável, nem mesmo definido ou compreendido de antemão" (Engeström, 2001).



O autor argumenta que, nas transformações mais significativas de nossas vidas, aprendemos novas formas de atividade enquanto elas ainda estão sendo criadas, ou seja, não há um "professor" competente que nos ensine. Ele distingue três níveis de aprendizagem: o primeiro corresponde ao transmitido nas escolas, onde os conhecimentos, habilidades e competências são transferências de uma pessoa a outra. O segundo acontece conjuntamente ao primeiro, em um processo de participação no qual a pessoa torna-se gradativamente membro de dada comunidade ao adquirir suas regras e padrões de comportamento. Contudo, as interações podem tensionar o sujeito com demandas contraditórias e fazê-lo questionar o sentido e significado do contexto, provocando a aprendizagem de terceiro nível, onde o sujeito constrói um contexto mais amplo. Trata-se de uma co-criação de algo que ainda não existe e é essencialmente coletivo. A inovação não é apenas cognitiva, pois manifesta-se nas práticas concretas dos coletivos nas organizações de trabalho (Engeström, 2001; Easterby-Smith et al 2000).

A Teoria da Aprendizagem Expansiva refere-se a esse terceiro nível. Engeström (1987; 2001) analisa a aprendizagem como um sistema de atividade (figura 1) que produz novas formas de trabalho. Como um sistema, ela é composta por ações, que estão definidas no ciclo da aprendizagem expansiva (figura 2.) São elas: questionamento, análise empírica atual e histórica, modelagem de uma nova relação funcional, exame e teste de um novo modelo, implementação do novo modelo, reflexão sobre o processo e consolidação da nova prática.

Ciclo de ações de aprendizagem expansiva no LM

O método do LM fundamenta-se na organização, no próprio local de trabalho, de um espaço onde são disponibilizadas ferramentas para análise de distúrbios da prática corrente e para a construção de novos modelos de atividade, conforme o ciclo de ações de aprendizagem expansiva (Engeström et al, 1996) (Figura 2).



Figura 2. Ciclo da aprendizagem expansiva no LM (Virkkunen & Newnham, 2015)

O processo inicia-se com a análise dos distúrbios, identificando as suas causas sistêmicas como expressões de contradições inerentes ao sistema ou entre sistemas de atividade. Nesta etapa de questionamento sobre a atividade de trabalho (1), os participantes analisam se há problemas e anomalias na atividade de trabalho e estabelecem um compromisso coletivo com seu desenvolvimento. Esta ação instiga à crítica ou rejeição de aspectos da prática de trabalho, conhecimentos ou planos atuais coletivamente aceitos.

Na etapa de análise (2), os participantes refletem como trabalhavam no passado, quais são os problemas atuais e as contradições que estão por trás da atual prática de trabalho, o que pode levar à descoberta das origens dos problemas e dos seus mecanismos de causalidade.

Na modelagem (3) eles projetam como querem trabalhar no futuro, com base no modelo explicativo da situação problemática, construindo abstratamente modos de resolvê-la e transformá-la.

No exame do novo modelo (4) são identificadas as mudanças e seus prazos e se planeja a experimentação das soluções, de modo a apreender completamente sua dinâmica, potencial e limitações.

Na implementação (5) coloca-se em prática os primeiros passos e as fases seguintes, por meio não só de execução das ações pensadas e experimentadas, mas de enriquecimento e extensões conceituais.



No processo ao longo do ciclo, os participantes transpassam o nível abstrato das ideias e conceitos para a realização de ações concretas na prática coletiva de trabalho (Virkkunen & Newnham, 2015).

As ações seguintes, de reflexão (6), identificam necessidades de aprendizagem e desenvolvimento posteriores, além das conclusões relacionadas ao processo. E finalmente, as ações de consolidação e generalização dos resultados (7), levam os participantes a uma nova forma estável de prática (Virkkunen & Newnham, 2015; Querol, Jackson Filho, & Cassandre, 2011).

A dinâmica da intervenção

O processo de intervenção inicia-se com uma boa negociação com os atores da organização, seguida por uma fase de coleta de dados sobre: eventos históricos importantes que levaram às mudanças significativas no seu desenvolvimento; a forma da atividade atual e os principais problemas enfrentados no dia a dia; e, os principais conceitos e ferramentas utilizados. A função destes dados é dupla: servir de informações a serem usadas durante as sessões como um "espelho", de modo que todos se visualizem na atividade, e ajudar o mediador e os participantes a analisar e modelar a atividade passada, atual e futura. As sessões do LM são compostas de 12 a 15 representantes da atividade de trabalho, além dos mediadores.

Caracterização da intervenção na rede de saúde pública de Piracicaba

As hipóteses diagnósticas sobre a falta de integralidade no cuidado ao acidentado de trabalho na Rede SUS do município, a partir dos itinerários terapêuticos, dos acidentados, constituíram a fase de coleta de dados do método, precedida de negociação com a Secretaria de Saúde e instâncias do controle social.

Com a anuência das mesmas, foram organizadas as sessões do LMI com a participação de coordenadores da área médica e de enfermagem que integram a rede de serviços de atenção à saúde da Rede SUS do município e que fazem parte dos itinerários terapêuticos dos trabalhadores acidentados do trabalho. Conforme necessidade apontada pelo grupo haveria novos convidados para os encontros seguintes.

As sessões ocorreram entre 2016 e 2019, organizadas a cada 15 dias entre as etapas de questionamento e criação de um novo modelo, e mensalmente nas fases seguintes. Houve grande variação de participação dos profissionais nas sessões, correspondendo também aos serviços representados. Ocorreram diversas reuniões de negociação ao



longo do percurso, com sujeitos distintos, envolvidos ou necessários ao processo, e outros eventos que prolongaram a experiência de intervenção com o grupo participante (Silva-Macaia et al., 2020), alterando o planejamento inicial, sendo a intervenção detalhada, enriquecida e estendida, conforme necessidade discutida pelos participantes.

Resultados e discussão

Os dados espelhos foram direcionados às contradições previamente identificadas na Rede SUS do município. A fase de questionamento, análises histórica e empírica atual corroboraram a hipótese diagnóstica desenvolvida pela equipe, mas foram além ao detalhar e compreender de forma histórica os problemas observados. A principal contradição revelada pela análise histórica foi a constatação de que 80% dos casos atendidos nas UPA(s) Unidades de Pronto Atendimento e no COT (Centro de Ortopedia e Traumatologia) tem a sua classificação de risco como casos verdes e azuis (vide nota 2), portanto, não se classificam como casos de urgência e emergência e seriam melhor atendidos na atenção básica onde teriam acesso a assistência integral longitudinal.

O serviço de acolhimento é fundamental para uma escuta qualificada para o direcionamento dos casos aos diferentes serviços da rede, equipados de acordo com a complexidade das necessidades de saúde de seus usuários. Nos casos que necessitam de atenção continuada, longitudinal, o pronto atendimento mostra-se inadequado devido a sua natureza de cuidado imediato, emergencista e não clínico. A contradição analisada revelou o incentivo, pelas instâncias políticas, em dado momento histórico no município, ao uso dos serviços de emergência em detrimento dos serviços de acolhimento da atenção básica.

A situação observada, juntamente à falta do profissional enfermeiro nos acolhimentos das UPA(s) para direcionar com mais qualidade o atendimento dos casos, revelou tais contradições entre o conceito de cuidado concretizado na rede, fragmentado e imediatista, e o conceito de cuidado integral normatizado no SUS.

Tais contradições encontradas na Rede SUS de Piracicaba são também apontadas, na literatura, em outros municípios brasileiros. Von Randow et al. (2011) mostraram que, no Brasil, os serviços de urgência e emergência são tradicionalmente utilizados por inúmeros usuários do SUS, em diferentes localidades, como porta de entrada do sistema. O agravante é que o atendimento nestes serviços não garante resolutividade



devido a não adequação e disponibilidade de estratégias de cuidado para os casos que deveriam ser acolhidos na atenção primária. Os autores colocam algumas razões que foram elencadas pelos gestores de serviços entrevistados na pesquisa: (1) os equipamentos, estrutura física inadequada e carência de recursos humanos nos serviços da atenção primária, em especial do profissional médico; (2) a abertura de 24 horas dos serviços de urgência e emergência, o que garante maior rapidez de acesso quando comparado às marcações de consultas nas UBS(s) (Unidades Básicas de Saúde) e PSF(s) Programas de Saúde da Família; (3) a representação cultural das UPA(s) como de maior resolutividade motivada pela lógica do imediatismo que rege a concepção de saúde do modelo biomédico hospitalocêntrico, com a marca de entrada pela emergência.

A escassez de recursos, bem como a falta de articulação e otimização dos existentes, refletem em outra contradição importante entre o objeto do trabalho e os sujeitos do sistema: a constituição de uma “Rede da Ira” entre os trabalhadores da saúde.

Várias experiências de diferentes serviços públicos demonstraram que quando a “rede se enreda”, os dispositivos podem, por meio de uma divisão organizada do trabalho, se efetivarem na prática (Castellanos et al, 2015). No inverso, a fragmentação do sistema em práticas isoladas que não se interconectam levam a problemas decorrentes do fato dos acidentados definirem seu próprio itinerário na Rede, com várias lacunas assistenciais que resultam em comorbidades e agravamento das incapacidades.

Em relação aos instrumentos, os problemas apontados se concentraram na ausência de um prontuário único que poderia facilitar a comunicação interfronteiras dos serviços, desde anamnese, diagnósticos clínicos, laboratoriais e de imagem, evitando a duplicidade de recursos e ampliando os conhecimentos do conjunto dos profissionais envolvidos no atendimento dos casos.

Neste sentido, foi valorizado o RAAT (Relatório de Atendimento do Acidentado de Trabalho) implantado no município em funcionamento contínuo desde 2003 (Cordeiro et al, 2005). Contudo, foram apontadas algumas incongruências no instrumento, como dados de gravidade e lacunas referentes às consequências dos acidentes para os trabalhadores acidentados e suas famílias, imediatas e tardias (Dianous e Fiévez , 2005).

As soluções projetadas pelo grupo como resultado deste diagnóstico compartilhado



alcançou grande amplitude, apresentada nas propostas a seguir (Silva- Macaia et al. 2020):

1. Estabelecer encontros regulares, para conhecer mutuamente o trabalho desenvolvido pelos profissionais dos diferentes serviços da Rede SUS de Piracicaba, sua complexidade, dificuldades e facilidades, e desenvolvimento articulado do trabalho cotidiano, impactando no aumento da resolutividade e na produtividade sistêmica;
2. Superar os sentimentos que desencadeiam a “Rede da Ira” por meio de oficinas e outras iniciativas pedagógicas desenvolvidas em serviço, de acordo com a política de Educação Permanente (Brasil, 2018) e Política do Humaniza SUS (Brasil, 2004).
3. Investir no estabelecimento do vínculo entre os usuários e profissionais, visando a manutenção da qualidade dos diagnósticos, a identificação da complexidade dos casos, a implementação de encaminhamentos de referência e contra-referência mais esclarecedores e de maior eficiência, aperfeiçoando os atuais, considerados burocráticos e pouco eficientes.
4. Estabelecer estratégias para inverter as trajetórias históricas da população que buscam os serviços de emergência para tratamentos médicos em situações agudas quando, na verdade, são casos crônicos, que demandam tratamentos interdisciplinares, ordenados pela atenção básica.

Articular os serviços da Rede aos dois hospitais conveniados com o SUS, de modo que os trabalhadores acidentados tenham uma alta hospitalar mais qualificada, que pacientes e familiares tenham as informações necessárias à continuidade do cuidado, garantia de receptividade nos serviços encaminhados e recursos necessários para as próximas etapas.

O conjunto dessas propostas resultaria, em última análise, na construção de uma linha de cuidados aos acidentados de trabalho, entendida como a organização planejada de fluxos assistenciais seguros, resolutivos e garantidos aos usuário pelos serviços do SUS, para atender às suas necessidades integrais de saúde (Franco e Franco, 2003).

No entanto, na fase de exame das soluções e criação de projeto piloto para testá-las, o grupo decidiu focalizar duas necessidades da “linha de cuidados” que julgaram ter governabilidade para implementá-las: (1) a melhoria da notificação pela RAAT com mudanças nas informações do 1º atendimento e complementação dos dados de continuidade assistencial; (2) o projeto Alta Hospitalar Orientada e sua articulação com os serviços de Atenção Básica.



5. Articular os serviços da Rede aos dois hospitais conveniados com o SUS, de modo que os trabalhadores acidentados tenham uma alta hospitalar mais qualificada, que pacientes e familiares tenham as informações necessárias à continuidade do cuidado, garantia de receptividade nos serviços encaminhados e recursos necessários para as próximas etapas. O conjunto dessas propostas resultaria, em última análise, na construção de uma linha de cuidados aos acidentados de trabalho, entendida como a organização planejada de fluxos assistenciais seguros, resolutivos e garantidos aos usuário pelos serviços do SUS, para atender às suas necessidades integrais de saúde (Franco e Franco, 2003).

No entanto, na fase de exame das soluções e criação de projeto piloto para testá-las, o grupo decidiu focalizar duas necessidades da “linha de cuidados” que julgaram ter governabilidade para implementá-las: (1) a melhoria da notificação pela RAAT com mudanças nas informações do 1º atendimento e complementação dos dados de continuidade assistencial; (2) o projeto Alta Hospitalar Orientada e sua articulação com os serviços de Atenção Básica.

Reflexões finais

Alcançou-se visão sistêmica dos problemas, mas, as soluções construídas foram pontuais, embora sejam germinalmente expansivas.

Alguns distúrbios que traziam perturbações nos fluxos do dia a dia foram problematizados e resolvidos prontamente pelos participantes. A proposta mais ampla de organizar a linha de cuidados está em andamento nos experimentos escolhidos e vão demandar uma nova sessão avaliativa prevista para ser realizada ainda no final deste ano. Outras soluções já descritas demandam esforços de negociação com a alta gestão, uma vez que a sua não participação direta no LMI impediu uma aliança por soluções mais transformadoras, as escolhidas obedeceram a critérios de governabilidade dos participantes.

Contudo, acredita-se que as mudanças ocorridas na compreensão do objeto - o cuidado integral - são germinativas para mudanças sólidas e efetivas das práticas coletivas de trabalho, desde que outros obstáculos sejam enfrentados e superados pelo grupo, tais como, as impossibilidades administrativas de participação ampliada devido ao modelo de gestão produtivista, onde a remuneração do sistema depende exclusivamente de consultas e procedimentos, agravado por um efetivo de trabalhadores reduzido e uma idéia castradora de “façam mais com menos”.



Outras experiências internacionais do LM mostram que o processo de aprendizado expansivo é longo e imprevisível, demandando tempo e esforço contínuo. Para a implementação das inovações criadas há o desafio de conquistar e expandir os espaços para o novo modelo e enfrentar o modelo velho que resiste. A estratégia pensada, mas ainda não concretizada, foi a de remodelagem do setor de Educação Permanente no município para atuar na continuidade da reconceitualização dos objetos de trabalho e construção compartilhada de novos modelos de atenção.

O exame das propostas eleitas pelos participantes evidenciam forte perspectiva de renovar meios para recuperar a potência do sistema de cuidados integrados. Assinalam o caminho de rompimento dos limites institucionais apostando na geração e visibilidade dos trabalhos relacionais, transformadores no trabalho vivo em saúde.

Notas

¹ O projeto foi financiado pela Agência de Fomento à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP, a partir de um Projeto Temático denominado: Acidente de Trabalho: Da análise sócio técnica à construção social de mudanças. Processo Fapesp 2012/04721-1; Bolsa pós-doutorado de Amanda A Silva Macaia, Processo Fapesp 2015/13301-4

² A triagem dos serviços de pronto atendimento (UPA e COT) utilizam um protocolo de riscos representado por uma escala de cores: a cor vermelha indica que há risco de morrer e, nesse caso, o atendimento será imediato; a cor amarela significa que o atendimento deverá ser rápido, mas sem risco à vida, sendo que nesse caso, o tempo de espera é de 30 minutos; a cor verde indica que o caso do paciente pode ser resolvido em uma das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município e a cor azul significa que o atendimento é simples, como troca de receitas médicas e avaliação de resultado de exames, casos que podem também serem transferidos para as unidades de atenção básica (UBS) e (PSF) Programa de Saúde da Família.

Referências

Almeida, I.M., Vilela, R.A.G., Silva, A.J.N., & Beltran, S.L. (2014). Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes - MAPA: ferramenta para a vigilância em Saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19(12):4679-4688, 2014.

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



Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

Castellanos, MEP; Cunha, AB; Lopez, YAA; Andrade, AEO; Lopes, CF; Menezes, PFA; Lima, TP. Projeto “pé-diabético”: experiência piloto de articulação de uma rede de cuidado integral em um distrito sanitário de Salvador. (2015) In: Trad, LAB; Jorge, MSB; Pinheiro, R; Mota, CS; Rocha, MARM. Contextos, parcerias e itinerários na produção do cuidado integral: diversidade e intersecções (1a Ed. Parte 1, cap.5, pp-95-109). Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ-ABRASCO.

Cordeiro, R; Vilela, RAG; Medeiros, MAT; Gonçalves, CGO; Bragantini, CA; Varola, AJ; Stephan, C. O sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(5):1574-1583, 2005.

Diannous, V; Fiévez, C. ARAMIS project: a more explicit demonstration of risk control through the use of bow-tie diagrams and the evaluation of safety barrier performance. Journal of Hazardous Materials, 130 (2006):220-233. www.elsevier.com/locate/jhazamat.

Easterby-Smith, M., Crossan, M., Nicolini, D. (2000). Organizational learning: Debates past, present and future. Journal of Management Studies, 37, 783- 796.

Engeström Y. Learning by Expanding: An Activity Theoretical Approach to Development Research. Helsinki: Orienta Konsultit Ou; 1987.

Engeström Y, Virkkunen J, Helle M, Pihlaja J, Poikela R. The change laboratory as a tool for transforming work. Lifelong Learning in Europe. 1996;1(2):10-7. Engeström Y. Aprendizagem Expansiva. Campinas: Pontes Editores; 2016.

Franco CM, Franco TB. Linhas do Cuidado Integral: Uma proposta de organização da rede de saúde. In: Secretaria de Estado de Saúde do RS. [página na Internet]. [acessado 2019 set 13]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1306960390341linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>

Lacerda e Silva, Thais, Dias, Elizabeth Costa, Pessoa, Vanira Matos, Fernandes, Luisa da Matta Machado, & Gomes, Edinalva Maria. (2014). Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 18(49), 273-288. Epub 10 de maro de



2014. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0227> Lektorsky VA. Mediation as a means of collective activity. In Sannino A, Daniels H, Gutierrez KD (Eds). *Learning and Expanding with Activity Theory*, (pp. 75–87). Cambridge: University Press; 2009, p. 75-87.

Maeda, ST. Consequências econômicas do acidente de trabalho: realidade do município de Piracicaba. Relatório de pesquisa. Escola de Enfermagem da USP. 2018.

Mathias, M. A ponta do Iceberg. Rio de Janeiro, Fiocruz, 17.01.2019. Acesso em 02.09.2019. <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/a-ponta-do-iceberg>

Mendes, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Moraes, E, Campos, G.M, Figlie, N.B, Laranjeira, R.R, Ferraz, MB. Conceitos Introdutórios de Economia da Saúde e o Impacto do abuso de álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2006; 28(04):321-325.

Querol MAP, Jackson Filho JM, Cassandre MP. Change Laboratory: uma proposta metodológica para pesquisa e desenvolvimento da aprendizagem organizacional. *Administração: Pesquisa e Ensino*. 2011;12(4):609-40.

Silva-Macaia A.A., Takahashi M.A.C., Maeda S.T., Bezerra J.L.C., Vilela R.A, G. (2020) Challenges in the Care to the Injured Worker at SUS: From the Anger Network to the Shared Construction of a Care Line. In: Vilela R., Pereira Querol M., Beltran Hurtado S., Cerveny G., Lopes M. (eds) *Collaborative Development for the Prevention of Occupational Accidents and Diseases*. Springer, Cham Vygotsky LS. *Mind in society: The development of higher mental process*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1978.

Virkkunen J, Engeström Y, Helle M, Pihlaja J, Poikela R. Change Laboratory - A tool for transforming work. In: Alasoini T, Kyllönen M, Kasvio KA (Eds). *Workplace Innovations- a way of promoting competitiveness, welfare and employment*. Helsinki: National Workplace Development Program. Report n. 3; 1997. p.157-74.

Virkkunen J e Newnham DS. O laboratório de mudança: uma ferramenta de desenvolvimento colaborativo para o trabalho e a educação. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2015.

Von Randow, RM; Brito, MJM; Silva, KL; Andrade, AM; Caçador, BS; Siman, AG. Articulação com atenção primária à saúde na perspectiva de gerentes de Unidade de Pronto Atendimento. *Rev. RENE (Northeast Network Nursing Journal)*, 2011; 12: 904-912



A política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais /lgbt no Município de Ponta Grossa - PR

Dilermando Aparecido Borges¹
Lislei Teresinha Preuss²

Este resumo apresenta resultados parciais de uma pesquisa que tem por objetivo compreender como se dá a implementação da Política de Saúde Integral para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais /LGBT, no município de Ponta Grossa, no Paraná, Brasil. A problemática que embasa o estudo é: como se dá o processo de implementação desta Política no município de Ponta Grossa, baseado nas suas competências específicas contidas na referida Portaria? Como método de pesquisa, adotou-se o método crítico-dialético, de modo que a pesquisa possui um caráter qualitativo e é exploratório. Para coleta de dados utilizou-se a ferramenta da entrevista. Os sujeitos entrevistados foram escolhidos de acordo com a técnica metodológica da “bola de neve” – snowball sampling. A análise de conteúdo foi o método adequado para interpretar os dados obtidos. No que se refere a Política de Saúde Integral LGBT, é competência municipal sua implementação, que tem seu fundamento na Constituição Federal de 1988 e no modelo descentralizador do Estado brasileiro, uma vez que ele se constitui em uma federação. A União é responsável por formular as Políticas de saúde, por meio do Ministério da Saúde, cabendo especialmente aos municípios a sua execução, havendo uma competência concorrente entre os entes federados. A pesquisa evidenciou que há uma implementação parcial da referida política. A escassez de auxílio financeiro e de profissionais capacitados tem contribuído também para a sua implementação não efetiva. Embora o Sistema Único de Saúde/SUS tenha avançado significativamente rumo a uma saúde integral da população LGBT, nota-se que muito precisa melhorar.

Palavras Chave

Política de saúde, sistema único de saúde, população LBGT.

Introdução

Este artigo tem como temática principal a Política de Saúde Integral para Lésbicas Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais /LGBT. Visa apresentar resultados parciais de uma pesquisa acadêmica³ que tem por objetivo compreender como se dá a implementação da Política de Saúde Integral para LGBT, no município de Ponta Grossa, no Paraná, Brasil.



A Política Nacional de Saúde Integral LGBT é instituída no Brasil em 2011 por meio da Portaria nº 2.836 do Ministério da Saúde, cujo objetivo principal é reduzir preconceitos para a população LGBT no âmbito do SUS, atendendo suas necessidades na perspectiva da integralidade e tornando a universalidade do acesso uma realidade concreta. Tal política apresenta as suas formas de implementação, atribuindo responsabilidades para a União, Estados, Município e Distrito Federal (Brasil, 2013).

A competência municipal para implementação da referida Política tem seu fundamento na própria Constituição Federal de 1988 e no modelo descentralizador do Estado brasileiro, uma vez que ele se constitui em uma federação. A saúde é a União quem formula as Políticas, pelo Ministério da Saúde, cabendo especialmente aos municípios a sua execução, havendo uma competência concorrente entre os entes federados.

A problemática que embasa o estudo é: como se dá o processo de implementação desta Política no município de Ponta Grossa, baseado nas suas competências específicas contidas na referida Portaria?

Como método de pesquisa, adotou-se o método crítico-dialético, de modo que a pesquisa possui um caráter qualitativo e é exploratória. Para coleta de dados utilizou-se a entrevista. Os sujeitos entrevistados foram escolhidos de acordo com a técnica metodológica da “bola de neve” – snowball sampling. A análise de conteúdo foi o método para interpretar os dados obtidos.

Para fins de apresentação, num primeiro momento, apresenta-se a Política de Saúde Integral para LGBT; na sequência a metodologia adotada, os resultados parciais, considerações e reflexões sobre a pesquisa realizada. Por fim, apresentam-se as considerações finais e o referencial bibliográfico utilizado para construção deste artigo.

A Política de Saúde Integral para Lésbicas Gays, Bissexuais e Transexuais /LGBT

Em 1º de dezembro de 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº. 2.836, que criou a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Sua finalidade é evitar qualquer tipo de preconceito ou discriminação no âmbito do SUS, por meio de “diretrizes cuja operacionalização requer planos contendo estratégias e metas sanitárias, e sua execução requer desafios e compromissos das instâncias do governo, especialmente das secretarias estaduais e municipais de saúde, dos conselhos de saúde e todas as áreas do Ministério da Saúde” (Brasil, 2013, p. 6).



Baseada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde/SUS, a Política de Saúde LGBT está assentada especialmente na integralidade, que considera a vida dos indivíduos em seus variados aspectos, atentando-se ao fato de que diversos fatores externos podem afetar a sua saúde. Esta Política visa atender a população LGBT levando em consideração os diversos fatores capazes de alterar seu bem-estar.

As questões de vulnerabilidade são determinantes para a sua criação, uma vez que esta população está sujeita a riscos e abalos na saúde, devido ao preconceito sofrido, que resulta em um processo de exclusão. As desigualdades e iniquidades em saúde para grupos minoritários são fundamentais para que se criem políticas específicas, objetivando diminuir a discriminação e melhorar a qualidade de vida e o acesso efetivo aos serviços de saúde.

Contempla, também, “[...] ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular” (Brasil, 2013, p. 8).

O que se nota é uma estreita ligação entre a Portaria e os princípios e diretrizes do SUS, restando evidente que ela não está desconexa daquilo a que se propõe a saúde pública brasileira. A proposta da integralidade do serviço, visando reduzir principalmente o preconceito institucional, demonstra que a preocupação com o bem estar do indivíduo, em todos os aspectos de sua vida, é um marco estruturante da Política de saúde LGBT.

A sua fundamentação legal se faz presente na própria Constituição Federal de 1988, que além de instituir a saúde como um direito universal, apresenta direitos fundamentais como a cidadania e a dignidade da pessoa humana. Além disto, o objetivo da República Federativa do Brasil é “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (Brasil, 1988).

O artigo 1º da Portaria é que institui a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, cujo objetivo geral é a promoção da saúde integral deste segmento, além de eliminar a discriminação e o preconceito institucional que se fazem presentes no atendimento em saúde. Ou seja, tais objetivos visam precipuamente atender aos princípios e diretrizes do SUS, a fim de reduzir as desigualdades que impedem o seu avanço como um sistema garantidor de direitos.



O artigo 2º da Portaria que institui a Política apresenta os objetivos específicos, que são distribuídos em vinte e quatro incisos. Isto demonstra a preocupação em atender a saúde da população na perspectiva da integralidade, uma vez que as ações são voltadas para diversos setores que ampliam a atuação do sistema de saúde. Dentre eles, destacam-se: a ampliação de acesso da população LGBT aos serviços de atendimento do SUS (II); qualificar o rede de atendimento do SUS para dar melhor atenção a população LGBT (III); coleta de dados e análise acerca da saúde LGBT (IV); garantir acesso ao processo transexualizador no âmbito do SUS (VI); criar estratégias para diminuir a mortalidade de travestis (IX); cuidado e saúde de adolescentes e idosos LGBT (X); oferecer atenção integral às DST's no âmbito do SUS (XI); prevenir casos de câncer ginecológico para lésbicas e de próstata para demais membros da comunidade LGBT (XII e XIII); eliminar os preconceitos nos serviços de saúde (XVI); garantia do uso do nome social aos usuários do SUS (XVII); promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS; realizar estudos voltados para as necessidades em saúde da população LGBT (XXIV); dentre tantos outros (Brasil, 2013).

As diretrizes da Política estão representadas no artigo 3º, divididas em nove incisos que estabelecem o respeito aos direitos humanos da população LGBT; promoção da cidadania por meio de políticas sociais de educação, trabalho e segurança; inclusão das diversidades populacionais nas políticas do SUS; eliminação da homofobia e demais formas de preconceito no âmbito do SUS; implementação de ações que objetivam alívio do sofrimento e adoecimento; difusão de informações de acesso ao SUS; inclusão da temática de gênero nos processos educacionais desenvolvidos pelo SUS; produção de conhecimento científico visando melhorar as condições de vida da população LGBT; e, por fim, fortalecer a participação social nas instâncias próprias do SUS (Brasil, 2013).

Atendendo à diretriz descentralizadora do SUS, que define as competências específicas de cada ente da federação, os artigos 4º, 5º e 6º da Portaria definem, respectivamente, qual a responsabilidade da União, Estados e Municípios. Desta forma, são direcionadas as demandas de cada um deles, que em conjunto implementam a Política em todo o país.

Ao Ministério da Saúde o dever de apoiar a implantação e implementação da Política, tanto nos Estados quanto nos Municípios. Seu papel principal é auxiliar e colaborar, de maneira articulada, para que diversas ações sejam realizadas no país, voltadas para os objetivos específicos da Portaria. Neste sentido, articula com os demais entes para



questões voltadas à saúde mental, prevenção da violência, cuidados com questões hormonais, promoção de material didático, fomentar pesquisas, apoiar movimentos sociais e disseminar informações acerca da Política nos Conselhos de Saúde. São ações que visam propiciar maior notoriedade à saúde da população LGBT, por meio da colaboração com Estados e Municípios (Brasil, 2013).

Quanto aos Estados, por meio das Secretarias Estaduais, a responsabilidade se volta para apoio ao Município, bem como a necessidade de monitoramento para a implementação da Política no âmbito de seus territórios. Ainda, deve manter ações que se voltam para a promoção de saúde mental da população LGBT, priorizando os materiais didáticos utilizados nos processos de educação dos servidores da saúde pública. A articulação com os Municípios se mostra evidente, posto que estes trabalham em conjunto visando a implementação da Política. A participação da comunidade também é fundamental, se fazendo presente nos Conselhos municipais e estaduais de saúde (Brasil, 2013).

Por fim, a competência municipal demonstra uma responsabilidade ainda mais direta, justamente por executar ações imediatas que se relacionam com a descentralização do sistema de saúde.

Art. 6º Compete aos Municípios:

I - implementar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Município, incluindo metas de acordo com seus objetivos;

II - identificar as necessidades de saúde da população LGBT no Município;

III - promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais;

IV - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação de gestão e do impacto da implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;

V - articular com outros setores de políticas sociais, incluindo instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de melhoria das condições de vida da população LGBT, em conformidade com esta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;

VI - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;



VII - implantar práticas educativas na rede de serviço do SUS para melhorar a visibilidade e o respeito a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; e VIII - apoiar a participação social de movimentos sociais organizados da população LGBT nos Conselhos Municipais de Saúde, nas Conferências de Saúde e em todos os processos participativos (Brasil, 2013, p. 25-26).

Diante destas atribuições, a pesquisa realizada buscou responder ao seguinte questionamento: como se dá o processo de implementação desta Política no município de Ponta Grossa, baseado nas suas competências específicas contidas na referida Portaria..

Metodologia

Para o alcance dos objetivos propostos, utilizou-se da pesquisa documental e da bibliográfica, sendo ela exploratória e de caráter qualitativo. A pesquisa exploratória surge como ferramenta adequada para colaborar na problematização e no aprofundamento do objeto de estudo. Seu principal objetivo como instrumento metodológico é o aprimoramento de ideias, ocorrido através de levantamento bibliográfico e entrevistas. Salienta-se que este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

Foram realizadas entrevistas como ferramenta para a coleta de dados, técnica muito utilizada em pesquisas exploratórias. Nesta pesquisa, utiliza-se a entrevista semiestruturada, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Científica/COEP da UEPG. Dentro deste universo de pesquisa, os sujeitos entrevistados foram escolhidos de acordo com a técnica metodológica da “bola de neve” – snowball sampling. Trata-se de uma técnica de amostragem que forma uma espécie de rede, uma forma de amostra não probabilística utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes que por sua vez indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto (o “ponto de saturação”). O “ponto de saturação” é atingido quando os novos entrevistados passam a repetir os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa (Baldin; Munhoz, 2011, p. 332). Deste modo, foram realizados contatos via e-mail ou telefone e, por meio das indicações de novos participantes, outros contatos foram realizados até que se atingisse o ponto de saturação nas respostas obtidas.



Dentre os sujeitos, foram entrevistados 02 membros da ONG Renascer LGBT, representando a sociedade civil organizada, 02 membros da 3ª Regional de Saúde de Ponta Grossa, 02 membros do Conselho Municipal de Saúde – sendo um destes representante do gestor e outro dos usuários, e 02 membros da Secretaria Municipal de Saúde. Os contatos foram realizados via e-mail, telefone ou pessoalmente, escolhendo-se os sujeitos que primeiro aceitaram participar da pesquisa, após as indicações. As entrevistas foram realizadas em seus locais de atuação, onde foi informado do sigilo de sua participação e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE. Estas entrevistas realizadas demandam uma análise adequada para o tratamento das informações, elegendo-se a análise de conteúdo como método para interpretar os dados obtidos.

A Política de Saúde LGBT no Município de Ponta Grossa

Como resultados parciais da pesquisa realizada, destacam-se neste item algumas das categorias consideradas entraves para a implementação da Política de Saúde LGBT no município de Ponta Grossa.

Uma das categorias assinala a relevância dos recursos financeiros e humanos para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Os entrevistados entendem os recursos humanos como aqueles voltados para os profissionais da saúde sensibilizados, com a capacidade de atuar com esta população em específico, pois entendem que é necessária uma atenção diferenciada por se tratar de uma população vulnerável.

De acordo com um dos sujeitos, o recurso humano e a consequente capacitação devem ser anteriores ao recurso financeiro destinado à política de saúde LGBT. Com recurso humano capacitado adequadamente, a recepção àqueles que buscam atendimento melhora, o que impacta também na saúde integral da população, vez que um bom acolhimento proporciona um bem-estar adequado e um atendimento condizente com os princípios do Sistema.

A integralidade da saúde envolve diferentes aspectos da vida cotidiana do indivíduo. Neste sentido, para a população LGBT o impacto se dá de forma acentuada, considerando a vulnerabilidade por eles vividos. A falta de recursos financeiros impede investimentos inclusive na área da epidemiologia, impactando na distribuição de medicamentos e em ações voltadas à prevenção (Abrasco, 2017).



A análise demonstrou que os recursos humanos e financeiros são preponderantes para a implementação da Política no município. Este entendimento dos sujeitos também parte da constatação de que nem tudo depende do município. Ficou claro que a descentralização, diretriz do SUS, reflete diretamente nesta noção, já que os entrevistados demonstram que muitos dos recursos vem diretamente de Brasília ou do governo do Estado. Ainda, percebeu-se que o desmonte do SUS reflete na fala dos sujeitos, que trouxeram em suas afirmações que o Sistema tem passado por um problema financeiramente estrutural.

Se não há recurso financeiro, não há destinação de verba pública e, conseqüentemente, não há investimentos. Para que boa parte da Política possa ser implementada é necessária a aplicação de recursos públicos e, sem isto, há um descomprometimento com diversos fatores que impactam na implementação de uma política voltada para a saúde integral.

Reforçando este entendimento, tem-se a falta de recursos repercutindo na escassez de produção de material didático para educação permanente de profissionais. Por meio da pesquisa documental e da análise das entrevistas, inferiu-se que não há atualmente, no município de Ponta Grossa, material didático que se volte para a sensibilização de profissionais da área da saúde para o atendimento de membros da população LGBT. As entrevistas demonstraram que é preciso um olhar diferenciado para este grupo e, com a capacitação/sensibilização, isto se daria com mais facilidade.

É esta a consciência de escassez de recursos humanos trazidas pelos sujeitos, ou seja, faltam profissionais e, sobretudo, profissionais qualificados para o atendimento específico. Todos estes fatores estão interligados e articulados, numa espécie de ciclo que explica alguns dos problemas do Sistema na implementação da Política de Saúde LGBT.

A pesquisa também revelou aspectos positivos. A fala dos sujeitos demonstrou que existem algumas ações que dependem de recurso financeiro que estão ocorrendo. A própria política de prevenção é uma delas, associando-se ao processo transexualizador disponibilizado pelo SUS, bem como o tratamento hormonal para travestis e transexuais. São saldos positivos e avanços na Política por parte do Estado, mas que ainda demandam atenção e dependem de verba pública para se desenvolver. Falta, portanto, aprimorar e acelerar o atendimento.



Outra categoria emergente na fala dos sujeitos, aqui destacada, está relacionada à dificuldade de comunicação entre os atores envolvidos. As entrevistas foram realizadas com profissionais da ONG Renascer, Secretaria de Saúde, Regional de Saúde e Conselho Municipal de Saúde. O que se nota é que há um desconhecimento seja da própria política – por não saber que ela existe – seja da atuação dos órgãos de saúde envolvidos na pesquisa.

Em diversos momentos da entrevista, os sujeitos respondiam às perguntas com frases relacionadas ao desconhecimento de ações voltadas para população LGBT e de como o município lida com estas questões. As respostas convergiam para a área epidemiológica, mas com ações bem pontuais ligadas à prevenção.

Os profissionais de saúde questionam o fato de não serem convidados para participar de algumas discussões em nível estadual e federal, afirmando que a sociedade civil participa muito mais. Eles consideram que este diálogo é fundamental, já que atuam no município e integram a equipe responsável pela implementação da Política diretamente.

Este entendimento repercute no município de Ponta Grossa e reverbera no desconhecimento da própria Política. Muitos sujeitos ainda não sabem que ela existe; outros, por sua vez, até a conhecem, mas por curiosidade ou interesse próprio. Consta-se que as informações não estão chegando e que uns não sabem das atribuições dos outros, bem como a forma como estão lidando com a execução da Política em si.

O que se extrai desta dificuldade, falta de informações e desconhecimento da Política, está diretamente relacionada com uma das atribuições do município, presentes no artigo 6º da Portaria do Ministério da Saúde. Neste sentido, uma das competências municipais é a criação de mecanismos de monitoramento e avaliação do impacto da implementação da Política em nível municipal.

No ciclo de políticas públicas, a avaliação surge como um passo posterior à implementação de uma política pública, possuindo uma dimensão técnica que envolve a produção ou coleta de informações que possam contribuir para uma avaliação concreta de como a política se implementou. O monitoramento, por sua vez, compreende um exame contínuo da Política, para eventuais tomadas de decisões durante o curso de sua implementação (Rua, 2009).



Para que isto ocorra, é necessário que haja por parte da Administração Pública um mecanismo adequado capaz de sistematizar as informações e avaliá-las. A fala dos sujeitos se encaminham para o entendimento de que este tipo de mecanismo não existe no município de Ponta Grossa, o que compromete o avanço da Política em si.

A literatura explicita que o ciclo de políticas públicas possui fases, na qual o monitoramento e avaliação surgem ao seu final. Isto indica que, se não há monitoramento e avaliação, não há que se falar em implementação. O desconhecimento dos atores envolvidos demonstra que esta atribuição municipal ainda não foi cumprida. Não há que se responsabilizar o município exclusivamente, devido à característica descentralizadora do SUS. Em uma das falas, o entrevistado alega desconhecer parte da Política e atribui esta responsabilidade também ao Estado e ao governo federal, por não inserirem o município em debates relativos à temática.

É importante destacar que os responsáveis para que tal política pública seja implementada são todos os atores envolvidos, por parte do Estado e da sociedade civil, devendo atuar conjuntamente. Todavia, reconhece-se que muitos destes responsáveis nem sempre tem acesso à Política ou mecanismos para que isto ocorra, não devendo ser diretamente responsabilizados por tais falhas. Se os próprios gestores ou representantes da sociedade civil desconhecem a Política em sua íntegra, justifica-se a dificuldade em implementar ações em seus variados aspectos que compõem a integralidade da saúde.

Desta categoria, é possível captar que a falta de diálogo entre os atores envolvidos na Política prejudica a população LGBT como um todo. À medida em que as informações não são divulgadas, muitos destes atores sequer sabem que existe uma política específica em termos de saúde para este segmento, como é o relato dos profissionais de saúde. Por conseguinte, as ações são fragilizadas, pouco se sabe das atribuições das outras partes envolvidas, comprometendo a execução da Política.

Considerações finais

Este artigo teve como temática principal a Política de Saúde Integral LGBT. Esta Política foi criada de acordo com as diretrizes do SUS, destacando-se a integralidade e a descentralização. Tem sua base no contexto de uma saúde universal, igualitária e integral voltada para uma população vulnerável e que atuou na conquista de direitos ao longo dos anos e se sustenta no contexto das políticas sociais, onde há uma pactuação



para atender às necessidades sociais, surgindo num contexto de lutas - assim como ocorre com a população LGBT.

Os recursos humanos e financeiros são preponderantes para a implementação da Política no município. As entrevistadas evidenciaram que os municípios não conseguem implementar políticas e ações de saúde para a população LGBT justamente porque não há incentivo de demais entes da federação. Depreende-se que não se pode responsabilizar o município pela inexecução de políticas de saúde, vez que o ele depende diretamente dos governos federais e estaduais para implementar tais políticas articuladamente. Trata-se, portanto, de uma responsabilidade compartilhada

A falta de diálogo e debate interferem na dificuldade de implementação da Política. Depreende-se que esta falta de comunicação também está relacionada com a ausência de um mecanismo próprio de monitoramento e avaliação da Política. Ou seja, o município de Ponta Grossa não criou este mecanismo, o que reflete no desconhecimento por parte dos atores de diversos aspectos fundamentais, como os tipos de ações desenvolvidas pelo município, de que modo a ONG Renascer atua, como está a participação dos membros da sociedade civil nos Conselhos, ou os debates ocorridos em nível municipal, estadual e federal acerca da temática.

Este diálogo necessita melhorar, numa articulação capaz de se trabalhar em conjunto para a implementação integral da Política de Saúde LGBT. Para a efetiva implementação é de fundamental importância o diálogo entre os responsáveis e, se isto falha, não é possível que haja sua concretização.

No que se refere a pesquisa realizada, os dados analisados evidenciam que há uma implementação parcial da referida política. A escassez de auxílio financeiro e de profissionais capacitados tem contribuído para a não efetiva implementação desta Política. Embora o SUS tenha avançado significativamente rumo a uma saúde integral da população LGBT, nota-se que muito precisa ainda melhorar. Em termos de saúde pública, a Política traz um avanço em relação às demandas da população LGBT ao longo dos anos.

Notas

¹ Mestre em Ciências Sociais Aplicadas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG. Bacharel em Direito pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Professor da Universidade Norte do Paraná – UNOPAR, no curso de Direito. Membro do Grupo de



Pesquisa “Agenda Social do Mercosul e Proteção Social no Brasil”, do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG. Pesquisador nas áreas de política social, saúde, população LGBT, direito internacional e direitos humanos. Advogado. E-mail: dilerborges@hotmail.com

² Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS. Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas Mestrado e Doutorado da UEPG. Integra a linha de pesquisa Estado, Direitos e Políticas Públicas. E-mail: lisleipreuss@hotmail.com

3. Pesquisa realizada no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas – Mestrado da Universidade Estadual de Ponta Grossa / UEPG

Referências Bibliográficas

Abrasco. Teto de gastos trará grande retrocesso na Saúde, avalia especialista em Saúde Coletiva. Jul 2017. Disponível em < <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opinioao/teto-de-gastos-trara-grande-retrocesso-na-saude-avalia-especialista-em-saude-coletiva/29742/>> Acesso em 01 Jun 2017.

Baldin, N.; Munhoz, E. B. Snowball (Bola de Neve): Uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. X Congresso Nacional de Educação – EDUCERE. I Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividades e Educação. Curitiba, Nov 2011. Disponível em < http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398_2342.pdf>. Acesso em 17 Out 2018.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. – Brasília : 1 ed., 1. reimp. – Ministério da Saúde, 2013.

Rua, M. G. Políticas Públicas. Brasília, CAPES : UAB, 2009. 130p.



Primária à saúde no Brasil e na Argentina: Um estudo comparado

Juliane Cristine de Camargo¹

Lislei Teresinha Preuss²

Este resumo apresenta resultados parciais de uma pesquisa que tem como principal objetivo realizar um estudo comparado da atenção primária à saúde no Brasil e na Argentina. Tem-se como problemática do estudo: como é o sistema de oferta de serviços de saúde na atenção primária no Brasil e na Argentina. Baseada no método crítico-dialético esta pesquisa caracteriza-se por ser qualitativa, exploratória e documental. Os resultados parciais da pesquisa evidenciam que os países Brasil e Argentina, têm experiências históricas e modelos distintos de atenção à saúde. Os sistemas de oferta dos serviços de saúde são assimétricos nos aspectos organizacionais, de financiamento e de acesso. Ainda que exista contiguidade no território epidemiológico e sanitário para além das fronteiras, os países têm perfis populacionais, de infraestrutura e de responsabilidades sanitárias variados. No que se refere à saúde como direito do cidadão e dever do Estado, o Brasil é o único país a apresentar tal assertiva com detalhamento de ações, serviços, financiamento e principalmente instituindo um sistema único de saúde, universal e integral, no atendimento e no acesso. Na Argentina o sistema de saúde é concentrado na atenção especializada e hospitalocêntrica, concepção médico-hospitalar, um conceito não ampliado de saúde, não constando fatores condicionantes e determinantes e também não explicitando as categorias direito, política social, dever e o comprometimento do Estado em garantir tal direito à população. Há uma insuficiência de atenção na promoção, prevenção e na atenção primária. O sistema está fundamentalmente orientado para atenção médico-curativa das doenças e centrado na instituição hospitalar.

Palavras Chave

Política de Saúde, atenção primária à saúde, Brasil, Argentina, direito à saúde.

Introdução

Este artigo tem como temática principal a Atenção Primária à Saúde (APS). Apresentam-se resultados parciais de uma pesquisa que tem como principal objetivo realizar um estudo comparado da atenção primária à saúde no Brasil e na Argentina. Tem-se como problemática do estudo: como é o sistema de oferta de serviços de saúde na atenção primária no Brasil e na Argentina. Baseada no método crítico-dialético esta pesquisa caracteriza-se por ser qualitativa, exploratória e documental. Este trabalho



integra as atividades desenvolvidas no grupo de Pesquisa Agenda Social do Mercosul e Proteção Social no Brasil³.

A APS refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder necessidades individuais e coletivas. É considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão (Giovanella e Mendonça, 2012).

Ganhou destaque na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na antiga União Soviética, tendo como resultado a Declaração de Alma-Ata. Nesta Conferência, a APS foi entendida como:

atenção à saúde essencial, fundada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, primeiro componente de um processo permanente de assistência sanitária orientado por princípios de solidariedade e equidade, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação e com foco na proteção e promoção da saúde. (Giovanella e Mendonça, 2012, p. 10)

Neste artigo, para fins de apresentação, primeiramente, se descreve a atenção primária à saúde no Brasil e na Argentina, na sequência apresenta-se a metodologia de estudo e por fim os resultados e as discussões sobre a pesquisa realizada bem como as considerações finais deste estudo.

Uma breve aproximação conceitual da atenção primária à saúde

A Declaração de Alma-Ata consagrou uma abordagem de atenção primária integral, abrangente e compreensiva, a partir de um sistema integrado de saúde, inseparável do desenvolvimento econômico e social, com enfrentamento dos determinantes sociais e promoção da participação social (Mendonça; Gondim; Matta e Giovanella, 2018).

Em países de desenvolvimento, a atenção primária em saúde, em geral, foi implementada como uma abordagem seletiva. Ou seja, por programa com cesta restrita de intervenções – por exemplo atenção materno-infantil e doenças infecciosas – focalizado em populações em pobreza extrema e de resolutividade restrita (Mendonça et al., 2018).

Para Starfield (2002), a atenção primária à saúde pode ser considerada uma estratégia para integrar todos os aspectos dos serviços de saúde. É o nível de um sistema de



serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, atenção à pessoa no decorrer do tempo, em suas diferentes fases de vida.

Os serviços de atenção primária devem estar orientados para a comunidade, conhecendo suas necessidades de saúde; centrar-se na família, para bem avaliar como responder às necessidades de saúde de seus membros; e ter competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais (Starfield, 2002).

No Brasil, de acordo com Giovanella e Mendonça (2012), historicamente, há uma tensão entre as distintas abordagens da APS, influenciando, assim, na formulação dos programas e políticas de saúde voltados para a garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, preconizado na Constituição Federal de 1988.

Em consonância com a Declaração de Alma-Ata, a APS na perspectiva abrangente, integral e compreensiva, representa a mudança de um modelo assistencial a partir de uma ênfase na saúde coletiva. Uma das expressões desta proposta é a Saúde da Família, considerada estratégia prioritária para organização da Atenção Básica e do sistema local de saúde; modelo de APS peculiar do Brasil, que incorpora elementos como a centralidade na família e o direcionamento para a comunidade (Mendonça et al., 2018).

Os argentinos tem direito à usufruir dos serviços em saúde em centros públicos de atenção primária (CAPS), centros especializados e hospitais públicos. Esses serviços são oferecidos a nível nacional, provincial e municipal. As ações de atenção primária são desenvolvidas pelo governo nacional e as províncias investem em hospitais públicos.

Segundo Giovanella, Almeida, Romero, Oliveira e Silva (2015) a APS na Argentina se configura como uma estratégia que irá oferecer cuidados de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, levando em consideração os problemas de saúde-doença-cuidado de um indivíduo ou comunidade.

Metodologia

Para o alcance dos objetivos propostos, utilizou-se de pesquisa bibliográfica e pesquisa documental. A metodologia empregada é o estudo comparado. Esta metodologia permitiu identificar semelhanças e diferenças entre a atenção primária no Brasil e na



Argentina, ampliando, assim, o campo de análise e de compreensão da realidade dos países em estudo. Entende-se que a relevância desta metodologia consiste nas possibilidades que ela oferece para se apreender a relação dialética entre o local, o nacional e o global, a articulação entre as particularidades e as tendências globais.

Resultados e Discussões Atenção Primária no Brasil

O SUS é uma das maiores conquistas pós Constituição Federal de 1988. O Sistema é constituído por ações e serviços que os órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, prestam aos cidadãos. De maneira complementar, pode-se ter a iniciativa privada (Brasil, 2000). Por meio da Lei N.º 8.080/90 em suas disposições gerais, a saúde é assegurada enquanto direito do cidadão e dever do Estado.

Para a consolidação do SUS, tem-se os seguintes princípios: a universalidade; a integralidade; equidade. E os princípios organizacionais: a regionalização e a hierarquização da rede, das ações e dos serviços de saúde; a participação e o controle social; e a descentralização na saúde.

A universalidade, entende-se como direito à saúde para todos os cidadãos e é dever do Estado a garantia da oferta e financiamento de suas ações e serviços. A integralidade está interligada com as ações práticas de promoção, proteção, prevenção e recuperação em saúde, em articulação com outras políticas públicas. No Brasil o princípio da equidade é relacionado à investimentos maiores, onde a carência é maior e a situação de saúde necessita de mais cuidados (Brasil, 1990).

A regionalização permite a unificação de serviços já existentes, fazendo com que haja articulação entre os serviços de saúde. A hierarquização se relaciona com a divisão dos níveis de atenção à saúde, de maneira que garanta o acesso à saúde, mesmo com limites de recursos disponíveis em cada região. A participação e controle social são executados pela sociedade civil, que de forma constitucional, podem formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde, através de conselhos e conferências em saúde. E por fim a descentralização, compreendida como redistribuição de poder e responsabilidades entre os três níveis de governo (Brasil, 1990).

Para a base de implementação e operacionalização do SUS tem-se as Normas Operacionais Básicas - NOBs 01/91, 01/93 e 01/96 e as Normas Operacionais de Assistência à saúde-NOAS que são duas NOAS-SUS 01/2001, NOAS-SUS 01/2002, que determinam e orientaram o processo de gestão do SUS. Objetivando melhorar a



qualidade do atendimento do SUS e complementar as normas operacionais em 2006 é firmado o Pacto pela Saúde entre os gestores da União, estados e municípios, através da portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro, em três dimensões: em defesa do SUS, de gestão e pela vida. O Pacto tem como finalidade prestar serviços de qualidade à população, garantindo o acesso à saúde para todos, buscando superar os problemas políticos, técnicos e administrativos. É uma estratégia de consolidar os princípios e diretrizes constituídos do sistema (Preuss, 2011).

Para as ações de promoção, prevenção e recuperação, se faz necessário dividir o sistema de saúde, em níveis de atenção: atenção básica, a média e a alta complexidade. É importante destacar que deve-se ter a articulação e comunicação entre os diferentes níveis de atenção, para dar o real significado à integralidade.

A atenção básica é a porta de entrada no sistema de saúde e ao mesmo tempo acredita-se ser mais resolutiva para a saúde pública e tem um menor custo. As Unidades Básicas de Saúde - UBS, as quais ofertam os serviços para a população, estão próximas das pessoas, perto de suas casas, de onde trabalham ou estudam, a fim de garantir um serviço à saúde de forma universal, gratuito e envolvendo ações de promoção e prevenção a saúde. “As evidências demonstram que a Atenção Primária tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde (...)” (Starfield, 1994 como citado em Brasil, 2011, p. 29).

Para uma Rede de Atenção a Saúde-RAS, de qualidade que consiga prestar um atendimento integral, necessita-se de uma AB bem estruturada. A AB é desenvolvida com um alto grau de descentralização e capilaridade. “Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (Brasil, 2012, p. 19).

Segundo a PNAB de 2017 a Atenção Básica, se define como:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (Brasil, 2017)



Na atenção básica, às ações são desenvolvidas por meio de estratégias práticas gerenciais de gestão democrática e participativa. É um trabalho em equipe, que tem como objetivo oferecer serviços à população com territórios definidos, levando em consideração a dinamicidade do território e “observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos” (Brasil, 2012, p. 19).

Como a AB segue o princípio de descentralização do SUS, há responsabilidades em todas as esferas do governo. Existem responsabilidades comuns ao governo federal, estadual e municipal. Mas há também responsabilidades específicas para o Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e para a Secretaria Municipal de Saúde.

O Brasil é rico em extensão territorial, são cinco regiões, o princípio da descentralização se torna fundamental, para a atenção básica conseguir exercer suas funções. Em cada região, estado e município os problemas de saúde serão diferentes, assim cada um terá autonomia para estar desenvolvendo campanhas, programas e projetos conforme a sua demanda.

Considera-se a atenção básica como de menor custo que tem como objetivo solucionar os problemas mais frequentes de saúde no seu território. Para além, considera o indivíduo em sua complexidade, integralidade e inserção cultural, buscando cuidados de prevenção e promoção à saúde. As Estratégias para esse nível de saúde são: Saúde da Família-ESF e Agentes Comunitários de Saúde (Brasil, 2011).

Em 1990 tem-se a implementação do Piso de Atenção Básica, o qual é operado pelo repasse financeiro fundo a fundo. Esse método financeiro é redistributivo e pode ser de dois modos: tipo de repasse nacional por meio do PAB Fixo (per capita) e do PAB-Variável (por adesão da ESF e seus componentes.). Com o PAB houve a facilitação da implementação da ESF (Melo, Mendonça, Oliveira, Andrade, 2018).

Salienta-se que na atenção básica não são resolvidos problemas simples, mesmo que o SUS descreva como um nível de baixa complexidade. O nível diz respeito a densidade das tecnologias utilizadas.

Os cuidados preventivos da APS envolvem um amplo leque de tecnologias como rastreamento de doenças, imunização e vacinação, prevenção de fatores de riscos proximais, prevenção de fatores de risco individuais biopsicológicos, estratégias comportamentais e de motivação aplicadas em intervenções de modificação de estilos e



hábitos de vida, orientação nutricional, orientação à atividade física, controle do tabaco, do álcool e outras. (Mendes, 2015, p. 68)

Para organizar a Atenção Básica cria-se “A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)”, a qual estabelece diretrizes para a organização dos serviços, foi criada em 2006 e revisada nos anos 2011 e 2017. Destaca-se na primeira edição, a Estratégia da Saúde da Família como a principal estratégia da Atenção Básica, entende-se como algo fundamental para ações de qualidade, consolidação e expansão da Atenção Básica. Com a edição da PNAB 2011 criou-se dois programas importantes para AB: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e o Programa Mais Médicos (PMM), e foram responsáveis pela contratação de profissionais para a AB e melhoria da infraestrutura.

Com a PNAB de 2017 mudanças que trazem impactos principalmente na escassez de profissionais, “(...) pode-se dizer que os propósitos centrais dessa política são a diminuição dos ACS e a mudança de seu perfil, bem como a priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF, com maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal” (Melo et al., 2018).

O cenário da atenção básica no Brasil incluiu:

75,67% da população coberta pela atenção básica, considerando-se, além das eSF, equipes equivalentes formadas por clínicos gerais, ginecologistas-obstetras e pediatras. 64,9% da população coberta por eSF.** 42.855 eSF cuidam de mais de 134 milhões de cidadãos. Distribuídas em 42,8 mil Unidades Básicas de Saúde. Com mais de 700 mil profissionais. 63.768 médicos em atuação. 131,9 milhões de consultas no e-SUS AB em 2017.*

42.855 Equipes da Estratégia Saúde da Família. 26.385 Equipes de Estratégia de Saúde Bucal. 263.924 Agentes Comunitários de Saúde. 5.236 Equipes dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família/AB – NASF. 1.846 Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. 1.120 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. 195 Equipes de Atenção Básica da Saúde Prisional. 132 Equipes de Atenção Básica do Consultório na Rua. 302 Equipes de Saúde Bucal das Unidades Odontológicas Móveis – UOM. 103 ESF para populações Ribeirinhas e 06 ESF em UBS Fluviais. (Brasil, 2018)

A atenção básica é de fundamental importância para o funcionamento do SUS. Ela consegue atingir a maioria da população Brasileira, fazendo valer os princípios de universalidade, integralidade e equidade. O Brasil possui um modelo de AB atualmente



bom, apesar dos problemas de gestão, mas conforme citado a emenda constitucional e a PNAB de 2017 trará impactos graves no período de 20 anos, diminuindo a eficiência e qualidade do SUS.

Atenção Primária na Argentina

Os sistema de saúde da Argentina se organiza em três setores: o setor público, o setor de obras sociais e o setor privado. Para o conhecimento da cobertura de saúde dos setores de saúde da Argentina para a população, uma pesquisa realizada, pelo Instituto Nacional de Estadística y Censos de Argentina INDEC (2010) apresentou que 36% das pessoas tem cobertura pública do setor público, mesmo ele sendo. Com os dados disponibilizados pelo INDEC (2017) há um total de 21.423.102 pessoas beneficiárias das Obras Sociais. Evidencia-se que o setor público tem menos força que as Obras Sociais e conseqüentemente o Estado acaba investindo e criando menos serviços, programas e projetos universais, já que não é toda a população que acessa o setor público.

As obras sociais surgiram através do esforço sindical dos trabalhadores no início do século XX. Os trabalhadores buscavam respostas para a emergência de problemas de saúde que estavam crescendo com o desenvolvimento industrial. Coletivamente e com consciência de classe, os trabalhadores organizaram um sistema de saúde, com o princípio de solidariedade afim de atender as demandas de saúde (Leone, 2015).

O setor privado iniciou no início do século XX e a filiação é de forma voluntária. O público alvo em geral são famílias de renda alta e de grandes cidades. Os prestadores e planos são diversos (Isags [Instituto Sul Americano de Governo em Saúde], 2012, p. 93). O setor público é formado pela estrutura administrativa provincial e nacional à nível ministerial e são prestados serviços gratuitos através de rede de hospitais e centros de saúde públicos. Geralmente as pessoas que acessam esses serviços são as que não tem cobertura das Obras Sociais e não tem condições para pagar serviços privados. No ano de 2008 somavam aproximadamente 14,6 milhões de pessoas (Belló, 2011).

O direito à saúde na Argentina está garantido na Constituição, através do art 75, inciso 22 da carta magna. A Argentina caracteriza-se como uma república federal e o sistema de governo é presidencialista. Contudo, as Províncias são direcionadas por esse governo central, mas tem autonomia para decisões das Políticas de Saúde, tal fato é decorrente do processo de descentralização territorial. Dessa forma os serviços de saúde públicos são financiados e prestados por 24 Províncias. As políticas e o objetivos,



planos, programas e projetos são determinadas pelo Ministério da Saúde (MSAL), que serão elaboradas conforme o Poder Executivo Nacional (Isags, 2012).

O setor de saúde público da Argentina atende a população mais carente, que são as pessoas que não tem cobertura do setor Privado e do setor de Obras Sociais. Sabe-se que a cobertura desses setores são para trabalhadores formais e para pessoas de classe economicamente ricas. A construção desse sistema que engloba diversos setores pode tornar-se um risco, pois basta uma crise para que o setor público tenha que aumentar a sua cobertura. Em uma crise econômica não há investimentos altos em saúde, aumentando indicadores de morbidade e mortalidade.

Todos os habitantes que residem na Argentina tem o direito de usufruir dos serviços de saúde em três níveis: centros públicos de atenção primária (CAPS), centros especializados e hospitais públicos. Esses serviços são oferecidos a nível nacional, provincial e municipal.

A Argentina considera prioridade o investimento na atenção primária de saúde e conta com uma equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, parteira, agentes comunitários pagos ou voluntário, odontólogo) e tem sua territorialização por províncias (Giovanella e Almeida, 2017).

Os responsáveis pela gestão, organização e prestação de serviços na Atenção Primária são as províncias e municípios. Segundo Giovanella e Almeida (2017), os principais prestadores da cobertura de saúde da Argentina são: As Obras Sociais e o setor público. Os financiamentos nacionais designados para esferas subnacionais são por programas específicos.

Segundo Camargo, Preuss e Lacerda (2018, p. 6) "A atenção primária é fornecida para os usuários através dos Centros de Atenção Primária à Saúde-CAPS, os Centros Integradores Comunitários-CIC e os postos comunitários". Os CAPS tem uma organização semelhante com as Unidades Básicas de Saúde do Brasil, sendo locais de prevenção à saúde e localizadas próximas as residência das pessoas.

Para a Atenção Primária de Saúde na Argentina funcionar adequadamente,

Se propone "el diseño de un nuevo modelo sanitario basado en la construcción de redes de atención y reconociendo su base primordial en la estrategia de atención primaria". Se considera la APS como el modelo "más efectivo en el mejoramiento de la salud de la



población y en el logro de una cobertura más uniforme”. La estrategia es “asegurar la cobertura efectiva de atención primaria para la población de cada territorio, propiciando su participación”. El Plan establece la atención primaria como “prioridad absoluta” y afirma que “las acciones de promoción y prevención obtendrán una asignación creciente de recursos”, con descentralización progresiva sistemática y organizada. (Argentina, Presidencia de la Nación, 2004 como citado em Ferreira 2015, p. 67)

Compreende-se a importância da APS pois é através dela que se consegue efetivar o direito à saúde, levando para as pessoas ações de promoção e prevenção à enfermidades a fim de evitar agravos. Diante disso, tem-se um importante avanço com o Plano Federal de 2004-2007, onde atribui-se prioridade na atenção primária, destinando recursos para a promoção e prevenção à saúde. Com o Plano Federal de 2010-2016, a descentralização é reforçada, permitindo aos governos implementar estratégias de saúde conforme à necessidade (Isags, 2012).

Para a realização de ações descentralizadas em nível nacional, provincial e municipal, a fim de oferecer serviços de promoção e prevenção, são descritas algumas funções da saúde pública, através do Projeto de Funções Essenciais de Saúde Pública:

• Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población • Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública • Promoción de la salud • Participación social y refuerzo del poder de los ciudadanos en salud • Desarrollo de políticas y planes que apoyen los esfuerzos individuales y colectivos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional • Regulación y fiscalización en salud pública • Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios • Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública • Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos • Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública • Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud. (Ferreira, 2015, p. 83)

O Estado ao realizar essas ações está promovendo à saúde e prevenindo agravos à saúde. Para a realização dessas funções, a Argentina durante os últimos anos vem desenvolvendo uma série de planos e programas, alguns deles são: Programa Materno Infantil; Plan Nacer; Programa Remediar; Programa Nacional de Inmunizaciones, Programa Nacional de Control de Tuberculosis; Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus del Humano, SIDA y ETS; Programa Federal de Chagas; Enfermedades Vectoriales: Dengue (EEA), Leishmaniasis; Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, etc (Isags, 2012).



Segundo os dados do Minsal (2014) disponibilizado por Ferreira (2015) há na Argentina 7.532 CAPS e 600 CIC, totalizando 8.132 estabelecimentos de APS na Argentina. Nos CAPS há em média 11 profissionais trabalhando por estabelecimentos, totalizando no país 67.797 trabalhadores.

Referente aos recursos financeiros para APS, o Ministério da Saúde irá transferir recursos por programas específicos para as províncias, com verbas do governo nacional. De acordo com a constituição de 1994, há um total de 23 províncias e 2.200 municípios na Argentina (Giovanella et al., 2015).

Cita-se algumas características da APS na Argentina, segundo Giovanella, et al. (2015): a) a responsabilidade principal é das províncias; b) há em torno de 3200-4000 agentes comunitários; c) uma das principais iniciativas para formação da equipe profissional, são cursos de pós-graduação para médicos, se especializarem em médica da família e comunidade; d) para fortalecer a APS, e fazer normas e diretrizes, existe o “Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales en Argentina”.

A atenção primária em saúde é essencial, não somente para resultados preventivos, mas contudo para o gasto público. Com a citação a cima, percebe-se que os gastos maiores são provinciais, já que os mesmos são responsáveis pelos hospitais, pela recuperação.

Considerações finais

Os resultados parciais da pesquisa realizada evidenciaram que diferente do Brasil, a Argentina adota o conceito de atenção primária. O modo como se configura a atenção primária são muito parecidos, sendo ofertado através de unidades de saúde próxima à residência dos cidadãos. No Brasil esses locais se chamam Unidades Básicas de Saúde-UBS e na Argentina Centros de Atenção Primária à Saúde-CAPS.

Pode-se perceber que muitas ações de saúde que ocorrem em um país não são exclusivamente nacionais, mas decorrem de um conhecimento internacional que vários países coletivamente constroem ou até mesmo por pressão internacional de órgãos e instituições como a Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde. Como exemplo tem-se a Declaração de Alma Ata, assinada por 134 países no ano de 1978 e expressava a necessidade dos países promoverem os cuidados primários em saúde. O pacto dentre as várias declarações, aponta que a saúde é objeto comum de todos os países.



A atenção primária em saúde passa a ser considerada essencial nos países e os países começam a investir nesse nível de atenção, pois antes de 1978 as ações de saúde concentravam-se em média e alta complexidade, o que não trazia resultados satisfatórios para a diminuição da desigualdade.

Especificamente no caso brasileiro a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, de 15 dezembro de 2016 (Brasil, 2016), congela por 20 anos os recursos destinados às políticas sociais. Com o congelamento dos recursos, acredita-se que haverá dificuldade de efetivar atenção primária em saúde, conforme preconizada pela Declaração Alma-Ata: atenção primária como atenção essencial à saúde, garantida a todas as pessoas, orientada por princípios de solidariedade e equidade e com foco na proteção e promoção da saúde.

Já a Argentina percebe-se através da pesquisa bibliográfica, que há uma fragmentação no sistema de serviços de saúde. Especialmente na atenção primária, há inúmeros programas, mas são programas seletivos e focalizados, e possuem tecnologias de baixa de recursos. Os programas se caracterizam como seletivos, porque buscam responder as necessidades da população em extrema pobreza, que na maioria das vezes não tem acesso aos níveis de atenção secundário e terciário. (Starfield, 2002)

E por fim conclui-se que a política de saúde do Brasil, apesar de todas as dificuldades, principalmente ao que se refere à gestão e a financiamento, é um exemplo internacional, pois há princípios e diretrizes que contemplam todas os níveis de saúde, fazendo com que haja articulação entre a atenção básica e atenção de alta complexidade à nível nacional, estadual e municipal. Um sistema único com o objetivo de levar à saúde para todas as pessoas com equidade, contribuindo para a diminuição da desigualdade social.

Notas

¹ Estudante do curso de graduação em Serviço Social da Universidade Estadual de Ponta Grossa / UEPG. Bolsista de Iniciação Científica, Fundação Araucária durante o período de agosto de 2017 à julho de 2019, E-mail: jucamargoom@gmail.com

² Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS. Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas Mestrado e Doutorado da UEPG. Integra a linha de pesquisa Estado, Direitos e Políticas Públicas. E-mail:



lisleipreuss@hotmail.com

³ Grupo de pesquisa cadastrado no CNPQ sob liderança da professora e pesquisadora Dr.^a Lúcia Cortes da Costa, e-mail cortesluci@gmail.com

Referências Bibliográficas

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011) Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS. 197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3)

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado.

Brasil. Ministério Da Saúde Secretaria Nacional De Assistência À Saúde. (1990) ABC do SUS Doutrinas e Princípios. Brasília/DF. 10 p.

Brasil. Ministério Da Saúde. Departamento De Atenção Básica. Encontro Estadual para fortalecimento da atenção básica. (2018) São Paulo. 28 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/geral/PNAB.pdf> Acesso em 09 de setembro de 2019

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, De 21 De Setembro De 2017. (2017) Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012) Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília

Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria Executiva. (2015) Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília. 44 p

FERREIRA Gilberto Ríos. (2015) Atención primaria de salud en Argentina, Paraguay y Uruguay. In: ISAGS. GIOVANELLA Lúgia (org) Atención primaria de salud en Suramérica. Rio de Janeiro: Isags: Unasur, p. 59-110

Giovanella Ligia e Almeida Patty Fidelis. (2017) Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. Cadernos de Saúde Pública 2017; 33 Sup 2., 1-21 p.

Giovanella, Almeida e Romero, Oliveira, Silva (2015). Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Saúde Debate. v. 39, n. 105, p.300-322

Giovanella, Lúgia e Mendonça, Maria Helena Magalhães de. (2012) Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 71p.

Isags. (2012) II Sistema de Salud en Argentina. Sistemas de salud en Suramérica:



desafios para la universalidad la integralidad y la equidad / Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; Ligia Giovanella, Oscar Feo, Mariana Faria, Sebastián Tobar (orgs.). Rio de Janeiro: ISAGS, p. 71-164

Leone, Francisco. (2019) Obras sociales en la Argentina Un sintético relato histórico. Un recorrido por la historia de las obras sociales, desde su creación hasta nuestros días. Las reformas introducidas por los gobiernos militares y durante la década de los '90. El rol que debe adoptar hoy el Estado. p. 69-74. Disponível em: <http://www.vocesenelfenix.com/sites/default/files/pdf/10.pdf> Acesso em 04 de julho de 2019

Melo, Mendonça e Oliveira, Andrade. (2018) Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 42, Número 1, P. 38-51

Mendes, Eugênio Vilaça. (2015) A Construção Social Da Atenção Primária À Saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. 193 p.: il.

Preuss, L. T.; Camargo, J. C. ; Lacerda, M. K. (2018) A Política De Saúde Mental No Brasil E Argentina: Uma Breve Caracterização. In: XVI Encontro Nacional de Pesquisadoras/res em Serviço Social, Vitória, Espírito Santo. v. 01.

Preuss. L. T. (2011) O pacto pela saúde nas cidades gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai. Tese de obtenção de grau de Doutor em Serviço Social – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Brasil

Starfield, Barbara. (2002) Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 726p



Planejamento urbano e implicações nas políticas públicas de atenção básica à saúde: uma revisão integrativa

Mariel Mayer Pilarski
Ana Paula Myszcuk
Leonardo Tonon

Resumo

A problemática que se apresenta é de se realizar discussão inicial sobre implicações do planejamento urbano nas políticas públicas de atenção básica à saúde. O objetivo é verificar que viés dessa discussão já está posto pela literatura e indicar quais lacunas, considerando-se o planejamento urbano como um modo de integrar cidade e sadia qualidade de vida. A metodologia utilizada foi a revisão integrativa. Os dados bibliográficos foram pesquisados nas plataformas Medline, Google Scholar e Web Of Science. Como resultado primário, foram encontrados 582 artigos, sendo que, a partir da aplicação de palavras chaves (planejamento urbano e direito à saúde) e boleadores, os resultados se reduziram para 5 artigos, 8 artigos e 1 artigo, respectivamente. Nas discussões se destaca que no marco constitucional de 1988 o planejamento urbano torna-se indissociável do direito à cidade, do direito e políticas públicas de saúde, que por sua vez estão diretamente ligados a um meio ambiente ecologicamente equilibrado, elemento indispensável à sadia qualidade de vida. Todavia, estes três pilares constitucionais são pouco correlacionados quando do pensar e da prática das políticas públicas de planejamento urbano. Se conclui que há uma lacuna na produção científica sobre o tema, reflexo da pouca consideração prática, desses pilares como elementos que devem estar integrados no planejamento e na construção do espaço urbano. Integrar esses pilares e incentivar estudos que visem trazer instrumentos para que essa integração seja possível é uma vertente que pode auxiliar na melhoria do planejamento urbano e elevação da qualidade de vida da população brasileira.

Palavras-chave

Planejamento urbano; políticas públicas; direito à saúde; atenção básica.

Abstract

The problem that arises is to carry out an initial discussion about the implications of urban planning in the public policies of basic health care. The objective is to verify the bias of this discussion is already presented in the literature and indicate which gaps, considering urban planning as a way to integrate a city and healthy quality of life. The methodology used was the integrative review. The bibliographic data were searched on Medline,



Google Scholar and Web of Science platforms. As a primary result, 582 articles were found, and the results were reduced to 5 articles, 8 articles and 1 article, from the application of key words (urban planning and health rights) and ballers. In the discussions, it is highlighted that in the 1988 constitutional framework urban planning becomes inseparable from the right to the city, from the right and public health policies, which in turn are directly linked to an ecologically balanced environment, an indispensable element to the healthy quality of life. However, these three constitutional pillars are poorly correlated when thinking about and practicing urban planning public policies. It concludes that there is a gap in the scientific production on the subject, reflecting the little practical consideration, of these pillars as elements that must be integrated in the planning and construction of the urban space. Integrating these pillars and encouraging studies aimed at bringing instruments to make this integration possible is an aspect that can help in improving urban planning and raising the quality of life of the Brazilian population.

Key-words

Urban planning; public policy; right to health; primary care.

Introdução

Dado o marco constitucional de 1988 o planejamento urbano torna-se indissociável do direito à cidade, do direito e políticas públicas de saúde, que por sua vez estão diretamente correlacionadas a um meio ambiente ecologicamente equilibrado, nos ditames postos pela Carta Magna. Nesse contexto, a cidade torna-se um direito coletivo, já que depende do poder do grupo em seus processos de reurbanização, a exemplo do acesso igual a recursos naturais, econômicos e os demais inerentes “à coisa” (Kauchakje, 2017, p. 8), devendo, ainda, ser sustentável (Brasil, 2001).

O direito à cidade “é, fundamentalmente, um direito que os cidadãos têm a uma cidade hígida, a um ambiente harmônico e equilibrado e a um local que proporcione dignidade à pessoa” (Battus e Oliveira, 2016, p.82). Desse modo, para a efetivação do direito à cidade são englobados dois requisitos: políticas de saúde e para proteção do meio ambiente. A sustentabilidade, por sua vez, é o que une esses dois requisitos, enquanto instrumentos para o estabelecimento de um meio ambiente ecologicamente equilibrado, indispensável à sadia qualidade de vida, disposto pela Constituição Federal.

No que se refere ao primeiro requisito, as políticas públicas de saúde são universais, inclusive tornando-se política de caráter econômico, que atenda a promoção, proteção,



recuperação e visa diminuir os riscos das patologias (Brasil, 1988). Assim, denota-se que é adotado o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde – OMS, que entende que é “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2006, p. 01).

No contexto desse direito é instituída a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que visa atender demandas dentro da atenção básica e da atenção primária (consideradas sinônimos desde 2017), sendo:

O conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (Ministério da saúde, 2017)

O meio ambiente, segundo a legislação em vigor, é “conjunto de condições, leis, influências e interações de ordem física, química e biológica, que permite, abriga e rege a vida em todas as suas formas” (Brasil, 1981), que, por sua vez, está diretamente ligada a qualidade de vida do indivíduo.

A Organização Mundial de Saúde – OMS, entende que a qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (BVS, 2013).

Tem-se, nisto, três pilares e direitos constitucionais: direito à cidade, direito à saúde e direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado. “Nessa linha, viabilizar o direito à cidade é também dar efetividade à dignidade do indivíduo, melhorando, assim, a qualidade de vida dos cidadãos” (Battus e Oliveira, 2016, p.82).

Então, a problemática que se apresenta é de se realizar discussão inicial sobre implicações do planejamento urbano nas políticas públicas de atenção básica à saúde, no conteúdo do direito à idade e a sadia qualidade de vida. O objetivo é verificar que viés dessa discussão já está posto pela literatura e indicar quais lacunas, considerando-se o planejamento urbano como um modo de integrar cidade e sadia qualidade de vida.



Metodologia

A pesquisa realizada é aplicada, por meio de revisão integrativa, com levantamento bibliográfico. Sobre o uso da revisão integrativa, cumpre destacar que permite que se identifique as “lacunas na literatura e direciona o desenvolvimento de pesquisas futuras” (Rodrigues Filho, Machado Do Prado, Oliveira Martins Prudente, 2014, p. 328). Nesse contexto, a escolha pelo método de revisão integrativa se justifica porque:

É a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas (De Souza, Da Silva, De Carvalho, 2010, p. 103).

A problemática que se apresenta é de se realizar discussão inicial sobre implicações do planejamento urbano nas políticas públicas de atenção básica à saúde. O objetivo é verificar que viés dessa discussão já está posto pela literatura e indicar quais lacunas, considerando-se o planejamento urbano como um modo de integrar cidade e sadia qualidade de vida. Neste cenário, a pesquisa foi dividida nas quatro fases apresentadas no Quadro 1:



<p>1ª Fase: definição das palavras chaves e mecanismos de busca</p>	<p>Nesta fase foram definidas as palavras chave e as ferramentas de buscas das referências bibliográficas, bases para esta revisão.</p> <p>As palavras-chaves foram "planejamento urbano" e "direito à saúde", buscadas no <i>Medline</i>, <i>Google Scholar</i> e <i>Web of Science</i>, em razão da relevância de suas bases de dados e vasto acervo, dentro do tema que fora proposto.</p> <p>Não se utilizou a expressão "atenção básica à saúde", pois os resultados obtidos não se demonstravam relevantes para este trabalho.</p> <p>Salienta-se que a pesquisa foi realizada em 28 de janeiro de 2019, para encontrar os dados que aqui serão apresentados.</p>
<p>2ª Fase: coleta de dados</p>	<p>Ante as definições da primeira fase, inicia-se a coleta dos dados.</p> <p>Na plataforma <i>Medline</i> as palavras foram dispostas com os boleadores, na ordem que segue: planejamento AND urbano AND direito AND à AND saúde. Foram obtidos 25 resultados. Utilizando "planejamento AND urbano" AND "direito AND à AND saúde" não foram encontrados resultados.</p> <p>Na base do <i>Google Scholar</i> foram usados "planejamento urbano" e "direito à saúde", com as aspas, encontrando, primeiramente, 980 resultados. Aplicando filtro temporal de 2015 a 2019, excluídos patentes e citações, chegou-se a 350 resultados.</p> <p>Na plataforma do <i>Web of Science</i> as palavras foram utilizadas em inglês (<i>urban planning AND right to health</i>). Como fixação de tempo foi usado, primeiro no período de 2000 a 2019, resultando em 973; assim foi refinado para os anos de 2016 a 2019, dando um total de 350 resultados. Ainda, selecionaram-se as categorias "environmental sciences or environmental studies or public environmental occupational health or urban studies or social sciences interdisciplinary or regional urban planning or development studies or health care sciences services" e articles, como tipo de documento, resultando em 207 achados de pesquisa.</p>
<p>3ª Fase: apresentação dos resultados</p>	<p>Com base nos títulos e resumos (ou <i>abstracts</i>) dos trabalhos, diante dos problemas e objetivos propostos, foram obtidos os resultados que segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Na <i>Medline</i> 5 selecionados, sendo que um sem acesso ao texto e não encontrado em outras buscas; - No <i>Google Scholar</i> foram 8 e; - No <i>Web of Science</i> apenas um tinha correlação com o assunto, mas o texto não estava disponível para consulta. <p>Assim, foi preenchido o instrumento (anexo I) dos 12 artigos aos quais se obteve integral e amplo acesso. Neste são apresentadas a identificação e tipo e características da publicação.</p>
<p>4ª Fase: discussão dos resultados</p>	<p>Nesta fase os resultados são discutidos, com o intuito de verificar os objetivos propostos no trabalho, ante a problemática existente.</p>

Quadro 1: fases da pesquisa. Fonte: elaborado pelos autores

Resultados

Diante da metodologia anteriormente exposta, passa-se a apresentação dos resultados obtidos.



AUTOR	NOME	PUBLICAÇÃO
MOREIRA, Antonio Tomas; GONÇALVES, Maria Tereza; KAUCHAKJE, Samira.	Gestão Intersetorial: o plano de desenvolvimento social de Curitiba	REVISTA PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO, Curitiba, v.37, n.130, p.135-148, jan./jun. 2016
FIGUEIREDO, Glória Lucia Alves; Et. Al.	Direito à cidade, direito à saúde: quais interconexões?	Ciência & Saúde Coletiva, 22(12):3821-3830, 2017
BRITES, Liara Saldanha.	Saúde em todas as políticas: reflexões para desenvolvimento de um massive open online course (moooc)	Dissertação ao programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul
PICON, Leila Cássia.	As cidades sustentáveis e a sustentabilidade urbana: caminhos para a desjudicialização da saúde	Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Pós-Graduação em Direito, da Faculdade de Direito da Universidade de Passo Fundo
ORDONEZ, Lina Karina Bernal.	Ações de saúde coletiva sob a perspectiva dos articuladores da atenção básica à saúde	Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.
PIRES, George Nicolaides de Moraes; CEZAR, Larissa Wergner.	O direito à cidade e o desenvolvimento sustentável urbano: dilemas do planejamento urbano moderno	Revista de Direito Urbanístico, Cidade e Alteridade e-ISSN: 2525-989X Curitiba v. 2 n. 2 p. 123-142 Jul/Dez 2016
STURZA, Janaina Machado; GRANDO, Juliana Bedin.	O meio ambiente sustentável e a promoção do direito à saúde: uma interconexão necessária	Revista Direito Ambiental e sociedade, v. 5, n. 2, 2015 (p. 128-150)
JESUS, Victor de.	Justiça ambiental e o Direito à Qualidade de Vida	Políticas públicas e direito à cidade: programa interdisciplinar de formação de agentes sociais / organização Orlando Alves dos Santos Junior... [et al.]. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Letra Capital, 2017.
BORS, Phipp A.; BROWNSON, Et. Al.	Assessment for Active Living: Harnessing the Power of Data-Driven Planning and Action	Am J Prev Med. Author manuscript; available in PMC 2016 February 18.
WERNHAM, Aaron.	Health Impact Assessments Are Needed In Decision Making About Environmental And Land-Use Policy	Health Affairs May 2011 30:5
STOKES, David L. Et. Al.	Local Land-Use Planning to Conserve Biodiversity: Planners' Perspectives on What Works	Conservation Biology Volume 24, No. 2, 2010
MAANTAY, Juliana.	Zoning, Equity, and Public Health	American Journal of Public Health. July 2001, Vol. 91, No. 7

Quadro 2: síntese dos artigos obtidos na pesquisa. Fonte: elaborado pela autora

Discussão

Os artigos, como mencionado anteriormente, foram selecionados com base nas palavras chaves e em seus títulos. Todavia, o de autoria de Stokes Et. Al e Ordoñez, em nada contribuíram com a discussão que será apresentada, visto que os temas não abrangem os objetivos almejados, sendo descartados a partir daqui.

O primeiro ponto a se abordar é salutar e já constatado antes deste estudo: o de que



inúmeros tomadores de decisão não dão atenção – ou a dada é pouca – para a saúde no impacto dos trabalhos, não consultando especialistas para avaliar os impactos e auxiliar no planejamento urbano e uso do meio ambiente, questões que afetam diretamente a qualidade de vida das pessoas (Wernham, 2011). Ou seja, não se faz uma conexão entre a saúde pública e fatores ambientes, em que pese as pesquisas realizadas no âmbito (Wernham, 2011; Maantay, 2001).

A importância dos tomadores de decisão ou planejadores é lembrada, também, por Maantay (2001), que entende que estes precisam entender o potencial da saúde pública nos impactos das suas ações para que, com isto, possam beneficiar a todos, evitando problemáticas.

Wernham (2011) traz inúmeros exemplos ao longo de seu artigo, relacionadas a estudos que já ligam causas de morte (inclusive as evitáveis) com o uso e habitação das terras. O que vai de encontro ao zoneamento, que é a determinação de onde o uso das terras poderá ir e, assim, leva a impactos na saúde, uma vez que ramificará questões, dependendo do que naquele lugar poderá ser autorizado a fazer (Maantay, 2001; Jesus, 2017).

Maantay (2001) argumenta, ainda, a importância, dentro do planejamento urbano, do zoneamento, já que muitas questões de saúde pública dependem da localidade em que se contextualizam, sendo, então aquele instrumento (zoneamento) fundamental para planejar. Entretanto, o zoneamento que serviria para trazer bem-estar e equilíbrio ao meio ambiente acaba-se, mostrando, em razão das decisões dos governantes, um meio excludente, que não prima pela equidade e traz segmentação das pessoas (Maantay, 2001).

A principal questão trazida por Pires e Cezar (2016), é a de que o zoneamento no país, ainda em razão da explosão da urbanização, tem se dado de maneira muito desordenada, o que leva a exclusão social e a um meio ambiente vulnerável e a uma ineficiência dos demais direitos, incluindo o à saúde, pela falta de qualquer infraestrutura. Até porque “a concretização do direito à cidade através do planejamento urbano é um importante avanço para a efetivação do princípio do desenvolvimento sustentável no espaço urbano” (Pires, Cezar, 2016, p. 136).

Borns et. al (2016) trazem a possibilidade de uma vida ativa como um elemento no processo de intervenção do planejamento urbano, com instalações e recursos que



tragam mais segurança e comodidade (por exemplo: faixas de pedestres, bancos, árvores, iluminação), além da participação das pessoas que vivem nas localidades em que ocorrerá a intervenção. Assim sendo, o governo deve contribuir com estes serviços urbanos, de modo que o desenvolvimento sustentável urbano será “uma consequência do desenvolvimento social, econômico e da preservação ambiental” (Picon, 2017, p. 50).

Portanto, existe uma clara conexão entre o direito à saúde e a à cidade, para que haja qualidade dos espaços urbanos e a equidade àqueles que possam ser menos favorecidos (Figueiredo, et. al, 2017; Picon, 2017). Neste sentido, pode-se entender que “a sustentabilidade enseja que as carências sociais sejam sanadas pelo aumento da produção e pelo estabelecimento de oportunidades políticas, econômicas e sociais, que sejam iguais para todos” (Pires, Cezar, 2016, p. 137)

Há, neste cenário, o entendimento da necessidade de um apelo intersetorial para a promoção da saúde (Wernham, 2011), além da necessidade de compreender as lacunas, prioridades, desafios e recursos disponíveis na própria comunidade (Bornes, et. al, 2016). A intersetorialidade, por sua vez, torna-se uma “estratégia política, como prática de gestão e ainda com um sentido ampliado de envolvimento da sociedade” (Moreira, Gonçalves, Kauchakje, 2016, p. 137).

O exposto vai ao encontro do que Brites destaca, sobre a importância da saúde, latente na qualidade de vida das pessoas:

É preciso reconhecer que promover saúde não é possível apenas envolvendo setores e/ou atores de forma isolada. É preciso considerar que o local de residência e as singularidades de vida dos sujeitos interferem numa ação e, sobretudo, na saúde destes de todos envolvidos (Brites, 2017, p. 27).

Wernham (2011) expõe a possibilidade de uma avaliação de impacto da saúde, onde se consideram vários fatores, que influenciam na saúde, como qualidade do ar, locais seguros para exercícios, mercados, mobilidade, etc, que vão impactar na qualidade de vida – e conseqüentemente na ausência de doenças e num meio ambiente equilibrado – das pessoas.

Quanto ao meio ambiente equilibrado, Sturza e Grando (2015) aduzem que a qualidade de vida está ligado, totalmente, àquela primeira situação e que o problema passa a existir quando há divergência entre o que é posto pela legislação e esperado pelos cidadãos. Para tanto, pode-se compreender o papel do meio ambiente, haja vista que é



a “efetivação dos direitos humanos, pois quando ocorre um dano ambiental, conseqüentemente há afronta a outros direitos humanos do homem, tais como o direito à saúde” (Sturza, Grando, 2015, p.132).

Com isto, em existindo saúde para todos, nas mínimas condições que forem, há uma porcentagem de proporção de qualidade de vida, demonstrando que há uma interconexão entre os temas de fundamental importância para a vida de todos, pois assim se trabalha com a promoção e a prevenção, não apenas com o tratamento (Sturza, Grando, 2015).

Brittes (2017) em outra vertente de estudo acaba por fazer um apanhado de declarações nacionais e internacionais que versam sobre o assunto, trazendo as conceituações nela existentes.

Conclusão

A problemática posta no presente artigo mostra-se totalmente pertinente, pois diante da metodologia que fora aplicada e quando da discussão (já que dois dos artigos não foram mais utilizados) a dificuldade de encontrar trabalhos acadêmicos que discutam a implicação do planejamento urbano, nas políticas públicas de atenção básica à saúde. Até porque em específico à atenção básica nada salutar foi devidamente encontrado, o que vai de encontro ao cumprimento a um dos objetivos, mostrando a lacuna existente na academia.

Os trabalhos analisados, por sua vez, integram a cidade e a sadia qualidade de vida de maneira muito superficial, não trazendo dados, específicos e nem informações mais aprofundadas, sobre as implicações práticas. Nota-se que não existem estudos de caso.

Portanto, infere-se que, em que pese o tema ser de grande relevância, já que o direito é difuso, não há grande atenção e nem desdobramentos sobre, principalmente, quando do pensar do planejamento urbano, para a integração e efetividade de direitos, que levem a dignidade da pessoa.

Referencias

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm >. Acesso em 08 de fevereiro de 2019.

Brasil. Lei No 10.257, de 10 de julho de 2001. Disponível em:



<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10257.htm> Acesso em fevereiro de 2019

Brasil. Lei nº 6.938, de 31 de agosto de 1981. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6938.htm> . Acesso em fevereiro de 2019

BVS. Qualidade em 5 passos de vida. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/260_qualidade_de_vida.html> Acesso em fevereiro de 2019

De Alencar Battaus, Danila M.; De Oliveira, Emerson Ademir B. O Direito À cidade: urbanização excludente e a política urbana brasileira. Lua Nova, n. 97, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/673/67345645004/>

De Souza, Marcela Tavares; Da Silva, Michelly Dias; De Carvalho, Rachel. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

Kauchakje, Samira. Políticas públicas sociais: a cidade e a habitação em questão. Editora Intersaberes, 1992.

Ministério da saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>> Acesso em fevereiro de 2019

OMS. Constitución de la organización mundial de la salud. Disponível em: <https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1> . Acesso em 08 de fevereiro de 2019.

Rodrigues Filho, Eurípedes; Machado Do Prado, Mauro; Oliveira Martins Prudente, Cejane. Compreensão e legibilidade do termo de consentimento livre e esclarecido em pesquisas clínicas. Revista Bioética, vol. 22, núm. 2, 2014, pp. 325-336 Conselho Federal de Medicina Brasília, Brasil URSI, ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

Anexo I

A. Identificação	
Título do artigo:	Health Impact Assessments Are Needed In Decision Making About Environmental And Land-Use Policy
Título do periódico:	Health Affair
Autores:	Aaron Wemham
País:	EUA
Idioma:	Inglês
Ano de Publicação:	2011



B. Tipo e características de publicação	
Área	Saúde
Tipo	() Abordagem quantitativa
	(X) Abordagem qualitativa
	(X) Revisão de Literatura
	() Outra:
Objetivo e questão de investigação	
Método de levantamento de dados	

Fonte: adaptado de Ursi (2005)

A. Identificação	
Título do artigo:	Zoning, Equity, and Public Health
Título do periódico:	American Journal of Public Health
Autores:	Juliana Maantany
País:	EUA
Idioma:	Inglês
Ano de Publicação:	2001
B. Tipo e características de publicação	
Área	Planejamento Urbano
Tipo	() Abordagem quantitativa
	(X) Abordagem qualitativa
	() Revisão de Literatura
	(X) Outra: Estudo de caso
Objetivo e questão de investigação	Determinar se as políticas públicas relativas ao zoneamento e o planejamento do uso da terra são inerentemente discriminatórias
Método de levantamento de dados	

Fonte: adaptado de Ursi (2005)

A. Identificação	
Título do artigo:	Local Land-Use Planning to Conserve Biodiversity: Planners' Perspectives on What Works
Título do periódico:	Conservation Biology
Autores:	David L. Stokes, Et. Al.
País:	EUA
Idioma:	Inglês
Ano de Publicação:	2009
B. Tipo e características de publicação	



Área	Biologia
Tipo	() Abordagem quantitativa
	(X) Abordagem qualitativa
	() Revisão de Literatura
	(X) Outra: Estudo de caso
Objetivo e questão de investigação	Entrevistas com diretores de 17 departamentos de planejamento municipal na grande Seattle e comparou respostas de planejadores de jurisdições de tamanho similar que eram “altas” e “Baixo desempenho” em relação à incorporação da conservação da biodiversidade no planejamento local
Método de levantamento de dados	Entrevistas

Fonte: adaptado de Ursi (2005)

A. Identificação	
Título do artigo:	Assessment for Active Living: Harnessing the Power of Data-Driven Planning and Action
Título do periódico:	Am J Prev Med
Autores:	Philip A. Bors, Et. Al.
País:	EUA
Idioma:	Inglês
Ano de Publicação:	2012
B. Tipo e características de publicação	
Área	Saúde
Tipo	() Abordagem quantitativa
	(X) Abordagem qualitativa
	() Revisão de Literatura
	(X) Outra: Estudo de caso
Objetivo e questão de investigação	analisa e resume a gama de avaliações conduzidas para identificar barreiras locais e oportunidades de vida ativa como elementos importantes de um processo de planejamento de intervenção
Método de levantamento de dados	Entrevistas – análise de documentos

Fonte: adaptado de Ursi (2005)

A. Identificação



Título do artigo:	Assessment for Active Living: Harnessing the Power of Data-Driven Planning and Action
Título do periódico:	Am J Prev Med
Autores:	Philip A. Bors, Et. Al.
País:	EUA
Idioma:	Inglês
Ano de Publicação:	2012
B. Tipo e características de publicação	
Área	Saúde
Tipo	() Abordagem quantitativa
	(X) Abordagem qualitativa
	() Revisão de Literatura
	(X) Outra: Estudo de caso
Objetivo e questão de investigação	analisa e resume a gama de avaliações conduzidas para identificar barreiras locais e oportunidades de vida ativa como elementos importantes de um processo de planejamento de intervenção
Método de levantamento de dados	Entrevistas – análise de documentos

Fonte: adaptado de Ursi (2005)

A. Identificação	
Título do artigo:	Saúde em todas as políticas: reflexões para o desenvolvimento de um massive open online course
Título do periódico:	Não se aplica
Autores:	Liara Saldanha Brites
País:	Brasil
Idioma:	Português
Ano de Publicação:	2017
B. Tipo e características de publicação	
Área	Saúde
Tipo	(X) Abordagem quantitativa
	(X) Abordagem qualitativa
	(X) Revisão de Literatura
	() Outra:
Objetivo e questão de investigação	analisar e sistematizar informações (referências bibliográficas e experiências) sobre Saúde em Todas as Políticas (STP) – abordagem da Organização Mundial da Saúde (OMS), a fim de propor o roteiro de um Curso Online Aberto e Massivo (MOOC - abreviação em inglês de Massive Open Online Courses) sobre o tema
Método de levantamento de dados	Análise de documentos

Fonte: adaptado de Ursi (2005)

A. Identificação



Título do artigo:	Gestão Intersectorial: o plano de desenvolvimento social de Curitiba
Título do periódico:	Revista Paranaense de Desenvolvimento
Autores:	Tomás Antonio Moreira; Maria Tereza Gonçalves; Samira Kauchakje
País:	Brasil
Idioma:	Português
Ano de Publicação:	2016
B. Tipo e características de publicação	
Área	Planejamento Urbano
Tipo	() Abordagem quantitativa
	(X) Abordagem qualitativa
	() Revisão de Literatura
	(X) Outra: Estudo de Caso
Objetivo e questão de investigação	Verificar as concepções de intersectorialidade, por meio de um trabalho de leitura e cruzamento dos planos para a compreensão da intersectorialidade na política municipal de Curitiba
Método de levantamento de dados	Análise de documentos

Fonte: adaptado de Ursi (2005)

A. Identificação	
Título do artigo:	Justiça ambiental e o Direito à Qualidade de Vida
Título do periódico:	Políticas públicas e direito à cidade: programa interdisciplinar de formação de agentes sociais
Autores:	Victor de Jesus
País:	Brasil
Idioma:	Português
Ano de Publicação:	2017
B. Tipo e características de publicação	
Área	Políticas Públicas
Tipo	() Abordagem quantitativa
	(X) Abordagem qualitativa
	(X) Revisão de Literatura
	() Outra:
Objetivo e questão de investigação	Discutir justiça ambiental e racismo ambiental
Método de levantamento de dados	

Fonte: adaptado de Ursi (2005)

A. Identificação



Título do artigo:	Direito à cidade, direito à saúde: quais interconexões?
Título do periódico:	Ciência & Saúde Coletiva
Autores:	Gloria Lucia Alves Figueiredo, Et. Al
País:	Brasil
Idioma:	Português
Ano de Publicação:	2017
B. Tipo e características de publicação	
Área	Saúde
Tipo	() Abordagem quantitativa
	(X) Abordagem qualitativa
	() Revisão de Literatura
	(X) Outra: Revisão Integrativa
Objetivo e questão de investigação	explorar esta interconexão entre o direito à cidade e o direito à saúde
Método de levantamento de dados	Levantamento por meio do PubMed/Medline, Lilacs e SciELO, entre 1986 e 2016.

Fonte: adaptado de Ursi (2005)

A. Identificação	
Título do artigo:	O meio ambiente sustentável e a promoção do direito à saúde: uma interconexão necessária
Título do periódico:	Revista Direito Ambiental e sociedade
Autores:	Janaina Machado Sturza; Juliana Bedin Grando.
País:	Brasil
Idioma:	Português
Ano de Publicação:	2015
B. Tipo e características de publicação	
Área	Direito Ambiental
Tipo	() Abordagem quantitativa
	(X) Abordagem qualitativa
	(X) Revisão de Literatura
	(X) Outra: hipotética dedutiva
Objetivo e questão de investigação	Analisar a relação existente entre as modificações que o meio ambiente vem sofrendo nos últimos anos e a efetividade da saúde.
Método de levantamento de dados	Pesquisa bibliográfica

Fonte: adaptado de Ursi (2005)

A. Identificação



Título do artigo:	As cidades sustentáveis e a sustentabilidade urbana: caminhos para a (des)judicialização da saúde
Título do periódico:	Não se aplica
Autores:	Leila Cássia Picon
País:	Brasil
Idioma:	Português
Ano de Publicação:	2017
B. Tipo e características de publicação	
Área	Direito
Tipo	() Abordagem quantitativa
	(X) Abordagem qualitativa
	(X) Revisão de Literatura
	() Outra:
Objetivo e questão de investigação	Analisar se as políticas preventivas englobadas nas cidades sustentáveis, irão reduzir o elevado número de ações curativas promovidas pela judicialização da saúde.
Método de levantamento de dados	Pesquisa bibliográfica e documental

Fonte: adaptado de Ursi (2005)

A. Identificação	
Título do artigo:	o direito à cidade e o desenvolvimento sustentável urbano: dilemas do planejamento urbano moderno
Título do periódico:	Revista de Direito Urbanístico, Cidade e Alteridade
Autores:	George N. M Pires; Larissa Wegner Cezar
País:	Brasil
Idioma:	Português
Ano de Publicação:	2016
B. Tipo e características de publicação	
Área	Direito
Tipo	() Abordagem quantitativa
	(X) Abordagem qualitativa
	(X) Revisão de Literatura
	() Outra:
Objetivo e questão de investigação	abordar o direito fundamental à cidade sustentável como um direito fundamental do homem.
Método de levantamento de dados	Pesquisa bibliográfica

Fonte: adaptado de Ursi (2005)

A. Identificação



Título do artigo:	Ações de saúde coletiva sob a perspectiva dos articuladores da atenção básica à saúde
Título do periódico:	Não se aplica
Autores:	Lina Karina Bernal Ordoñez.
País:	Brasil
Idioma:	Português
Ano de Publicação:	2015
B. Tipo e características de publicação	
Área	Saúde
Tipo	() Abordagem quantitativa
	(X) Abordagem qualitativa
	(X) Revisão de Literatura
	(X) Outra: descritiva-exploratória
Objetivo e questão de investigação	Analisar a incorporação de ações e tecnológicas de saúde coletiva na produção da atenção primária à saúde em diferentes municípios do estado de SP, sob a perspectiva dos articuladores da atenção básica
Método de levantamento de dados	Entrevistas semi-estruturadas e análise de conteúdo baseada em Bardin

Fonte: adaptado de Ursi (2005)



A conformatação da política de saúde integral à população negra no brasil

Nelmires da Silva
Tereza Cristina Santos Martins

Resumo

O artigo “A Conformatação da Política de Saúde Integral à População Negra no Brasil situa alguns do histórico das lutas e o desenho da política de saúde no que se refere as diretrizes da questão étnico-racial. Logo, o eixo norteador desse estudo, encontra-se na culminância da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da População Negra (PNAIPN), a qual procuramos destacar em seus princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1.º, inc. II e III), do repúdio ao racismo (Brasil, 1988, art. 4.º, inc. VIII), e da igualdade (BRASIL, art. 5.º, caput). Focalizamos os princípios do Sistema Único de Saúde/SUS, constantes da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Logo, com base na proposta do PNAIPN, sistematizamos esse estudo a partir da seguinte estrutura: a). Os coletivos negros e suas lutas por uma saúde que particulariza a dimensão Negro-Saúde no Brasil na atualidade b) O desenho da proposta da Saúde na Atenção a População Negra no Brasil. Trata-se de uma pesquisa documental com auxílio de importantes bibliografias, as quais nos apropriamos dos marcos legais expressos na Constituição Federal de 1988; na Lei Orgânica da Saúde (LOS/1993) e na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da População Negra (PNAIPN), com rigor teórico-metodológico em seus pormenores, compreendendo a singularidade indissociável da universalidade sob o movimento da totalidade da vida social (Marx, 1978).

Palavras-Chaves

Saúde, população negra, questão étnico-racial, direitos sociais, equidade.

Introdução

O artigo “A Conformatação da política de Saúde Integral à População Negra no Brasil situa alguns elementos do histórico das lutas e o desenho da política de saúde no que se refere as diretrizes voltadas para a questão étnico-racial. Logo, o eixo norteador desse estudo, encontra-se na culminância da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da População Negra (PNAIPN), a qual procuramos destacar em seus princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana (Brasil, 1988, art. 1.º, inc. II e III), do repúdio ao racismo (Brasil, 1988, art. 4.º, inc. VIII), e da igualdade (Brasil, art.



5.º, caput). Focalizamos os princípios do Sistema Único de Saúde/SUS, constantes da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Logo, com base na proposta do PNAIPN, sistematizamos esse estudo a partir da seguinte estrutura: a). Os coletivos negros e suas lutas por uma saúde que particulariza a dimensão Negro-Saúde no Brasil e b) O desenho da proposta da Saúde na Atenção a População Negra no Brasil. Trata-se de uma pesquisa documental com auxílio de importantes bibliografias, as quais nos apropriamos dos marcos legais expressos na Constituição Federal de 1988; na Lei Orgânica da Saúde (LOS/1993) e na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da População Negra (PNAIPN), dados da atual conjuntura que, com grande rigor teórico-metodológico em seus pormenores, procuramos compreender a singularidade indissociável da universalidade sob o movimento da totalidade da vida social (Marx, 1978),

A compreensão dialética da totalidade significa não só que as partes se encontram em relação de interna interação e conexão entre si e com o todo, mas também que o todo não pode ser petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes (Kosik, 1989, p. 42).

Na singularidade do concreto da relação de reprodução da desigualdade social, a categoria racismo visibilizada na saúde, na realidade, destaca-se enquanto expressão da questão social, aquela fundamenta no movimento estruturante do capital em seu processo de ampliação da mais-valia, ou seja,

[...] diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto a apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias à sua realização, assim, como de seus frutos (Iamamoto, 2001, p.16).

É no processo tenso e antagônico dos indicadores negativos da saúde que verificamos a ocorrência de mazelas no campo da saúde da população negra, emboprecida, e, portanto, aquela que mais sofre com os descasos do poder público estatal. Nesse cenário de desmonte da saúde pública no Brasil, então assinalado pela chamada PEC (Projeto de Emenda Constitucional número 55, ou “PEC da morte”, a brutal tendência contrarreformista das políticas públicas, o que certamente, são parte vem engrossar as estatísticas e indicadores dos agravantes cuja fatores de riscos e seus determinantes sociais incidem ainda mais violentamente nas condições de Saúde na peculiaridade da população negra.



Importar observar que não se apresenta necessariamente na forma de atitudes discriminatórias explícitas, mas sobre o véu das instituições em suas codificações simbólicas, que ser na negligência, na indiferença e na prestação de serviços de modo desqualificado, dentre outras características expressa em dados estatísticos.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2014, os negros (pretos e pardos) constituíam 53,6% da população do Brasil. Nos dias atuais, cerca de 80% da população usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) são de negros/negras. Conforme dados contidos na Pesquisa Nacional de Saúde (2015), 13,6 das pessoas que já se sentiram discriminadas por médicos ou outros profissionais de saúde. Salienta-se que o racismo não é uma questão vinculada especificamente ao SUS, sendo também fortemente presente na rede privada.

A diferença nas taxas de mortalidade hospitalar, conforme identificado pelo Ministério da Saúde, os óbitos por Aids em 2016 afetaram mais negros (58,7%) que brancos (40,9%). Entre as mulheres gestantes diagnosticadas com sífilis, 59,8% eram negras e 30,6% brancas. No mesmo ano, 38,5% das notificações de sífilis adquirida ocorreram entre pessoas brancas e 42,4% em negras.

A hanseníase, doença infecciosa causada por bactéria cuja transmissão está relacionada a condições precárias de moradia e higiene, em 2014, teve 31.064, mais de dois terços dos casos foram notificados na população negra. Nos registros de tuberculose, no mesmo ano, 57,5% das pessoas que apresentaram a doença eram negras.

Apesar da tradição sanitarista na luta cotidiana brasileira, não focalizamos, desde então, as investidas das políticas públicas junto à temática racial, o que somente veio acontecer no século XXI, quando então, voltam à cena pública as relações entre raça e saúde, a partir da proposta de criação de uma política focal direcionada à população negra.

Frente as primeiras iniciativas do governo Fernando Henrique Cardoso (1994-2002) até o 1º Seminário Nacional de Saúde da População Negra, realizado em agosto de 2004, sob a gestão do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, foi instalado o Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), com base na discussão contemporânea sobre raça e saúde, sobretudo a literatura biomédica norte-americana. Tal panorama de importantes conquistas, não tem encontrada a força de resistência



necessárias no conjunto de ondas cíclicas e ininterruptas de crises, geridas por velhas formas focadas no velho retorno da minimização das políticas estatais, dando ênfase a agenda de mercado. Este panorama tendência exponencialmente a presença do estado numa perspectiva, [...] a burguesia formou o Estado e a sociedade segundo sua imagem, mas, depois dela, também a pequena burguesia conduziu esse processo de formação até suas últimas consequências. (Marx, p.51, 2014)

Logo, passamos compreender a dinâmica dos coletivos de negros e defensores da causas étnicos-raciais, suas lutas por uma política de saúde que faça o recorte de modo a se projetar as questões peculiares as patologias ligadas as expectativas frente a realidade marcada por tendente desmonte da política nacional de saúde, na contramão do modelo sanitarista. O monte da vez é o mercado, o desinvestimento, no caso do Brasil, a proposta de congelamento dos recursos destinados à saúde por vinte anos.

Os coletivos negros e suas lutas por uma saúde que peculiariza Negro-Saúde no Brasil na atualidade. O desenho da proposta da Saúde para a Atenção a População Negra no Brasil

O Brasil, cuja formação sócio-histórica carrega o triste legado dos “quatro séculos de latifúndios, escravidão e monocultura”, assim expressos no legado do pensamento brasileiro, da revolução pelo alto à resistência camponesa, da classe trabalhadora a via das lutas populares e reconhecimento da cidadania da população negra, cuja raízes estão no chamado “quilombo dos Palmares”. Entre outras formas de manifestações e organizações que nos anos de 1960 do século XXI brotou no Brasil, cabe observar, aquelas que foram abafadas pelas forças repressoras do golpe militar de 1964. Fins de 1970, tais sujeitos políticos recrudesceram em concomitância ao período das lutas de libertação dos povos africanos.

A partir de 1978, consolidou-se o Movimento Negro Unificado com o objetivo de lutar contra a discriminação racial e o racismo. Outro passo decisivo foi a resolução do Conselho Episcopal Latino Americano (CELAM) e a consequente criação da Pastoral Negra e grupo “União e Consciência Negra”, formada por entidades do referido Movimento e grupos de Igreja. No Estado de Santa Catarina, constituiu-se, em 1980 o grupo Antonieta de Barros. Dentre as atividades do grupo, foi realizada no dia 20 de novembro do mesmo ano a primeira manifestação pública na rua contra a discriminação racial e o racismo. Surge daí o Núcleo de Estudos Negros, com o objetivo de pensar também políticas sociais e públicas, passar da denúncia a participação nos partidos,



pleitos sociais, etc. "Romper a visão de gueto, buscar alianças com homens, mulheres, com trabalhadores sem teto e sem terra; foi um passo importante que certamente, não o único, mas outras manifestações, que embora refratadas, representam uma força.

Também foi fundamental a constituição de grupos nos sindicatos e partidos pensando a questão racial, a exemplo da CUT, junto ao Movimento dos Trabalhadores Sem Terra, um levantamento das terras devolutas dos ex-escravos. Neste momento os setores mais intelectualizados do Movimento redescobrem o patrimônio cultural do negro e reveem sua postura, redescobrem o samba, o carnaval.

Importa destacar algumas iniciativas do movimento feminista e, em particular, de lideranças negras foram desenvolvidas, a partir da década de 1980, com o objetivo de ressaltar especificidades raciais no âmbito da saúde reprodutiva. Essas ações, de alcance limitado no contexto nacional, foram influenciadas pela produção intelectual feminista e pelo ativismo negro norte-americanos, que passaram da perspectiva universalista à diferencialista, que atribui centralidade à questão das relações raciais e do racismo (Pierucci, 1999, cap. 5).

Os fóruns nacionais e internacionais das décadas de 1980 e 1990, por sua vez, em sintonia com a reflexão anglo-saxã (Azerêdo, 1994), sedimentaram gradativamente a recusa à perspectiva dominante do 'ser feminino universal', ao incorporarem as variáveis raça e classe, entrelaçadas à de gênero, para a inteligibilidade das desigualdades sociais (Carneiro & Santos, 1985; Caldwell, 2000). Um dos temas concernentes às relações entre saúde da mulher e raça que suscitou debate público no país e repercutiu no campo acadêmico foi a existência de um programa de esterilização em massa no Brasil setores do movimento negro apontaram a existência de um projeto eugênico em curso nas últimas décadas do século XX, tendo como alvo central as mulheres negras. Foram criadas Comissões Parlamentares de Inquérito em alguns estados e no Congresso Nacional sobre processos de esterilização (Caetano, 2004). O episódio tornou mais evidente a interface entre o ativismo das mulheres negras e o tema da saúde sexual e reprodutiva. Este tópico, segundo Ribeiro (1995) e Roland (2001a), ganhou nova dimensão em face de uma série de iniciativas (encontros, congressos, fóruns, inserção de militantes em aparatos estatais, construção de redes transnacionais). Vale destacar ainda, a V Conferência Mundial de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995). Ademais, o trabalho desenvolvido por ONGs vinculadas ao movimento negro



contou com a colaboração de instituições acadêmicas brasileiras (Nep/Unicamp e Cebrap) e instituições filantrópicas norte-americanas, a exemplo das Fundações Ford e MacArthur, no apoio a projetos e bolsas que associassem pesquisa acadêmica e intervenção social. Esses são alguns dos marcos que contribuíram para a criação de um 'feminismo negro' (Roland, 2001b).

Logo, podemos afirmar que as ativistas negras brasileiras tiveram papel decisivo na articulação entre demandas formuladas em fóruns globais e as reivindicações locais. O acúmulo da experiência da luta feminista no campo da saúde reprodutiva e em conferências apoiadas por agências multilaterais (Beijing, Cairo), desde os anos 1990, foi decisivo para a busca de legitimação da 'saúde da população negra'. Uma série de eventos preparatórios ocorridos no Brasil e na América Latina para a conferência de Durban combinou a denúncia do racismo e das desigualdades raciais e propostas de políticas de ação afirmativa que, no caso brasileiro, vêm sendo traduzidas pela implantação do sistema de cotas raciais. Um indicador preciso da importância da presença brasileira em Durban foi a escolha de Edna Roland, da ONG Fala Preta! Como relatora (Carneiro, 2002; Barrios, 2002; Oliveira & Sant'anna, 2002).

No campo da saúde pública, foi realizada, sob o efeito de Durban, em dezembro de 2001, uma reunião que resultou no documento Política Nacional de Saúde da População Negra (PNUD & OPAS, 2001). Produzido por profissionais de diversas organizações internacionais, do movimento negro e de representantes de instituições universitárias, o documento informa que a participação brasileira na Conferência Mundial Contra o Racismo produziu um "ambiente favorável" para uma atuação "mais incisiva na superação das desvantagens sociais geradas pelo racismo" (PNUD & OPAS, 2001, p. 5).

Se no governo FHC as medidas relativas às 'políticas raciais' foram limitadas, por vezes ambivalentes, a eleição de Lula amplia a perspectiva de adoção de políticas focais. Os efeitos de Durban, somados às vinculações do Partido dos Trabalhadores com movimentos sociais, resultaram na criação da Secretaria Especial de Promoção de Políticas de Igualdade Racial no primeiro semestre de 2003 (Seppir).

Nessa ocasião ocorreu o 1º Seminário Nacional da Saúde da População Negra, entre os dias 18 e 20 de agosto de 2004, em Brasília, patrocinado pelo Ministério da Saúde e pela Seppir. O evento trouxe novos desdobramentos das concepções e propostas apresentadas no documento, previamente mencionado, Política Nacional de Saúde da



População Negra: uma questão de equidade (PNUD & OPAS, 2001). Sublinhamos que, embora estejamos numa conjuntura criminalizante das forças vivas, os sujeitos políticos são tendencialmente crescentes, inclusive, os emergentes coletivos composto de uma massa jovem, cuja entendimento parte do pressuposto de que,

A democracia só será uma realidade quando houver, de fato, igualdade racial no Brasil e o negro não sofrer nenhuma espécie de discriminação, de preconceito, de estigmatização e segregação, seja em termos de classe, seja em termos de raça. Por isso, a luta de classes, para o negro, deve caminhar juntamente com a luta racial propriamente dita. O negro deve participar ativa e intensamente do movimento operário e sindical, dos partidos políticos operários, radicais e revolucionários, mas levando para eles as exigências específicas mais profundas da sua condição de oprimido maior. Ao mesmo tempo o negro deve ter a consciência clara de que sua emancipação coletiva põe o problema da democracia e de uma República democrática sem subterfúgios: a revolução dentro da ordem é insuficiente para eliminar as iniquidades, educacionais, culturais, políticas, etc, que afetam os estratos negros e mestiços da população. Mesmo quando o negro não sabe o que é socialismo, a luta por sua liberdade e igualdade possui uma significação socialista. (Grifo de Florestan Fernandes) Daí ser ele uma vanguarda natural entre os oprimidos, os humildes, os explorados, enfim, o elemento de ponta daqueles que lutam por 'um Brasil melhor' ou por uma 'sociedade justa' (Florestan, 1989, P.24).

Do exposto, centramos nossa análise na direção de que as lutas de classe são “ineliminavelmente e constitutivas da “questão social” (Santos,2012). As lutas de classes atingem o cerne do processo de sua produção: as relações sociais contraditórias e antagônicas entre capitalistas e trabalhadores que tornam cada vez mais socializado o processo de produção de riqueza e com a mesma intensidade, privatizado o seu resultado final.

Sendo assim, as sucessivas aproximações paradigmáticas do universo das divergências teóricas nos levam a consensuar que no atual estágio do capitalismo radicais alterações redesenham a tendência de um perfil de sujeito na contemporaneidade, cuja modificações ora se apresentam como reformistas, e ora, alternativa revolucionária dos trabalhadores enquanto classe que enfrenta os impactos do ordenamento do grande capital financeiro. Nesse panorama chocam-se visões conservadoras que apregoam a não possibilidade revolucionária, acompanhada de defesa das virtudes da ordem do capital.



De outro, pensadores nutrem a visão crítica, a exemplo de Gorz e Habermas compreendem que o capitalismo foi capaz de recriar estratégias à manutenção do seu funcionamento, propagando assim, a dominação da não capacidade de solucionar as expressões da questão social (Gorz,1987). Nesse sentido, tendência uma compreensão de que o capital e o trabalho solidarizaram-se redesenhando o conflito não mais sob a produção material, portanto, não se polarizando em classes,

Tais conflitos já não se produzem nos âmbitos da reprodução material, já não canalizam através de partidos e associações, nem tampouco podem ser apaziguados recorrendo a compensações conforme o sistema. Os novos conflitos surgem antes de âmbitos da reprodução cultural, da integração social e da sociabilização; desenvolvem-se em formas de protestos subinstitucionais, em todo caso, extraparlamentar (Habermas, Apud Waizbord, ano, p.78-79).

Estes discursos têm sido foco de grandes polêmicas no cenário do novo milênio, resultando numa pretensa edição teórica e retórica nas últimas décadas do século XX, com grande vigor especialmente, em 1980 e 1990 à luz da crítica pós-moderna (Ealgleton, 1998,2001; Tauraine,1994; Anderson, 1994). Esse quadro reitera-se no imaginário acadêmico, o qual tem cada vez mais sido pensado de forma particularizada na classe operária (Paoli, Sader E Telles, 1983).

E no bojo da globalização e das metamorfoses do mundo do trabalho que se retomam as revisões da literatura cuja foco trazem contribuições para entender o aparecimento de novos sujeitos sociais. Perquere-se ainda novas formas de organização e articulação com destaque para os cenários políticos mais dinâmicos. É exatamente a introdução destes novos elementos que gerou a emergência de revisões ou atualizações sobre as teorias explicativas dos sujeitos históricos, políticos e suas formas de mobilizações sociais.

Vale sublinhar que o surgimento dos sujeitos políticos na história da humanidade em busca de liberdade e igualdade constituíram parte dos direitos conquistados, fruto das lutas protagonizadas na história. Conforme estudos de Terrível (2012), a superação de contextos de opressão não se deve as concessões, mas das revoluções contra o dominador.

Em seus estudos, Aragão (2010) compreende que, quando nos referimos ao homem enquanto sujeito político, significa dizer que ele pode interferir na história mediante sua ação política. Portanto, configura como atividade lúcida, reflexiva e deliberativa, no dizer



de cartoriais (1992), objetivando a instituição de uma sociedade autônoma, com projetos coletivos.

Num breve resgate histórico situam-se estudos sobre o aparecimento do sujeito político em Atenas, na Grécia do século V a.C, destacando-o enquanto cidadão [salve os excluídos: escravos, os imigrantes, as mulheres e crianças], membro da polis grega, tomavam, parte ativa da vida da comunidade no usufruto de sua liberdade. Todavia, este mesmo sujeito se tornou um ser histórico, portador do direito de ser cidadão, o que corresponde o dever de assumir o papel de sujeito ativo (Enriques, 2006).

À luz de outros estudiosos, destaca-se que o processo de emancipação dos trabalhadores correu nos séculos XIX e XX, ampliando a concepção dos direitos que o liberalismo definia como civis ou políticos, introduzindo a ideia de direitos econômicos e sociais. “A ênfase recai sobre a ideia e a prática da participação, ora entendida como intervenção direta nas ações políticas, ou ainda, como interlocução social, ora orienta e controla a ação dos representantes (Sposat,2006).

Nesse espaço de mudanças, os paradigmas que abordam os movimentos sociais trazem novas reflexões teóricas cuja raízes encontram-se no decorrer da década de 1960, do século XX. Numa conjuntura extemporânea, as metanarrativas de intelectuais centram na crítica ao paradigma tradicional marxista. Na perspectiva desse renovado movimento de reeleitura e análise, autores como Alberto Melucci, Alain Touraine, Laclau, dentre outros, passaram a investigar os movimentos sociais, a luz de esquemas interpretativos que enfocavam a cultura, a ideologia, as lutas do cotidiano, a solidariedade entre os grupos e a constituição de identidades coletivas, dando sentido a um novo paradigma teórico de interpretação dos movimentos sociais.

No campo teórico tais questões vieram à tona a partir do pós-1968. Um período de ascensão de novas formas de ações coletivas, mediante modelos de reivindicação classistas, os programas dos partidos políticos e projetos globais de sociedade. Nesse ínterim, entram em cena as práticas políticas de movimentos sociais como o feminista, ecológico, negro, novo sindicalismo, dentre outros, que ampliaram a forma de se fazer e entender a política, criticando os projetos de sociedade homogeneizadores e reivindicando uma perspectiva de sociedade que buscava a diversidade. Ao lado dos movimentos tradicionais, surgem os novos movimentos – ecológicos, femininos, negros -, que ampliam enormemente as perspectivas de transformações sociais (Scherer-Warren, 1993, p.7).



No espaço das tendências paradigmáticas ganha centralidade o novo paradigma teórico dos movimentos sociais é a ênfase na dimensão política, a qual compreende que as práticas políticas estão nos variados espaços sociais e que as relações de poder estão muito além da relação entre Estado e sociedade civil. Nesse sentido, o poder, passa a ser entendido no âmbito das micros relações sociais, sem negar as relações de poder estabelecidas em macroestruturas, como os aparelhos estatais.

É importante lembrar que, durante os anos 1960 e 1970 os jovens, a mulher, os idosos, os negros, entre outros sujeitos históricos, foram vistos como aqueles que estariam a margem dos processos de socialização. Tais sujeitos foram indicados como aqueles que estavam fora processo de decisão no interior da vida política, não se esperava, portanto, que essas classes isoladas se constituíssem como grandes sujeitos políticos (Satafle, 2012).

Na atualidade, a política vem se constituindo num espaço em que o homem contemporâneo usa para sair do isolamento existencial e político impostos pelo sistema dominante. Através da participação dos cidadãos nos diversos níveis de decisão da esfera pública e na construção de uma nova forma de convivência social, uma vez que o modelo representativo de participação fragmentada e indireta – tornou-se insuficiente e ineficiente para produzir o fortalecimento dos vínculos sociais, pois:

É necessário que haja pessoas que possam pensar novos projetos, construir novas instituições, fazer novas experimentações sociais e, talvez, um dia, formar novo paradigma social e humano, que implicaria ter-se maior consideração pelos outros (Enriquez, 2006, p. 11).

O marco desse movimento de retomada dos movimentos sociais e das forças dos sujeitos políticos nas particularidades do Brasil encontra-se raízes no movimento constituinte em que foi promulgada a Constituição Federal de 1988. Os eminentes avanços das múltiplas expressões da questão social, no quadro de crise do capital, reeditam o debate sob o repensar acerca do papel dos sujeitos políticos, inclusive na prática inovadora e participativa.

Os mecanismos democráticos de participação social se fizeram necessários no contexto de acirramento dos antagonismos gerados pelas contrarreformas e ajustes neoliberais. A crise conjuntural e estrutural sinalizadora da competitividade, da globalização da violência, da corrupção fortalecem as forças dominantes, e a legítima mediante



ideologia, mídia e a prática da competitividade, reforçando à barbárie.

Neste cenário à face que se desenha é a de uma lógica desenfreada que estimula o consumo, coisifica as relações humanas de forma naturalizante (Netto,2008). É o panorama do globalitarismo, totalitarismo global, onde os Estados nacionais submetem ao projeto político hegemônico neoliberal a serviço da hegemonia do grande capital internacional (Santos, 2000).

No Brasil, a partir de início de 1990, as implicações do contexto reeditam o reordenamento social sob o viés de reformas administrativas, trabalhistas, previdenciárias, etc, conforme os interesses do grande capital. Dentre outras (contra) reformas, podemos situar, na contramão de ajustes perversos, algumas conquistas, como à saúde pública, educação, seguridade social nos marcos do Estado de direitos, etc, sobretudo, o direito a seguridade, gestão e a participação social (Sposati,2006).

Daí os movimentos sociais, os partidos e os sujeitos políticos emergiram diante da derrocada da ditadura civil-militar a eminente abertura do estado democrático de direito. O novo paradigma elimina o sujeito histórico, predeterminado pelas contradições do capital. Os participantes das ações coletivas agora são vistos como atores sociais com valores solidários e comunitários.

No entanto, as mudanças locais-globais no campo teórico-prático têm reconfigurado às lutas e os sujeitos. No trata a questão dos sujeitos políticos, Vladimir Satafle em debate afirma que um diagnóstico realizado por alguns analistas nos dias atuais, diz que nossa época e pós-política, compreendendo não haver mais engajamento político, exceto em questões de micropolíticas, questões ligadas nos ajustes dos modos de vida, mas não um engajamento em grandes projetos de transformações sociais profunda. Ou seja, viveríamos numa espécie de sociedade do desencanto, em que a sociedade não estaria mais interessada na política enquanto campo de transformações da nossa forma de vida, agora, capaz de realizar, pactuar uma espécie de consenso de que nossa sociedade é pós-ideológico (Satafle, 2012).

Com base na visão exposta acima, não haveria mais os grandes embates ideológicos que foram as marcas do século XX que dividiram o campo da política em dois grandes polos de confrontação: o pensamento liberal e o pensamento de esquerda, ambos com toda seus matizes. Nesse sentido, numa sociedade dita pós-ideológica, essas grandes posições políticas, suas metanarrativas a respeito da história, dos conflitos que



desenrolam no campo da história teriam saído de cena, e sucessivamente, os grandes sujeitos políticos.

Os determinantes implicativos dessas mudanças teriam explicações no quadro da nova ordem mundial, o qual se constitui pela transformação das relações do poder em escala global. Nessa dinâmica a sociedade é absorvida ao enquadramento a esta lógica do poder. Na concomitância dessa nova configuração do poder no cotidiano real da vida social verifica-se a pluralidade que configura os novos sujeitos políticos e formas de luta contra o grande capital (Harvey,2005).

Defendem alguns estudiosos que nossa época não teria mais isso, seria uma época de consenso, de que todos querem, no fundo o que todos querem é a democracia parlamentar e representativa, garantia das liberdades individuais, liberdades, garantia do livre empreendimento no interior do campo econômico (Satafle, 2013). Teria se consolidado com grande consenso, algumas divergências mediante a transição do poder, mudanças partidárias, seguida do esvaziamento do interesse pela política, portanto, não se esperaria mais por grandes mudanças políticas.

No contra tendência desses diagnósticos, Satafle (2013), afirma veemente que tais estudiosos cometem um grande equívoco ao considerar que os sujeitos políticos no mundo atual estão ultrapassados. Afirma ainda que, tais estudos não dão conta mais da complexa da realidade, uma vez que, a situação histórica atual exige nova forma de pensamento, pois “o desencanto não ocorreu com a política, mas com a forma partidária de organização do campo político” (Satafle, 2013).

Entende que nos fins do século XX e início do XXI, as questões fundamentais da política se dão fora, à margem dos partidos, e não mais dentro dos partidos, mas junto aos segmentos jovens, mulheres, idosos, negros, indígenas, ou seja, dos sujeitos políticos coletivos que se interessam e travam lutas que acontecem fora dos partidos políticos,

(...) durante todo século XX nós entendemos que uma democracia forte é uma democracia de partidos fortes e segundo que é através da representação partidária que a multiplicidade da vida, da sociedade pode fazer suas vozes serem ouvidas. Essa ideia, eu diria, com muita certeza ela está ultrapassada. Essa ideia não dá mais conta do desenvolvimento da política na contemporaneidade. As questões fundamentais da política na contemporaneidade se dão fora dos partidos, se dão à margem dos partidos e não mais dentro dos partidos. Os jovens que hoje se interessam por política eles se interessam, em larga medida, fora dos partidos. Por que? Porque eles dificilmente estão



interessados em submeter sua capacidade de avaliação, sua capacidade crítica e sua capacidade de indignação aos interesses político-partidários do dia. Aos cálculos político-partidários do dia. Isso significaria, então, um enfraquecimento da democracia? Nós deveríamos aceitar, de fato, que a democracia precisa de partidos fortes? Eu diria que isso não é absolutamente necessário. Não é uma equação absolutamente necessária. Duas equações que ao meu ver são falsas: essa e outra equação que ficou para nós como uma espécie de palavra de ordem: Que uma democracia forte precisa de instituições fortes. Isso é falso. Uma democracia forte precisa de uma soberania popular forte e de instituições flexíveis. Ela precisa ter uma plasticidade que lhe é inerente, ela precisa de uma organicidade institucional (Satafle Em Debate, 2013).

Nessa perspectiva, Satafle entende que é possível que cada vez mais apareça um novo tipo sujeito político, que já não esteja mais vinculado à estrutura organizada de forma partidária. O claro exemplo desse quadro são visibilizados, a exemplo de 2013, marcado por efervescentes mobilizações nas ruas, com grande destaque para a presença de jovens no mundo inteiro, no chamado movimento global e mercante onda por quase todos os Estados brasileiros.

Os protestos sistemáticos contra os centros de poder global multiplicaram-se. Os fóruns sociais mundiais, continentais, nacionais e temáticos constituíram-se como lugares de convergência dos movimentos e organizações que estão lutando contra o neoliberalismo. Trata-se de esboçar um quadro geral de reflexões sobre o andamento destes eventos,

o resultado e que agora todos os grupos humanos sem exceção estão submetidos a lei do valor, não somente a classe operária assalariada (subsunção real), mas também os povos nativos, as mulheres, os setores informais, os pequenos camponeses, sob outros mecanismos, financeiros – preço das matérias-primas ou dos produtos agrícolas, serviço da dívida externa, paraísos fiscais, etc. – ou jurídicos – as normas do Fundo Monetário Internacional (FMI), do Banco Mundial (BM) e da 460 Organização Mundial de Comercio (OMC) –, tudo isso significando uma subsunção formal (Houtart p.460-461).

Nesse panorama, os novos sujeitos se estendem ao conjunto dos grupos sociais que formam parte da submissão real (representados pelos chamados “antigos movimentos sociais”) como os que integrariam o grupo dos subsumidos formalmente (“novos movimentos sociais”). O novo sujeito constrói-se sob a base popular e plural, por uma multiplicidade de atores e não pela “multidão” da qual falam Michael Hardt e Antonio Negri.



Nesse panorama de mudanças, consideramos que as estratégias teórico-metodológica têm mecanismos de resistência, portanto, a direção que assume as lutas e os sujeitos na atualidade dão mostra de que a classe operária continuará tendo um papel importante e compartilhado, obviamente ainda mais complexo (Hobsbawn,2000). Daí extraímos a compreensão crítica de que os novos sujeitos políticos se reiventam diante da multiplicidade de questões cuja essência está na raiz ontológica da sociabilidade do capital e trabalho em novo grau de complexidade, pois cada período histórico, na visão de Marx, possui sua própria dinâmica ancorada na lei da acumulação” (Marx, 1968, p. 15)

Considerações finais

Com base nas reflexões analisadas neste artigo, podemos considerar que no quadro panorâmico atual, novos sujeitos emergem com forte tendência as outras bandeiras e agendas de lutas. Visibiliza-se outras possibilidades na construção de sujeitos políticos que, por meio de uma consciência coletiva que possa ir em busca de atender suas necessidades emergentes. Tal direção, caminha para um distanciamento da luta emancipatória, aquela cuja significado é a superação da propriedade privada, (...) “ o fator real, imprescindível, da emancipação e reabilitação do homem” (Marx,2001. p.142 e 148).

Entendemos que os sujeitos políticos que trazem na história à sua importância nas interferências junto as grandes mudanças da sociedade têm sofrido rebatimentos no seu perfil, características e redesenho de suas estratégias de lutas. Desse movimento dos sujeitos, clamamos a necessária retomada a luta sob a perspectiva de enfrentamento ao capital, cuja projeto societário sejam divergentes da atual ordem, para isso não podemos esvaziar a luta, muito menos perder o encantamento revolucionário à luta de classe.

À luz das abordagens que afirmam que não haveria validade nas formas de organização típicas dos trabalhadores e nem teria mais lugar para a construção da consciência e dos instrumentos políticos de luta destes: estaria, irremediavelmente, superada a possibilidade da classe para si, refutamos estes embates teórico-políticos, ora em curso na academia e na produção editorial, nos órgãos da grande mídia, nos discursos e nas políticas governamentais, na difusão do pensamento da grande burguesia, dentre outros. Do ponto de vista das referências teórico-metodológicas da teoria social crítica marxista temos na base as raízes explicativas que encontram solidez quando captura a



dinâmica da realidade contemporânea sob o prisma de determinantes e seu grau de complexidade para negar a positividade do real.

Referências

- Anderson, Perry. O fim da história (de Hegel a Fukuyama). Rio de Janeiro: Zahar, 1994
- Antunes, Ricardo. Adeus ao trabalho? São Paulo: Cortez; Unicamp, 1998
- Arendt, Hannah. A dignidade da Política. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
- _____. A condição humana. Rio de Janeiro: Forense. 2003.
- Castoriadis, Cornelius. Psicanálise e política. In: O mundo fragmentado – As encruzilhadas do labirinto. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- Carneiro, S. A batalha de Durban. 2002 Estudos feministas, n. 1, p. 209-14. Carneiro, S.; Santos, T. Mulher negra. 1985 São Paulo: Nobel/Conselho Estadual da Condição Negra.
- Enriquez, Eugène. Da horda ao Estado. São Paulo: Jorge Zahar Editores, 1991
- _____. O homem do século XXI: sujeito autônomo ou indivíduo descartável. In: RAE-Eletrônica, v. 5, n.1, Art. 10, jan. /jun. 2006.
- Fernandes. F. Significado do protesto negro. São Paulo. Cortez Editora. 1989. p. 24
- Gorz, André. Adeus ao proletariado (para além do socialismo). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.
- Gramsci, Antonio. A concepção dialética da história. 3ª Ed. São Paulo: Civilização Brasileira, 1978.
- Habermas, Jürgen. O discurso filosófico da modernidade. Lisboa: Dom Quixote, 1990.
- Hobsbawn, Eric. Os trabalhadores: estudos sobre a história do operariado. São Paulo: Paz e terra, 2000.
- Houtart, François. Os movimentos sociais e a construção de um novo sujeito histórico, Conselho Latino americano de Ciências Sociais, 2007.
- Iasi, Mauro Luís. As metamorfoses da consciência de classe (o PT entre a negação e o consentimento), 2ª Ed -, São Paulo: Expressão Popular.
- Marx, Karl. “A questão judaica [1843]. Manuscritos econômicos e filosóficos. Lisboa: Edições 70, 1993.
- Netto, José Paulo. Ditadura e Serviço Social. São Paulo, Cortez, 1994.
- _____. Transformações Societárias e Serviço Social - notas para uma análise retrospectiva da profissão no Brasil. In: Serviço Social e Sociedade n. 50. São Paulo, Cortez, abril, 1996.
- Santos, Milton. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2000.



Significados das práticas de cuidado na perspectiva dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil de Santos – SP

Marcela Garrido Reghin
Lecy Sartori
Eunice Nakamura

Resumo

Ressalta-se a importância de investigar a dimensão do cuidado em saúde mental infantil, da perspectiva sociocultural, refletindo a complexidade das práticas institucionais e os diversos atores envolvidos num contexto particular. O objetivo deste estudo foi apreender quais os significados acerca das práticas do cuidado segundo as visões e experiências dos profissionais de um serviço de saúde mental infantil da cidade Santos – SP, Brasil. A partir da abordagem etnográfica, foi realizada a observação participante com a equipe de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil - CAPSi, que viabilizou conhecer as práticas construídas a partir de relações institucionais e interinstitucionais que acontecem em rede. As práticas se caracterizam por ser um processo, isto é, não estão dadas, mas são construídas cotidianamente. O cuidado é mediado pelo vínculo das relações entre profissionais e usuários direcionando as práticas. Nessa perspectiva, o projeto terapêutico é construído considerando as necessidades, as possibilidades e os desejos entre os profissionais e a criança, e que não ocorrem numa via única, são múltiplos e se interferem. Nessa trama, existe uma série de objetos que compõe as relações que mediam o cuidado e que são capazes de legitimar ou modular concepções de infância a partir de perspectivas normativas e patológicas. Por fim, foi possível compreender que as práticas são também políticas, e os profissionais formulam e vivenciam dispositivos para a transformação social.

Palavras-chave

Práticas de cuidado; crianças; saúde mental; significados; etnografia.

Introdução

Na trajetória de construções de novas práticas de cuidado, o trabalhador sempre foi peça chave, junto aos usuários dos equipamentos de saúde mental, como força viva da crítica ao modelo manicomial e às mudanças dos papéis das relações e produção de saúde. Ao analisar como se configura atualmente a rede de atenção psicossocial no Brasil, é imprescindível resgatar o papel dos pioneiros do movimento da reforma psiquiátrica no país. Segundo Amarante (1998), o início da reforma se deu nos fins dos



anos 70 com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que passou a desempenhar por longo período importante papel nas formulações teóricas e construções de novas práticas. Na conjuntura de mudanças sociais e políticas, para além das primeiras sistematizações de denúncias de violações que aconteciam nas instituições em diferentes partes do território nacional, começou a se constituir “um pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas.” (Amarante, 1998, p.90).

No movimento pelo redirecionamento da atenção em saúde mental no país, passou-se a discutir também a saúde mental infanto juvenil, no entanto de forma tardia. Segundo Lykouropoulos e Péchy (2016), a saúde mental de crianças e adolescentes não estava em pauta no início da Reforma Psiquiátrica planejada como proposta de mudanças do modelo excludente de cuidado vivido pela população adulta nos manicômios. A saúde mental infantil nas esferas das políticas públicas nacionais tem uma história muito recente - apenas na Terceira Conferência de Saúde Mental em 2001, o campo da Reforma Psiquiátrica brasileira assumiu o atraso no enfrentamento da saúde pública com os sofrimentos psíquicos ocorridos na infância, culminando após a sua publicação, com a instauração do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Até este marco, quem se ocupava das questões dos problemas mentais na infância e adolescência majoritariamente era o campo da educação e assistência social com fortes tendências a ações institucionalizantes. (Couto, Duarte e Delgado, 2008).

Segundo o documento do Ministério da Saúde, intitulado “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil”, as ações dirigidas às crianças e aos adolescentes por um século no Brasil, eram circunscritas ao ideal de proteção que acabou resultando na construção de práticas de um modelo assistencial com forte tendência à institucionalização partindo de uma noção segmentada da população infantojuvenil (Brasil, 2005).

A construção de uma política voltada para a população de crianças e adolescentes tem se apresentado como um dos maiores desafios para os trabalhadores da saúde mental. Segundo Couto, Duarte e Delgado (2008), existem ações voltadas à implantação de uma política de saúde mental para este público com um plano específico, integrado à política geral de saúde mental do SUS, cuja finalidade é a construção de uma rede de cuidados que responda com efetividade às necessidades de crianças e adolescentes. Os autores atentam para duas ações em curso nesses últimos anos, a saber: a



implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi) e a construção de estratégias buscando uma articulação intersetorial (saúde geral, educação, assistência social, justiça e direitos) visando a integralidade do cuidado.

O caráter de desinstitucionalização assumido pela Reforma Psiquiátrica brasileira, como forma preponderante de atenção às pessoas em sofrimento psíquico, implica diretamente na forma em que se modula e organiza o cuidado nas práticas cotidianas. Dessa forma, a implantação de novos serviços em saúde mental infantil e a remodelação dos equipamentos que atende este público reflete nas práticas de trabalho dos profissionais bem como mobiliza agora outros atores, pensando no modelo de cuidado integral à saúde. Além disso, estas políticas nos levam a refletir sobre a especificidade da pessoa que é foco desses cuidados, pois se trata de crianças.

Nesse panorama, ocorrem uma série de mudanças, ressignificações e adaptações na própria estrutura dos serviços que eventualmente podem gerar questões complexas sobre os processos de implantações de novos serviços. Assim, chama a atenção um olhar das concepções teórico-práticas em torno do modelo de cuidado na saúde mental na infância, alinhada às especificidades das políticas que ao longo do tempo vão sendo construídas e transformadas para este público. Em vista disso, há um fluxo nas construções de práticas de cuidado, que pressupõe um movimento nas concepções de cuidado e de criança, envolvidos nos contextos de cuidado.

Justificativa

O cuidado pressupõe práticas que são construídas cotidianamente nos diversos contextos, caracterizando uma diversidade nas formas como acontecem, bem como os fatores que o influenciam. As contribuições teórico-metodológicas da Antropologia possibilitam, assim, interpretações do que chamamos de saberes e práticas do cuidado, a partir do conceito de cultura. Geertz (2008) entende a cultura como sendo uma “teia de significados tecida pelo homem” e que deve ser revelada, pois “compreender a cultura de um povo expõe sua normalidade sem reduzir sua particularidade” (Geertz, 2008, p. 24). Compreender esses cenários de cuidado infantil possibilita desvelar os diversos significados tecidos por aqueles que atuam no cuidado, ressaltando-se a própria concepção de criança que está em foco.

Explorar os significados do cuidado e da criança no campo da saúde mental infantil é também compreender o contexto histórico e sociocultural das diferentes políticas voltadas à infância, bem como suas repercussões nas práticas cotidianas diante do ser



criança, ou às formas como ela é percebida na rede de cuidados.

Ressalta-se, a partir da perspectiva antropológica, a importância de investigar a dimensão do trabalho e do cuidado com crianças nos serviços de saúde, refletindo não apenas sobre as práticas de cuidado em si, mas sobre a complexidade de relações, saberes, fazeres e objetos implicados nessas práticas, como expressões não permanentes de contextos socioculturais, políticas e históricas. Dessa forma, a pesquisa atentou-se ao olhar de como acontece o cuidado, incluindo as relações sociais e materiais que circulam na produção do cuidado, considerando o movimento, o fluxo e as mudanças que se dão neste campo, considerando também os significados atribuídos à criança como pessoa foco de cuidados.

As atividades junto ao grupo de pesquisa do Laboratório Interdisciplinar Ciências Humanas, Sociais e Saúde – LICHSS, foram fundamentais para a realização da pesquisa, uma vez que permitiu leituras e aprofundamento de estudos de autoras e autores que foram se tornando essenciais para o desenho da pesquisa, em especial referentes à pesquisas etnográficas em interface com a saúde mental (Nakamura, 2007, 2009, 2011; Sartori, 2010, 2015; Barbarini, 2016; Martinez, 2016; Carvalho, 2014; Andrade e Maluf, 2014), entre outras produções. As produções de etnografias que buscam captar as realidades dos diversos contextos de saúde mental, e também significados atribuídos a infância, conforme as pesquisas supracitadas, enriquecem o campo de conhecimento acerca do tema e inspiram novas investigações. Além disso, ampliam as possibilidades existenciais da infância transcendendo campos de saberes tecnocráticos, sobremaneira biomédicos, na medida que capturam significados socioculturais dos atores (que são diversos) que atuam em determinados contextos.

Metodologia

A pesquisa se pautou no percurso de um trabalho etnográfico, cuja produção de dados foi feita por meio da observação participante em um CAPSi do município de Santos-SP, durante um período de aproximadamente seis meses. A pesquisa contemplou como participantes os trabalhadores do CAPSi do município que durante a pesquisa atendia a população residente de grande parte da extensão dos morros da cidade e trechos localizados na região central. Além dos profissionais do serviço, as crianças atendidas no equipamento e seus responsáveis configuraram-se também como participantes do processo de produção de dados, haja vista a interação cotidiana entre esses diferentes atores nas práticas de cuidado.



A participação na rotina institucional ocorreu através da observação de grupos de convivência, reuniões de equipe, acolhimentos, interação do equipamento com outros serviços da saúde (e de outros setores) e outras práticas cotidianas envolvidas no cuidado, além de manter uma contínua contratualidade com os profissionais acerca da presença da pesquisadora nas atividades. Dessa forma, havendo desconfortos ou comprometimentos no trabalho dos técnicos e usuários, seria reavaliada a participação em determinados espaços. Ademais, as observações foram registradas em diário de campo, resultando uma escrita debruçada na análise interpretativa, relacionada à investigação hermenêutica a partir da perspectiva teórica de Geertz (2008) acerca das noções de significado e cultura.

Todos os participantes foram esclarecidos a respeito dos objetivos e metodologia da pesquisa, sendo a adesão voluntária e esclarecida sobre a preservação das identidades. Foram fornecidos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os trabalhadores, além da solicitação de autorização dos responsáveis para os sujeitos menores de 18 anos, presente no TCLE destinado aos responsáveis. Foram também fornecidos para os sujeitos menores de 18 anos, Termos de Assentimento.

Destaca-se que as palavras que estão entre parênteses (“”) no texto, que não mencionam um referencial teórico específico, se referem a termos nativos referentes às práticas de trabalho, isto é, são palavras ou expressões faladas pelos participantes da pesquisa.

Apresentação e discussão dos resultados

A equipe, os usuários do serviço e a organização institucional

O CAPSi dispõe de funcionamento diurno, estando aberto das 8 horas às 18 horas nos cinco dias úteis da semana. Trata-se, portanto, de um CAPSi modalidade II. A equipe é composta por 19 trabalhadores e durante a pesquisa de campo havia sete estagiários da Unifesp - Campus Baixada Santista (estudantes do curso de Terapia Ocupacional, Psicologia e Serviço Social), e quatro residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Rede de atenção Psicossocial, também da Unifesp (mesmo campus).

No grupo dos 19 trabalhadores, 13 compõem a equipe técnica de referência, formada por quatro psicólogos, um terapeuta ocupacional, duas enfermeiras - estando uma delas ocupando o cargo de chefia, um técnico de enfermagem, uma fonoaudióloga, duas acompanhantes terapêuticas, uma assistente social e uma psiquiatra infantil. Segundo



o Manual dos CAPS, elaborado pelo Ministério da Saúde (2004), o técnico de referência é responsável pelo acompanhamento e monitoramento do usuário, além do contato com a família. É caracterizado também como o ordenador do trajeto do cuidado, ou seja, aquele que articula ações com diferentes serviços. Também trabalham no serviço três oficiais administrativos, uma cozeira e duas profissionais encarregadas da limpeza. Embora tivesse previsto inicialmente acompanhar apenas a equipe técnica, ao longo da observação fui entendendo que todos os profissionais participavam do cuidado, ainda que “indiretamente”. Dessa forma, observar o cotidiano do serviço envolveu ver todos os profissionais em suas atuações. Porém, algumas atividades se restringem à equipe técnica, por exemplo, os atendimentos individuais e em grupo.

A equipe tem um modo de funcionamento coletivo, as organizações de práticas, tomadas de decisões e outras atividades são feitas conjuntamente. Os profissionais da equipe técnica trabalham em uma “clínica em comum”. Apesar de partirem de campos de formações diferentes, operam as mesmas práticas. Não há distinção de funções, ou seja, as tarefas atribuídas e processos de trabalhos não são orientados por categorias profissionais. Entretanto, atuam considerando as especificidades de cada área do saber. Constantemente trocam saberes e experiências sobre os “casos” e é comum fazerem “parcerias” de atendimentos unindo diferentes formações, não só atendendo a premissa de um trabalho interdisciplinar, como também com base nas afinidades que vão sendo criadas ao longo do trabalho que exercem conjuntamente.

Segundo os interlocutores da pesquisa, atualmente a instituição conta com cerca de 150 crianças em atendimento, inseridas em atividades semanais ou mensais. Conforme previsto pela portaria nº 336/2002 que estabelecem as normativas do CAPSi, o serviço atende crianças e adolescentes de 0 a 18 anos de idade. No entanto, dos prontuários ativos na ocasião da coleta de dados, a coordenadora afirmou que as crianças mais novas que estão em atendimento têm 3 anos de idade e os adolescentes mais velhos 18.

A construção das práticas de cuidado é atravessada pelas circunstâncias em que ocorrem, isto é, os “motivos”, sendo que um dos termos nomeado pelos participantes é a “demanda”. Há uma razão que levou a criança ao CAPSi, e com isso, os profissionais, por meio da escuta, vão identificar quais são as necessidades do usuário.

Nas falas e posicionamentos dos profissionais revelou-se a ideia da presença de “sofrimento”, ou ainda “sofrimento psíquico”, na vida da criança que necessita ser



acompanhada pelo serviço. O “sofrimento” foi caracterizado como algo vivido pela criança em decorrência de acontecimentos traumáticos, contextos sociais, comportamentos que não são enquadrados a determinadas expectativas culminando em categorias diagnósticas da ordem dos transtornos mentais, entre outros fatores.

O processo de cuidado

O serviço funciona como “porta aberta”, ou seja, qualquer pessoa pode ser atendida sem uma necessidade de agendamento ou encaminhamento de outros lugares. As crianças e adolescentes geralmente chegam aos equipamentos com os seus familiares ou responsáveis, os quais buscam o serviço por demanda espontânea ou ainda por meio de encaminhamentos de outros serviços de saúde ou outros setores, como escolas, equipamentos da assistência social, conselho tutelar, entre outros. Este primeiro atendimento é nomeado de “acolhimento”.

Após o “acolhimento” as crianças passam pelas “avaliações” para que os profissionais do CAPSi da pesquisa possam conhece-la, conhecer melhor sua família e quais as possíveis necessidades de um cuidado em saúde mental. Segue-se então o trabalho de se construir o “Projeto Terapêutico Singular – PTS” da criança. O “PTS” é uma prática instituída no CAPSi, elaborada cotidianamente pelos profissionais do equipamento tendo em vista o plano de cuidado da criança referente às suas necessidades. Em outras palavras, trata-se de um roteiro que irá nortear as práticas profissionais, construído a partir da “demanda” singular da criança. Neste sentido, a forma como determinada criança é cuidada no equipamento será individual e singular, ainda que envolva práticas coletivas.

O “PTS” é desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental buscando propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando aspectos da vida do usuário além do “diagnóstico” e da “medicação”. No contexto da clínica ampliada, o Ministério da Saúde (Brasil, 2007) define o PTS como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Destaca-se com isso, a figura do “profissional de referência” ou o “técnico de referência” que tem a função “gestora” do PTS da criança.

As práticas se caracterizam por ser um processo, isto é, não estão dadas, mas são construídas cotidianamente. Por meio da análise da pesquisa as práticas foram organizadas em duas categorizações: as práticas institucionais e as práticas interinstitucionais. A primeira se refere ao cuidado circunscrito ao CAPSi, relativas as



atividades que acontecem no serviço como os “acolhimentos” iniciais, “avaliações” (supracitados), atendimentos individuais e grupais (“grupos de convivência”), atendimento a familiares e responsáveis, visitas domiciliares, “acompanhamento terapêutico”, “vivências” externas, e outras caracterizações organizadas pela equipe do CAPSi. Já a segunda categoria “práticas interinstitucionais” refere-se a ações veiculadas em uma “rede” pela qual a criança circula, e são agenciadas por políticas circunscritas em diferentes setores da sociedade, como saúde, assistência, justiça, educação, entre outras. Destacam-se nessas práticas as relações estabelecidas entre diferentes serviços do município que, entre parcerias e contradições, buscam o “cuidado compartilhado”. Como exemplo, o “matriciamento” e as “reuniões de rede” inscrevem práticas instituídas no contexto das políticas municipais e contam com a gestão mútua dos diferentes profissionais no processo de cuidado.

Martinez (2016) enfatiza a ideia de “transversalidade” que corresponde ao entrelaçamento de diferentes serviços e atores de determinado território. Segundo a autora, uma nova proposta de gestão do cuidado exige redes heterogêneas que enlacen os territórios. Para Oliveira e Mendonça (2016) a intersetorialidade é compreendida pela literatura e pelas políticas públicas como “fator intrínseco” ao trabalho com crianças e adolescentes e se faz necessária como prática de cuidado nos serviços de saúde mental. Essa prática se funda pela importância de “enfrentamento de problemas reais e complexos” (Couto & Delgado, 2010), entrelaçada às singularidades dos sujeitos de direitos (e desejos), garantindo a “integralidade do cuidado”, prevista na legislação do SUS.

Destaca-se que o cuidado é mediado e significado por meio das relações entre os diferentes atores envolvidos, ou seja, os profissionais, as crianças, a família, a escola, os documentos, os brinquedos e diversas conexões presentes na vida da criança. A criança se torna um sujeito do cuidado, na medida em que lhes são oferecidas ações para contornar o “sofrimento”. A criança na posição de sujeito de desejo, como proposto em práticas emancipatórias – nas “Assembleias”, nas atividades do “acompanhamento terapêutico” (entre outras possibilidades de participação da criança no cuidado) – assume novas identidades, ou melhor, possibilidades de ser criança como produtora de significados (Pires, 2007).

O cuidado mediado pelo “vínculo” (Latour, 2015) das relações entre profissionais e usuários direciona as práticas. Nessa perspectiva, o “PTS” é construído considerando



as necessidades, as possibilidades e os desejos entre os profissionais e a criança, e que não ocorrem de via única, são múltiplos e se interferem. Ademais, existe uma série de objetos que compõe as relações que mediam o cuidado e que são capazes de legitimar ou modular concepções de infância a partir de perspectivas normativas e patológicas, como no caso de “laudos”, “relatórios”, “medicações”. Existem também objetos relevantes à gestão política do cuidado, como os registros das práticas de trabalho relacionadas aos financiamentos e às transferências de recursos, cuja análise não foi aprofundada por não ser objeto desta pesquisa.

Por fim, foi possível compreender que as práticas são também políticas, e os profissionais formulam e vivenciam dispositivos para a transformação social. É o caso dos encontros entre os trabalhadores da “rede” que compartilham de um tempo e um espaço dialógicos para construções e resistências políticas, além das experiências vivenciadas pelos profissionais em movimentos sociais, participação social e o trabalho micropolítico do cotidiano. Neste sentido o significado do cuidado sustenta um lugar não só prático e teórico como também ético-político. Os profissionais operam as práticas estando tangenciados pelos sentidos atribuídos ao trabalho, o que envolve concepções teóricas, metodológicas, políticas, culturais, populares, etc. Esses elementos dão forma às determinadas maneiras de realizar o cuidado, ou seja, o trabalho dos profissionais está relacionado à maneira como eles significam o cuidado.

Considerações Finais

As questões analisadas na pesquisa suscitaram novas possibilidades investigativas, haja vista a complexidade e multiplicidade do tema, e, sobretudo o seu não esgotamento. Investigar o contexto da saúde mental infantil partindo da perspectiva antropológica permitiu entender os diferentes significados que constroem uma teia (Geertz 1989) e que são inesgotáveis. A possibilidade de pesquisar o contexto de um CAPSi, no município de Santos, possibilitou aprofundar o conhecimento acerca dos vários significados das práticas de cuidado realizadas pelos profissionais que atuam no serviço, ampliando as perspectivas do cuidado na infância e com crianças, ao mesmo tempo em que reafirmou-se a pesquisa como lugar de prática política e comprometida com transformações sociais e afetivas no campo de luta da saúde mental.

Referências bibliográficas

Amarante, P. (Org). Loucos pela vida: uma trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2 eds. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1998.



Andrade, A. P. M.; Malus, S. W. Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. In Ferreira, J.; Fleihser S. (Orgs). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 33-55.

Barbarini, T. A. A condição da criança hiperativa e desatenta: um estudo sobre a intervenção psiquiátrica nas formas contemporâneas de inserção social infantil. 2016. 229f. Tese de doutorado em Sociologia – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Campinas, Campinas – SP.

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília, 2005.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Núcleo técnico da política nacional de humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília, 2007.

Carvalho, M. Dilemas na/da Reforma Psiquiátrica: notas etnográficas de um Centro de Atenção Psicossocial. In Ferreira, J.; Fleihser S. (Orgs). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 81-105.

Couto, M.C.V; Delgado, P.G.G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, vol 27, n.1, p. 17-40, 2010.

Couto, M. C. V; Duarte, C. S; Delgado, P. G. G. A Saúde mental infantil na saúde pública Brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol 30, n. 4, p.390-398, 2008.

Geertz, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, 1989.

Latour, B. Faturas e fraturas: da noção de rede à noção de vínculo. *ILHA* v. 17, n. 2, p. 123-146, ago./dez. 2015.

Martinez, M. M. *Redes do cuidado: etnografia de aparatos de gestão intersetorial para usuários de drogas*. 2016. 294f. Tese de doutorado em Antropologia Social – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP.

Nakamura, E. O método etnográfico em pesquisas na área da saúde: uma reflexão antropológica. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, vol 20, n. 1, p. 95-103, 2011.

Nakamura, E. A noção médico-científica de depressão infantil: uma visão histórica e



sociocultural do discurso de adultos sobre a infância. In: Mota, A.; Schraiber, L.B. (Orgs.). *Infância & Saúde*. São Paulo: Hucitec/ Fapesp, p. 234-64, 2009.

Nakamura, E., Santos, J.Q. Depressão infantil: abordagem antropológica. *Revista de Saúde Pública*, vol 41, n 1, p.53-60, 2007.

Oliveira, M. F. A. P. B; Mendonça, J. O Capsi e a rede ampliada: intersectorialidade. In: Ribeiro, E. L; Lykouropoulos, C. B. (Orgs). *Capsi e o desafio da gestão em Rede*. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 193-207.

Pires, F. Ser adulta e pesquisar crianças: explorando possibilidades metodológicas na pesquisa antropológica. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 50, n. 1, 2007.

Sartori, L. A política de financiamento de uma tecnologia de cuidado: etnografia do processo de reforma psiquiátrica do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. 2015. 302f. Tese de doutorado em Antropologia Social - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos – SP.



Nossos Eichmans não passaram por julgamento: a banalidade do mal no “tratamento” da loucura no Brasil

Rodrigo Matos-de-Souza
Ana Carolina Cerqueira Medrado

Resumo

A lei da Reforma Psiquiátrica brasileira (n° 10.216/01) reconfigurou o modelo assistencial em saúde mental no país, tendo como principal repercussão a mudança do regime asilar de tratamento para o tratamento em meio comunitário, realizado, sobretudo, nos diversos tipos de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A exigência de mudança do modelo assistencial foi encabeçada pelo Movimento de Luta Antimanicomial, composto por trabalhadores de saúde mental, familiares de pacientes e pelos próprios pacientes, que denunciaram a corrupção do sistema hospitalocêntrico (soberano antes da reforma psiquiátrica) e a violação dos direitos humanos que ocorria em tais espaços. A título de exemplo, no Hospital Colônia de Barbacena (MG), morreram em torno de 60.000 pessoas, fato retratado no livro *Holocausto Brasileiro* de Daniela Arbex. A partir de um enfoque fenomenológico-hermenêutico, nesse ensaio, abordaremos a obra de Arbex à luz da noção de Banalidade do Mal tal como proposto por Hannah Arendt, que entende haver uma outra forma de produção do mal, um mal administrativo, distante de sua vítima na medida em que a despersonaliza, objetificando-a ao convertê-la em número. No trabalho, questionamos o tratamento dado no passado à loucura dentro dos manicômios como uma espécie de manifestação do mal banalizado em nosso contexto, ao mesmo tempo em que conjecturamos a retomada do discurso manicomialista, agora com nova roupagem, nas políticas públicas brasileiras.

Palavras-chave

Banalidade do mal; reforma psiquiátrica; Hannah Arendt; Daniela Arbex; bricolagem

Introdução

O livro *Holocausto Brasileiro*, da jornalista Daniela Arbex, foi publicado em 2013 e conta a história do Hospital Psiquiátrico Colônia, localizado em Barbacena, Minas Gerais. Nesse hospital morreram ao menos 60 mil pacientes vítimas de todo tipo de maus-tratos e descasos: exposição ao frio, muitos não dispunham de roupas, quartos, camas ou lençóis para dormir, permaneciam ao relento mesmo durante o frio da noite; alimentação racionada, alguns comiam ratos e bebiam o esgoto que cortava os pavilhões; sofriam espancamentos e estupros; “tratamentos” violentos a base de eletrochoque, às vezes com carga elétrica tão forte que derrubava a energia da cidade. Ademais, mulheres que



engravidaram no Colônia tiveram seus bebês roubados, os corpos dos pacientes mortos eram vendidos para as Faculdades de Medicina e, quando não foi mais possível vender os corpos, eles foram derretidos em ácido para que os ossos pudessem ser comercializados.

O Hospital Colônia foi uma máquina de matar loucos, uma máquina lucrativa que percebia seus lucros na medida em que novos internos chegavam, dentre os quais incluíam-se crianças. Mais um aparelho da chamada “Indústria da Loucura” que descreve o período da ditadura militar no Brasil em que os hospitais psiquiátricos recebiam diária por cada paciente internado, o que fez com que o número de leitos em tais hospitais saltasse de 14 mil no início da ditadura para em torno de 70 mil em 1970 (Martins, Assis, & Bolsoni, 2019). Uma nódoa indelével e vergonhosa da história do Brasil e da psiquiatria que nos lembra que somos capazes do bárbaro, que somos capazes do mal quando não há freio moral a impedir-nos.

O Lager como Recurso ou a colonialidade no Hospital Colônia

Quando o psiquiatra italiano Franco Basaglia disse, após sua visita ao Hospital Colônia de Barbacena, “Estive hoje em um campo de concentração nazista. Em nenhum lugar do mundo, presenciei uma tragédia como esta” (Arbex, 2013, p. 207) avivou no espectro da psiquiatria uma metáfora que veio sendo utilizada de muitas formas desde a segunda metade do Século XX, uma metáfora do horror, que espelha o pior do humano, confrontando-o com seu duplo, cuja consciência moral desgastada pela eficiência do bom funcionário, de forma banal e ordinária, foi por isso mesmo capaz de produzir as maiores atrocidades, apenas para bater uma meta de produção, ser eficiente no sentido estrito da Administração.

A metáfora concentracionária encontrou muitos caminhos (Adorno, 2012; Arendt, 2004, 2013; Agamben, 2008; Didi-Huberman, 2017; Mèlich, 2004, Matos-de-Souza, 2016), sua experiência, como sabemos hoje, teve como laboratório as colônias do Oriente, da África e das Américas, nas quais haviam corpos que valiam menos, importavam menos, objetos que eram no projeto da racionalidade moderna, que os traduzia como periferia do humano (Mbembe, 2018). Um lugar no qual uma política com o corpo do outro podia ser experimento. No entanto, e de forma ambivalente, é justamente quando o sujeito moderno é vítima dos padrões de sua experiência colonial que essa representação emerge como a potência que o caráter exemplar tem. O lager é a prática colonial que chega à metrópole, para daí se difundir como standard, do que não podemos mais fazer,



e do que será permitido de agora em diante.

O fato de que as colônias podem ser governadas na ausência absoluta de lei provém da negação racial de qualquer vínculo comum entre o conquistador e o nativo. Aos olhos do conquistador, “vida selvagem” é apenas outra forma de vida animal, uma experiência assustadora, algo radicalmente outro (alienígena), além da imaginação ou da compreensão. [...] Os selvagens são, por assim dizer, seres humanos “naturais”, que carecem do caráter específico humano, da realidade especificamente humana, de tal forma que, “quando os europeus os massacravam, de certa forma não tinham consciência de que cometeram um crime” (Mbembe, 2017, pp. 35-36).

A experiência latino-americana e brasileira, por mais distinta que seja da experiência colonial do Século XX no continente africano, guarda uma relação muito próxima que não pode ser ignorada numa análise biopolítica, nossos estados soberanos produziram um espaço diferente para o corpo diferente, para categorias diferentes de pessoas. Esse lugar é chamado de muitas formas ao longo do imenso território identitário chamado América Latina: villa, comuna, barriada, favela, invasão, cidade satélite, periferia. E adquire modos variados dentro do estado soberano: zona de conflito armado, camburão, delegacia, prisão, penitenciária, sistema socioeducativo, hospital, hospício, asilo. São esses espaços, uma terceira zona, nas palavras de Mbembe (2017), na qual o estatuto de sujeito e objeto se aproximam.

A experiência colonial em países como o Brasil jamais foi superada, ganhou em sofisticação, pois produziu um tipo de organização social na qual as zonas ricas e urbanizadas desempenham o papel de metrópole e as periferias, os lugares dos corpos menores, disponíveis para o abate, podendo ser descartados sem que isso abale a consciência moral do cidadão de bem. O Estado funciona como o garantidor do bem-estar da sociedade, das vidas que são consideradas vivíveis (Butler, 2017) e, por sua vez, do cidadão, construindo espaços nos quais os corpos indesejados possam ser direcionados a lugares de higiene, imunizando a sociedade. Para tanto, o Estado assume uma competência médica capaz de restaurar o corpo adoecido com a remoção da causa do mal, expelindo os germes, amputando partes do corpo, restabelecendo o ideal de ordem e pureza sociais (Esposito, 2017).

Essa divisão do espaço em compartimentos é uma das características da ocupação colonial, que produz aquilo que Fanon (1968) chamou de cidade do colonizado.

A cidade do colonizado, ou pelo menos a cidade indígena, a cidade negra, a Medina, a reserva, é um lugar mal afamado, povoado de homens mal afamados. Aí se nasce não



importa onde, não importa como. Morre-se não importa onde, não importa de quê. É um mundo sem intervalos, onde os homens estão uns sobre os outros, as casas umas sobre as outras. A cidade do colonizado é uma cidade faminta, faminta de pão, de carne, de sapatos, de carvão, de luz. A cidade do colonizado é uma cidade: acocorada, uma cidade ajoelhada, uma cidade acuada (p. 29)

A cidade do colonizado não é complementar à do colono, nem contígua, muito menos um lugar de desejo, ela é tudo o que a cidade do colonizador não pode ser, obedecendo a um princípio de exclusão recíproca. A cidade do colonizado é o Lager, o Lager-experimento dos corpos descartáveis, substituíveis, desmembráveis e que podem ser vendidos como objetos. O Lager como metáfora concentracionária, colonial, higienista e ascética, na qual os sujeitos podem ser categorizados, uniformizados (muitas vezes pela cor da pele), distribuídos conforme o valor econômico que seu corpo traduziu e, de certa forma, representa o horror. O que pode ser representado pelo Hospital Colônia descrito por Arbex (2013):

Os deserdados sociais chegavam a Barbacena de vários cantos do Brasil. Eles abarrotavam os vagões de carga de maneira idêntica aos judeus levados, durante a Segunda Guerra Mundial, para os campos de concentração nazista de Auschwitz. A expressão “Trem de doido” surgiu ali. [...] Os recém-chegados à estação do Colônia eram levados para o setor de triagem. Lá os novatos viam-se separados por sexo, idade e características físicas. Eram obrigados a entregar seus pertences, mesmo que dispusessem do mínimo, inclusive roupas e sapatos, um constrangimento que levava às lágrimas muitas mulheres que jamais haviam enfrentado a humilhação de ficar nuas em público. Todos passavam pelo banho coletivo, muitas vezes gelado. Os homens tinham ainda o cabelo raspado de maneira semelhante à dos prisioneiros de guerra (p. 28).

Ao avivar a metáfora do Lager comparando o Hospital Colônia de Barbacena à experiência concentracionária de Auschwitz, Franco Basaglia recorreu à sua experiência imediata de europeu, de sujeito com idade suficiente para ter visto as barbáries ocorridas em seu continente apenas duas décadas antes do evento do Colônia começar a emergir como um problema de consciência moral na sociedade brasileira. Nós, sujeitos do complexo contexto no qual hoje, em pleno Século XXI, ainda persistem lógicas de segregação e colonização, precisamos avançar nesse recurso, pensando o Lager a partir de outros modelos, tão aterrorizadores quando Auschwitz, e que são produzidos no dia a dia de nossos aglomerados urbanos, de nossa vida cotidiana nas cidades do colonizador e do colonizado e que naturalizam a barbárie de muitas formas.



O que surpreendeu Basaglia foi a existência, em plena América Latina, de um campo de concentração nos moldes nazistas. Entretanto, a possibilidade de imaginar esta experiência distante de nosso contexto evidencia o lugar de onde parte o célebre psiquiatra para compreender o continente latino-americano, a de que por aqui essa é uma experiência estranha, fora dos padrões, surpreendente. Basaglia partiu de um olhar estrangeiro, ingênuo, que não tinha a exata dimensão do que era, e do que é a América Latina. Pois quem vive em nosso contexto tem na pele, no imaginário e no *modus vivendi* a segregação marcada como uma escara, sobretudo aqueles que fogem ao padrão masculino-branco-rico. E, todos nós, em comparação ao psiquiatra europeu, carregamos a marca de latino-americanos. Uma marca de nosso processo de constituição de uma sociedade que naturalizou o lugar do corpo que vale menos, no qual se pode interpelar um corpo que se apresente fora do lager (da cidade do colonizado, da favela, da condição de sujeito saudável ou qualquer outra representação higienizada que imprima um fora e um dentro do que pode ser aceitável) como um germe a ser combatido, revistado, conduzido e, no caso do Colônia, levado, internado, apagado da própria existência como sujeito:

[...] a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive os diagnósticos [...] a estimativa é de que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se o destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoólatras, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos indesejados, inclusive os chamados insanos (Arbex, 2013, pp. 25-26).

A racionalidade moderna, ao estabelecer seus padrões do que é aceitável enquanto conceito possível, operou uma drástica seleção por exclusão do que seria aceito como humano se, como diria Chatelet (1994), a razão ainda não encontrou a idade da razão, a razão moderna flertou em suas operações de distinção com tudo o que a própria modernidade qualificou como barbárie. A loucura, como representação e modo de existência menor historicamente, sempre afrontou os padrões da razão médica e da racionalidade científica moderna, que pareceu sempre entender que havia um lugar para o louco que, recorrendo a Lapoujade (2017), podia existir “[...] seguramente, mas não desta maneira, nem dessa maneira, nem de nenhuma maneira...” [tradução nossa] (p. 83). No entanto, a linha entre o que é considerado normal e anormal numa sociedade é muito tênue e, como no caso do Hospital Colônia de Barbacena, essa linha pode ser facilmente borrada para caber quem nesse momento resolveu afrontar os padrões estabelecidos.



Os indesejados do Colônia, os anormais, viventes nesse lugar de expurgo, passaram por inúmeros outros sujeitos desligados de sua consciência moral, que viam aqueles encaminhados para o hospital como não iguais, destituídos da condição de pessoa, objetos que quando incomodaram foram prontamente encaminhados para tal lugar, no qual as chances de saída eram mínimas.

Banalidade do mal no/na colônia

Em seu livro sobre Eichmann, o exemplar funcionário do regime nazista capturado pela polícia secreta israelense e levado a julgamento, Hannah Arendt (2013) colocou em disputa o conceito de Banalidade do Mal, a partir da imagem do burocrata, que ao obedecer às ordens foi responsável direto pelo extermínio de milhares de pessoas,

A figura sem brilho de Eichmann descrita por Arendt é um excelente exemplo de como sujeitos, premiados pela execução de atrocidades podem banalizar o mal ao ponto de não se perceberem como agentes da maldade, os técnicos que negam qualquer responsabilidade, pois estão cuidando apenas de fazer seu trabalho da melhor maneira possível. E, ao mesmo tempo, nos dá, junto com os personagens do julgamento de Nuremberg, a dimensão de como a consciência moral havia perdido espaço para a obediência ao regime, sendo substituído por um pensamento burocrático e uma consciência burocrática (Matos-de-Souza, 2015, pp. 145-146).

Essa administração do mal banal cuja colagem aparece repetidas vezes nos discursos contemporâneos da boa administração, da eficiência e que demonstram a total incompreensão do outro como humano, no Colônia, ganhava contornos agudos ao equiparar o lugar de tratamento a um espaço para o confinamento de animais, no qual leito e curral se equivalem:

Em 1930, com a superlotação da unidade, uma história de extermínio começou a ser desenhada. Trinta anos depois, existiam 5 mil pacientes em lugar projetado inicialmente para 200. A substituição de camas por capim foi, então, oficialmente sugerida, pelo chefe de Departamento de Assistência Neuropsiquiátrica de Minas Gerais, José Consenso Filho, como alternativa para o excesso de gente. A intenção era clara: economizar espaço nos pavilhões para caber mais e mais infelizes. O modelo de leito chão deu tão certo, que foi recomendado pelo Poder Público para outros hospitais mineiros em 1959 (Arbex, 2013, p. 26).

Os “outros hospitais mineiros” fizeram o estado de Minas Gerais referência desse tipo de solução marcada pela violência de estado para com sua população, cujas marcas hoje podem ser reconhecidas como racismo, machismo, homofobia, ódio à diferença



todas essas fobias e medos em seu caráter estrutural, expondo uma necropolítica que não se escondia nem na estatística.

Dezenove dos vinte e cinco hospitais psiquiátricos existentes em Minas até a década de 1980 estavam localizados no famoso corredor da loucura formado por Barbacena, Juiz de Fora e Belo Horizonte. Nesse período, as três cidades concentravam 80% dos leitos da saúde mental no Estado. Parâmetros da Organização Mundial de Saúde estabeleciam como referência três internações para cada mil beneficiários no país. Mas estudos do setor psiquiátrico mineiro revelaram quase sete internações para cada grupo de mil, em 1979. Em 1981, o número era superior a cinco. A cada duas consultas e meia, uma pessoa era hospitalizada nas Gerais (Arbex, 2013, p. 31).

O Colônia não fazia distinção, esticava as bordas até de concepções inventadas pela modernidade, como a infância, dispensando às crianças o mesmo tratamento dado aos adultos, com os quais conviviam nos mesmos pavilhões sendo objeto das mais abjetas violações.

Foi a última vez que Luiz Pereira de Melo, hoje com setenta e oito anos, viu a mãe. Tratado como propriedade do Estado, o menino hospitalizado apenas por ser tímido se separou da família sem diagnóstico de loucura, embora não tenha sido difícil arranjar uma doença para ele. Qualquer moléstia mental serviria, afinal, o rapaz era filho da pobreza como a maioria dos depositados nos manicômios do Estado (Arbex, 2013, p. 132).

Quando a sociedade civil consegue entrar no Colônia através da imprensa é que o lager se apresenta em toda sua magnitude representacional, a imagem que muitos já haviam visto como produto de uma guerra, não encontra expressão possível na realidade objetiva, as primeiras impressões só encontram paralelo possível como recurso literário, “o Inferno de Dante” (Arbex, 2013, p. 74), e metafórico, a “sucursal do inferno” (Arbex, 2013, p. 172):

Os homens vestiam uniformes esfarrapados, tinham as cabeças raspadas e pés descalços. Muitos, porém, estavam nus. Luiz Alfredo viu um deles se agachar e beber água do esgoto que jorrava sobre o pátio e inundava o chão do pavilhão feminino. Nos banheiros coletivos havia fezes e urina no lugar de água. Ainda no pátio, ele presenciou o momento em que carnes eram cortadas no chão. O cheiro era detestável, assim como o ambiente, pois os urubus espreitavam a todo instante. Dentro da cozinha, a ração do dia era feita em caldeirões industriais. Antes de entrar nos pavilhões, o fotógrafo avistou um cômodo fechado apenas com um pedaço de arame. Entrou com facilidade no lugar



usado como necrotério. Deparou-se com três cadáveres em avançado estado de putrefação e dezenas de caixões feitos de madeira barata. [...]

[...] Dentro dos pavilhões, promiscuidade. Crianças e adultos misturados, mulheres nuas à mercê da violência sexual. Nos alojamentos, trapos humanos deitados em camas de trapos. Moscas pousavam em cima de mortos-vivos. O mau cheiro provocava náuseas. Em outro pavilhão, a surpresa: capim no lugar de camas. Feno, aliás, usado para encher colchões, abrigar baratas, atrair roedores. Viu muitos doentes esquecidos nos leitos, deixados ali para morrer. A miséria humana escancarada diante de sua máquina. (Arbex, 2013, pp. 171-172)

É nesse contexto de pulsão de morte que o Colônia aprofunda sua condição de lugar de morte, de extermínio e de gestor de corpos cujo valor estava em vida, no lucro com os pacientes, e na morte, com o comércio dos cadáveres. A narrativa que expõe o comércio cadavérico se inicia com a apresentação do personagem, o professor da faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Juiz de Fora, Ivanzir Vieira, contando do percurso que fazia a pé de sua casa até a Universidade quando nota, pelo comportamento dos alunos que passavam pelo local, e pela falta do aglomerado de estudantes na porta da escola que algo de estranho estava se passando. De dentro do prédio vinha o odor putrefato que se assemelhava a de centenas de ratos mortos, ao adentrar o pátio interno encontrou a origem do forte cheiro, dezenas de cadáveres esqueléticos seminus dispostos nas posições mais grotescas ocupavam todo o espaço interno da Faculdade. O professor começou a se perguntar o porquê de tantos, das posições em que estavam dispostos, quando apareceu um funcionário da Faculdade de Medicina e o informou que as aulas haviam sido suspensas, que uma caminhoneta havia chegado na madrugada oferecendo os corpos à Faculdade de Medicina por cerca de 1 milhão de cruzeiros (algo próximo a 364 reais nos dias de hoje), e em caso da universidade não se interessar já havia comprador para o lote no Rio de Janeiro. O professor se espantou com o fato da universidade comprar cadáveres. Ele não sabia que só o Colônia vendeu 1823 corpos entre 1960 e 1980, nenhum desses corpos teve a venda autorizada pela família, comércio também complementado pela venda de peças anatômicas (partes do corpo) e dos ossos (Arbex, 2013, pp. 71-79).

Entre reforma e contrarreforma psiquiátricas brasileiras

Por conta de denúncias de corrupção e de graves violações aos direitos humanos nos hospitais psiquiátricos do país - como no panorama do Hospital Colônia apresentado por Arbex (2013) - o Brasil, a partir da década de 1980, começa uma guinada no modelo



assistencial, fruto do Movimento de Luta Antimanicomial, composto por profissionais de saúde mental, familiares de usuários e usuários do sistema psiquiátrico. Assim, em 2001 há a culminância do movimento reformista da psiquiatria no Brasil pela instituição da lei nº 10.216/01 (2001), que preconiza o tratamento em meio comunitário, a defesa dos direitos humanos e a desinstitucionalização. Para tanto, foram criados serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, mais tarde, foi delineada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela portaria nº 3.088/11 (2011), que afirma a importância do cuidado em rede para atingir a integralidade em saúde.

Contudo, apesar dos avanços, respaldados pelas pesquisas científicas que ratificam a importância do tratamento em meio comunitário (Caldas de Almeida, 2019; Onocko-Campos, 2019) e pelos depoimentos dos próprios usuários quanto à melhoria do modelo de cuidado, o modelo instituído não é unanimidade e encontra-se em ataque aos seus valores basilares. Em verdade, podemos dizer que os primeiros golpes já podiam ser sentidos desde que as comunidades terapêuticas foram consideradas como mais um ponto de atenção da RAPS no atendimento às pessoas com uso abusivo de drogas (Brasil, 2011), visto que as comunidades terapêuticas retomam o modelo asilar, se opõem à política de redução de danos preconizada pelo Sistema Único Saúde (SUS), em sua maioria são instituições religiosas e algumas foram denunciadas por violações dos direitos humanos. Por conta disso, as comunidades terapêuticas têm sido identificadas como “novos manicômios” (Belloni & Antunes, 2016).

Mas as tentativas de desvirtuar a reforma psiquiátrica no Brasil não se reduziram a isso. Pitta e Guljor (2019) identificam que, em 2015, a política de saúde mental esteve sob nova ameaça quando o diretor de um grande manicômio brasileiro foi nomeado para a Coordenação Nacional de Saúde Mental. Após o golpe de 2016, que destituiu uma presidenta mais alinhada à esquerda e colocou no poder um governo neoliberal, outros ataques foram deflagrados. Em 21 de dezembro de 2017 foi lançada a Portaria nº 3.588 (2017) que retoma práticas biomédicas na saúde mental. Entre os objetos de crítica à portaria estão a introdução do hospital dia, do hospital psiquiátrico e dos ambulatorios na RAPS (Onocko-Campos, 2019; Pitta & Guljor, 2019).

Assim, gradativamente o modelo substitutivo vai sendo substituído na retomada de ações de saúde fragmentárias e centradas no hospital que contrariam a integralidade do cuidado proposta pelo SUS, modelo que já se mostrou em ruínas. A escolha para



política de saúde mental dada a citada portaria é resgatar velhos expedientes, ao passo que a política de saúde mental permanece subfinanciada, os componentes previstos pela rede não foram suficientemente implementados ou articulados e o desenvolvimento de recursos humanos na saúde mental permanece aquém ao ideal (Caldas de Almeida, 2019; Onocko-Campos, 2019). É o futuro repetindo o passado, museu de grandes novidades, como suspeitam Martins, Assis e Bolsoni (2019): a ressuscitação da indústria da loucura.

A posição do governo Bolsonaro sobre a política de saúde mental ainda é nebulosa. Contudo, dada a política de desmonte do SUS assumida por uma agenda liberal, bem como o ataque aos direitos humanos, aos estudos científicos, às minorias e a alardeada defesa da tortura, concomitante ao forte apoio da bancada evangélica do congresso ao governo (interessada na expansão das comunidades terapêuticas), temos muito o que temer. E não podemos perder de vista a participação da psiquiatria na biopolítica/necropolítica, no controle dos corpos, sobremaneira em tempos de convulsão social:

Desviat proporciona base teórica para a compreensão do fenômeno, expressando que há determinações econômico-políticas relacionadas ao enclausuramento da loucura. Em momentos de crise econômica, a psiquiatria é acionada para controlar desordens, excluir os que incomodam e manter a ordem produtiva, além de geralmente ser acompanhada de outras leis repressivas. Fora assim na “Grande Internação”, na passagem do feudalismo à sociedade capitalista, como traz Foucault em A História da Loucura; foi assim no Brasil, na passagem da Colônia ao Império, bem como no aprofundamento liberal da ditadura militar (Martins, Assis, & Bolsoni, 2019, p. 03).

Freire (1974) constrói uma analogia para a sociedade brasileira, dizendo que nossa história pode ser explicada por um movimento dialético entre sociedade aberta (mais democracia) e sociedade fechada (menos democracia). O Brasil, ao longo de seu período republicano passou ditaduras militares, ditaduras civis, golpes de estado e a experiência democrática é muito recente e curta. A abertura do último período ditatorial também permitiu que vários setores da sociedade brasileira pudessem se pôr a repensar práticas autoritárias em seus espaços de atuação, pois se um valor incontornável de uma democracia é a vida conjunta entre os diferentes, a vida em conjunto precisa chegar para todos.



Muitos sujeitos ao longo da história do Colônia entenderam o absurdo que se produzia ali, que aquelas pessoas estavam sendo tratados fora do acordo civilizacional que chamamos de sociedade, e não chegavam a alcançar os direitos mínimos do que entendemos como os anseios de uma sociedade mais aberta (o Colônia, em sua longa existência, passou por ditaduras e também por períodos ditos democráticos). Foi no período da abertura do último regime militar que criou um ambiente propício para que muitos ex-usuários do sistema de saúde se sentiram confortáveis para iniciar um movimento de resistência aos maus-tratos no “tratamento” psiquiátrico brasileiro. Movimento que influenciou diretamente as políticas públicas das últimas décadas funcionando como uma espécie de freio moral e de consciência moral coletiva que nos dizia dos horrores que haviam sido praticados no passado com seres humanos que dizíamos proteger. Hoje, com o avanço de políticas abertamente antidemocráticas, começa-se a se esgarçar os limites dessa consciência, e o freio tem se tornado cada vez mais difícil de ser acionado.

Considerações finais

“O repórter luta contra o esquecimento. Transforma em palavra o que era silêncio. Faz memória” (Brum, 2013, p.13). Como nos diz a Eliane Brum no prefácio do livro da Daniela Arbex, o Holocausto Brasileiro é um resgate da memória, de uma página antes desbotada, amarelada, apagada da história do país. Mas não deve ser só labuta repórter não esquecer, a luta contra o esquecimento deve ser uma batalha diária da sociedade. Nesse sentido, a inscrição no livro funciona como um *phármakon*, uma droga contra a banalidade mal, contra o esquecimento. Por outro lado, o *phármakon* é também veneno, já que o recurso ao registro em escrita fez o rememorar prescindível (Derrida, 2005). Cabe a nós sabermos dosar a medida do remédio oferecido por Arbex.

Ainda sobre nosso resgate à memória, é válido ressaltar que o movimento reformista da psiquiatria se deu em paralelo com a democratização do país e delineamento do SUS. Nesse sentido, não é mera coincidência que o ataque ao SUS e aos princípios da reforma psiquiátrica ocorram em concomitância com o ataque à democracia no Brasil. Defender o SUS e a reforma psiquiátrica é reconhecer o acesso à saúde e a defesa dos direitos humanos como valores basilares da democracia. Produzir saúde é também combater as desigualdades sociais. Assim, não é possível assumir uma posição de neutralidade política. Urge a assunção de uma defesa obstinada de tais valores, asseverando que o SUS e a RAPS são conquistas do nosso povo, são marcos de tomada de consciência moral, de oposição à barbárie operada no Hospital Colônia.



Por fim, abordar a história do “tratamento” psiquiátrico no Brasil para retratar a banalidade do mal é apenas um recorte do que pode ser discutido sobre o tema em nosso país. Infelizmente, a história do Brasil é fértil em holocaustos desde a colonização e a banalidade do mal também se reproduz em inúmeros momentos da nossa história: Eldorado dos Carajás (PA), o massacre do Carandiru (SP), a chacina do Cabula (BA), a chacina do Costa Barros (RJ).

A título de exemplo, este ano, até 15 de novembro de 2019, seis crianças foram assinadas pela polícia militar do Rio de Janeiro com a anuência de um governador profascista que declarou que “a polícia militar vai mirar na cabecinha”: Jenifer Gomes, 11 anos; Kauan Peixoto, 12 anos; Kauã Rozário, 11 anos; Kauê dos Santos, 12 anos; Ágatha Félix, 08 anos; Ketellen Gomes, 05 anos. A banalidade do mal é o *modus operandi* das instituições brasileiras. Como nos diz Brum (2013): “Agora, é preciso lembrar. [...] Porque o holocausto ainda não acabou” (p.17).

Referências

- Adorno, T. W. (2012). Educação após Auschwitz. In T. W. Adorno. Educação e Emancipação (pp. 119-138). São Paulo, Brasil: Paz e Terra.
- Agamben, G. (2008) O que resta de Auschwitz. São Paulo: Boitempo.
- Arbex, D. (2013). Holocausto Brasileiro. São Paulo: Geração Editorial.
- Arendt, H. (2004). Algumas questões de filosofia moral. In H. Arendt. Responsabilidade e Julgamento (pp. 112-212). São Paulo: Companhia das Letras.
- Arendt, H. (2013). Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal. São Paulo: Companhia das Letras.
- Belloni, F., & Antunes, A. (2016). Os manicômios de hoje se chamam comunidades terapêuticas. Fiocruz; Escola Politécnica Joaquim Venâncio, s.p. Recuperado de: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/os-manicomios-hoje-se-chamam-comunidades-terapeuticas>.
- Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Casa Civil.
- Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011(*). (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde
- Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. (2017). Altera as Portarias de



Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brum, E. (2013). Prefácio - Os loucos somos nós. In D. Arbex. Holocausto Brasileiro (pp. 13-17). São Paulo: Geração Editorial.

Butler, J. (2017). Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto? Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Caldas de Almeida, J. M. (2019). Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cadernos de Saúde Pública, 35(11), 01-06.

Châtelet, F. (1994). Uma história da razão: entrevistas com Émile Noël. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Derrida, J. (2005). A farmácia de Platão. São Paulo: Iluminuras.

Didi-Huberman, G. (2017). Cascas. São Paulo: Editora 34.

Didi-Huberman, G. (2017). Alguns pedaços de película, alguns gestos políticos. Entrevista de Georges Didi-Huberman a Ilana Feldman. In G. Didi-Huberman. Cascas (pp. 87-109). São Paulo: Editora 34.

Duch, LL. (2004). Prólogo. In J-C., Mèlich. La Lección de Auschwitz (pp. 11-18). Barcelona: Herder.

Esposito, R. (2017). Bios: Biopolítica e Filosofia. Belo Horizonte: Editora da UFMG

Fanon, F. (1968). Os condenados da terra. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Freire, P. (1979). Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Lapoujade, D. (2018). Las existências menores. Buenos Aires: Cactus.

Martins, M. E. R., Assis, F. B., & Bolsoni, C. C. (2019). Ressuscitando a indústria da loucura?! Interface - comunicação, saúde, educação, 23, 01-05.

Matos-de-Souza, R. (2015). Antes de Auschwitz: ensaio sobre Autobiografia e Formação em Elias Canetti. (Tese de Doutorado, Universidade do Estado da Bahia). Recuperado de https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3598826.

Matos-de-Souza, R. (2016). As Lições do Lager: experiências com o mal e (de) formação nas narrativas de Lanzmann e Semprun. In D. Z., Moraes, V. M., Cordeiro, & O. V. Oliveira. Narrativas Digitais, História, Literatura e Artes na Pesquisa (Auto) biográfica (pp. 129-144). Curitiba: Editora CRV.

Mbembe, A. (2018). Necropolítica. São Paulo: N-1 Edições.

Mèlich, J-C. (2004). La Lección de Auschwitz. Barcelona: Herder.



Onocko-Campos, R. (2019). Saúde mental no Brasil: avanços, retrocesso e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11), 01-05.

Pitta, A. M. F., & Guljor, A. P. (2019). A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos. *Cadernos do CEAS*, 246, 06-14.



A configuração da rede de cuidados a crianças “agitadas” a partir de serviços de saúde mental infantil em duas cidades brasileiras

Eunice Nakamura
Lecy Sartori
Tatiana Barbarini

Resumo

Este trabalho tem por objetivo apresentar os resultados de pesquisas etnográficas que visaram descrever e analisar a configuração da rede de cuidados destinados às crianças consideradas “agitadas” em dois serviços de saúde mental infantil, nas cidades de Santos e de Campinas, no estado de São Paulo – Brasil. Para isso, apresentamos o modo como os profissionais da equipe produzem o cuidado, a partir de alguns casos de agitação encaminhados aos dois serviços. O ponto de partida para a análise do material empírico serão os encaminhamentos de crianças “agitadas”, as formas de produção de cuidados nos serviços de saúde pesquisados e as articulações realizadas com outras instituições. A partir disso, teceremos reflexões sobre os papéis de diferentes atores (familiares, profissionais da educação e da saúde, crianças) e instituições (família, escola, serviços de saúde mental infantil) implicados em uma rede de cuidados oferecida a crianças “agitadas”, evidenciando as relações e possíveis tensões entre eles. Problematizamos a ideia institucionalizada de rede de cuidados, apontando lógicas, saberes e interesses que configuram as formas de cuidado em contextos diversos.

Palavras-chave

Rede, cuidado, criança, agitação, família, saúde mental.

Introdução

No Brasil, não é possível falar sobre os percursos de crianças na rede de cuidados sem se referir a dois momentos históricos fundamentais à constituição e consolidação dessa rede como parte de um sistema mais complexo de cuidado integral à criança.

Um primeiro marco foi a promulgação da atual Constituição Federal, em 1988, que caracterizou o processo de redemocratização do país após o período de regime militar (1964-1985). Destacam-se na Constituição, para além do caráter legal e normativo, a conquista e a afirmação de direitos sociais (educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social) e a necessidade de proteção a crianças e adolescentes. Outro importante avanço ocorreu com a publicação do



Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, que norteia o sistema de garantia dos direitos de crianças e adolescentes, composto por diversos órgãos, entidades, programas e serviços destinados ao atendimento de crianças, adolescentes e suas respectivas famílias, em diferentes áreas como saúde, educação e assistência social.

Um segundo marco, decorrente dessas conquistas e complementar aos avanços no campo dos direitos sociais, refere-se especificamente à política de saúde mental. Ela passou por importantes transformações desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, “que contemplou em suas diretrizes os princípios da reforma psiquiátrica, incluindo o processo de desospitalização e a garantia dos direitos de cidadania dos doentes mentais” (Antunes & Queiroz, 2007, p. 208). Desta forma, consolidou-se progressivamente o desmonte do modelo de cuidado dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma proposta de ação territorial em saúde mental por meio de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A crítica ao antigo modelo de cuidado também passou a nortear, embora mais tardiamente, o movimento pelo redirecionamento da atenção à saúde mental infanto juvenil.

A saúde mental infantil constituiu um campo específico de políticas na área da saúde principalmente a partir da instauração do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, em 2004, que tinha como objetivo consolidar um novo modelo de cuidado, articulando serviços para o atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico (Brasil, 2005). A implantação de uma política de atenção específica ocorreu com a criação de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) integrados ao SUS e coerentes com seus princípios, como a intersectorialidade (saúde, educação, assistência social, justiça), a integralidade do cuidado e a atuação territorial.

Nesse contexto se instituiu o atual sistema de atenção integral destinado a crianças e adolescentes no Brasil, caracterizado pela interlocução entre os vários serviços constitutivos de uma rede de cuidados em um dado território. Neste trabalho, serão apresentadas, a partir de algumas experiências concretas, as formas de cuidado nos serviços de saúde pesquisados e sua articulação com as diferentes instituições voltadas às crianças.

A partir disso, teceremos reflexões sobre os papéis de diferentes atores (familiares, profissionais da educação e da saúde, crianças) e instituições (família, escola, serviços



de saúde mental infantil) em uma rede de cuidados oferecidos a crianças “agitadas”, evidenciando as relações e possíveis tensões entre eles.

Fundamentação do problema

No Brasil, mudanças importantes ocorreram nas políticas de saúde mental, principalmente a partir dos anos 2000, influenciadas pelos movimentos de reforma psiquiátrica e pela luta antimanicomial iniciadas no país no final dos anos 1970. Dentre essas mudanças, destaca-se a reorientação da atenção em saúde mental no conjunto de serviços do SUS, como ressaltado na introdução deste trabalho.

A preocupação com a necessidade urgente de mudança do modelo asilar e manicomial, que afetava principalmente os adultos, fez, no entanto, com que o debate sobre a saúde mental infantojuvenil fosse incorporado tardiamente (Reghin, 2019). O cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, antes realizado principalmente no campo da educação e assistência social, passou a ser articulado em serviços responsáveis pelo atendimento a esse grupo da população somente a partir de 2004 (Brasil, 2005).

A articulação dos serviços de atenção à saúde mental no SUS se consolidou com a instituição da RAPS pela Portaria nº 3.088/2011. A RAPS se constitui como uma política que busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, buscando garantir a livre circulação de pessoas com sofrimento ou problemas mentais pelos serviços, comunidade e pela cidade, contando com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como principal articulador do cuidado em saúde mental. A RAPS é constituída pela atenção básica em saúde (Unidades Básicas de Saúde, equipes Consultório na Rua), atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial (Brasil, 2011). Em relação ao funcionamento da RAPS, ressalta-se a “organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2011).

A assistência à saúde mental infantojuvenil se articula à proposta de organização dos serviços por meio da RAPS. No entanto, dadas as especificidades relativas a crianças, adolescentes e jovens, instituições de diferentes áreas contribuem para a produção do cuidado muitas vezes colocando em disputa diferentes lógicas de atuação.



A proposta de ações intersetoriais visando à integralidade do cuidado não é, portanto, algo que dependa unicamente da reorganização dos serviços em uma rede de cuidados. As possíveis trocas e interlocuções entre diferentes atores e instituições podem revelar lógicas, saberes e interesses diversos em formas particulares de cuidado prestado às crianças.

A produção do cuidado intersetorial não se restringe a aspectos organizacionais ou relativos à gestão de serviços especializados, como no caso da RAPS. Segundo Martinez (2016, p. 35), “a rede deve ser explicada por aqueles que sem folga buscam tecê-la concreta e conceitualmente”. A autora apresenta o conceito de “transversalidade” para explicar o entrelaçamento de diferentes serviços e atores de determinado território, destacando a importância de “redes heterogêneas que enlacen os territórios” (Reghin, 2019, p. 81).

Ainda em relação à articulação entre atores e instituições em torno do cuidado com crianças, destacamos a noção de “interdependência” proposta por Elias (1991), fundamental para compreender os lugares que as crianças ocupam na sociedade e os papéis que lhes são atribuídos na relação com adultos.

Ao problematizarmos a noção de rede de cuidados, pretendemos analisar como se articulam os diferentes atores e instituições implicados nessa rede destinada principalmente a crianças “agitadas”, as formas de interação e possíveis tensões entre eles. Particularizamos, assim, os contextos nos quais se configuram as diferentes redes de cuidados, a depender de lógicas, saberes, práticas e interesses que instituem e configuram certas formas de cuidado destinadas a essas crianças.

Metodologia

Foram realizadas pesquisas etnográficas em dois serviços de saúde mental infantil nas cidades de Santos e Campinas, no estado de São Paulo, região sudeste do país.

A pesquisa em Santos foi realizada, em 2012, em um serviço de saúde mental infantil - Serviço Centro de Valorização de Crianças (SCVC) - localizado em uma região periférica do município, responsável pelo atendimento de crianças de 0 a 11 anos. O serviço era integrado por psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, assistentes sociais, técnicos de nível médio (assistentes terapêuticos) e pessoal administrativo. Foram realizadas entrevistas em profundidade com três psicólogos, um assistente social, um fonoaudiólogo e um coordenador do



serviço, para compreender como as crianças agitadas eram percebidas e cuidadas no SCVC e quais outras instituições estavam implicadas nesse processo.

Em Campinas, a pesquisa foi realizada, de 2016 a 2018, em um CAPSij que integra a rede de saúde mental do serviço de saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF). O CAPSij atende crianças e adolescentes de 2 a 18 anos. Nesse serviço foram realizadas observações das reuniões de equipe e conversas informais com profissionais de saúde (psicólogos, fonoaudiólogos, psiquiatras, pediatras, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, educadores sociais), registradas em diários de campo.

Foram também analisados dados secundários sobre o encaminhamento de casos de crianças “agitadas”, segundo estudo sobre queixas e demandas apresentadas aos dois serviços (Nakamura, 2017; Nakamura & Barbarini, 2019).

Tanto na análise das entrevistas como dos diários de campo foram feitas leituras exaustivas dos dados coletados para identificação de aspectos e temas relevantes no registro das observações e nos discursos dos profissionais. Após essa leitura cuidadosa do material de campo, foram destacadas categorias empíricas para a compreensão das formas de cuidado e do processo de configuração da rede de cuidados destinada a crianças agitadas.

Resultados e discussão

A escola é a principal fonte de demandas de cuidado em saúde mental infantil, de acordo com análise realizada de prontuários encontrados em serviços pesquisados em Santos, em 2012, e em Campinas, de 2017 a 2018 (Nakamura & Barbarini, 2019). Ressalta-se que esses serviços são os mesmos onde foram realizadas as pesquisas etnográficas, cujos dados são objeto de análise neste trabalho. No estudo, as autoras identificam que as principais queixas relacionadas ao comportamento infantil agitado são apresentadas aos serviços de saúde mental diretamente pelas escolas ou indiretamente pelas famílias, quando elas são acionadas pela equipe escolar.

É importante destacar que apesar dos serviços de saúde mental infantil de Santos buscarem não restringir o atendimento a avaliações médico-psiquiátricas e psicológicas de problemas encaminhados pelas escolas, a origem das queixas no serviço pesquisado parece indicar o contrário. A maioria dos problemas apresentados ao SCVC de Santos aponta dificuldades enfrentadas pelas crianças no contexto escolar, sobretudo aquelas relativas ao processo de aprendizagem, destacando-se a dificuldade



de concentração (21,4%) e agitação (17,9%), entre outras queixas (Nakamura, 2017).

A autora ressalta o papel da escola na identificação dos problemas (50,9% das queixas foram identificadas pela escola), principalmente porque, no geral, as queixas estão associadas a questões que podem comprometer a aprendizagem e o rendimento escolar das crianças. No entanto, nas queixas relativas a dificuldades de concentração e/ou problemas de agitação parece haver algo sobre os comportamentos infantis que não se restringe ao contexto escolar, embora eles sejam apontados como um problema pela escola.

A Educação é a nossa principal encaminhadora. Nos últimos levantamentos que eu fiz, a Educação era responsável em alguns meses por 60% da demanda encaminhada pro nosso Serviço. Com queixas de “comportamento”, sempre a questão da agressividade, da indisciplina, do não ficar sentado, do não copiar a lição [...] Que é uma discussão imensa entre a Saúde e a Educação – o que eles veem como problemas de aprendizagem e nós vemos como problema de ensinagem. Mas são os principais motivos que levam ao encaminhamento até o SCVC. (Psicóloga, Santos)

Ao se tornar um problema também para o serviço de saúde mental, os conflitos entre os profissionais da saúde e da educação na compreensão de certos problemas ficam evidentes.

Em Campinas, observamos que as demandas de agitação que chegam ao CAPSij são encaminhadas por serviços como Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são a porta de entrada da rede de saúde, e por ambulatórios universitários de psiquiatria. O CAPSij também recebe demandas encaminhadas por abrigo e demandas indiretas encaminhadas por escolas e/ou familiares e profissionais de outros serviços de saúde em atividades como a reunião de matriciamento realizadas nas UBS.

As famílias, sobretudo as mães, constam como principais informantes no CAPSij, e elas são acionadas de diferentes maneiras: como intermediárias nas relações de demanda entre escola e serviços de saúde; como responsáveis por apresentar informações privadas das relações familiares, principalmente sobre os primeiros anos da vida da criança; e como responsáveis por demandas que, baseadas em diagnósticos psiquiátricos e laudos médicos, buscam direitos em educação especial para seus filhos.

A partir das experiências de crianças identificadas como agitadas ou que são diagnosticadas como hiperativas (TDAH), acompanhadas nos serviços de saúde mental



infantil em Santos e Campinas, destacamos os vários serviços que constituem a rede de cuidados percorrida pelas crianças e seus familiares, no encaminhamento, acompanhamento e solução do problema.

No serviço de saúde mental infantil de Santos, as profissionais entrevistadas revelam a complexidade do processo de encaminhamento e acompanhamento dos problemas de dificuldade de concentração e agitação nas crianças. A trajetória percorrida pelas crianças não tem direção única, da escola ao serviço de saúde mental infantil, mas se revela como um processo de interação e de interdependência entre diferentes instituições (Nakamura, Planche, & Ehrenberg, 2018), como a escola, os familiares e o próprio serviço de saúde mental, entre outras.

Nas entrevistas e nas observações realizadas nos serviços de saúde mental infantil, em Santos e em Campinas, ressalta-se a complexidade da rede interinstitucional de cuidados à criança, na medida em que outras instituições são apontadas pelos profissionais no encaminhamento de crianças. Embora nem sempre esses encaminhamentos tenham relação direta com o problema de agitação/TDAH, chama a atenção a diversidade de atores sociais e instituições envolvidas nessa rede de cuidados.

Em Santos, os profissionais citam outras instituições que integram essa rede: o Poder Judiciário, especialmente em relação à queixa de violação de direitos (crianças que passaram por agressões, violência sexual, adoção), e o Conselho Tutelar, também para as questões de direitos violados (crianças que não frequentam a escola, que fogem de casa, ficam muito tempo na rua).

Em Campinas, por sua vez, o Conselho Tutelar encaminha demandas para os profissionais do CAPSij solicitando laudos e relatórios de crianças e adolescentes alvos de violências, violações ou maus-tratos. Identificadas situações de agressão, esses usuários são encaminhados para um abrigo de proteção e cuidados por profissionais de serviços de saúde mental.

O cuidado destinado a crianças “agitadas” é complexo, pois não pode ser atribuído apenas a um deslocamento dos problemas escolares para a saúde, uma vez que envolve relações de interdependência, com tensões e disputas entre os diferentes atores sociais e instituições implicados nesses cuidados. Essa complexidade fica ainda mais evidente no processo de acompanhamento e de tratamento do problema, no qual



se revela um “emaranhado” de papéis, atribuições e responsabilidades das várias instituições. Afirma-se, portanto, a importância da noção de rede (ao menos nas experiências brasileiras) no cuidado a crianças, no sentido da busca de responsabilização de todos os atores envolvidos.

Porque tem orientação institucional, se a gente quer saber como essa criança está na escola, o que a escola está fazendo com o resultado desse trabalho, a gente solicita um relatório, entra em contato com a escola. E às vezes a própria mãe fala pra nós, mas a gente faz o contato profissional, liga pra escola. Nem todos os orientadores vêm aqui, só alguns. Então se faz necessário...retornar, pedir um horário, tem que dar por escrito. Vem relatado, um relatório [...] Se a gente tem alguma dúvida a gente entra em contato com a escola. É uma pena porque não são todas as orientadoras que aparecem, com frequência. (Psicóloga, Santos)

Nos CAPSij, como foi observado no serviço pesquisado em Campinas, no geral as UBS desempenham papel fundamental nas estratégias de compreensão do caso clínico e na elaboração de uma rede de cuidado por parte da equipe multidisciplinar do CAPSij. Tais estratégias podem ser desenhadas em reuniões de equipe dentro do CAPSij como em reuniões de discussão, em atendimentos compartilhados e em matriciamento entre membros da equipe do CAPSij e de outras UBS.

A escola também tem destaque na configuração da rede de cuidados, a partir dos casos de crianças acompanhadas no CAPSij. Ainda que as equipes escolares geralmente não façam encaminhamentos diretamente para o CAPSij, elas buscam constantemente o contato com as equipes de saúde mental quando os casos já foram acolhidos. O mesmo ocorre no sentido oposto, em que a equipe multidisciplinar do CAPSij, por meio do profissional de referência do caso, aciona a escola para obter informações, para fazer orientações e para elaborar estratégias conjuntas para a condução do projeto terapêutico.

Por fim, outro tipo de instituição que produz cuidado, para crianças e adolescentes, em rede com o CAPSij são os abrigos do distrito leste de Campinas. Os profissionais da CAPSij acompanham diariamente crianças e adolescentes abrigados que são considerados agitados. Para organizar esse “trabalho em rede”, os profissionais do CAPSij se reúnem com os representantes dos abrigos quinzenalmente. Nessa reunião, eles discutem as demandas das crianças “agitadas”, a eficácia das ações de cuidado e a relação com os atores ou trabalhadores dos abrigos que são os responsáveis pelas



crianças e adolescentes atendidos. A reunião com os representantes dos abrigos explicita o modo como os profissionais do CAPSij empreendem a construção de vínculos com atores de outras instituições a fim de produzir um “trabalho em rede”. Além dos abrigos, os profissionais do CAPSij produzem laudos sobre as crianças e adolescentes para o Conselho Tutelar e para a Vara da Criança de Campinas.

As famílias também são implicadas nesse “emaranhado” de instituições em rede, no geral atuando como mediadoras das relações interinstitucionais, sendo às vezes responsabilizadas pelo acompanhamento e tratamento dessas crianças.

Em Santos, por exemplo, uma das profissionais entrevistadas responsabiliza a família, também a escola, pela adesão ao tratamento, reafirmando a importância do trabalho em rede.

[...] a gente [profissionais do serviço de saúde mental infantil] faz visita principalmente naqueles casos que a família não tá aderindo, não tem adesão ao tratamento e aí a gente procura fazer a busca dessa família pela escola, pelos outros equipamentos, mas quando a gente percebe que não deu resultado, a gente faz a visita, pra saber o que aconteceu, pra conversar, nesse sentido. (Assistente Social, Santos)

No CAPSij de Campinas, a construção do cuidado é realizado junto com o usuário considerado um sujeito atuante, portanto muitas vezes as crianças, os adolescentes e os seus familiares são responsabilizados pela produção e continuidade do cuidado. É frequente os familiares serem solicitados pelos profissionais a ajudar com informações acionadas para elaborar as intervenções terapêuticas. Assim como observou Sartori (2015), o sentido de responsabilidade remete à posição atuante dos usuários na construção do seu contrato terapêutico (ou Projeto Terapêutico Individual), posição calculada por meio da resposta ou pela maneira como eles reagem ao que está previamente estabelecido nos acordos. Silva (2005, p. 141) define o poder contratual como uma categoria que direciona a atuação do profissional por meio de acordos. A partir da elaboração do contrato, a atuação do profissional tem por objetivo responsabilizar o usuário.

Conclusões ou reflexões finais

Ao problematizarmos neste trabalho a noção de rede de cuidados, principalmente a RAPS, no caso brasileiro, não pretendemos criticar esse modo de reorientação da atenção em saúde mental no conjunto de serviços do SUS. Pelo contrário, destacamos



sua importância política, ao mesmo tempo em que apresentamos alguns aspectos à reflexão, da perspectiva sociocultural, que podem contribuir para a sua consolidação. Analisamos, assim, como os diferentes atores e instituições se articulam nessa rede, principalmente no que concerne a crianças “agitadas”, as formas de interação e possíveis tensões entre eles. Particularizamos, assim, os contextos nos quais se configuram as diferentes redes de cuidados, a depender de lógicas, saberes, práticas e interesses que instituem e configuram certas formas de cuidado destinadas a essas crianças.

Destacamos entre os atores e instituições implicados nessa rede de cuidados, o papel da escola, de profissionais de UBS e de outros serviços especializados, abrigos, serviços vinculados ao poder judiciário e ao Conselho Tutelar (em relação a queixas de violação de direitos, agressões, violência, entre outras), além dos familiares e das próprias crianças em tratamento nos serviços pesquisados.

Se no serviço de saúde mental pesquisado em Santos, os conflitos entre profissionais de saúde e educação parecem mais evidentes, no serviço em Campinas, o CAPSij parece assumir a centralidade da rede, como proposto na portaria que institui a RAPS. Assim, neste caso, UBS, ambulatórios e outros serviços do território participam, de forma compartilhada, no atendimento e na elaboração de estratégias para condução do processo terapêutico.

Ressaltamos a noção de interdependência, segundo Elias (1991), para compreender como esses diferentes atores e instituições se articulam, ao mesmo tempo em que definem o lugar social da criança “agitada”, a depender do modo de cuidado realizado pelos serviços de saúde mental em contextos particulares. Neste estudo, destacamos as possíveis interações, tensões e disputas entre esses atores e instituições, de modo a explicitar o emaranhado de papéis, atribuições e responsabilidades de cada um.

As dificuldades do trabalho em rede ficam evidentes quando analisamos o papel atribuído às famílias na rede de cuidados destinado a crianças “agitadas”. No geral, as famílias atuam como mediadoras das relações interinstitucionais (escolas, serviços de saúde, assistência social, entre outras instituições), sendo responsabilizadas pelo acompanhamento e tratamento das crianças. Ressalta-se, especificamente no caso do CAPSij de Campinas, o lugar de responsabilidade atribuído aos familiares de crianças acompanhadas nesse serviço, justificado pela necessidade de uma posição atuante dos usuários na construção dos contratos terapêuticos (Sartori, 2015).



As lógicas, saberes e interesses dos vários atores e instituições parecem, assim, gravitar em torno dos serviços de saúde num entrelaçamento possível. Face à heterogeneidade daqueles que constituem as redes de cuidado, no entanto parece-nos imprescindível compreender como essas redes são tecidas nos cuidados, assim no plural, cotidianos a crianças “agitadas”, sendo (re)negociadas entre os vários atores e instituições implicados, inclusive as crianças.

Referências bibliográficas

Antunes, S. M. M. O. & Queiroz, M. S. (2007). A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1), 207-215.

Brasil. Ministério da Saúde (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde (2011). Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). *Diário Oficial da União*.

Elias, N. (1991). *La société des individus* (1939). Paris: Fayard.

Martinez, M. M. (2016). *Redes do cuidado: etnografia de aparatos de gestão intersectorial para usuários de drogas* (Tese de Doutorado em Antropologia Social). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

Nakamura, E. & Barbarini, T. A. (2019). Comportamentos infantis problemáticos, perturbadores e não conformes: conceitos e demandas de cuidado relacionados à agitação em crianças em Santos e Campinas, Brasil. *Saúde e sociedade*, 28(1), 12-26.

Nakamura, E., Planche, M., & Ehrenberg, A. (2018). The social aspects in the identification of children's mental health problems in two health services in Paris, France. *Interface*, 22(65), 411-422.

Nakamura, E. (2017). Les problèmes de santé mentale durant l'enfance à Santos (Brésil) et Paris: l'interdépendance entre biologique et social dans les comportements des enfants. In Lemerle, S. & Reynaud-Paligot, C. (coords.). *La biologisation du social: discours et pratiques* (161-180). Paris: Presses Universitaires de Paris Nanterre.

Reghin, M. G. (2019). *Significados das práticas de cuidado e de crianças na perspectiva dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil em Santos - SP* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista, Santos.



Sartori, L. (2015). A política de financiamento de uma tecnologia de cuidado. Etnografia do processo de reforma psiquiátrica do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (Tese de Doutorado em Antropologia Social). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

Silva, M. B. B. (2005). Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 15(1), 127-150.



Cuidado em saúde: uma revisão para compreender seus usos e significados

Dilam Pliveira
Juliana Sampaio
Thayane Pereira Da Silva

Resumo

Os significados, usos e sentidos do cuidado em saúde, após a implementação do Sistema Único de Saúde, vêm sendo pauta importante de debate, pois, desde então, um dos grandes desafios para o setor é a transformação da ação coletiva dos sujeitos implicados na produção da saúde e os mecanismos subjacentes ao ato de cuidar, que agora se ampliam para a garantia do direito de cidadania e para a atenção integral, o que extrapola, em muito, a ainda hegemônica formação acadêmica destes sujeitos voltada às disciplinas biológicas, à especialidade e realizada em centros de natureza hospitalar. O conceito de cuidado adquire um valor de dispositivo com seus sentidos polissêmicos e em meio a diferentes compreensões e disputas. Trata-se de uma revisão narrativa, limitada a autores no campo da saúde coletiva e das ciências sociais da América Latina, visando mapear as várias proposições e usos do que seja cuidado que vêm sendo gestadas na busca de transformação das práticas de saúde, de forma a contribuir para a sistematização deste processo, agrupando desejos e lutas, em especial aqueles que se voltam para os vetores de busca de outros sentidos do que seja um bom viver e processos intersubjetivos e sociais da produção da saúde.

Palavras-chave

Cuidado; integralidade; formação em saúde.

Abstract

The meanings, uses and significance of health care after the implementation of the Unified Health System have been an important topic of debate since, since then, one of the great challenges for the sector is the transformation of the collective action of the subjects involved in the production of health and the mechanisms underlying the act of caring, which now extend to guarantee the right of citizenship and integral care, which goes far beyond the still hegemonic academic training of these subjects focused on biological disciplines, specialty and performed in centers of a hospital nature. The concept of care acquires a value of device with its polysemic senses and amid different understandings and disputes. This is a narrative review, limited to authors in the field of collective health and social sciences in Latin America, aiming at mapping the various



propositions and uses of what care is being developed in the search for transformation of health practices, in a way to contribute to the systematization of this process, grouping desires and struggles, especially those that turn to the search vectors of other senses of what is a good living and intersubjective and social processes of health production.

Keywords

Care; integrality; training in health.

Introdução

A ideia da integralidade como horizonte normativo, permeada ainda pelo movimento de humanização passa a ser um princípio paradigmático para o fazer em saúde e um desafio para a formação em saúde, desde a promulgação do Sistema Único de Saúde-SUS. Neste percurso de vinte e um anos, em meio a disputas diversas para sua efetivação, consolidamos propostas de adequação da atenção à saúde conforme as novas diretrizes, o que gerou a necessidade de definir melhor as compreensões sobre o processo saúde-doença-cuidado, bem como o modo de estruturar os serviços e seus processos de trabalho.

Nossa militância nesse contexto, especialmente na formação médica e na educação permanente de profissionais de saúde, permitiu vivenciar a disputa entre estas diversas possibilidades de conceber e realizar o cuidado na saúde, tendo como diretriz a integralidade e a universalidade. Interessa-nos delimitar os diversos usos, sentidos e significados do termo cuidado que vêm sendo construídos desde a instituição do SUS.

Esta revisão bibliográfica parte do entendimento que o conceito de cuidado pode se constituir como dispositivo semântico que subsidie transformações das práticas de saúde e o processo de formação dos profissionais. Não estamos preocupados em propor uma unificação do termo cuidado, ou uma definição institucionalizada, mas mapear as várias proposições, expor seus usos com o objetivo de compreender a que interesses serve, o que se está produzindo com seus sentidos apresentados por autores no campo da saúde coletiva e das ciências sociais da América Latina.

Metodologia

Realizamos um estudo descritivo, documental, de revisão bibliográfica narrativa, tendo como foco principal a literatura científica registrada nos bancos de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em ciências da saúde-LILACS e Scientific Electronic



Library Online-SCIELO. A questão norteadora da escolha e da leitura dos textos foi: qual o sentido e os usos do cuidado integral em saúde?

Para a busca das produções acadêmicas, consultamos os Descritores em Ciências da Saúde- DeCS, produzido pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde- a BIREME. Utilizamos os idiomas português e espanhol, no período de 1980 a 2017. Limitamos nosso estudo aos descritores: cuidado integral e atenção à saúde. Encontramos nas duas bibliotecas citadas quatrocentas e trinta e uma publicações. Após leitura dos resumos, selecionamos cento e quarenta e quatro. Os critérios de retirada dos textos foram: aqueles que não tinham possibilidade de responder as perguntas norteadoras, inferidos a partir do resumo; os que se repetiam nas duas bibliotecas; os manuais técnicos; e aqueles cujos resumos não estavam disponíveis.

Após elencar os textos, procedemos à releitura dos resumos, onde definimos a escolha do corpus do estudo, selecionando aqueles trabalhos que continham ou abordavam concepções/definições ou sentidos e usos de cuidado integral em saúde, conforme os objetivos do estudo. Cinquenta e cinco textos foram escolhidos para serem lidos de forma integral para melhor compreensão do conteúdo.

Fizemos leituras sucessivas, visando agrupar por temas e abordagens e, finalmente, sistematizar os sentidos e usos do cuidado inferidos pela leitura. Estas leituras possibilitaram inicialmente conhecer o conteúdo; segundo, registrar as concepções implícitas ou explícitas, inferidas a partir da experiência dos autores e as diretrizes teóricas do cuidado integral. A partir daí, procederemos à sistematização das categorizações apresentadas neste texto como subtítulos.

O conceito de cuidado: de que cuidado estamos falando?

A problematização e aprofundamento do conceito de cuidado não aparecem como tema da maioria dos estudos elencados. Muitas proposições são referentes aos pressupostos e fundamentos filosóficos da prática ou da própria biomedicina enquanto saber, sendo necessário atuar seja reformulando seu objeto – da doença para a pessoa – seja em sua forma de recortar a realidade, deixando-se de excluir as necessidades/saberes/desejos/ daquele que demanda cuidada – passar a apoiar a construção e projetos de felicidade (Ayres, 2014).

Estudos sobre as representações sociais dos profissionais de saúde sobre cuidado



identificam que o cuidado é representado como categoria universal, ligado às vivências de cuidado materno ou entre nossas relações primárias (Borges & Japur, 2005); (Pinho et al., 2007); (Viegas & Penna, 2015); (Rodrigues, 2007), (Ballarin et al., 2009). O cuidado como atenção, amor, acolhimento “ato de vontade, de solidariedade, de generosidade” (Aquino & Menezes, 1998, p. 141). Termos esses que guardam certa ideia de imanência como mulher. Estas categorias não são aprofundadas no sentido de como são produzidas nas relações com processos de fronteiras sociais, status de grupo, produções culturais do entendimento dos sujeitos de si, do outro e do mundo, muito menos relacionada às condições de trabalho e a competência técnica.

O significado etimológico da palavra cuidado é revisitado como uma forma de refletir sobre os seus sentidos atuais:

(...) usado como sinônimo de cura ou derivada do latim cura, cuja forma antiga, coera, era usada num contexto de relações de amor e amizade, expressando atitudes de devoção, preocupação, mas, também, inquietação sobre o objeto “amado/estimado”. (Gutierrez & Minayo, 2010, p. 1502).

Muitos autores reconhecem esta contradição e tensão intrínsecas ao ato de cuidar, refletem sobre seu caráter ético e político, construindo proposições normativas para esta relação. As relações de poder que estão implícitas no ato de cuidar podem se traduzir em termos de solidariedade, portanto, pautadas na alteridade e dialogicidade, ou ao contrário, assentar-se em termos compassivos, pautadas em relações de saber/poder assimétricas que fragmentam as necessidades e contextos socioculturais e econômicos do usuário (Pires, 2005); (Mendonça, 2015); (Merhy, 2013).

Em relação à ética do cuidado, verificamos contribuições que partem da problematização do conceito ontológico de cuidado como pertencendo à essência da humanidade, sem o que não haveria a sobrevivência física, abarcando aspectos psicológicos, como afetos e sentimentos de confiança, conforto e segurança. A filosofia de Heidegger, ao problematizar o ser humano e seu sentido existencial, é trazida por autores como forma de articular cuidado a formas de existir e projetos de felicidade, bem como visualizar o ser humano em sua politicidade (Anéas & Ayres, 2004); (Barreto, 2014); (Ballarin et al., 2009); (Pires, 2005).

A integração conceitual entre a teoria da dádiva e o conceito de cuidado é proposto como aporte teórico para o entendimento das ações de cuidado (Martins, 2005; 2014).



Desta forma, a produção do cuidado é entendida como mediação de relações a partir da dádiva, como proposto por Mauss conforme Martins (2014), centrando-se na rede de relações sociais, reposiciona as relações humanas não apenas como subjugação possível, mas de trocas, portanto realizáveis a partir do dar, receber e retribuir.

Na área da pesquisa sociológica, os trabalhos se preocupam principalmente em estudar como as fronteiras sociais delimitam e valorizam o cuidado, uma vez que este historicamente vem sendo atribuído a papéis femininos ou em função dos demais grupos subalternizados em nossa sociedade. Dumont (2012) ressalta que isto repercute no setor saúde, onde historicamente se processou a separação entre cura e cuidado, a primeira vai ser reservada aos médicos e o segundo a enfermagem. Problematiza os referenciais teóricos do cuidado da enfermagem que historicamente se afasta do cuidado próximo à pessoa e vai se aproximar de procedimentos mais próximos da intervenção curativa ou administrativa, relegando ao nível técnico os cuidados com o indivíduo.

Alguns trabalhos buscam refletir sobre os princípios epistemológicos constitutivos do cuidado pautado na racionalidade biomédica versus a noção de cuidado integral. Eles distinguem os significados dos termos cuidar e tratar (Silva, Sancho & Figueiredo, 2016; Borges & Silva, 2010). O termo tratar está ligado à ideia de cura, já o cuidado “extrapola a racionalidade técnica” e “permite a afluência de diferentes interesses e projetos, intersubjetivamente tratados entre os sujeitos.” (Silva, Sancho & Figueiredo, 2016, P. 848).

Na demarcação do que seja cuidado se discute a responsabilização dos atores – profissionais e usuários – na construção do processo de cuidado. Alguns autores falam em corresponsabilização pela vida do outro (Engstrom & Teixeira, 2016; Moebus, 2008), desta forma, admite-se ações e processos de trabalho antes não pensados como pertencentes ao campo da saúde. A partir da relação de vínculo e alteridade são propostos protocolos e fluxos que incluem atendimento clínico e terapêutico, busca ativa para prevenção de doenças, apoios institucionais para assistência social, processos jurídicos, geração de renda, “até cuidados corporais como banhos e cortes de cabelo” (Fortes et al., 2014, pág. 13).

Sendo cuidado relacionado ao conceito amplo de saúde, portanto, à qualidade de vida, os profissionais são colocados, de forma continuada, em contextos e situações cujas demandas não eram sequer notadas pelos mesmos, vendo-se face a face com pessoas



em vulnerabilidade social e com demandas complexas, cujo processo de cuidado é obrigatoriamente interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial. Estas situações, ao contrário de facilitar responsabilização, podem contribuir para um comportamento de distanciamento, uma vez que os processos de trabalho nos serviços e na rede de atenção não possibilitam o acolhimento das mesmas, ficando, na maioria das vezes, como “problema” do profissional que a acolhe ou pelo menos escuta. Estudos analisam como estas demandas que impactam o processo de trabalho voltado para a integralidade pode ser produtor de sofrimento nos trabalhadores, o que influencia a decisão e a construção do cuidado (Rios, 2009); (Curvo & Silva, 2011); (Ballarin et al., 2009); (Barros & Heckert, 2010).

Curvo e Silva (2011) refletem que este sofrimento, que denominam de “ético- político”, pode ser uma força propulsora para reflexão e busca de respostas potencialmente transformadoras, na medida em que se permite uma atitude reflexiva e um partilhamento do mesmo nas relações sociais e de trabalho.

Encontramos um grupo de trabalhos que problematizam o cuidado como um pressuposto do trabalho da enfermagem. Esta se estruturou tendo o cuidado do enfermo como núcleo. Boa parte destes estudos reflete sobre a base epistemológica da mesma em busca de redefinir o cuidado e como produzi-lo (Oliveira et al., 2011); (Sena et al., 2008); (Souza et al., 2005); (Oliveira, 2012); (Amorim et al., 2014); (Salviano, et al., 2016); (Barbosa, et al., 2016); (Jesus et al., Andrade et al., 2008); (Andrade et al., 2016); (Ferreira, 2009).

A (re) invenção do cuidado: avaliando processos de trabalho ou práticas de saúde que visam a integralidade

Os saberes e fazeres cotidianos do cuidado em saúde são amplamente tematizados no sentido de proposições e avaliação de novas práticas que buscam efetivar o conceito ampliado de saúde e o cuidado integral. As proposições centradas na reorganização dos processos de trabalho e das práticas e tecnologias das equipes de saúde buscam a construção de metodologias e práticas que possibilitem apreender os aspectos históricos e sociais das necessidades apresentadas, a autonomia e o empoderamento das pessoas, a valorização das vivências subjetivas e os saberes culturais dos sujeitos que demandam por atenção em saúde.

Ainda neste nível de preposições está a estruturação do cuidado em rede, seja por serviços articulados ou agregação de diferentes profissionais e setores para construir



planos de cuidado. A concepção de cuidados compartilhados em rede de trabalho interprofissional, a interdisciplinaridade e a intersectorialidade são referidos como essenciais para o desenvolvimento do cuidado integral. Um aprendizado para os setores de ensino que não podem seguir encapsulados em departamentos e hospitais universitários.

Sistematizamos dois eixos neste campo temático: avaliação ou proposição de práticas para os processos de trabalho; estudos que avaliam a percepção de usuários e profissionais sobre o processo de trabalho correlacionando com a integralidade.

Um tema comum é a reorganização tecnológica do processo de trabalho de forma a superar a clínica tradicional biologicista, centrada na lógica do sofrimento manifesto - a queixa-conduta. Busca-se pautar as ações nas necessidades dos indivíduos e da coletividade, de modo a romper com a imposição vertical de diagnósticos e prescrições. A Clínica Ampliada e o Projeto Terapêutico Singular-PTS, o itinerário terapêutico, as linhas de cuidado, a perspectiva da Redução de Danos, são tecnologias e instrumentos propostos para reorganizar tecnologicamente os processos de trabalho (Bonfada et al., 2012), (Engstrom & Teixeira, 2016). Constituem recursos que buscam ampliar o olhar do profissional e propiciar o reconhecimento de relações intersubjetivas entre os sujeitos envolvidos na produção do cuidado, bem como o universo cultural e o contexto social de quem é cuidado. Objetivam conhecer a história de vida da pessoa, suas experiências de cuidado, as concepções sobre saúde e doença e suas estratégias de viver a vida. São propostos como formas de atuar em necessidades complexas demandadas por usuários. Têm como referências conceituais e operacionais as noções de autonomia, território, rede social, estratégia coletiva, acesso, responsabilização, vínculo, promoção de saúde, educação em saúde e empoderamento profissional de referência e matriciamento (Dutra & Oliveira, 2015); (Silva, Sancho & Figueiredo, 2016); (Mângia & Muramoto, 2008).

A importância da abordagem de rede social e o apoio social são referidos por Barbieri et al. (2016) e Lacerda (2002), demonstrando como usuários e famílias constroem e articulam várias redes para que o cuidado possa ser viabilizado, mas os serviços estudados apresentam fragilidades em conhecer, admitir e se incorporar a estas redes.

Bertolozzi et al. (2009) e Ayres (2004) propõem o uso sistemático da epidemiologia e da vigilância à saúde para apoiar a estruturação do processo de trabalho e, ao mesmo tempo, sua adequação à integralidade. A noção de vulnerabilidade é proposta como



possibilidade de ampliar a noção de risco e produzir novas compreensões dos processos pessoais de saúde e doença, portanto, de como cuidar. Esta abordagem possibilita compreender e incorporar nas ações de saúde necessidades específicas de uma pessoa ou um grupo e adequar projetos terapêuticos.

Fortes et al. (2014) e Chiaverini et al. (2011) sugerem a “Abordagem à Família” como novos conhecimentos e competências necessárias ao cuidado complexo da saúde mental e nos territórios das UBS. Ela pressupõe ferramentas e referencial teórico para entender a organização sistêmica da família, o ciclo de vida familiar, as relações familiares, a utilização de instrumentos como o Genograma, círculo familiar etc.

A educação em saúde (Matos, 2011); (Penna, 2009); (Darós et al., 2010); (Costa & Lopes, 2012); (Alves et al., 2005) é proposta como ferramenta renovadora das práticas em saúde quando baseada na produção de relações horizontais e dialógicas, onde o saber/poder do profissional é mais um entre tantos da pessoa ou do grupo, possibilitando o acesso ao conhecimento biomédico, mas também reposicioná-lo frente às necessidades dos usuários e do coletivo, sendo importante também outras abordagens como cidadania, valores, saberes locais e, especialmente, “vivenciar o corpo como lócus de saberes e possibilidades de viver e se inventar” (Carvalho E Nogueira, 2016, p. 1832).

Santos, Nery e Matumoto (2013); Silva e Paz (2010); Strefling et al. (2013); Santos, Saunders e Baião (2012); Pezzato (2009); Soares e Coelho (2008); Pires e Botazzo (2015) verificam que, apesar das técnicas de grupo e ações educativas possibilitarem avanços em relação ao cuidado, não são práticas hegemônicas nas equipes de saúde, não costumam ser sistemáticas e, ainda, em sua maioria, se centram no núcleo biológico, capturadas pelas noções preventivistas e prescritivas da biomedicina. Muitas vezes, se limitam à tradição de que educação em saúde é transmitir informações necessárias ao cuidado e adesão ao tratamento, portanto, limitadas à prevenção da doença e desalojada das possibilidades de promoção de saúde.

Fortes et al. (2014) verificaram, ao contrário dos estudos anteriores, propostas de práticas diferenciadas ao cuidado do sofrimento psíquico na atenção básica. É o exemplo da delegação de tarefas ao usuário e o uso de mão de obra leiga (task shifting), o suporte ao autocuidado e formas de apoio mediadas por plataformas informatizadas. Elenca, ainda, metodologias inovadoras baseadas em outros referenciais teóricos como a Terapia Comunitária-TC e a prática de meditação - mindfulness. Neste mesmo



sentido, Félix-Silva et al. (2014) propõem a Tenda do Conto como outra tecnologia pensada a partir da necessidade de transformar o cuidado.

Outros autores sugerem o uso de protocolos baseados em tecnologias leve-duras como a puericultura e o Programa de Atenção Integral a Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)¹, como exemplos de tecnologias que podem levar à integralidade. Ressaltamos que os protocolos podem ser guias importantes para orientar e sistematizar o atendimento clínico e integrar ações curativas com medidas preventivas e de promoção da saúde, mas não substituem o diálogo e a contextualização entre a demanda e os aspectos sociais, culturais e econômicos da pessoa e da família.

O trabalho interprofissional e a interdisciplinaridade são referidos como essenciais para o desenvolvimento do cuidado integral, mas a maioria dos estudos apontam obstáculos estruturais dos serviços e formas de gestão, desafios éticos, políticos, culturais, epistemológicos e subjetivos ao desenvolvimento desse tipo de trabalho. Não encontramos estudos preocupados em definir o cuidado multiprofissional ou a interdisciplinaridade do cuidado de forma aprofundada. O sentido comum dos seus usos é se contrapor a uma abordagem fragmentária, desarticulada e individualista. Em sua maioria, avaliam ou refletem sobre o trabalho em equipe proposto pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF e pela ferramenta de matriciamento (Medeiros et al. 2011); (Santana et al. 2013); (Cela & Oliveira, 2015); (Cunha et al., 2015); (Resende, 2015); (Pegoraro, Cassimiro & Leão et al., 2014).

De uma forma geral, são apontadas como dificuldades para o trabalho interprofissional e a interdisciplinaridade: a especialização dos saberes; a falta de comunicação entre profissionais e entre equipes, pois estas muitas vezes se restringem a encaminhamentos burocráticos; os serviços se organizam de forma hierárquica, sendo comum uma transferência de responsabilidades ao encaminhar um caso de um serviço para o outro; a grande demanda das equipes básicas e a centralidade dos fluxos de cuidado no profissional médico; os objetivos diferentes entre os serviços e setores, embora lidem muitas vezes com o mesmo usuário e no mesmo território; os protocolos e fluxos internos de cada serviço que, construídos para si, a partir do olhar técnico dos profissionais do serviço; e a inexistência em espaço de cogestão entre profissionais e entre serviços, onde se possam produzir diálogos e aprendizagens entre as diversas formas de cuidar.



Estudos que avaliam se o cuidado integral está sendo garantido na estruturação dos serviços segundo percepções de usuários ou profissionais

Verifica-se o inegável progresso no acesso dos usuários aos serviços de procedimentos preventivos, à implantação de estratégias de humanização do cuidado em saúde como o acolhimento, no vínculo entre os profissionais e os usuários pela adesão territorial, práticas de promoção de saúde e abordagem multiprofissional. Entretanto, ainda é hegemônica a persistência da centralidade do cuidado no êxito técnico, voltado para tecnologias duras, pautado na prescrição médica ou na prescrição de procedimentos, o que representa uma dificuldade na implantação da integralidade.

Neste contexto, aspectos considerados como “humanização” - que também podem ser interpretados apenas como “boas maneiras”, como é o exemplo de uma recepção acolhedora - faz com que os serviços sejam bem avaliados (Galvão et al., 2016); (Kimura et al., 2016); (Alves et al., 2016); (Paim, 2014); (Baduy et al., 2013), (Aquilante, 2015); (Nascimento et al., 2009), (Araújo et al., 2015).

A pouca acreditação da APS como local de resolução de demandas é um fator encontrado como problema a ser superado na construção do cuidado integral (Macedo & Martins, 2014); (Viegas & Penna, 2015); (Venâncio, Rosa, & Bersusa, 2016); (Lima et al., 2012); (Santos et al., 2016); (Souza et al., 2015); (Lima, 2016); (Carvalho et al., 2015); (Almeida et al., 2016). São muitos os problemas apontados: não conseguir efetivar os encaminhamentos necessários a contento, pela dificuldade de regulação; não efetivar o cuidado compartilhado com os outros níveis de atenção, pois não existe a contra-referência ou outra comunicação entre os serviços; a ausência do profissional médico e a falta de estrutura de exames; o excesso de demanda; a pressão para cumprir metas definidas, muitas vezes alhures à equipe local, pelos indicadores de saúde e números de atendimentos.

Lima et al. (2015) chamam a atenção à ênfase dada à atuação do profissional médico em equipes de atenção básica, tanto pela equipe quanto pela população. Considerando o peso da herança que as práticas medicalizantes em saúde produziram ao longo da história, tanto na maneira de pensar e agir dos profissionais, quanto na forma de perceber a doença por parte da população em geral. Não obstante, Quagliato et al. (2015) comparam equipes tradicionais e equipes ampliadas com especialistas no cumprimento das diretrizes e atributos da ESF e conclui que nas equipes com médico generalista a integralidade é mais garantida.



A discrepância entre o saber/fazer biomédico constitutivo da formação dos profissionais e o horizonte normativo do cuidado integral é denotado em estudos de representação social que verificam discordância entre os discursos conceituais sobre o cuidado integral e as práticas profissionais observadas (Rodrigues, 2007; Tavares, Mendonça & Rocha, 2009). As justificativas elencadas para isto estão pautadas primeiramente nas condições estruturais dos serviços e na falta de apoio da gestão, depois na população que só se interessa pelo medicamento, por exames e pela consulta médica. Os saberes e técnicas não são refletidos dentro deste processo.

Rocha et al. (2008) realizaram estudo avaliativo de experiências de implementação da Estratégia Saúde da Família-ESF com 21 municípios com mais de 100 mil habitantes em três estados do Nordeste do Brasil. Verificaram uma grande heterogeneidade de práticas no cuidado, ora com avanços de integralidade na atenção, com experiências inovadoras singulares em alguns municípios, ora com a permanência de padrões tradicionais (biomédico, clínico).

Avaliando a construção do cuidado integral em rede de assistência a saúde e outros campos

Uma das dimensões da integralidade inclui a atenção em rede: um conjunto de serviços ofertados, de modo articulado entre si, formando uma rede assistencial para garantia de ações preventivas, assistenciais e reabilitadoras em diferentes complexidades tecnológicas. Estes estudos constataam tantos ou mais desafios que o processo de trabalho na ABS.

A participação ativa do usuário, essencial na contratualidade dos processos de cuidado integral, é pouco tematizada. Lima et al. (2015) destacam que as práticas que envolvem o mesmo na produção de seu cuidado ainda são incipientes e assistemáticas.

A rede de assistência pensada como “rizoma” ou ainda “redes vivas” (Ferreira et al., 2017); (Bastos et al., 2014); (Quinderé, Jorge & Franco, 2014); (Assad et al., 2016), é proposta em substituição à ideia burocrática e hierárquica de rede de atenção composta por níveis de complexidade. A hierarquia burocratizada é substituída pela aposta na criatividade dos processos de cuidado sem se deter a fluxos e protocolos rígidos, mas flexíveis ao diálogo e à compreensão de necessidades do usuário e seu contexto. A estruturação de rede de serviços e seus processos de trabalho que fragmentam partes distintas do sofrimento humano, como o uso abusivo de álcool e drogas, a violência, a



vulnerabilidade social, dentre outras, é apontado como importante desafio à integralidade.

Outro aspecto salientado é a necessidade de transformação dos mecanismos de gestão, de um processo hierárquico para a transversalidade e dialogicidade, enriquecendo “em ato os saberes técnicos com as tecnologias leves e os saberes produzidos em movimentos ativos da gestão para a produção do cuidado em ato” (Baduy et al., 2013, Pág. 13).

Os estudos que avaliam a partir do nível hospitalar o cuidado em rede, encontram práticas centradas no biologicismo e fragmentadas nas várias especialidades, fluxos e protocolos voltados para os interesses internos e ausência de preocupação com a contra-referência para os outros níveis de atenção que estruturariam o cuidado continuado (Bonfada et al., 2012); (Kimura et al., 2016); (Godoi & Klossowski, 2016); (Veras et al., 2014) (Buboltz et al., 2015).

Estudos que sugerem abordagens pautadas em conceitos dispositivos ou outras racionalidades para possibilitar a construção do cuidado integral

Alguns estudos buscam agregar ao referencial biomédico outras racionalidades para conseguir atingir as mudanças no fazer saúde. Tesser e Luz (2008, p. 15) refletem que a integralidade constitui um grave problema para a biomedicina, “cujo saber esquartejou o doente e centrou sua ação nas “doenças biomédicas”, diferentemente, outras racionalidades, como a homeopatia e a medicina tradicional chinesa, comportam um saber/prática facilitador da integralidade, entretanto o seu uso vem se dando de forma recortada, afastando-se de seus círculos esotéricos originais.

Barbosa e Berger (2017) propõem a perspectiva de gênero para abordar o abuso de drogas e os transtornos alimentares em mulheres.

Os recursos da consulta homeopática são propostos como um instrumento para aprimorar a capacidade de escuta e diálogo, desta forma, um dispositivo que possibilite apreender as demandas e necessidades dos sujeitos (Slomp JR. et al., 2015); (Lacerda, 2002), propõem a história de vida da racionalidade homeopática como possibilidade de contribuir para a produção de projetos terapêuticos. Realizaram uma pesquisa-intervenção e observaram que estruturar espaços de diálogo entre os profissionais prescinde de noções ou perspectivas advindas dessa racionalidade.



Solar & Silva (2005), da mesma forma, propõem a racionalidade da medicina Mapuche como forma de possibilitar mudanças nas práticas de saúde. Na cultura Mapuche, a realidade é indivisível. Desta forma, é impossível isolar a fisiologia do entorno social e da regulação da conduta humana dada pela ética. Esta racionalidade resulta em propostas terapêuticas que incluem o sujeito, sua rede de relações e o ambiente, situada, portanto, em outro polo de ação pautada na biomedicina.

Ibacache e Burgos (2007) evidenciam a necessidade de incorporação às pactuações de cuidado ao senso comum e à cultura local. Abordar a realidade a partir de uma perspectiva sociocultural possibilita a compreensão dos processos de saúde – enfermidade, como também, proposição de ações de produção de saúde adequadas e eficazes. Lima et al. (2016) compartilham da mesma compreensão mas constataram, ao analisar a atuação de profissionais da ESF com a população cujas raízes têm origem nas culturas africana e indígena, que os profissionais do estudo desconhecem o contexto histórico religioso dos grupos étnicos assistidos e desvalorizam suas práticas de autocuidado em territórios com predominância de culturas afro-indígenas. Independente disso, essas práticas coexistem com o modelo biomédico, ainda hegemônico. Da mesma forma, Mello & Oliveira (2013) propõem valorizar a interface com a religiosidade, demonstrando que a prática religiosa dá sentido e complementa o cuidado.

Conclusão

Uma questão que nos incomoda é que, de uma forma geral, as análises sobre a produção do cuidado no Brasil utilizam como objeto de estudo a produção do cuidado para a população que se utiliza do SUS, especialmente na Atenção básica-ABS. Parece que o cuidado segue sendo como uma problemática da assistência pública, não envolvendo a assistência privada, nem a hospitalar. Os referenciais teóricos em que se pautam a maioria dos autores se baseiam nas diretrizes da política de saúde (e seus objetivos). Poucos dão importância à construção social da produção dos discursos que orientam as práticas e como se dá o acolhimento das demandas trazidas pelas pessoas, sendo este acolhimento muitas vezes seletivo, nem sempre universalista, muito menos equitativo.

Neste processo, a noção de cuidado integral passou a ser utilizada, podemos dizer, como uma bandeira de luta, demarcando a necessidade de construção de uma assistência integral como direito de seguridade e transformações na forma de pensar e



fazer saúde, desta forma, os significados e sentidos de cuidado em saúde também assumem dimensões diversas.

Cuidado adquire sentidos polissêmicos em meio a diferentes compreensões e disputas que se desenvolvem em dois polos possíveis de serem sistematizados no setor saúde: um constituído pelo referencial da racionalidade e a instrumentalidade biomédica, onde prepondera os interesses capitalísticos e científicos (Deslandes, 2006), e o outro representado por horizontes normativos que buscam superar a mesma, ressaltando as características intersubjetivas da produção do cuidado, tendo como base diretiva a integralidade, da saúde como direito e o conceito amplo de saúde.

Verificamos, na literatura científica, proposições em diversos níveis de transformação: no nível da estruturação dos serviços e sistemas de saúde; nas técnicas e metodologias; e, finalmente, nas concepções teórico-filosóficas sobre o conceito de pessoa, da existência humana e dos cuidados de si e a ação cuidadora como ato político.

Aponta-se, desta forma, o desafio em que constitui a formação de profissionais para o setor saúde, que necessita de transformações que devem seguir “par e passo” ao conjunto de mudanças que conseguimos reunir neste texto. Ressalta-se os processos de construção dos saberes, as metodologias ativas que estimulem o vínculo, a responsabilização, a criatividade na busca de respostas às necessidades complexas dos usuários, bem como as tecnologias que possibilitem não só as relações intersubjetivas necessárias a isto, como também que consigam ser efetivas para além da medicalização. Fica evidente a necessidade de ampliar a base teórica para disciplinas de outros campos do conhecimento, a educação, a sociologia, a antropologia, a ética e a filosofia foram os campos mais encontrados nesta revisão. Soma-se, ainda, a mudança das estruturas e dos locais de ensino, que possibilitem a vinculação e implicação do estudante com a construção do SUS e com a saúde de seus usuários.

Verificamos que o processo de transformação das práticas de cuidado é muito rico, embora com muitos desafios, em sua maioria os discursos ainda avançam mais que a prática. Mas, avanços em direção à integralidade são incontestáveis. Incorporamos, de outros campos do conhecimento, novas linguagens e diretrizes práticas como: território, redes sociais, vínculo, acolhimento, intersetorialidade. Estamos deslocando poderes e saberes no cotidiano dos serviços de saúde, esperamos que este trabalho contribua para a sistematização deste processo, agrupando desejos e lutas.



Referências bibliográficas

Almeida, Patty F. et al., Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 320-335, jun., 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902016000200320&lng=en&nrm=iso. Acesso em 06 de maio, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016153295>.

Alves, Luana de O.; Guedes, Carolina C. P.; COSTA, Beatriz G. As ações do enfermeiro ao paciente renal crônico: reflexão da assistência no foco da integralidade. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental (Online)*;8(1):3907-3921, jan. -mar. 2016. Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3945/pdf_1809.

Acesso: 12/05/2017.

Alves, Vânia S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, fev. 2005. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100004&lng=en&nrm=iso)

[32832005000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100004)>. Acesso em: 03 de março de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100004>.

Amorim, Thais V. et al. Cuidado sistematizado em pré-operatório cardíaco: Teoria do Cuidado Transpessoal na perspectiva de enfermeiros e usuários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(4), 2014, 568-574. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670411>.

Acesso em 03/03/2017.

Andrade, Betina B. et al. Ontologia e epistemologia do cuidado de enfermagem.

Arquivos de Ciência da Saúde da Unipar. 2008;12(1):77-82. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/2232>. Acesso em: 12 de outubro, 2017.

Andrade, Selma R. et al. Fundamentos normativos para a prática do cuidado realizado pela enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem* 69(6): 10821090, nov.dez.2016.

Anéas, Tatiana de V.; Ayres, José R.C.M - Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde Educação*, v.15, n.38, p.651-62, jul. /set. 2011.

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000300003&script=sci_abstract&lng=pt)

[32832011000300003&script=sci_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000300003&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em 03 março de 2017.



Aquilante, Aline G.; Aciole, Geovanni. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - "Brasil Sorridente": um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*; 20(1): 239-248, 01/2015.

<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-733148>. Acesso em: 03 mares 2017.

Araújo, Rosanea L.; Sousa, Maria. F.; Mendonça, Ana. V. M. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. *Saúde em debate*; 39(105): 387-399, Abr-Jun/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200387&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 de março 2017.

Assad, Francine B.; Pedrão, Luiz. J.; Cirineu, Cleber. T. Estratégias de cuidado utilizadas por terapeutas ocupacionais em centros de atenção psicossocial. *Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar (Impr.)*; 24(4): [743-753], 2016. <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1407>. Acesso em 06 de maio, 2017.

Ayres, José R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, Dec. 2004 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 de julho, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>

Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 de julho, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>.

Baduy, Rossana S. et al . A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cadernos de. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 295-304, Fev. 2011.

<[Http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de maio, 2017.

Ballarin, Maria L.G.S.; Ferigato, Sabrina H.; Carvalho, Fábio. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. *O Mundo da Saúde São Paulo*, v.34, n.4, p.444-50, 2010. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/444a450.pdf. Acesso em: 03 de maio, 2017

Barata, Luiz R. B.; Tanaka, O. Y.; Mendes, José D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemio e*



Serviços de Saúde, Brasília, v. 13, n. 1, p. 15-24, mar. 2004. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 de maio, 2017.

Barbieri, Mayara C. et al. Rede de suporte da família da criança e adolescente com deficiência visual: potencialidades e fragilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3213-3223, out. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003213&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 de maio, 2017.

Barbosa Junior, Adriano et al. O princípio da integralidade como norteador da formação do enfermeiro Fonte. *Espaço para Saúde (Online)* ;17(1):102107, jul.2016. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/26179>. Acesso em: 03 de março, 2017.

Barbosa, regina h. S.; berger, Sônia M. D. Abuso de drogas e transtornos alimentares entre mulheres: sintomas de um mal-estar de gênero? *Cadernos de. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, e00120816, 2017. <[Http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000103001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000103001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de maio, 2017.

Barros, Maria. E.; Heckert, Ana. L. C. Sofrimento e adoecimento nos processos de trabalho e formação: entre paralisias e criações. In: *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde / Roseni Pinheiro e Tatiana Coelho Lopes, organizadoras.* – Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010.

Bastos, Izabela T. et al. Identidade do cuidado em Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil para usuários de álcool e drogas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*; 48(spe2): 116122, 12/2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103116>. Acesso em 03 de maio, 2017

Bonfada, Diego et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciência & Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 555-560, Feb. 2012. Disponível em: <[Http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200028&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de maio, 2017.

Borges, Celiane Camargo; Japur, Marisa. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 507-519, dez. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-132832005000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 de maio, 2017.



BORGES, Moema S.; Silva, Hellen C. P. - Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade por competência e identidade da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 2010 set-out; 63(5): 823-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/21.pdf>. Acesso em: 05 de março, 2017.

Buboltz, Fernanda L.; Neves, Eliane T.; Silveira, Andressa. Estratégias de famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico: a busca pela construção da integralidade. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, 2015 Out-Dez; 24(4): 1027-34. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-201500002040014.pdf. Acesso em: 05 de março, 2017.

Carvalho, Brígida G.; Domingos, Carolina M.; Leite, Fernanda de S. Integralidade do cuidado no Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino: visão das usuárias com alteração na citologia oncológica. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 707-717, set., 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300707&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 07 de maio, 2017.

Carvalho, Fabio F. B. De; Nogueira, Júlia A. D. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1829-1838, Junho, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601829&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 07 de maio, 2017.

Cela, Mariana; Oliveira, Isabel.F. de; O psicólogo no núcleo de apoio à saúde da família: articulação de saberes e ações. *Estudos de Psicologia (Natal)*: 20(1): 31-39, jan. -Mar, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26142192005> Acesso em: 05 de março, 2017

Costa, Maria C.; Lopes, Marta J. M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1088-1095, out. 2012. ISSN 1980-220X. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/48129>. Acesso em: 05 de outubro, 2017.

Costa, Marta C.; Lopes, Marta J. M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1088-1095, out. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500008&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 07 de maio, 2017.

Curvo, Daniel R.; Silva, Marísia O. O Sofrimento Ético-Político e a Reforma Sanitária



Brasileira: Algumas Considerações Sobre os Trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Volume 15, Número 3, Páginas 295-308, 2011. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/10733/6817>. Acesso em: 03 de março, 2017.

Darós, Daiane Z. et al. Socialização de conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado. Revista Eletrônica de Enfermagem. 12(2): 308314, abr.jun. 2010. <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a12.htm>.

Acesso em: 05 de março, 2017.

Deslandes, Suely F. Humanização: Revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas

Editora Fiocruz, 2006.

Dubeux, Luciana S. A regionalização da assistência às urgências e emergências em hospitais de referência regional de Pernambuco: uma avaliação sobre a Vertente do Acesso aos Serviços de Saúde. 204 pp. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães: Recife; 2012. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14616> Acesso em?

Dumont, Erica. - A "caixa preta" do cuidado. Relações de gênero e histórias de vida de trabalhadoras técnicas de enfermagem. 2012. 144p. Dissertação (Mestrado em?).

Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

Dutra, Virginia F. D.; Oliveira, Rosane M. P. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. Aquichan; 15(4): 529-540, out. -dez. 2015. Disponível em: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3756> Acesso em: 7 de maio, 2017.

Engstrom, Elyne M.; Teixeira, Mirna B. Equipe "Consultório na Rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1839- 1848, Junho, 2016. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601839&lng=en&nrm=iso)

[81232016000601839&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601839&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de maio, 2017.

FÉLIX-SILVA, Antônio. V. et al. (Orgs.) A tenda do conto como prática integrativa de cuidado na atenção básica. Natal: Edunp, 2014.

Ferreira, Thayane. P. S. et al. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. Interface (Botucatu) [Internet]. 2017 Jun [citado 2017 Out



- 23]; 2161): 373-384. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200373&lng=pt. Epub 24-Out-2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>. Acesso em: 05 de maio, 2017
- Ferreira, Vanessa A. - Sentidos e práticas do cuidar: o enfermeiro em Centros Municipais de Saúde do município do Rio de Janeiro. 92 pp. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: UERJ.2009. <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-758234?lang=pt>
- FORTES, Sandra et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. *Revista Physis (Rio J.)*; 24(4): 1079-1102, Out-Dez/2014. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400834036006>. Acesso em: 07 de março, 2017.
- Galvão, Teresa et al. Assistência à pessoa com Parkinson no âmbito da estratégia de saúde da família. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental (Online)*; 8(4): 5101-5107, out. -dez. 2016. <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4448>. Acesso em 09 de março, 2017.
- Gutierrez, Denise M. D. & Minayo, Maria C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1497-1508, Junho, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700062&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 de Outubro, 2017.
- Ibacache B, J. - Navegando el sentido común: salud colectiva en comuna de Quinchao, año 2007. *Cuadernos médico-sociales. (Santiago de Chile)* ; 48(2):6676, jun. 2008. <https://biblat.unam.mx/fr/revista/cuadernos-medico-sociales-santiago/articulo/navegando-el-sentido-comun-salud-colectiva-en-comuna-de-quinchao-ano-2007>. Acesso em: 07 de Outubro, 2017.
- Kimura, Cristilene A. et all. Quality of life in stomized oncological patients: an approach of integrality from Brazilian Unified Health System. *Journal of Coloproctoly (Rio de Janeiro)*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 34-39, mar. 2016. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632016000100034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de outubro, 2017.
- Lacerda, A. - Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo mente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca Rio de



Janeiro; s.n; 2002. 94 p. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5089>

Lima, Eliane et all. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*; 23(3): 553-559, maio-Junho 2015. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0496-2587.pdf

Lima, Maria do R. de A. et al. Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 69, n. 5, p. 840-846. Oct. 2016. Disponível em: 07 de maio de 2017 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500840&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de Maio, 2018.

Lima, Natália C. de. Ensaio sobre cegueiras: o itinerário terapêutico de pacientes assistidos no Instituto Benjamin Constant. 2015. 139 pp. Dissertação (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14050>

Macedo, Lílian. M. & Martin, Sueli T. F. - Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*; 18(51): 647-660, Oct-Dec/2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180132417002>. Acesso em 08 de outubro, 2017

Mângia, Elizabete F. & Muramoto, Melissa T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. *Revista de Terapia Ocupacional. Univ. São Paulo*, v. 19, n. 3, p. 176-182, set./dez. 2008. <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14045>

Martins, Paulo H.. A sociologia de Marcel Mauss: Dádiva, simbolismo e associação. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 73, dezembro 2005: 45-66. Disponível em <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/rccs/artigos/73/RCCS73-045-066-Paulo%20H.Martins.pdf>. Acesso em: 03 de outubro, 2017.

Martins, Danielle M. B. - integrativas na perspectiva da dádiva. Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2014.

Medeiros, Cristina et al. O processo de (des)construção da multiprofissionalidade na atenção básica: limites e desafios a efetivação do trabalho em equipe na estratégia saúde da família em João Pessoa, Pb.. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*; 15(3)dez. 2011. <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10833>. Acesso em: 07 de outubro, 2017.

Mello, Márcio L. & Oliveira, Simone S. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das



- práticas afro-brasileiras. *Saúde & Sociedade.*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1024-1035, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de maio, 2017.
- Mendonça, Paulo. E. X. - Sem soberania: gestão solidária e força fraca para cuidar de vidas fracas. 209 p. Tese (Doutorado em clínica médica): Rio de Janeiro. Programa de Pós-graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.
- Merhy, Emerson E. O cuidado é um acontecimento, não um ato. In: Franco Tb & Merhy E.E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.
- Moebus, Ricardo L. N. - O Tratamento Involuntário em Ato de Delicadeza. 109 pp. Dissertação (mestrado em clínica médica). Programa de Pós-graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.
- Nascimento, Antonio C. Et al. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 455-462, Junho, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de maio, 2017.
- Oliveira, Denize C. de. Et al. Construção de um paradigma de cuidado de enfermagem pautado nas necessidades humanas e de saúde. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 838-844, Dez, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de maio, 2017.
- Oliveira, Maria Amélia de Campos. (Re)significando os projetos cuidativos da Enfermagem à luz das necessidades em saúde da população. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 3, p. 401-405, Junho, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de maio, 2017.
- Paim, Jaimilsson S. Modelos de Atenção à saúde no Brasil. In Giovanella, Lígia et al (Organizadores). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2 eds., rev., amp; 2014. p.459-491, tab, graf.
- Pegoraro, Renata F.; Cassimiro, Tiago J. L.; Leao, Nara C. Matriciamento Em Saúde Mental Segundo Profissionais da Estratégia da Saúde da Família. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 19, n. 4, p. 621-631, Dec. 2014. Disponível em:



<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000400621&lng=en&nrm=iso)

73722014000400621&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de maio, 2017.

Pinheiro, R.; Mattos, R.A. Cuidado e integralidade: vida, conhecimento, saúde e educação. In: (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 7-9.

Pinho, Leandro B. et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [online]. 2007; 9(3):835-46 Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a22.htm>. Acesso em: 03 out. 2017

Pires, Fabiana S. & Botazzo, Carlos. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 273-284, mar. 2015. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100273&lng=en&nrm=iso)

12902015000100273&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de maio, 2017.

Pires, Maria R. G. M. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n.4, p. 1025-1035, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a25v10n4.pdf>>. Acesso em: 03 de abril, 2017.

Quagliato, Fábio. F.; Netto, Antônio. R.; Forster, Aldaíza. C. Questionário de diagnóstico compartilhado da atenção básica: equipes de saúde da família típicas x ampliadas. *Saúde & Sociedade*; 24(1): 141-151, Jan-Mar/2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0141.pdf>. Acesso em: 03 maios, 2017

Quindere, Paulo H. D.; Jorge, Maria S. B. Franco, Túlio B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Revista Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, mar. 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100253&lng=en&nrm=iso)

73312014000100253&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 maios, 2017.

Rios, Izabel C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 253-261, Junho, 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200013&lng=en&nrm=iso)

55022009000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de maio, 2017.

Rodrigues, M. P. - A representação social do cuidado no Programa Saúde da Família na cidade do Natal. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2007. URI:<http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/123456789/13116>



- Salviano, Márcia E. M. et al. Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1240-1245, Dec. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601240&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de maio, 2017.
- Santos, Carla T. B. dos et al. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. *Revista Physis*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 45-62, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000100045&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de maio, 2017.
- Santos, Flavia P. Dos A.; Nery, Adriana A.; Matumoto, Silvia. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 107-114, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de maio, 2017.
- Santos, Marta M. A. de S.; Saunders, Claudia; Baiao, Mirian R. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 775-786, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de maio, 2017.
- Sena, Roseni R. de. Et al. O cuidado no trabalho em saúde: implicações para a formação de enfermeiros. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 23-34, Mar 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 maio, 2017.
- Silva, Maria C. D. & Paz, Elisabete P. A. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 223-229, Junho, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de maio, 2017.
- Silva, Neide E. K. E; Sancho, Leyla G. & Figueiredo, Wagner dos S. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 843- 852, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300843&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de maio, 2017.



- Soares, Micheli D. & Coelho, Thereza C. B. O cotidiano do cuidado infantil em comunidades rurais do Estado da Bahia: uma abordagem qualitativa. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 8, n. 4, p. 463-472, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de maio, 2017.
- Solar Silva, M. A. - Medicina moderna hipocrática y medicina tradicional mapuche. *Cuadernos médico-sociales (Santiago de Chile)* ; 45(2): 144-149, jun. 2005.
- Souza, Hieda L. de et al. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. *Revista Bioética*, Brasília, v. 23, n. 2, p. 349-359, Ag. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000200349&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de maio, 2017.
- Souza, Maria de L. de et al. O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 266-270, Junho, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de maio, 2017.
- Strefling, Ivanete da S. S. et al. Cuidado integral e aconselhamento reprodutivo à mulher que abortou: percepções da enfermagem. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 698-704, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400698&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 de outubro, 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130014>.
- Tavares, Maria De F. L.; Mendonca, Maria H. M. De; Rocha, Rosa M. da. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1054-1062, maio 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de maio, 2017.
- Tesser, Charles D.; Luz, Madel T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, fev. 2008. Disponível em: <[Http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 de maio, 2017.
- Rocha, Paulo de M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s69-s78, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-



311X2008001300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de maio, 2017.

Venancio, Sonia I.; Rosa, Tereza E. Da C.; Bersusa, Ana A. S. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. *Revista Physis*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 113-135, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000100113&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de maio, 2017.

Veras, Renato P. et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 357-365, abr. 2014. Disponível em: <Http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000200357&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 de outubro, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004941>.

VIEGAS, Selma M. Da F. & PENNA, Cláudia M. de M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *Revista Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1089-1100, Dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401089&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de maio, 2017.



Precarização do trabalho do serviço social no Hospital Federal de Ipanema: dilemas e desafios na atual conjuntura de crise

Daiana dos Santos Clementino

Resumo

O presente trabalho versará sobre a precarização do trabalho do Serviço Social no âmbito da saúde, em especial no Hospital Federal de Ipanema. O objetivo geral é analisar as novas formas de precarização do trabalho na esfera da saúde. Os caminhos metodológicos adotados foram: levantamento bibliográfico; anotações de diários de campo e observações e transcrições feitas nas aulas de Supervisão de Estágio. Os resultados aqui apresentados fazem parte do trabalho de conclusão do curso que está em andamento, à possibilidade de debatê-los de forma mais ampla tem o intuito de somar esforços para uma melhor síntese, proporcionando uma formação acadêmica de qualidade.

Palavras-chave

Precarização do trabalho: serviço social; saúde.

Abstract

The importance of this work has contributed to the debate on the precariousness of the work of Social Work in the field of health, especially in the Federal Hospital of Ipanema. The general objective is to analyze the new forms of precariousness of the work of the Social Service in the field of health. The methodological paths adopted were: bibliographic survey; notes of field journals and observations on the intended subject; to the transcripts made in the Stage Supervision classes. The results presented here are part of the work of completing the course that is underway, the possibility of discussing them in a broader way is to combine efforts for a better synthesis, providing a quality academic training

Keywords

Precarization of work: social work; cheers

Introdução

O presente artigo versará a respeito das condições de trabalho dos Assistentes Sociais no âmbito da saúde, e como os impactos da precarização atingem os profissionais na atual conjuntura de crise, que afeta a Saúde como todo, em especial no hospital Federal de Ipanema – (HFI). O interesse pelo tema surgiu durante a minha inserção como



Estagiária de Serviço Social, no qual me suscitou a oportunidade de participação nas reuniões e eventos, encontros organizados pela equipe técnica da desospitalização- (HFI), e da equipe técnica do Ministério da Saúde.

A parti disso, pretendo falar da importância do olhar do Estagiários enquanto alunos – Serviço Social, no que diz respeito a uma leitura crítica da realidade, na qual foi crucial para entender os impactos provocados pela crise e seus desafios e limites, que envolvem os profissionais: Estagiários da saúde.

Dado ao início a trajetória de aprendizagem da profissão em si, e permeados de materialidade pulsante, no que se esperava nas expectativas de um olhar dos Estagiários ao perpassar ou vivenciar o cotidiano de um hospital, frente às condições materiais e ricas para entender as relações de trabalho, em que esses mesmo profissionais passam dentro das trincheiras marcadas por tensões e pressões institucionais. E de como essa trincheira se dava.

Para tanto, o trabalho dialoga com a leitura Marxista sobre os novos desafios impostos à profissão numa perspectiva ampla de atuação inserida no capitalismo tardio. O objetivo geral desse trabalho é analisar as principais formas de precarização, da política de saúde e o impacto no trabalho do Serviço Social no Hospital Federal de Ipanema. O HFI foi fundado em 30 de outubro de 1995 pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários, e sempre mostrou sua vocação para cirurgia geral, sendo implantadas novas cirurgias e estabelecidos esquemas terapêuticos hoje utilizados em todo Brasil. Em janeiro de 1967, após a unificação dos institutos de aposentadorias e pensões, passou a ser denominado Hospital Federal de Ipanema, órgãos diretamente subordinados à Assistência Médica do INPS. Em 1978 com a criação do SIMPAS que ficou subordinado à Superintendência Regional do Instituto Nacional de Previdência Social – (INAMPS-RJ).

Hoje com uma nova configuração, e baseado no Relatório de exercício de 2015 o Hospital Federal de Ipanema é subordinado ao Ministério da Saúde. Voltado para os níveis secundário e terciário de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), realizando procedimentos de média e alta complexidade em várias especialidades médico-cirúrgicos. O acesso aos serviços oferecidos no Hospital Federal de Ipanema se dá majoritariamente através das vagas ambulatoriais ofertadas à Central de Regulação local. Os pacientes são encaminhados via Sistema de Regulação (SISREG), após terem sido atendidos nas Unidades Básicas de Saúde. Cabe ressaltar que o



Estado do Rio de Janeiro vem implantando gradativamente a Central de Regulação Unificada do Rio de Janeiro (REUNI-RJ), que visa aperfeiçoar os mecanismos de acesso dos pacientes aos serviços da Unidade.

Um ponto positivo a ser destacado é a vocação do ensino existente na Unidade, não obstante, por motivos burocráticos, o Hospital ainda não se encontra formalmente credenciado para este fim. No segundo semestre de 2015, o Departamento de Gestão Hospitalar iniciou este processo junto aos Hospitais Federais. Cabe destacar que se observou no ano de 2015 um alto índice de absenteísmos nas consultas ofertadas pelas diferentes especialidades médicas ao Sistema de Regulação – SISREG.

Destarte, o trabalho tem como finalidade pensar nestes seguintes dados; 1) O desmonte do SUS e Suas Consequências: o aprofundamento das novas formas de Precarização do trabalho do Serviço Social; 2) Importância Do Trabalho do Serviço Social dentro desse Espaço Sócio Ocupacional do (HFI), sua relevância na formação de Novos Assistentes Sociais.

O contexto que marca a configuração dessas políticas sociais se inicia na década de 1990, com uma forte ofensiva neoliberal. As ideias de Friedman e Hayek ganham força na última quadra do século XX, em contraposição ao Estado de Bem-Estar Social, com modificações no âmbito do Estado. No Brasil, nos anos 90 houve uma série de medidas que cortaram o orçamento das áreas sociais, flexibilizaram direitos, desregulamentaram direitos trabalhistas, implementaram e intensificaram a terceirização, privatizações e a financeirização / focalização das políticas sociais. Além disso, há uma crescente tendência a desresponsabilizar o Estado de suas funções e redirecioná-las à própria sociedade civil, resultando no crescimento do “terceiro setor” no país.

Desse modo, pretendo fazer um recorte histórico desses processos de mudanças societárias, das novas tendências do capital e suas exigências, a relação do papel do Estado e suas novas requisições, somando-se às novas metamorfoses atuais do mundo do trabalho de 1990 a 2010 (Antunes, 1998). Noutras palavras:

A transformação no universo do trabalho no capitalismo contemporâneo produz múltipla processualidade nas condições de vida e trabalho da classe trabalhadora, desproletariza o trabalho industrial fabril e amplia expressivamente o assalariamento no setor de serviços. Generaliza-se a subproletarização do trabalho, nas formas de trabalho precário, parcial, temporário, subcontratado, terceirizado, doméstico e informal. Verifica-se na atualidade uma significativa heterogeneização do trabalho, expresso, sobretudo,



pela crescente incorporação do contingente feminino no mundo operário, mas também pela incorporação do trabalho infantil e pela presença significativa de força de mão de obra migrante, acompanhado de formas contemporâneas de degradação do trabalho, além da desespecialização ou desqualificação do operário industrial e da criação dos trabalhadores multifuncionais (Antunes apud Ceolin, 2014, p.251)

Além do mais, através dessa experiência no Estágio Supervisionado, surgiram inquietações e indagações acerca dos impactos da crise neoliberal frente ao desmantelamento do SUS e as demais políticas sociais. O tema pretendido busca contribuir para no debate da formação de novos Assistentes Sociais. Na tentativa de responder às seguintes questões: quais desafios estão postos à profissão tanto no âmbito da intervenção, quanto no da formação e da produção de conhecimentos face às novas expressões da “questão social”? Como essa conjuntura de crise impacta o Serviço Social no âmbito da saúde em suas várias dimensões (na produção do conhecimento, na formação profissional, na organização política da categoria, no exercício profissional)?

Para isso, faço uma análise crítica sobre a precarização do trabalho do Serviço Social, que busca entender as suas particularidades. Particularidades estas que resultaram em inúmeras discussões, que eram presentes em nossas reflexões e estudos de casos com a supervisora de campo, na tentativa de entender os conflitos e tensionamentos entre a própria equipe de Serviço Social, pois foram observados alguns momentos de pressões, tensões e adoecimentos provocados pelo processo de trabalho.

Além de lidar com essas questões, há outros fatores que foram observados durante este processo, que estavam relacionados aos mecanismos de encaminhamento que eram utilizados para direcionar os usuários para ser atendidos em outras instituições era necessário ser dispor dos dispositivos de redes de atendimento. Era através das Redes: Interna (atendimento em equipe), onde se ao dispunha ao trabalho — Médico, Assistentes Sociais, Enfermeiros, Fisioterapeuta, Nutricionista — Externa (Redes Sócios Assistenciais), para o atendimento dos usuários terem o acesso alguns dos direitos para os pacientes internados ou mesmo os familiares.

Os caminhos metodológicos adotados para construção desse trabalho foram: levantamento bibliográfico; anotações de diários de campo e as observações sobre o tema pretendido; além das transcrições feitas na aula de Orientação trabalho Profissional — (OTPs) nos quatro períodos de estágio, Os resultados aqui apresentados



fazem parte do trabalho de conclusão do curso que está em andamento, à possibilidade de debatê-los de forma mais ampla tem o intuito de somar esforços para uma melhor síntese, proporcionando uma formação acadêmica de qualidade.

O desmonte do sus e suas consequências: e o aprofundamento das novas formas de precarização do trabalho do serviço social.

A análise vai tratar de um breve recorte histórico do contexto que demarca as primeiras iniciativas mercantilistas da saúde ou de dismantelar a Saúde Pública. Esse período e se configura num dos tempos mais brutais da nossa história, marcado pela lógica privatista, ocorrida no início dos anos 60 atravessando os anos 80/90 até constituição do SUS. O modelo que fora proposto pelos militares foi de privilegiamento do setor privado, pelas lógicas mercantilistas, privatistas, devastadora, e sucateadora dos serviços públicos e das políticas sociais especialmente a política de saúde. A ditadura significou para totalidade da sociedade brasileira a confirmação de uma tendência ao desenvolvimento econômico social e político para país novo (Bravo, 2001, p. 6). Podemos afirmar que os 20 anos de ditadura configuraram num processo embrionário de privatizações, lógica que se instalava nos serviços públicos, especialmente no âmbito da saúde.

Ao tratar deste eixo de análise sobre a crise do capital estrutural, instaurada nos anos 70, teremos como apoio os estudos referenciados no artigo “A Face Contemporânea da Barbárie” do professor José Paulo Netto (2010) que trás profundas reflexões acerca da crise estrutural do capital as transformações societárias, e o papel das políticas sociais neste recorte político neoliberal. Portanto, os impactos na saúde e no trabalho do Serviço Social. Segundo Netto (2010) o caráter das políticas sociais na realidade da crise estrutural no tardo capitalismo, sendo uma crise política e econômica, vai refletir nas relações de trabalho e na vida da classe trabalhadora, no tratamento das “novas expressões da questão social”, no contexto neoliberal e nos novos modelos organização capitalista, com advento da globalização, que irá levar às profundas transformações societárias no mundo do trabalho. Na vida da classe trabalhadora, se intensificará nas piores formas de perdas de direitos. A substituição do homem pela máquina e o seu grande exército de reserva, irão também influenciar na posição do Estado e suas novas funções, implicando na saúde, previdência, e na assistência.

A conjunção “globalização” / “neoliberalismo” veio para demonstrar aos desavisados que o capital não tem nenhum “compromisso social” – o seu esforço para romper com



qualquer regulação política democrática, extra-mercado, da economia tem sido coroado de êxito. (Netto, 2010, p.9).

Na década de 70 e de 80 ocorreram várias mutações no mundo do trabalho, a sociedade capitalista constantemente passava por momentos de crise. Vale a pena ressaltar, que a crise inerente à sociedade capitalista se estrutura a partir dos anos 70. São mudanças que ocorreram nas relações de trabalho que reproduz uma equivocada tese sobre o fim da sociedade do trabalho e uma crise estrutural, que desrespeita a superacumulação capitalista, tendo altas taxas de crescimento desde a primeira guerra mundial, no entanto as taxas diminuem, e há o aumento da inflação. Para recupera as taxas de crescimento diminui-se a inflação no processo simultâneo.

Netto (2010) simplifica, dizendo que há o “desaparecimento” do proletariado como classe e que certamente terá mudanças e os impactos ocasionados nos circuitos produtivos pela revolução científica e técnica já na metade do século XX, que se desdobram, por exemplo, pela revolução informal e pelos avanços da microeletrônica, pela nova biologia, e da física e química. Porém tais transformações se desdobram amplamente nos circuitos produtivos: assim envolvem a totalidade social, configurando-se a sociedade tardo burguesa. Por outro lado, há impactos dessa crise no Sistema Único de Saúde (SUS), na medida em que é um modelo público de ações e serviços de saúde do Brasil. Orientado pelo conjunto de princípios e diretrizes válidos em todo território nacional, tem com parte constitutiva a concepção de direito à saúde e papel do Estado na garantia desse direito, incorporados em sua estrutura institucional e decisória, espaço e instrumentos para a democratização e compartilhamento de gestão.

A Constituição de 1988 tem uma das características muito importantes por que em sua regulamentação que visava a uma série de garantias em termos de direito sociais, e os Estados que buscaram promover uma lei maior para país, no que se refere a direitos que antes não estava configurada dessa forma. Nesta conjuntura a Constituição não teve muito tempo de ser comemorada, pois estava já às portas a entrada do Neoliberalismo no Brasil, na já década de 90. Desse modo, deve se ater, em resumo, alguns processos adjacentes como o fim da ditadura militar e logo após aprovação da constituição, e a implementação do Sistema Único de Saúde — (SUS), e a promulgação da lei Orgânica de Saúde. O processo de democratização na qual o país atravessava o país, somando-se ao início do Neoliberalismo no Brasil na década de 90 e suas transformações e reconfigurações que nos afeta até nos dias de hoje.



Segundo Noronha; Lima; Machado (2008) o SUS foi implementado no início da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990), com a regulamentação do SUS para toda população, independentemente da condição socioeconômica. Ele tem sua origem da reforma sanitária e do processo político que envolveu a sociedade com o intuito de propor políticas e novas organizações de sistemas, de serviço e práticas em saúde.

Por outro lado, traça historicamente o processo de saúde privatista a partir dos anos 90, o recorte da Reforma Constitucional, notadamente da Previdência Social e das regras que regulamentam as relações de trabalho no Brasil, foi um dos exemplos de aliança, sob a intenção de desmontar a proposta de Seguridade Social contida na Constituição de 88. Neste bojo os “saquinhos da maldade”, por assim dizer, era uma façanha dos ajustes da política Neoliberal, fazendo parte dessas agendas políticas às reformas a Seguridade, tornaram-se previdência e previdência é considerada seguro.

Mais adiante, um ponto importante neste contexto foi a Reforma do Estado ou contrarreforma, como retoma Bravo (2001), é outra estratégia em que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, ele simplesmente coloca em cheque o modelo econômico em vigor. Caracterizado por descentralizar a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade.

O Estado deve deixa de ser responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferido para o setor privado as atividades que antes eram suas (Bravo, 2001, p.13).

O cenário da Saúde foi cada vez mais se destruindo, e deteriorando pelas iniciativas privadas e ataques provocados pelas das empresas hospitalares (iniciativas privadas) e as Organizações sociais – (OS) e o avanço da mercantilização da Saúde e as novas formas de subfinanciamento e a venda do – SUS. No entanto, com o avanço do neoliberalismo a conjuntura de crise em que agora o Brasil atravessa fica mais claro, evidente e cristalino como se vem se dando essas configurações do serviço público de saúde. Mendes (2015, p.12) aborda que na década de 80 até o período atual, isto é, nos tempos de vigência e dominância do capital financeiro, o autor ressaltar em que esse movimento neoliberal liberal não possível e identificar a retirada do Estado na economia, mas ao contrário, assistiu-se a particular sua presença da crise do capitalismo, e de como foi se dando a política de austeridade por parte do Estado.



Para entender, e compreender o que até agora foi trabalhado em poucas linhas tem suas procedências a partir das mudanças ocorridas neste período com a chamada reforma do Estado ou reforma administrativa. E partir daí que seguiremos até chegarmos ao que provoca todo esse desmonte na política de saúde, e seus desdobramentos em específico no HFI. A Reforma do Estado, ou Reforma administrativa tratada por Behring (2008, p.177) descreve esse momento político.

A proposição do chamado Plano Diretor ou Reforma do Estado, que elaborado por Bresser Pereira e aprovado por Fernando Henrique Cardoso – (FHC), já supracitado. O mesmo tinha argumento da crise do Estado e que precisava mudar as suas funções enxugar a máquina públicas dadas às mesmas modificações atreladas às mesmas funções públicas que se acirra aos mandos e desmandos do capital, as consequências em que visa no desmonte da coisa pública.

Além do mais, o mesmo Estado afasta-se e de suas funções ligadas às esferas produtivas como demonstra Behring (2008) e lamamoto (2000) essa função estão atreladas as mudanças na esfera da produção de bens e serviços que se complementam as novas relações entre o Estado à responsabilidade que e prioritária em troca das desgraças que afetam a sociedade. “Em contrapartida é uma santificação do mercado e da iniciativa privada, esferas da ineficiência e da propriedade, da autoridade.” (lamamoto, 2000.p.49). Ao discorrer o outro ângulo, ao analisar e estudar sobre a contrarreforma do Estado, essa mesma instituição que tem suas funções voltadas aos interesses mercantilistas é por este mesmo ângulo que o sistema econômico, se apresenta problemas e agravamento da crise econômica e estrutural.

Somando- se a isto, esses mesmos fatores abordados e supracitados fazem parte das novas formas de configurações das relações trabalhistas ocorridas na década de 80 e 90, para nos apoiarmos no que estamos tratando. lamamoto (2000) discorre sobre o que foi esse momento da história e a exposição do tema: as Transformações Societárias e as alterações no mundo do trabalho os impactos no Serviço Social. Desde os anos 80 vem sendo reiterado que o Serviço Social é uma profissão especializada do trabalho e da sociedade e situada na divisão social e técnica do trabalho.

Antunes (2015) em sua obra adeus ao trabalho fica claro e cristalino esse momento a década de 80 presenciou, nos países de capitalismo avançado, profundas transformações no mundo do trabalho, e nas formas de inserção produtiva, nos que se referia à representação sindical e política. O autor discorre que nessa conjuntura, essas



mudanças nas modificações, da classe que vive do trabalho, foi a mais aguda crise esta classe sofreu deste século, que não só a sua materialidade, mais com isso teve profundas repercussões na sua subjetividade e, no inter-relacionamento destes níveis, que afetou a sua forma de ser.

Essas mudanças obtiveram transformações significativas em decorrência da crise nos meados dos anos 70 e 80, e atravessava os anos 90. Nesse período o cenário do país se modificava na atual conjuntura. Iamamoto (2000, p.47) que corroboram com a mesma tese de Antunes (2015) demarca esse momento.

[...]. Esse padrão de acumulação e de regulação social entrou na crise em meados dos anos 70. Somou-se, na década de 80. Uma reorientação do poder no cenário internacional, em decorrência da queda do leste europeu. Contratendência da crise, profundas alterações nas formas de produção, de gestão de trabalho tem sido introduzido ante as novas exigências do mercado oligopólios em contexto de globalização ou mundialização do capital. Globalização orquestrada não mais pelo capital industrial mais pela financeirização da economia em novo estadia de acumulação capitalista. Verificaram-se radicais mudanças nas relações Estado/sociedade civil. (Iamamoto, 2000.p.47)

Na análise que BRAVO (2001) faz já sobre o governo Lula, diante da política de saúde mostra como ele atua mantendo a política macroeconômica do antigo governo de FHC. Assim as políticas sociais fragmentadas, focalizada, pontual e subordinada economicamente. Leite (2010) analisa que, nesse mesmo momento, no governo de Lula da Silva há a conformação de um projeto conservador e neoliberal, indo frente o direito universal a saúde. Por outro lado, baseados no que as autoras abordam o lugar o Hospital Federal de Ipanema, se encontra atualmente neste processo de perdas não só por ser um hospital de alta complexidade, mas o sistema SUS como todo.

Um dos traços deste governo Lula da Silva, como projeto inovador, foi à criação da Secretaria Municipal Atenção Básica de Saúde, vinculado às ações ambulatoriais e hospitalares integrando as atribuições das extintivas secretarias de Políticas de Saúde e as Assistências á Saúde (BRAVO, 2001). Como isso impacta nos encaminhamentos do Hospital? Através dessa intervenção, o hospital recebe a maioria dos seus pacientes pelo SISREG, portanto os cadastramentos são feitos nas clínicas da família. Mas a falta de pessoal impede o trabalho de rede ser eficiente, além da falta de insumos.



Importância Do Trabalho do Serviço Social dentro desse Espaço Sócio Ocupacional do (HFI), sua relevância na formação de Novos Assistentes Sociais.

Primeiramente, de acordo com (GUERRA, 2010) é de suma importância fazer um recorte histórico da profissão a partir da compreensão do significado sócio-histórico, quando no capitalismo e no estágio dos monopólios, a profissão nasce como parte de uma estratégia de classe, dentro do projeto burguês de reformas e manutenção da ordem, articuladas pelas forças sociais que representam o grande capital no Brasil e pela articulação entre o Estado, empresários e igreja católica, visando à integração da classe trabalhadora, dada as possibilidades econômico-sociais postas pelos monopólios, em que o Estado assume para si o enfrentamento da chamada “questão social”.

No âmbito da saúde basear-se na orientação do acesso aos direitos dos pacientes e familiares aos benefícios dos programas sociais como: Benefício de Prestação Continuada (BPC), o acesso ao Tratamento Fora de Domicílio (TFD), em articulação com a Rede Externa e Interna. Faz-se encaminhamentos para o CRASS (Centro Referência de Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), Câmara de Litígio da Saúde, Cartório para possíveis documentações envolvendo procuração do paciente. Além disso, o Serviço Social faz visita aos leitos da clínica médica.

Por outro lado, recursos básicos de insumos hospitalares não apareciam no hospital, mas sim nesses dispositivos, o que dificultava os encaminhamentos dos usuários a ter acesso aos dispositivos supracitados. Logo, a importância desse tema da precarização tem o sentido de ampliar o debate sobre as principais metamorfoses do trabalho na atual conjuntura de crise. Além de dimensionar como essas transformações vão incidir diretamente no Serviço Social.

Um dos fortes trunfos e ganhos do Serviço Social no (HFI) é o trabalho em equipe, composta de modo multiprofissional, em parceria com Médicos, Enfermagem e Psicólogos. Esse trabalho tem conseguido êxito em termos da alta referenciada dos pacientes e família, no intuito da desospitalização e acompanhamento através desses pacientes. Essa equipe multiprofissional desenvolve o trabalho de Ações do Grupo de Acolhimento, dentro do Programa de Humanização do Ministério da Saúde no Hospital de Ipanema. E, diariamente, recebe os usuários que estão agendados para internação e seus familiares e/ou acompanhantes, sendo este trabalho apresentado na Oficina da



Câmara Técnica do Humaniza SUS/MS. O Grupo visa democratizar informações e prestar orientação quanto à rotina hospitalar, esclarecendo as dúvidas e dando orientações, diminuindo assim o medo e a insegurança que ocorrem neste momento delicado da internação. Também são abordados os direitos previdenciários e sociais; além de buscar sensibilizar os acompanhantes quanto à importância da doação de sangue e apoio ao familiar internado.

Iamamoto (2000) ao analisar as mudanças sócias históricas que circunscreve a sociedade presente que ultrapassa o universo profissional. E como essas configurações, das novas requisições do trabalho atingem diretamente as relações trabalhistas, e o conteúdo da própria atividade profissional, suas atribuições, as funções nas quais são inerentes e as requisições de qualidade. Lembremos que o Assistente Social é um trabalhador assalariado destacado na citação abaixo.

O Assistente Social é um (a) trabalhador (a) / assalariado (a)/qualificado, que depende da venda de sua força de trabalho especializada para obtenção de seus meios de vida. objetivação dessa força de trabalho qualificada enquanto atividade (e/ou trabalho) ou como no âmbito de processos e relações de trabalho organizados por seu trabalho profissional. Assim, as alterações que incidem no “no mundo do trabalho, no marco nas relações entre Estado e sociedade – que tem resultados em suas radicalizações da questão social – que atinge diretamente o trabalho no cotidiano dos assistentes sociais”. (Iamamoto, 2000.p.46)

Por outro lado, as tensões permeadas pela relação de entre as outras Assistentes Sociais eram eminentes e muito intensas pela correlação de forças na instituição. Para tanto, Iamamoto (2000.p.50) aborda que essas tensões que conformam os Assistentes Sociais diante do cotidiano da Saúde. Ela diz a respeito à dupla armadilha de poder.

Uma dupla armadilha pode envolver a análise da relação entre questão social e Serviço Social quando as múltiplas e diferenciadas expressões da questão social são desconectadas de suas comuns, desconsiderando os processos sociais contraditórios na sua totalidade que as criam e transforma. (Iamamoto, 2000.p.53)

Além do mais, outro fator importante à relação é o regime de trabalho desses profissionais, que são contratos de forma precária, todos são terceirizados, flexibilizados pela dinâmica de atendimentos constante da instituição. Levando assim à precarização da vida desses trabalhadores, em que as relações em equipes são hostis, tencionados pela própria instituição ou entra a própria relação de trabalho.



Ela vai mais profundamente quando ela se desdobra nas relações de terceirizadas a flexibilização dos contratos precarizava as vidas dessas profissionais, além do mais demarcava as suas posições quando perpassava quem trabalha e de que não trabalha. Nas reuniões que se dava entre a equipe sempre havia as discussões de quem atende e não atende. E nessas correlações de forças os Estagiários presenciavam como era os atendimentos. Dessa forma, há um caráter na nova precarização social do trabalho – no que afirma o autor, está sustentada na ideia de que se trata de um processo que instala – economicamente, politicamente - na institucionalização da flexibilização e da terceirização, precarização modernas do trabalho, renovando e reconfigurando como histórica no Brasil.

Considerações finais

Em suma, a premissa de pensar os limites em que temos enquanto futuro profissional apresenta dois pontos a serem debatidos que ainda se mostram perceptíveis no âmbito acadêmico. A dicotomia “na prática a teoria é outra” e “o que o Serviço Social faz”? São inquietações que permeiam os estudantes. Na iminência de chegar ao campo de estágio os estudantes se deparam com o choque de realidade que não é aquilo que realmente aprendeu na Universidade, há então um problema que se chama leitura de realidade a partir do referencial teórico metodológico crítico, que desvele a realidade na perceptiva de totalidade, que capturado nos fenômenos que a realidade nos mostra, não em sua aparência, mas sim, na essência.

Portanto, é um equívoco e limite do profissional no exercício de supervisão, que atende várias demandas em que é requisitado, reproduzir o mesmo jargão para o estagiário que “prática e teoria são coisas diferentes” ou na “prática a teoria e outra”. Incide na instrumentalidade do Serviço Social pela Lei de Regulamentação no 8.662, de 7 de junho de 1993, chamada lei de atribuições e competências, que deixa claro que na intervenção nas expressões da questão social, há várias mediações para a prática qualificada.

O grande desafio destas instrumentalidades é: “consiste em formar profissionais capazes de atuar na realidade por meio de identificação e da apropriação crítica de suas demandas e das demandas a eles dirigidas” (Forti; Guerra, 2009, p.12). Logo, sem uma formação crítica que desvele esta realidade, fica pouco provável captar o que está no cerne da aparência. O que implica a não apropriação desta realidade de pensar novas estratégias de avanço.



E, nessa concepção há um momento em que a Supervisão precisa suspender as atividades para estudar mais os textos relacionados ao campo, fazer pesquisa sobre determinado perfil do usuário que acessa aquele serviço social e trabalhar mais em conjunto com o seu estagiário, pois ambos têm direitos e deveres, é importante tentar sanar os possíveis equívocos incontestáveis na profissão. Um fator importante a ser destacado e que gera polêmica é designar que o estagiário dever fazer o trabalho do supervisor, mas não é isso. Em sala de aula aprende-se nos níveis de Orientação Profissional – OTPs que os estagiários estão em formação, e que eles não são profissionais formados, com registro no conselho regional da profissão.

As problematizações supracitadas que envolvem as relações de estágio podem proporcionar uma experiência laboral ao estudante e prepará-lo para que se possa desenvolver no setor de atividade associado à sua futura profissão. A remuneração é um fator importante, pois majoritariamente as vagas disponíveis, não têm um auxílio, e a mesma coloca em xeque a realidade dos estudantes, principalmente aquele que precisa de remuneração para custear sua sobrevivência na concretude da vida. Dentre as determinantes, a dificuldade de trabalhar ou fazer estágio, que é obrigatório, faz parte do processo de aprendizagem.

Notas

¹Aborda as doenças prevalentes da infância em países pobres: pneumonia, anemia, diarreia, sarampo, desnutrição e malária. O protocolo sistematizado em sinais e sintomas permite o estabelecimento de diagnóstico presuntivo destas patologias e o tratamento precoce de profissionais não médicos, seguidos da abordagem da mãe para medidas preventivas e de recuperação da saúde.

Referencias bibliografia

Antunes, R. Adeus ao Trabalho? Ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo, Cortez/Unicamp, 2015.

Brasil. Lei nº 8080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outra providência. Brasília, DF. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>> Acesso em 30, out. 2018.

Ceolin, G. F. Crise do capital, precarização do trabalho e impactos no serviço social. In: Serviço Social e Sociedade nº 118, p. 239-264. São Paulo. 2014.

CEFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Código de Ética do Assistente Social.



Aprovado pela resolução CEFESS n. 273/93, e modificado pelas resoluções CEFESS n. 290/94 e 333/96.3 ed.rev.amp. Brasília: CEFESS,1997.

Cardoso, R. O. O processo de contrarreforma do Estado brasileiro e a empresa brasileira dos serviços hospitalares: a privatização mascarada dos hospitais universitários. In: Cadernos de saúde: a saúde nos governos dos partidos trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. Bravo, M. I. S.; Menezes, J. S. B. (org.). Rio de Janeiro: Faperj. 2015.

Escorel, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em < http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/Escorel_2008_II.pdf > Acesso em 08 mar. 2013

Forti, Valeira; Guerra, Yolanda. Na prática a teoria é outra? In: Forti e Guerra (Org.) Serviço Social: Temas, Textos e Contextos. Coletânea Nova de Serviço Social. Rio de Janeiro: Lumen Júris Editora, 2009.

Iamamoto, M. V. Transformações societárias, alterações no mundo do trabalho e Serviço Social. UnB, Brasília SESO nº 06, jan/jun 2000. (pág.45-78).

Guerra, Yolanda. Serviço Social: dilemas da precarização e estratégias de enfrentamento. In: Costa, Gilmaísa et alli. Crise contemporânea e Serviço Social. Maceió: EDUFAL, 2010. pp. 85–110.

Netto, José Paulo Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo: Expressão Popular, 2011

Netto, José Paulo. Uma Face Contemporânea da Barbárie. In: III Encontro Internacional “Socialismo ou Barbárie”. Serpa/ 2010. Noronha, José Carvalho de;

Relatório de Gestão de 2015 / Hospital Federal de Ipanema. Consulta feita no dia 15/06/2017. site <http://www.portaldgh.saude.gov.br/wpcontent/uploads/2016/06/hfi2015.pdf>



Privatização da política de saúde e precarização do trabalho: Repercussões na saúde dos/das assistentes sociais em Belém/Pará/Brasil

Jefferson Franco
Vera Batista
Diego de Almeida

Resumo

Este artigo objetiva analisar as relações e condições de trabalho dos/das assistentes sociais que trabalham em um hospital de alta complexidade no município de Belém/Pará/Brasil, o qual é gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Desta forma, procurou-se problematizar como os processos de privatização da política de saúde pública, no Brasil, resultante da política neoliberal repercutem no trabalho e na saúde dos/das assistentes sociais que atuam no referido hospital? Tem por base os resultados parciais obtidos com a realização uma pesquisa empírica cujos sujeitos foram com 16 (dezesesseis) assistentes sociais, bem como, a revisão da literatura sobre a temática que envolve o tema do artigo, a saber: neoliberalismo, política pública de saúde, precarização de trabalho e Serviço Social. Nesta perspectiva, a análise do objeto de estudo ora proposto se deu através da teoria social crítica e do método materialismo histórico-dialético, cujos dados obtidos na referida pesquisa indicam os seguintes resultados: - mudanças na forma de admissão e nos contratos de trabalho; - ausência de concurso público; - prolongamento da jornada de trabalho; - baixos salários; - precárias condições técnicas e éticas de trabalho profissional do/a assistente social, expressos na falta de sala individual que possibilite assegurar o sigilo profissional, carência de recursos materiais e humanos, bem como, de equipamentos de proteção individual que repercutem na saúde do trabalhador. Com efeito, tem-se a ocorrência de adoecimentos/desgastes físicos e mentais provocados pelo cotidiano de trabalho dos/as mesmos/as, no referido hospital. Assim, este artigo /evidencia que a transferência da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado para os novos modelos de gestão como as Organizações Sociais (OS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), as Fundações Estatais de Direito Privado e a EBSERH, intensificaram o processo de privatização da saúde e a precarização do trabalho, isto têm repercutindo intensamente na saúde dos/as referidos/as trabalhadores/as.



Palavras-chave

Saúde, privatização, precarização do trabalho, serviço social.

Introdução

O presente artigo tem como objetivo analisar as relações e condições de trabalho dos/das assistentes sociais que trabalham em um hospital de alta complexidade no município de Belém/Pará/Brasil, o qual é gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Desta forma, procurou-se problematizar como os processos de privatização da política de saúde pública, no Brasil, resultante da política neoliberal que repercutem no trabalho e na saúde dos/das assistentes sociais que atuam no referido hospital. Considera-se que esta temática ganha relevância, ao considerar as profundas transformações do mundo do trabalho que vêm ocorrendo nos últimos anos e as suas inflexões nas relações e condições de trabalho dos/das assistentes sociais que atuam em um hospital universitário, localizado no município de Belém/Pará-Brasil.

As mudanças nas relações do trabalho assalariado, em particular, do/a assistente social, sobretudo, a partir da instituição das políticas neoliberais vigentes, no Brasil, cuja tendência foi a redução dos gastos com os serviços públicos e, conseqüentemente, a privatização dos serviços de saúde. Essas mudanças têm implicado em novas formas de precarização do trabalho que, sem dúvida, repercutem na qualidade do trabalho desse/a profissional e no acesso dos usuários aos serviços de saúde, à medida o PIB brasileiro é destinado ao pagamento da dívida pública para os banqueiros internacionais.

Sendo assim, a análise das relações/condições de trabalho dos/das assistentes sociais que atuam na política de saúde tem por base a compreensão do Serviço Social enquanto uma especialização do trabalho coletivo, inserido na divisão social e técnica do trabalho. Nesta perspectiva, o Serviço Social é entendido no marco das relações sociais capitalista, isto é, no acirramento e disputa das classes sociais e nas respostas do Estado às expressões da questão social.

Desta forma, este artigo ganha importância ao considerar que, nos últimos anos, no mundo e, em particular no Brasil, vem ocorrendo profundas mudanças no âmbito econômico, social, político e cultural que têm repercutido nas condições de vida e de trabalho dos/das trabalhadores/as, ou seja, nas esferas objetivas e subjetivas das



relações de ser e existir da sociabilidade humana. Com efeito, o conjunto de mudanças que vem ocorrendo na reprodução ampliada do capital com inflexões no mundo do trabalho, provocam impactos nas relações de trabalho e na vida dos/das trabalhadores/as, ao ponto de interferir na saúde dos/as mesmos/as.

Segundo Alves (2013) as repercussões das condições e relações de trabalho sobre a saúde do trabalhador, se constitui "(...) um tema crucial que expõem – na medida em que construímos ferramentas teórico-metodológicas efetivas – a miséria humana sob as condições da exploração do capital em sua etapa de crise estrutural." (Alves, 2013, p. 127). Sob este entendimento, procurou-se analisar como as transformações que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, sob a égide do neoliberalismo, incidem nas relações/condições de trabalho dos/das assistentes sociais, na tentativa de identificar qual (is) são os possíveis rebatimentos na saúde dos/das trabalhadores assistentes sociais.

Há neste sentido, há a necessidade de aprofundar os debates a respeito desta temática, ao considerar a sua relevância tanto para a academia quanto para a sociedade. No âmbito da formação profissional em Serviço Social, entende-se que este trabalho poderá contribuir para a discussão significativa que está presente nas pautas de reflexão, intervenção e luta do/a assistente social na defesa do trabalho, das condições/relações éticas voltadas para a garantia da saúde dos/das trabalhadores/as, em geral e, em particular, dos/das assistentes sociais.

Transformações no mundo do trabalho no contexto neoliberal

A partir da década de 70 do século XX, o padrão de acumulação de capital fordista-keynesiano deu sinais de esgotamento, após um longo período de crescimento econômico. Este modelo de produção que até, então, regulava, não somente, o processo produtivo, mais, também, a vida na sociedade, passou a dar os primeiros sinais de um quadro crítico no seu processo de acumulação, cujo principal traço dessa crise pode ser expresso pela queda da taxa de lucros, o que dificultou a ampliação da acumulação e dos processos de produção (Harvey, 2008).

Observa-se que o trabalho passou a ser fortemente controlado, ocorrendo a intensificação da exploração da força de trabalho para a obtenção da mais-valia relativa (inovação tecnológica) e pela mais-valia absoluta (ampliação do ritmo de trabalho). Com efeito, tem-se um intenso processo de precarização e dos níveis de desemprego



estrutural, o prolongamento da jornada de trabalho, adoecimentos e acidentes de/no trabalho, sindicalismo cooptado e manipulado, etc. (Antunes, 2006). Segundo este autor as características da organização e da relação do trabalho, são o Just in time, flexibilização, terceirização, subcontratação, polivalência do trabalhador, eficiência e agilidade (controle da qualidade).

Assim, como estratégia para a retomada da acumulação do capital, no mundo, guardada as devidas particularidades de cada país, foi adotado o processo de reestruturação do capital que estabeleceu dois tipos de ajuste estrutural distintos, mas em consonância entre si: o primeiro, no plano da esfera da produção - reestruturação produtiva (base material da sociedade) e o segundo na esfera política do Estado referenciado ao neoliberalismo (Harvey, 2008).

A reorganização produtiva provocou mudanças no mundo do trabalho com inserção de novas tecnologias na produção flexível, bem como na planificação da produção e das vendas de mercadorias, nas novas formas de relações e contratos de trabalhos (terceirização dos serviços), ocasionando processos de desregulamentação dos direitos trabalhistas, assim como, nas privatizações, na polarização social e nos desmontes dos serviços públicos (Teixeira, 1996; Pinto, 2007).

No que se refere às privatizações, torna-se fundamental se referir a introdução das ideias neoliberais, no mundo, em particular, na América Latina e no Brasil. O neoliberalismo surgiu nos países capitalistas maduros, a partir da Segunda Guerra Mundial, sendo uma reação teórica e política ao modelo de desenvolvimento centrado na intervenção ao Estado intervencionista, de bem-estar social - Welfare State, e se constituiu em uma crítica a qualquer mecanismo de intervenção no mercado por parte do Estado, ou seja, é retornar a teses clássica de que o mercado é a única instituição capaz de coordenar puramente quaisquer problemas sociais, sejam ela de natureza econômica ou política (Anderson, 1995; Teixeira, 1996).

Nos países da América Latina, em particular, no Brasil, o projeto neoliberal e o processo de reestruturação produtiva tiveram início nos governos dos presidentes Fernando Collor de Melo e Fernando Henrique Cardoso, na década de 1990, sob a orientação das medidas de ajuste estrutural preconizadas no Consenso de Washington (1989), dentre as quais: a redução do Estado e a abertura economia ao mercado internacional. Desta forma, para enfrentar a crise do capital, estes governos desmantelaram o aparato



burocrático do Estado, através da desverticalização produtiva, da flexibilização do mercado de trabalho, da desregulação da economia e da reformulação da Constituição Federal de 1988, para flexibilizar as relações entre estado e sociedade (Teixeira, 1996).

É com a ascensão do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) que o projeto neoliberal ganha maior sustentação, no País. Assim, as recomendações do mencionado Consenso de Washington passaram a incidir, diretamente, na reformatação do Estado brasileiro, período em que, contraditoriamente, o País passa a seguir uma clara inserção de seus diversos setores à lógica neoliberal. Tem-se um retrocesso das políticas sociais públicas com as inúmeras medidas de privatização, aliada a uma nova arquitetura institucional que regulamenta um termo de parceria com o terceiro setor para execução de políticas públicas (Behring e Boschetti, 2011).

Com efeito, o Estado passou a reduzir a sua responsabilidade social pública, frente às demandas sociais da população, o que tem repercutido na diminuição do acesso aos direitos sociais, à medida que houve a redução dos gastos públicos para o financiamento das políticas sociais públicas conquistadas com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Segundo Bering (2003), o Estado passou a ser dividido em quatro setores: núcleo estratégico; atividades exclusivas; serviços não exclusivos e o setor produção de bens e serviços para o mercado.

A partir da promulgação da Constituição Federal do Brasil (CFB) promulgada, em 1988, a saúde passou a se constituir um direito de todos e dever do Estado, sendo garantida, segundo o Art. 196 da referida lei, como diretrizes a descentralização político-administrativa, o atendimento integral e a participação popular. A política de saúde foi regulamentada na década de 1990 através do Sistema Único de Saúde (SUS) – Lei 8.080/90 e 8.112/90. O conceito de saúde e as novas propostas passaram a ser formuladas para a referida política, levando em consideração os problemas vivenciados no País, cujo marco foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada no ano de 1986.

Assim, a política de saúde passou a ser instituída como um direito fundamental e um dever do Estado promover o seu pleno exercício, através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais visando a redução dos riscos a doenças e agravos, assegurando o seu acesso universal e igualitário aos serviços de promoção, de proteção e de recuperação, embora caiba ao Estado, também é da responsabilidade coletiva. O SUS engloba a atenção básica, média e alta complexidades, os serviços urgência e



emergência, assim como, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

Contudo, a partir do governo do presidente Fernando Collor (1990-1992), começou a ocorrer boicotes à implementação do SUS, no que se refere à universalidade e à equidade, configurando, desta forma, o não reconhecimento dos direitos conquistados. Há exemplo, podem ser citadas as propostas de emendas constitucionais para a comercialização de sangue e hemoderivados, os cortes nos gastos públicos e as privatizações nos serviços de saúde (Bravo, 2009)

O programa de privatização e o desmonte do Estado fez parte da agenda dos governos neoliberais como uma condição para o combate da inflação colocando, em xeque, os direitos sociais conquistados com a promulgação da referida Constituição. Nos governos dos anos 2000, no Brasil, tem-se a continuidade da implementação das medidas neoliberais. Em consequência, o SUS trilhou um caminho da universalização excludente, apresentando avanços e retrocessos. Para Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) ao analisarem a política de saúde nos governos dos presidentes Luís Inácio da Silva e Dilma Rousseff, evidenciaram que não ocorreu um rompimento com a lógica neoliberal, apesar de apresentar resultados positivos referentes a alguns indicadores sociais.

Tem-se, então, um intenso processo privatização de direitos sociais (educação, saúde, previdência, assistência) e de desregulamentação de direitos sociais e trabalhistas. Sob o entendimento de que as políticas sociais não são exclusivas de responsabilidade exclusiva do Estado, a sua atuação passou a ser dividida com outras organizações públicas “não estatais” e privadas. No campo da saúde foram criados novos modelos de gestão: as Organizações Sociais (OS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), as Fundações Estatais de Direito Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (Bravo, Pelaez, & Pinheiro, 2018).

Assim, "o mercado é entronizado como instância societal mediadora por excelência no plano econômico e no plano político, sacralizando o Estado mínimo" (Netto, 2011, p.75); tem-se, desta maneira, um estado mínimo para os trabalhadores e um Estado ampliado para o capital, onde os interesses privados se sobrepõem ao interesse público, coletivo e universal. É no bojo dessa conjuntura que se pode compreender as novas formas de gestão dos Hospitais Universitários Federais (HUF's), pela EBSERH. Importa referir que esses hospitais foram inseridos na rede pública de saúde, a partir da década de 90,



fazendo parte do SUS, sob convênio, entre o Ministério da Saúde (financeiro), Ministério da Educação (recursos humanos) e a instituições que estejam vinculados.

No ano de 2010 foi aprovado o decreto 7.082/2010 que instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos HUF's e, posteriormente, a Medida Provisória n. 520 autorizou a criação da EBSEH que é uma instituição de personalidade jurídica de direito privado, com o objetivo de administrar os HUF's e prestar os serviços de saúde médico-hospitalar (Sodré et al, 2013). Atualmente, são 50 (cinquenta) hospitais universitários federais vinculados a 35 (trinta e cinco) universidades que mantem contrato com a EBSEH.

Os principais impactos da gestão dos mencionados hospitais por essa empresa, são: - o patrimônio, visto que os recursos materiais e humanos dos hospitais foram cedidos para a empresa; - a extinção de funcionários públicos que eram regidos pelo Regimento Jurídico da União (RJU), porém, devido a luta dos/das trabalhadores, passaram a ser regidos por contratação de trabalho celetista, a qual não garante a estabilidade no trabalho. Aliado a isso, importa referir que a EBSEH não possui vinculação com os Conselhos Municipais de Saúde e Fóruns de Saúde, enfraquecendo, desta forma, o controle social da política de saúde, etc.

Constata-se, então, um intenso processo de desmonte das políticas sociais públicas, acompanhado pela restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal que possui uma clara relação com o grande capital internacional, objetivando favorecer os interesses da classe dominante que resulta e aprofunda a dependência junto ao capital internacional. A aprovação da PEC 95/2016, denominada de "PEC do fim do mundo" sanciona a retirada de direitos da população ao congelar os investimentos na área da saúde e da educação por 20 (vinte) anos.

Desta forma, o ataque aos direitos sociais conquistados passou a ser aos trabalhistas regulamentados (flexibilização) e avançou para os da seguridade social, com o objetivo de reduzir e privatizar, ou seja, o Estado entregou ao grande capital o direito de controlar e explorar empresas e serviços públicos, dentre outros: os governos brasileiros, nos últimos anos, veem privatizando e terceirizando os serviços do SUS, trilhando um caminho da universalização excludente (Bravo & Menezes, 2012).

É nesse processo de precarização das relações de trabalho que estão submetidos os/as assistentes sociais que trabalham no hospital, haja vista que são trabalhadores/as assalariados/as, portanto, não estão imunes às transformações societárias e as do



mundo do trabalho, em curso. Assim, esses/as profissionais vivenciam tensões à medida em que o seu trabalho profissional se pauta na defesa dos direitos que são materializados via políticas sociais e se defrontam com a intensificação da privatização e da mercantilização dos direitos sociais, onde esse profissional “vê-se tolhido em suas ações que dependem de recursos cada vez mais escassos para operacionalizar as políticas sociais” (grifo nosso). Com efeito, a profissão sofre os rebatimentos nas condições e relações de trabalho impostas pela sociabilidade burguesa expressa, no contexto atual, pela financeirização do capital (Iamamoto, 2007, p.149).

O trabalho profissional do/a assistente social em hospital universitário – belém/pará/brasil: repercussões na saúde dos/as mesmos/as

Para analisar o trabalho profissional dos/as assistentes sociais que atuam em um hospital universitário e as suas repercussões na saúde dos/as mesmas, procurou-se, inicialmente, conhecer o perfil dos assistentes sociais com o objetivo de conhecer os sujeitos concretos, ou seja, que realizam o trabalho profissional, identificando algumas das expressões da identidade profissional. Desta forma, constatou-se que 87,5% são do sexo feminino, 93,75% heterossexual, 87,75% são jovens, 62,50% são pardos/as, 31,25% negro/a e 6,25% branco/a.

No que tange as relações de trabalho da/o assistente social, observou-se que o tempo de trabalho dos/as pesquisados/as no hospital variam ente menos de 01 ano e 16 anos ou mais. A admissão no trabalho ocorreu por via processo seletivo 62, 5% e apenas 37,5% por meio de concurso público, e com relação ao contrato de trabalho se deu por prestação de trabalho temporário (75%), CLT por tempo indeterminado (25%) e estatutário (25%).

Registra-se que o contrato de trabalho por processos seletivos, em geral, tende a descaracterizar o vínculo empregatício, isto é, o órgão que os/as contratou passa a não arcar com todos os encargos sociais que teriam se contratassem os profissionais sob o regime CLT e/ou Estatuto dos Servidores da União, por exemplo. A maioria, ou seja, 68,75% não possuem 5 (cinco) anos de trabalho. Este fato pode ter relação com o processo de contratação recente de profissionais, por meio da contratação de trabalhadores/as temporário.

No que tange ao salário, importa mencionar que os/as assistentes sociais, no Brasil, têm como uma das bandeiras de luta o estabelecimento do piso salarial garantido em



lei. O salário é um debate que está na agenda de pautas do conjunto Conselho Federal de Serviço Social/CFESS-Conselho Regional de Serviço Social/CRESS, em decorrência dos baixos salários recebidos pelos profissionais nos últimos anos. Os/as assistentes sociais que participaram da pesquisa, cujos dados obtidos subsidiaram a elaboração deste artigo, situam-se nessa condição, visto que 62,5% recebe entre 3 a 4 salários mínimos, seguido de 18,5% recebe de 5 a 6 e 18,5% recebe de 7 ou mais salários mínimos. A propósito, o projeto de Lei 4022/2008, visa fixar o piso salarial do/da assistente social em R\$ 3.720,00 (três mil setecentos e vinte Reais) para uma jornada de trabalho de 30 (trinta) horas semanais.

Com relação à carga horária semanal os/as assistentes sociais a partir da implementação da Lei 12.317/10, que altera o artigo 5º da Lei de Regulamentação Profissional (Lei 8.662/1993), define a jornada máxima de trabalho de assistentes sociais em 30 horas semanais sem redução salarial. Contudo, no hospital em estudo foi possível identificar que, apenas, 37,5% dos profissionais trabalham 30 horas semanas e 62,5% mais de 30 horas. Nota-se que estes últimos, ainda, não tiveram seus direitos efetivados, conforme prevê a Lei nº. 12.317/10 que prevê 30h semanais para o/a assistente social.

No referido hospital há 21 (vinte e uma) assistentes sociais, mas, segundo os/as profissionais pesquisados/as ocorreu o “enxugamento” do quadro de assistentes sociais, após a gestão de uma EBSERH. Com efeito, a redução do número de profissionais para atender a demanda do hospital, impactou negativamente, no atendimento do usuário nos serviços, pois, as clínicas e os ambulatórios ficaram descobertos por esses profissionais. Além disso, houve um aumento das demandas a esses/as profissionais oriundas dos setores descobertos, ocasionando, assim, a intensificação do trabalho.

Embora seja factível a redução do quadro de profissionais para atender as demandas, somente, no ano de 2018 foram empossadas 03 (três) assistentes sociais, após a realização de um concurso que ofertou 04 (quatro) vagas para a área de Serviço Social, mas, conforme o relato de um pesquisado “(...) somente após muitas negociações conseguimos mais profissionais para o serviço”, ou seja, através da organização e mobilização dos/das profissionais que os gestores da empresa contrataram mais profissionais, mas, esse número não é suficiente.



No que se refere às condições éticas e técnicas de trabalho, verificou-se que a infraestrutura do local de trabalho, não atendem às recomendações da Resolução do CFESS 493/2006 que preconiza que o local de atendimento profissional aos usuários deverá acontecer em um espaço adequado, isto é: iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno; recursos que garantam a privacidade do usuário; ventilação adequada aos atendimentos, bem como, as portas fechadas; e espaço adequado para colocação de arquivos de forma que seja reservado aos/as assistentes sociais.

Assim, constatou-se que dentre 16 (dezesesseis) assistentes sociais pesquisadas, apenas 03 (três) profissionais possuem sala para realizar os atendimentos aos usuários e que possibilita assegurar a privacidade dos mesmos. Com efeito, a maioria desses/as profissionais não consegue garantir o sigilo profissional, isto é, 13 (treze) assistentes sociais que representa 81,25% dentre os/as pesquisados/as não possuem sala individual, com privacidade e, portanto, não conseguem o direito de garantir o sigilo no atendimento com o usuário devido à falta de espaço físico, de infraestrutura e de equipamentos adequados.

Os atendimentos sociais dos usuários e/ou acompanhantes são realizados durante as visitas nas enfermarias e nos leitos. Contudo, segundo Vasconcelos (2007), a abordagem nas enfermarias não garante o sigilo do trabalho profissional e nem a privacidade dos usuários. No hospital, em cada enfermaria há 04 (quatro) leitos com os seus respectivos acompanhantes, assim como, há intensa circulação dos/das profissionais da área da saúde nesse local, indicando que as condições de trabalho são precárias, pois: “a falta de espaço adequado para o funcionamento do serviço, o que permite que o sigilo fique prejudicado pelas condições do espaço de atendimento (SIC) e “(..) Por não haver uma sala específica para cada assistente social realizar atividades sigilosas” (IDEM).

Desta forma, as instalações físicas do hospital foram alvos de criticadas dos/as pesquisados devido, sobretudo aos seguintes aspectos: - ausência de infraestrutura para garantir o conforto aos usuários e acompanhantes; - o reconhecimento que o ambiente de atendimento - enfermarias e leitos, não apresentam ventilação e luz adequadas; - ausência de salas para os atendimentos dos usuários e fragilidade na garantia do sigilo profissional. Para os/as assistentes sociais pesquisados, o local de trabalho, bem como, a instituição hospitalar não garante as condições técnicas e éticas para a realização do trabalho profissional dos/as mesmos/as.



Os depoimentos dos/as pesquisadas evidenciam que as condições de trabalho não proporcionam o atendimento aos usuários que deve efetuado com portas fechadas, de forma a garantir o sigilo nos espaços sócio ocupacionais, conforme preconiza a Resolução N° 493/2006/CFESS. Além das precárias condições de trabalho apontadas pelos/as pesquisadas, outro ponto destacado pelos/as sujeitos da pesquisa foi relacionado aos recursos materiais para desenvolver o seu trabalho, tais como: falta de linha e aparelho telefônico; falta de computadores; falta de impressoras; falta de recursos materiais (papel A4, tinta de impressora, material áudio visual – som e Tv); falta recursos financeiros para aquisição de lanches para trabalho com grupos; e falta de transportes para a efetivação da visita domiciliar. Segundo 93,75% dos/as pesquisadas, faltam recursos sempre ou às vezes para realização do trabalho.

Em decorrência da falta de materiais básicos para a realização do trabalho dos/as profissionais pesquisados, estes são levados a comprarem com o dinheiro do seu próprio salário, o que compromete o atendimento ao usuário com qualidade. O Relatório da Unidade de Atenção Psicossocial (2018) menciona que há a “inconstância no fornecimento de material de consumo” pela gestão. O desenvolvimento do trabalho dos/das assistentes sociais, bem como, de trabalhadores/as, em geral, necessita de recursos para a sua realização, caso contrário, a carência deles, interfere na qualidade da viabilização dos direitos sociais.

Além disso, segundo o Relatório supracitado, não há os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) que são meios ou dispositivos destinados a serem utilizados por uma pessoa contra possíveis riscos que ameaçam a sua saúde ou a segurança dos/as trabalhadores/as durante o exercício de uma determinada atividade. Assim, a falta ou a baixa cobertura desses equipamentos de uso coletivo e individual provocam “diversas dificuldades com os técnicos da unidade, colocando, inclusive, sua saúde em risco”(SIC). O hospital, precisa garantir aos profissionais um ambiente adequado de trabalho e com as proteções necessárias à sua saúde, como pontua a Norma Regulamentadora 6 (NR 6) é de responsabilidade da instituição e/ou da empresa fornecer, gratuitamente, os EPI's aos seus empregados/as.

Constata-se, então, que os/as referidos/as profissionais não dispõem de condições adequadas e sem privacidade para o seu fazer profissional, pois, os materiais são sucateados e mesmo, não dispõem de materiais básicos (computadores, papel, etc.) para tal; excesso da carga horária de trabalho; ausência de apoio da gestão nas



atividades. Observa-se, então, que essas condições de trabalho estão em consonância com as tendências de desregulamentação do trabalho vigentes no mundo.

Sob este entendimento, 92% dos/das pesquisadas reconheceu que as condições de trabalho são precárias. Ao considerar o trabalho profissional do/da assistente social remete a desafios para o enfrentamento dessas relações e condições de trabalho, sobretudo, frente a atual conjuntura de desmonte dos direitos mais essenciais e das conquistas sociais tão recentes são submetidas aos interesses da acumulação e atingidas pelo “rolo compressor” da ambição do grande capital. Em consequência, têm-se, então, processos de adoecimentos e acidentes provocados pelo trabalho que passam a fazer parte do cotidiano do trabalho.

Desta forma, 93,75% dos/das assistentes sociais pesquisados/as informaram que consideram que existe relação entre o trabalho que exercem e processo de saúde/doença de certos profissionais, haja vista que as condições de trabalho repercutem nos aspectos físico e emocional. Para esses pesquisados há uma predominância de problemas que provocam o cansaço físico (100%); nervosismo/irritabilidade (93,75%); dor de cabeça (81,25%); insônia/ dorme mal (68,75%) e ansiedade (87,5%).

Além dessas doenças, outras foram mencionadas, sobretudo, aquelas relacionadas aos aspectos emocionais, como: angústia, desânimo, ansiedade, frustração e medo, bem como, os psicossomáticos: estresse, cansaço e outros. Entre os fatores podem ter desencadeado tais adoecimentos, foram destacados pelos/as pesquisados/as os seguintes: a carga horária excessiva; a fragilidade emocional apresentada pelo usuário; as dificuldades de acesso aos direitos dos usuários; etc.

Em determinadas situações, o adoecimento do trabalhador é resultado da violência psicológica/moral e sexual no âmbito do trabalho. Neste estudo foi identificado que 10 (dez), ou seja, 62,5% dos/das assistentes sociais pesquisados/as sofreram algum tipo de violência. Entre as violências mais citadas estão: psicológica/moral (80%); sexual (10%) e (10%) relatou que sofreu “ameaça de assistido”, isto é, de usuário no momento do atendimento. Em todas as dimensões, já que o estresse está presente, constantemente, além da violência psicológica que está presente nas relações com outros profissionais (SIC).

A violência no mundo do trabalho é analisada por Silva e Raichelis (2015, p X) como



uma “estratégia de dominação do capital sobre o conjunto de trabalhadores (as)”, o impacto é claro aos trabalhadores, visto que promove a desorganização enquanto classe social e a despolitização e esvaziamento das ações de reivindicações, bem como, a “individualização da violência assimilada como culpa do(a) trabalhador(a) e não como forma de violentar os direitos humanos dos(as) trabalhadores(as)”(Idem, p. 590).

Como destaca Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010, p.241) muitos trabalhadores assalariados “mesmo adoecidos, não revelam seus sintomas no trabalho, nem procuram benefícios pelo medo de perder o emprego ao terminar o período de afastamento”; o medo/temor do desemprego na atual conjuntura é um dos fatores da “negação psicológica dos sintomas fazem com que nem os próprios assalariados reconheçam os agravos sofridos por sua saúde” (Franco, Druck, e Seligmann-Silva, 2010, p. 241).

Além disso, a precarização no trabalho é um processo multidimensional que altera a vida dentro e fora do trabalho. Na atualidade, observa-se que o trabalho consome a força de trabalho; os/as trabalhadores após uma longa jornada de trabalho, relatam o desgaste físico e mental; outros/as profissionais afirmam que não conseguem dissociar o trabalho da vida familiar e, muitas vezes, levam tarefas e os problemas vivenciados no ambiente do trabalho para casa

Assim, 15 (quinze) dentre os/as pesquisados/as informaram que sentem ou já sentiram sua vida pessoal ser afetada pelo trabalho; apenas 1 (um) disse não. O estresse foi o mais citado entre os profissionais, o que repercute e afeta as relações interpessoais e familiares. Segundo Alves (2013): com as transformações societárias e a nova morfologia do alienado, constata-se que há a “redução do tempo de vida a tempo de trabalho”, ou seja, tem-se “a invasão da vida pessoal pelos requerimentos da atividade produtiva do capital. Esse é o verdadeiro sentido do estranhamento sob o modo de controle do metabolismo social do capital (Alves, 2013, p.179). Em síntese: os/as assistentes sociais pesquisados/as, enquanto trabalhador assalariado sofrem os rebatimentos das condições de trabalho na sua saúde.

Nesta ótica, percebeu-se que as condições de trabalho, as quais se encontram os/as assistentes sociais inseridos, no hospital, são afetadas diretamente pelo ajuste neoliberal e pela reestruturação produtiva que tem como base o trabalho precarizado, terceirizado, flexível, polivalente, rotineiro e intensificado. O assistente social enquanto trabalhador assalariado sofre os rebatimentos das condições de trabalho sob a



hegemonia do capital financeirizado, à medida em impõe medidas ao Estado brasileiro para redução dos cortes no orçamento das políticas sociais e o desmonte dos direitos sociais, trabalhistas e previdenciários. Dessa forma, identificou-se nesta pesquisa que, trabalho e vida estão imbricados e que as condições de trabalho afetam a vida do trabalhador.

Considerações finais

A realização deste artigo possibilitou identificar e analisar as relações e as condições de trabalho as quais os/as assistentes sociais estão submetidos/as são determinadas pelas medidas de ajustes neoliberais e pela reestruturação produtiva, enquanto estratégia de recuperação das taxas de lucro do grande capital, sob a hegemonia do capital financeiro tem conduzido ao aumento do trabalho precário, terceirizado, flexível, polivalente, rotineiro e intensificado. O/a assistente social enquanto trabalhador assalariado sofre os rebatimentos das referidas condições de trabalho. Dessa forma, constatou-se que trabalho e vida estão imbricados e que as relações e condições de trabalho implicam, também, na saúde do trabalhador.

As análises aqui efetuadas permitem afirmar que é um desafio, assim como, se constitui uma necessidade analisar o trabalho profissional do/da assistente social na sociedade contemporânea, compreendendo que este profissional é um trabalhador assalariado e, nessa condição sofre os dilemas dos processos de alienação presentes na sociedade capitalista. Com efeito, a reflexão sobre as transformações no mundo do trabalho e a saúde do trabalhador/a é, cada vez mais, relevante e requer maior aprofundamento nas reflexões acadêmicas, em particular sobre as relações de trabalho nas quais estão envolvidos/as o/a assistente social, posto que, ainda, são reduzidos os estudos que tratam de objeto com este.

Referências bibliográficas

- Alves, G. (2013). *Dimensões da Precarização do Trabalho: ensaios de Sociologia do Trabalho* (1a ed.). São Paulo: Praxis.
- Antunes, R. (2006). *Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho* (11a ed.). São Paulo: Cortez.
- Antunes, R. (2009). *Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho* (2a ed.) São Paulo: Boitempo.
- Assunção, Á. A. (2011). Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. In: Gomez, Cm; Machado, Jmh; Pena, Pgl. *Saúde do Trabalhador na sociedade*



contemporânea. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Bravo, M. I. S. (2009). Política de Saúde no Brasil. In: Mota, A. E; Bravo, M. I. S; Uchôa, R. et al (Org.) Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional. 4ª ed. São Paulo: Cortez, p. 88 – 110.

Bravo, M. I. S., & Menezes, J. S. B. de (Orgs.). (2012). Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais. São Paulo: Cortez.

Bravo, M. I. S., Pelaez, E. J., & Pinheiro, W. N. (2018). As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Revista Argumentum*, 10(1), 9-23.

Franco, T., Druck, G., & Seligmann-Silva, E. (2010). As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(122), 229-248.

Gil, A. C. (2008). Métodos e técnicas de pesquisa social (6a ed.) São Paulo: Atlas.

Iamamoto, M. V. (2007). Serviço Social em tempo de capital fetiche capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez Editora.

Netto, J. P. (2011). Capitalismo monopolista e Serviço Social (8a ed.). São Paulo: Cortez.

Perry, A. (1995). Balanço do neoliberalismo. In: Sader, E.; Gentili, P. (orgs.). Pós neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, p. 9 – 22

Rosado, I. V. M; Maia, E. M. C. (2011). Os impactos do trabalho na saúde dos profissionais que atuam no âmbito hospitalar: potencializador da saúde ou do adoecimento? *Anais da V Jornada Internacional de Políticas Públicas*, São Luiz, MA, Brasil, 5.

Silva, O. D. da; Raichelis, R. (2015). O assédio moral nas relações de trabalho do(a) assistente social: uma questão emergente. *Revista Serviço Social & Sociedade*, 123, 582-603.

Sodré, Francis et al. (2013) Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? *Revista Serviço Social & Sociedade*, 114, 365-380.

Teixeira, Francisco José Soares (1996). O neoliberalismo em Debate. In: Teixeira, F. S. J; Oliveira, M. A. de (orgs.) Neoliberalismo e reestruturação produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez.



Saberes y percepciones en el proceso salud-enfermedad de familias migrantes en Lomas de Carabayllo-Lima: una mirada desde los actores

Vanessa Cardozo Alarcon

Objetivo

Analizar los saberes y percepciones de las madres, cuidadoras y personal de salud en el proceso salud-enfermedad que sufren los niños en una población migrante de zonas rurales que viven en Lima Norte, con el fin de identificar los aspectos sociales y culturales alrededor de la salud de los niños.

Métodología

Se aplicó una metodología cualitativa adaptando el método etnográfico al emplear entrevistas, grupos focales y conversaciones con las madres y cuidadores de los niños y con el personal de salud.

Resultados

Las madres o cuidadoras de los niños, asociaron la “buena salud” a la ausencia de enfermedad, el buen rendimiento en el colegio, el estado anímico del niño “niño activo, despierto” y que tenga apetito, “que quiera comer”. Por otro lado, se tuvo la percepción que el aspecto ambiental y geográfico fuera un factor causal para la presencia de enfermedades. Así mismo, el lado emocional de la madre y sus constantes estados de frustración serían un factor importante para impedir el adecuado cuidado de sus hijos. Se evidenció el malestar del personal de salud porque percibían que las madres no eran suficientemente “responsables” para hacer esfuerzos en traer a sus hijos al control de salud.

Conclusiones

El proceso de salud-enfermedad infantil se caracteriza por la diversidad de cuidadores de los niños cuya responsabilidad es repartida, los vínculos con el medio ambiente, la brecha entre los saberes de los cuidadores y las decisiones que toman, y la falta de comprensión recíproca entre las madres y el personal de salud.

Palabras clave

Percepción, salud, enfermedad, migrantes, cuidadores de los niños.

Introducción

En el Perú, uno de los problemas más persistentes de salud infantil es la prevalencia de



desnutrición crónica en niños menores de cinco años, según la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018). Sin embargo, los estudios sobre desnutrición y anemia, están siempre sujetos a dejar de lado el contexto social, histórico y cultural donde se enmarca dicho problema, que carece de un enfoque multidimensional (Alcazar L., Huaman E., & Aparco, 2013) (Centro de Investigación y Desarrollo, 2009) (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2007).

Así lo establece Del Pino et al, en una etnografía en comunidades campesinas de Ayacucho en donde se observó que más allá de la situación de pobreza, hay prácticas culturales concretas que se manifiestan directamente en el estado nutricional del niño con implicancias positivas, pero también hay prácticas culturales que acarrear consecuencias negativas (Del Pino, et al., 2012).

Del mismo modo, Rubín de Celis, Pecho y Suremain al norte de Lima, revelan que considerar los factores sociales, económicos o culturales como "factores de riesgo", sin tomar en cuenta las lógicas o dinámicas sociales que los producen, sería una de las principales causas de ineficacia de los programas de salud (Rubin de Celis, Pecho, de Suremain, & Lefevre, 2003).

En el 2009, la Organización No Gubernamental (ONG) Warmi Huasi inició dos proyectos en el Asentamiento Humano San Benito, ubicado en el distrito de Carabayllo en la zona conocida como las Lomas de Carabayllo. El objetivo era contribuir a la disminución de la desnutrición crónica y la mejora de las prácticas alimentarias y la promoción del buen trato en las familias tomando en cuenta el protagonismo de la comunidad y otros actores locales, para asumir la solución de sus problemas. Uno de estos problemas, considerados de especial interés por la población de San Benito, fue la salud y la alimentación de los niños.

Es así que apareció la necesidad de conocer sobre los saberes de las familias, entendidos como procesos y prácticas, y las percepciones entendidas como interpretaciones y significados (Allport F., 1974) (Aguado & Portal, 1992) (Benitez, 1992), acerca de la salud de los niños y del proceso salud/enfermedad.

Responder estas preguntas completaría los estudios clínicos realizados anteriormente y daría propuestas de solución más idóneas que tomen en cuenta estos saberes y percepciones a fin de mejorar la situación de salud de los niños en esta población.



Metodología

Es importante señalar que estos aspectos de la realidad están dentro del campo de las percepciones e idearios de la población y necesitan ser investigados a través de la metodología cualitativa (Kottak, 2011) (Pardinas, 1974). Aunque se haya tomado en cuenta datos procesados de otras investigaciones y las observaciones directas, es la posición de los sujetos que se revela a través de su discurso, lo que nos interesa. Por ello se utilizó el método etnográfico (Rodríguez, Gil, & García, 1999) empleando entrevistas, grupos focales y conversaciones con aproximadamente 173 personas (145 madres de familia y/o cuidadores de los niños y 3 miembros del personal que atienden en el Establecimiento de Salud) desde marzo del 2009 a julio del 2012.

Este estudio se realizó en el marco de los proyectos de la ONG Warmi Huasi citados anteriormente (Warmi Huasi, 2012). Cabe destacar que el lugar del estudio es un asentamiento humano que se caracteriza por tener una población principalmente migrante, de bajos recursos económicos y con menor grado de instrucción (Cardozo A., 2015).

La técnica utilizada para abordar la investigación partió de la premisa del trabajo etnográfico, que según Hammersley y Atkinson: “su principal característica sería que el etnógrafo participa abiertamente o de manera encubierta, en la vida diaria de las personas” (Hammersley & Atkinson, 2001).

Se adoptó el esquema general propuesto por Miles y Huberman, según el cual en el análisis concurren tareas de la reducción de datos, presentación de datos o extracción y verificación de conclusiones (Miles & Huberman, 1994). Otra estrategia que se empleó fue la consolidación teórica propuesta por Goetz y LeCompte que consiste en confrontar los resultados obtenidos con los marcos teóricos (Goetz & LeCompte, 1988). También se hizo la triangulación de datos.

Los criterios éticos de investigación fueron respetados conforme a la Declaración de Helsinki de 1975. Los métodos de la investigación fueron conducidos dentro de los patrones exigidos por la institución donde la investigación fue realizada.



Resultados y discusión

Actores que intervienen en la salud de los niños

Las madres y otros cuidadores

En San Benito, el cuidado del niño no es exclusivo de las madres o padres de familia, sino que existen otros actores. En la mayoría de esos casos son las abuelas las cuidadoras. Estos cuidados implican la elección y preparación de los alimentos que el niño ira a consumir.

En otros casos, se le delega a la hija mayor. La mayoría de las hijas al cuidado de los niños, han sido menores de edad al asumir esta responsabilidad. También hay muchos casos de tías que atienden a sus hijos.

También se encontraron casos en que las vecinas asumen el cuidado del niño, pero es por un periodo menor de tiempo. También van a recoger a los niños al colegio, así como al suyo propio.

La vendedora del mercado, también interviene en los aprendizajes sobre la alimentación del niño ya que les enseñan recetas culinarias, transmiten, intercambian formas de preparar un alimento.

El personal del establecimiento de salud

El Establecimiento de Salud de San Benito tenía un médico general, quien no daba recomendaciones nutricionales. Sin embargo, hay una enfermera de crecimiento y desarrollo del niño, que tiene mucho conocimiento sobre nutrición, y es ella quien da las primeras consejerías sobre salud y lactancia materna. Posteriormente llegaron otros especialistas entre ellos una nutricionista que atiende tres veces por semana.

Todas las mamás o cuidadoras en San Benito, han acudido por lo menos una vez donde algunos de estos profesionales de la salud que les ha dado algún tipo de orientación nutricional.

Percepciones de la madre y/o cuidadores del niño sobre el proceso salud/enfermedad

Las madres o cuidadoras de los niños, asocian la “buena salud” a la ausencia de enfermedad, el buen rendimiento en el colegio, el estado anímico del niño “niño activo, despierto”, e incluso al hecho de que tenga apetito “que quiera comer”.

Todos estos conceptos han sido adquiridos en un proceso de construcción, a partir de



su entorno inmediato que es la familia, la escuela, los lugares en donde han socializado, la comunidad, el barrio, las organizaciones sociales en las que se han integrado, incluso en el Establecimiento de Salud.

Sin embargo, todas asociaron la salud con la alimentación, lo que no significa necesariamente que identifiquen una “buena alimentación” de una “mala”. Lo que resultó evidente fue la dificultad de pasar del discurso a la acción ya que puede existir un conflicto de interés valorativo. Por ejemplo, decirle a la madre que “no le des sopa, porque la sopa lo adelgaza, mejor dale menestras”, no es suficiente.

La sopa es una preparación rápida, simple, económica y es fácil que el niño la tome sin mucho esfuerzo, entonces el valor que la madre le da a la sopa es mucho mayor al valor que le da a la menestra. Esta es la razón por la cual la elección de la madre, se encuentra por encima del conocimiento de una “buena alimentación”, es un tema de costo-beneficio lo que prima finalmente.

Este modelo fue empleado por Harris para establecer que los alimentos que son buenos para comer, son aquellos que presentan una relación de costos y beneficios prácticos más favorables que los alimentos que se evitan (Harris, 1999).

Otro aspecto relacionado a la buena salud de los niños es el color de la piel. El color claro es percibido como “pálido” y por ende como un problema de salud. No se trata del color de piel característico de la persona según su origen, sino que está en relación al cambio de color que delataría un problema de salud.

Percepciones sobre la causalidad de la enfermedad

El factor climatológico está íntimamente asociado a las enfermedades, al igual que la contaminación ambiental.

San Benito está ubicado en una zona geográfica conocida como Las Lomas, cuya humedad en ciertas temporadas del año acentúan la presencia de enfermedades respiratorias (Quispe & Tacuman, 2011).

La humedad y neblina constante de las Lomas conducen los poluentes ambientales y otros contaminantes de los residuos de las fábricas artesanales y relleno sanitario de la zona generando alergias (Centro de investigación, documentación y asesoría poblacional, 2009).



De esta manera se reafirma la idea de que el aspecto climático de las Lomas es un factor causal para la presencia de enfermedades o el riesgo a padecerlas.

Las madres coinciden con lo anteriormente explicado además de la carencia de agua potable. Aunque el camión cisterna provee de agua tres veces por semana, ellas aseguran que esta es de mala calidad, de dudosa procedencia.

Otro aspecto importante para la presencia de estas enfermedades es la higiene, ya que el hábito de lavarse las manos está sujeto a las condiciones y el acceso del agua. Todo esto nos dice que el cuidado en la higiene y la presencia de agua resulta determinante en la aparición de enfermedades diarreicas agudas y es uno de los principales problemas:

“lavarlos, bañarlos, cambiarlos es más difícil, el agua es muy fría, es cara, poco accesible, quizás hasta contaminada”. (Madre de familia, en una visita domiciliaria).

“Si hubiese agua sería la vida más cómoda, no estar cargando, no estar jalando y encima es más cara”. (Madre de niño menor de 5 años.)

En el año 2007 una ONG llamada CESAL, hizo una toma de muestras del agua de los camiones cisternas y encontró una carga bacteriana muy alta. Es allí donde se propagó la idea de que el agua de las cisternas ha estado infectando con parásitos a los niños.

En los años 2010 y 2011 se hicieron análisis que revelaron una gran prevalencia de parásitos. En el primer año de evaluación la mayoría de los niños presentaron parasitosis y en el segundo año todos los niños evaluados presentaron parásitos (ver Tabla N°1 y N°2). En todos los casos las madres asociaron esta situación a la carencia del agua.

La idea de desarrollo integral

La salud es un fenómeno socio-eco-biológico que requiere ser atendido de manera integral e interpretado desde procesos determinantes y mediadores. Un estudio realizado en Ecuador plantea que entre los procesos determinantes están la globalización de los mercados, la migración, la pérdida de soberanía y la construcción de ambientes malsanos. Entre los procesos mediadores están la flexibilización laboral, la destrucción de la organización comunitaria, la incorporación de la lógica mercantil y a destrucción de ecosistemas mediante diversas formas de contaminación (Breilh & Tilleria, 2009). Las familias en San Benito también se constituyen bajo esta lógica.



Se ha encontrado en San Benito una idea de “desarrollo” cada vez más compleja, en donde se conjugan los aspectos psicológicos, emocionales y éticos, que se evidencia en un discurso en contra de la violencia hacia sus hijos, como el hecho de que no les peguen a los niños o que no haya violencia en la familia.

A partir de allí se habla de la buena salud o buen desarrollo del niño tomando en cuenta la promoción de ambientes saludables y espacios públicos fuera de peligros.

Para las madres o cuidadoras de los niños, la idea de “urbanidad” como parte de ese desarrollo integral se sustenta bajo este mismo discurso ya que la delimitación de los espacios de tránsito como pistas y veredas, parques y jardines, le otorgaría a San Benito una condición de lugar saludable para un niño. Cuando se maneja este discurso, la alimentación del niño pasa, a un segundo plano ya que las mamás aseguran alimentarlos bien, siendo el medio ambiente que los rodea, caracterizado por esta carencia de agua y condiciones climatológicas de las Lomas, más las condiciones de “no urbanidad”, las causantes de las enfermedades de los niños:

“ellos no tienen dónde correr, acá no hay un parque, el polvo entra a la casa, los animales hacen en donde sea y traen las enfermedades, eso ha hecho incluso que varias vecinas se hayan cambiado de lugar, se hayan mudado”

(Madre de familia de niños menores de 10 años, 4ta zona)

Esta idea legitima el hecho de que San Benito no es un buen lugar para vivir y que la mejor opción es cambiar de lugar, aunque desde luego sea costoso.

Percepciones y opiniones con relación a los servicios de salud

Los servicios de salud según la “cultura medica oficial” en San Benito son aquellos que trasladan y reproduce una serie de lineamientos que se encuentran respaldados por instituciones con autoridad (MINSA, OMS, etc) que, a través de un modelo científico más positivista, se han denominado como “verdaderas recomendaciones”. En san Benito este modelo oficial de salud muchas veces no puede ser puesto en cuestionamiento por las madres y cuidadores de los niños, pero si puede ser prescindible para ellas.

La calidad humana de los profesionales se ha visto siempre criticada, a partir de una serie de incidentes que le reafirma a la población de San Benito una idea constante de que son los peores profesionales de salud los enviados a trabajar a este establecimiento.



Cuando se habla de “calidad”, no se refiere solamente a la condición de profesionales con experticia en su área, sino también a la actitud de respeto y buen trato que brinda a la población usuaria de San Benito.

La opinión favorable de las madres está en relación con la atención personal que el profesional de la salud brinde bajo dos cualidades, que podemos definir como “empatía” y “carisma”, ambas parecer ser importantes para el trabajo en salud comunitaria. Esta empatía implica lograr una muy buena relación con las mamás basada en la capacidad para comprender su situación y tener un verdadero interés de ayudarlas. El carisma, está relacionado a la capacidad para transmitir información y persuadir con interés sobre los cuidados de la salud de los niños.

En este sentido es donde hubo muchos comentarios de desconfianza de las mamás con respecto al médico que atiende el único consultorio en San Benito, alrededor de él, hay muchos comentarios de su ineficiencia y su poco interés en atender las verdaderas necesidades de los pacientes.

Entre las averiguaciones que se hicieron con respecto a este tema, nos informaron que este personal estaba siendo sancionado por un asunto de corrupción en otro establecimiento de salud y que la Dirección de Salud lo había sancionado enviándolo al establecimiento de salud de San Benito como médico jefe. Lo grave de esta situación es que pareciera que este hecho sucedió y sucede con los demás profesionales de la salud que atienden en San Benito. Es así como estas informaciones se han circulado por San Benito, generando la desconfianza de la población.

Al contrario de lo que paso con el médico, sucedió con la enfermera del control de crecimiento de los niños y con la nutricionista, por quienes las madres sentían una verdadera confianza y buena atención. Ambas, fueron “ascendidas” y las cambiaron de San Benito a otro centro de salud, ocupando un cargo con una mejor condición laboral.

Estos hechos evidencian que San Benito se encuentra bajo la categoría de lugar de “castigo” o “sanción” a donde se envía personal de salud de dudosa reputación profesional que no desea quedarse allí pero que se ve obligado a hacerlo. Esto podría estar alimentando el rechazo de la población de San Benito hacia su propia comunidad.

Esta situación resulta semejante a la encontrada en cuatro comunidades campesinas de Ayacucho donde se observó una relación marcada por la desconfianza, el temor y la



verticalidad en la transmisión de conocimientos de parte de los proveedores de salud (Del Pino, et al., 2012). Del mismo modo se apreció en otro estudio en Lima, que el tipo de relación que existía entre los proveedores de la atención de salud y las familias, presentó un carácter asimétrico de dominancia y subalternidad, que dificultaba las actividades de prevención y curación de las enfermedades de los niños (Rubin de Celis, Pecho, de Suremain, & Lefevre, 2003).

Frustraciones y dificultades de las madres y cuidadoras de los niños

Existe un factor importante que es el aspecto emocional de la madre y los constantes estados de frustración por las que estarían atravesando.

Son razones “escondidas” como deseos no expresados con relación al estar ubicadas en un lugar que no les corresponde ni responde a las expectativas de vida que tenían o que hubieran querido tener para ellas mismas.

Las madres viven una situación de frustración, que podría estar conduciendo al descuido de la atención de sus hijos, incluso exponiendo su vida a peligros constantes.

Percepciones del personal de salud sobre el proceso salud/enfermedad

*“Si el niño está desnutrido o no tiene un cuidado en la higiene por parte de la madre, es culpa de la madre que se vaya a enfermar”
(Personal de enfermería del EESS San Benito).*

Si bien es cierto que algunas de las causas de las enfermedades en San Benito están relacionados al acceso al agua o la contaminación ambiental, es necesario mencionar que muchos episodios de enfermedades también están asociados a otros aspectos que difieren del discurso de las madres. Uno de ellos es el problema nutricional. Si partimos del discurso del personal de salud, podemos afirmar que los niños se enferman porque tienen deficiencias de algunos nutrientes ya que un buen estado nutricional, los harían más resistentes a las infecciones. Esa es la razón que respalda una política de salud de parte del Estado peruano, que ya tiene muchos años en administrar suplementos de Vitamina A, Zinc, Hierro y multimicronutrientes (Ministerio de la salud., 2015) (Instituto Nacional de Salud, 2011).

Por otro lado, cuando llega el invierno también hay una baja de la afluencia de niños a los controles de crecimiento y desarrollo en el Establecimiento de Salud ya que las mamás no pueden llevar a sus hijos a sus controles. El personal de salud ha visto con



malestar que las madres no son suficientemente “responsables” para, a pesar de esta situación, hacer esfuerzos en traer a sus hijos al control de salud.

La importancia de las instrucciones de salud y nutrición brindadas desde el sistema oficial de salud

En San Benito se aplicó Sub Programa Infantil de Nutrición, dirigido a niños de 6 a 36 meses de edad y madres gestantes y lactantes identificadas por el establecimiento de salud, mediante el apoyo de una papilla fortificada y una canasta de alimentos que contenía menestras, aceite, cereal como el arroz y a veces latas de anchoveta. Este programa exigía una contraprestación de parte de la madre, pues a cambio de recibir esa cantidad de alimento, ellas tienen que llevar a sus niños en el control mensual de crecimiento y acudir a una sesión educativa en nutrición.

Esta contraprestación podría ser vista como un “chantaje positivo” hacia las madres a cambio de alimentos. Esta situación acarrea otro problema ya que no se sabe con certeza que tanto las madres van por la necesidad del alimento y que tanto por qué de verdad les interesa la nutrición de sus hijos.

La nutricionista a cargo de este programa afirmaba que, en más de una ocasión, cuando el niño mejoraba y salía de la desnutrición, las madres solían decirle con tristeza: “ay, señorita quiere decir que ya no me va dar la canasta?”.

Efectivamente el hijo se recuperó y no debería recibir la canasta, sin embargo, es comprensible esta respuesta de la madre, pues con esa canasta comían todos los demás niños de la casa. Entonces la preocupación de la nutricionista era qué tanto en realidad este programa alimentario estaba erradicando realmente la desnutrición o la estaba promoviendo ya que si ellas querían seguir recibiendo alimentos tenían que tener a su niño desnutrido.

Esta otra lógica expresada como conveniencia, deja implícito el hecho de que su niño se mantenga dentro del público objetivo, es decir: enfermo.

La ineficacia de la atención en salud en San Benito podría estar vinculada también al desinterés de los gobiernos en un modelo de atención de salud que pueda corresponder a las necesidades de una población que cada vez alcanza un mayor crecimiento demográfico. Esta situación es una condición presente en otros territorios del Perú donde el acceso y el crecimiento poblacional sobrepasa la oferta de profesionales de



salud dispuestos a trabajar en zonas alejadas, siendo la demanda mayor a la proyectada por el Ministerio de Salud, como si hubiese una subestimación de las reales necesidades. A esto se suma el débil tejido social apoyado por el hecho de que las familias no desean quedarse en San Benito mientras la carencia de servicios básicos represente un riesgo constante de peligro y enfermedad.

De acuerdo con algunos estudios latinoamericanos, el proceso salud-enfermedad está determinado por diferentes mecanismos entre los cuales destacan las condiciones materiales existentes dados por el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones de producción. Y toda esta cuestión ideológica resulta ser dinámica y hasta contradictoria (Mendoza LM, 2011) (Eslava-Castañeda, 2017).

Resulta interesante mirar el proceso salud enfermedad desde una perspectiva estructural ya que permite entender que se hace parte de algo más grande, como la sociedad y por ello los individuos adquieren estilos de vida acordes a su realidad social (Idrovo, 2017).

Conclusiones

Hay una diversidad de cuidadores de la salud de los niños: abuelas, hermanas, tías, vecinas, etc y eso resulta una falta de responsabilidad clara frente a la crianza de los niños y por ende a su salud.

Los problemas de salud del niño son vinculados al medio ambiente de la zona y a la carencia del agua potable.

Las madres están convencidas que la salud es consecuencia de una buena alimentación, pero en la práctica pesa más el costo/beneficio en términos de facilidad, dinero y tiempo, que le puede brindar un alimento.

Existe una falta de comprensión recíproca entre las madres y el personal de salud, que resulta de la mirada de “negligencia” que tiene cada uno del otro.

Finalmente, estos resultados coinciden con otras realidades observadas en poblaciones con características semejantes de otros lugares, por lo que resulta interesante tomarlos como antecedente en la elaboración de las estrategias para solucionar problemas de salud infantil.



Referencias

- Instituto Nacional de Salud. (2011). Lineamiento de gestión de la estrategia sanitaria de alimentación y nutrición saludable. Documento técnico. Lima: INS.
- Aguado, J., & Portal, M. (1992). *Identidad, Ideología y ritual*. Mexico DF: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Alcazar L., D., Huaman E., L., & Aparco, J. (2013). Impacto económico de la desnutrición crónica, aguda y global en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 30(4).
- Allport F., H. (1974). *El problema de la percepción*. Buenos Aires: Nueva Vision.
- Benitez, L. (1992). La percepción sensible en René Descartes. Simposio Percepción: Colores, del 11 al 14 de agosto. Mexico DF.
- Breilh, J., & Tilleria, Y. (2009). *Aceleración global y despojo en Ecuador. El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal*. Quito, Ecuador: Universidad Simón Bolívar, Ediciones Abya –Yala.
- Cardozo A., V. (2015). *Cultura alimentaria y representaciones sociales de la salud de los niños y niñas: una mirada desde los actores en el Asentamiento Humano San Benito*. Centro de Investigación y Desarrollo. (2009). *Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú: 1996-2007*. INEI. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- Centro de investigación, documentación y asesoría poblacional. (2009). *Principales problemas ambientales de Lomas de Carabayllo*. CIDAP, Lima.
- Del Pino, P., Mena, M., Torrejon, S., Del Pino, E., Arones, M., & Portugal, T. (2012). *Repensar la desnutrición: Infancia, alimentación y cultura en Ayacucho*. Lima: IEP.
- Eslava-Castañeda, J. (2017). Pensando la determinación social del proceso Salud-Enfermedad. *Rev. Salud Pública*. 1, 9 (3), 396-403.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2007). *Programa Buen Inicio: Evaluación externa*. UNICEF, Lima.
- Goetz, J., & LeCompte, M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2001). *Etnografía. Métodos de investigación* (2 ed.). Barcelona: Paidós Iberica, S.A.
- Harris, M. (1999). *Bueno para comer. Enigmas de alimentación y cultura*. Madrid: Alianza Editorial S.A.
- Idrovo, A. (2017). Determinación social del proceso salud-enfermedad: una mirada crítica desde la epidemiología del siglo XXI. *Salud Pública*, 19(3), 404-408.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). *Encuesta demográfica y de salud*



familiar. INEI. Lima: INEI.

Kottak, C. (2011). *Antrología Cultural* (14 ed.). Mexico DF: Mc Graw-Hill/Interamericana Editores S.A.

Mendoza LM, J. E. (2011). Determinación y causalidad en salud colectiva. Algunas consideraciones en torno a sus fundamentos epistemológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (Supl. 1), 847-854.

Miles, M., & Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Newbury Park: Sage.

Ministerio de la salud. (2015). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención*. Lima: MINSA.

Pardinas, F. (1974). *Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales. Introducción elemental* (12 ed.). Mexico DF: Siglo Veintiuno Editores S.A.

Quispe, E., & Tacuman, S. (2011). *Carabayllo: Genesis de Lima Norte. La reivindicación de un distrito histórico* (1 ed.). Lima: Municipalidad de Carabayllo.

Rodriguez, G., Gil, J., & Garcia, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa* (2 ed.). Granada: Ediciones Aljibe S.L.

Rubin de Celis, E., Pecho, I., de Suremain, C.-E., & Lefevre, P. (2003). Representaciones y significativos de la salud infantil en el Perú. En E. Rubin de Celis, & E. Sejas (Edits.), *Miradas cruzadas en el niño. Un enfoque multidisciplinario para la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño en Bolivia y Perú* (págs. 139-188). La Paz: IRD/IFEA/Plural Editores.

Warmi Huasi. (2012). *Voces de los niños y niñas del AAHH San Benito sobre la situación laboral de sus madres y de la comunidad*. Warmi Huasi, Lima.

Tablas

Resultados	N° Niños	%
- Negativo	21	48%
+ BH	10	23%
+ EC	2	5%
+ GL	2	5%
Falta entregar frascos	9	20%
Total	44	100%

Tabla N° 1

Prevalencia de Parásitos Encontrados en campaña de despistaje de anemia y parasitosis 21 de agosto del 2010. Fuente: Informe de la Campaña de despistaje de Anemia y Parasitosis. ONG Warmi Huasi. 2010



Pruebas de Parásitos		
Tipo de Parásito	N° de Niños	% de Niños
Blastocystis Hominis	15	34
Giardia lamblia	12	27
E.coli	15	34
Hymenolepsis Nana	2	5
Total	44	100

Tabla N° 2

Prevalencia de Parásitos Encontrados en campaña de despistaje de anemia y parasitosis 26 de febrero del 2011. Fuente: Informe de la Campaña de despistaje de Anemia y Parasitosis. ONG Warmi Huasi. 2011



A Homeopatia Popular E A Ecologia Dos Saberes Em Saúde

Germana Lima de Almeida
Danielle dos Santos Costa
Cassia da Silva

Resumo

Os saberes científicos sobre saúde, aliados historicamente a políticas públicas, confluíram para um campo de poder que fragilizou - por sua força política, científica, econômica e social – a aceitação e legitimidade de outros saberes e práticas em saúde, como por exemplo, as práticas tradicionais e alternativas. Em face desta hegemonia, socialmente construída, da medicina oficial frente aos demais saberes em saúde; a presente pesquisa investigou um curso de Homeopatia Popular Comunitária ministrado por não médicos para a população em geral, ocorrido no interior do Ceará, Brasil. A pesquisa qualitativa realizou observação participante, obtendo notas de campo e entrevistas. Sua análise teve por objetivo investigar a relevância deste saber em saúde, promovido por meio da educação popular freiriana, para a visibilidade de outras formas epistemológicas de conceber o conhecimento e a experiência social dos indivíduos sobre saúde. Tomou-se por base, o aporte teórico de Boaventura Sousa Santos e suas “ecologias”, vinculadas aos conceitos de Sociologia das Ausências e Sociologia das Emergências. Resultados revelaram que entre os egressos houve fortes aspectos emancipatórios em suas concepções e práticas de saúde, expandindo o aspecto de empoderamento social destes sujeitos não apenas por meio de um novo conhecimento de saúde para uso familiar, mas também da compreensão política, epistemológica, econômica e social que envolve a disseminação dos saberes e práticas de saúde em sua sociedade.

Palavras chave

Sociologia, saúde, homeopatia popular, ecologia dos saberes.

Introdução

O final do século XX trouxe novos expoentes para pensar o campo dos saberes médicos pondo em questão não apenas o universo acadêmico ou políticas públicas (Foucault, 1979; Bourdieu, 1983), como também seus instrumentos, vertentes e abordagens teóricas, em sociologia da saúde (Minayo, 2014; Luz 2014).

De acordo com Abreu (2016), sobretudo, as práticas de saúde contemporâneas vivenciam sérias limitações para solucionar os problemas de saúde dos indivíduos e



populações. Em parte, por sua excessiva medicalização, cujos danos dela decorrentes tornou-se a terceira maior causa de morte nos Estados Unidos. Mas também, por uma crise multidimensional mais ampla, uma crise de paradigmas em todos os campos, incidindo igualmente na biomedicina.

De acordo com Santos (2004; 2011), esta crise paradigmática nos campos científicos seria um expoente direto de um consistente mecanismo de “desperdício da experiência humana”, que foi produzido pela relação de força preponderante que o saber científico europeu, de base epistemológica cartesiana, impôs sobre os demais modelos de produção de conhecimento existentes no mundo.

No campo da saúde, saberes como a medicina tradicional chinesa ou saberes de populações indígenas ou africanas, praticados por seus agentes locais, foram combatidos pela estrutura de saber biomédico que se formava. E mesmo a homeopatia, que foi sistematizada pelo médico alemão Samuel Hahnemann no século XIX com a publicação do Organon da arte de curar (Hahnemann, 2013), foi fortemente combatida por inovar na compreensão de saúde, da prática médica e dos “fármacos” necessários para promoção da saúde humana. No Brasil, sua proposta revolucionária a fez igualmente combatida e relegada, por mais de um século, a ser classificada como charlatanismo (Luz, 2014).

Contudo, essa negação enquanto prática biomédica, motivou uma intensa disseminação e prática da homeopatia por agentes não médicos, em defesa da homeopatia, em todo o território Brasileiro desde sua inserção no século XIX. E atualmente, sua prática e disseminação popular persiste enquanto alternativa “não médica” procurada pela população, mesmo após seu reconhecimento como especialidade biomédica pelo Conselho Federal de Medicina, em 1980, que permite profissionais acadêmicos atuarem no país. (Almeida, 2018)

Neste sentido, o presente trabalho traz elementos de uma investigação feita com egressos de um curso de homeopatia popular; tendo por objetivo apreender a relevância deste curso na visibilização de outras formas epistemológicas de conceber o conhecimento e a experiência social dos indivíduos sobre saúde; tomando por referencial teórico a concepção de “ecologia dos saberes” defendida por Santos (2004; 2011). Estes achados são resultantes do tratamento de dados de uma pesquisa realizada no âmbito da pós-graduação em Ciências Sociais e Humanas pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte-UERN e apoiada pela CAPES.



Justificativa

Para além do embate até hoje muito acirrado dentro do próprio campo biomédico sobre validade ou não da homeopatia; busca-se neste trabalho, primeiro, lançar o olhar para o aspecto de sua prática distintiva entre médicos e não-médicos.

No campo biomédico, embora haja no Brasil uma conjuntura aparentemente favorável à sua prática inclusive no sistema público de saúde (Brasil,2006); até hoje a homeopatia sofre embates práticos e teóricos frente aos biomédicos alopatas (Salles; Schraiber, 2009), repercutindo em uma baixa oferta de cursos, pesquisas e especializações acadêmicas no país.

Numa investigação sobre atividades homeopáticas em 115 faculdades de medicina do Brasil, apenas oito informaram que ofereciam a homeopatia em disciplinas regulares e dispunham de ambulatórios. Destas, apenas três promoviam pesquisas na área e, em apenas uma, a disciplina era obrigatória e dispunha de residência médica na área (Salles, 2006). O exposto, limita fortemente a formação de profissionais médicos homeopatas no país e torna esta prática médica uma modalidade de alto custo para o paciente, dada a baixa oferta de médicos e intensa procura.

Contudo, estes limitantes de espaço e reconhecimento dentro da própria conjuntura biomédica desde sua inserção no Brasil em 1840, favoreceu a sua difusão contestatória no país por agentes médicos e não médicos, destinado praticantes em geral (Luz, 2014). Deste movimento contestatório resultaram iniciativas consolidadas no cenário nacional, em instituições do terceiro setor, que continuam difundindo a homeopatia de caráter popular como alternativa de saúde, especialmente em movimentos sociais, atendimento comunitário ou vinculado a grupos religiosos de amparo social a populações carentes, tornando-a conhecida como “homeopatia popular” ou “homeopatia popular comunitária” (Almeida, 2018; Amaral, 2008).

A compreensão do sentido atribuído ou adquirido pelos buscadores da homeopatia popular; em relação ao saber biomédico e seus agentes - dos quais estas mesmas populações já se utilizavam - torna-se pertinente de investigação; para apreensão da experiência humana em saúde desencadeada por este processo de “formação” que parece motivar os indivíduos a partilhar simultaneamente de distintas – e as vezes até opostas - estratégias e bases epistemológicas para solução de seus problemas.



Metodologia

A pesquisa original privilegiou em sua metodologia o caráter qualitativo, por meio da observação participante, para colher dados in loco. Tanto o processo formativo do curso de Homeopatia Popular Comunitária do Cariri, quanto a interação entre os formadores e os participantes, foram observados presencialmente a cada etapa. Esta observação forneceu uma melhor percepção dos elementos sutis inerentes ao grupo. Houve melhor apreensão dos participantes e do impacto deste novo saber em saúde em suas vidas, em relação a suas próprias concepções de saúde que eram anteriores ao curso; sendo estes, elementos privilegiados nas notas de campo desta interação. As entrevistas (previamente aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa-CEP), foram realizadas meses depois com os egressos do curso, obtendo elementos de suas práticas de saúde no âmbito familiar, após a nova bagagem de conhecimentos adquirida e perfazem neste artigo a principal fonte de dados.

Foram quatro os sujeitos egressos entrevistados. Destes, dois tiveram suas narrativas revisitadas por este trabalho e serão aqui apresentadas (sob nomes fictícios para preservar suas identidades) como fonte de evidencia para avaliar a capacidade que a pratica de homeopatia popular tem ou não para desencadear uma ecologia dos saberes biomédicos, podendo repercutir nas dimensões praticas, material e simbólica dos participantes

Problematização: monoculturas do conhecimento

O autor Boaventura de Sousa Santos (2010; 2011) toma por base uma crítica ao modelo epistemológico produtor do conhecimento científico, à qual denominou de “razão indolente”. Indica que esta “razão indolente” moldou um modelo do pensar e do agir no ocidente que é limitante da expansão de outras soluções possíveis para os problemas enfrentados. E que as soluções poderiam facilmente se dar mediante a expansão de outras formas de compreensão e reprodução da experiência.

Indicados como modos de produção da não-existência, o autor classificou cinco experiências em nossa sociedade, calcadas na epistemologia hegemônica da ciência moderna, às quais denominou de “monoculturas” e que incidem tanto no campo subjetivo, quanto prático e objetivos da ação humana. São elas: (A) monocultura dos saberes, (B) monocultura das temporalidades, (C) monocultura dos reconhecimentos, (D) monocultura das produtividades e (E) monocultura das trans-escalas.

Visando contornar o impacto destas lógicas produtoras de ausências, Santos (2011)



aciona a Sociologia das Emergências, sugerindo a busca de alternativas capazes de substituir estas cinco monoculturas ou lógicas homogeneizadoras, por cinco lógicas que ele denomina de “ecologias”, que seriam proporcionadoras de uma maior visibilidade das epistemologias tradicionais correntemente obscurecidas pela lógica racional.

Essas cinco ecologias ou formas contra hegemônicas, capazes de multiplicar as possibilidades de experiências humanas e que oferecem novas possibilidades de conferir sentido à transformação social, são: (a) ecologias dos saberes, (b) ecologia das temporalidades, (c) ecologia dos reconhecimentos, (d) ecologia das produtividades e (e) ecologia das trans-escalas.

É sobre as categorias de: (A) monoculturas do saber e (a) ecologia dos saberes que este trabalho tece sua análise sobre a fala dos sujeitos. Como procedimentos facilitadores da visibilidade desta ecologia, movendo e amplificando os campos simbólicos e efetivos de elaboração, compreensão e práticas transformadoras da experiência humana, delineamos um trabalho da tradução (Santos, 2010, 2011). Este buscou elucidar na fala dos sujeitos, possíveis aspectos de transformação simbólica e prática, desencadeados durante o curso de homeopatia popular comunitária do Cariri, no tocante exatamente à ampliação das possibilidades de experiência humana que possam ter colocado em inteligibilidade recíproca os distintos modelos de compreensão e práticas de saúde.

A discussão contida em Santos defende, dentre outros parâmetros de coexistências epistemológicas, uma “ecologia dos saberes” no sentido de que;

[...] a lógica do saber e do rigor científicos, tem de ser questionada pela identificação de outros saberes e de outros critérios de rigor que operam credivelmente em contextos e práticas sociais declarados não-existentes pela razão metonímica. [...] A ideia central da sociologia das ausências neste domínio é que não há ignorância em geral nem saber em geral. [...] deste princípio de incompletude de todos os saberes decorre a possibilidade de diálogo e de disputa epistemológica entre os diferentes saberes. O que cada saber contribui para esse diálogo é o modo como orienta uma dada prática na superação de uma certa ignorância. O confronto e o diálogo entre saberes é um confronto e diálogo entre diferentes processos através dos quais práticas diferentemente ignorantes se transformam em práticas diferentemente sábias. (Santos, 2004, p. 790)



Isso implica em dizer que as práticas sociais desenvolvidas pelos participantes nesse contexto de apreensão de um novo conhecimento em saúde, deve ser especialmente observado no campo investigado, por lhes ser atributo imprescindível de construção de entendimentos inovadores sobre o mundo e sobre o ser no mundo que o cerca. Santos destaca ainda que “o trabalho de tradução é decisivo para definir, em concreto, em cada momento e contexto histórico, quais são as constelações de práticas com maior potencial contra hegemônico” (2010, p. 127); frente à homogeneização da produção do conhecimento balizada preponderantemente pela epistemologia racional-cartesiana no mundo contemporâneo.

Discussão: por uma ecologia de saberes em saúde

Partindo da categoria de Monocultura do Saber, Santos discorre sobre o rigor do saber científico que “consiste na transformação da ciência moderna e da alta cultura em critérios únicos de verdade e de qualidade estética” (Santos, 2010, p. 102).

Nesta pesquisa se pôs em análise as interseções possíveis entre os saberes biomédicos e outras formas de produção de saberes em saúde, reconhecendo que “em última instância, a injustiça social assenta na injustiça cognitiva” (Santos, 2010, p. 106) e que a vizibilização de agentes e epistemologias outras poderia conferir, ao grupo em estudo, um maior empoderamento e compreensão de saúde para solução de problemas locais. Ou seja, a prática de uma “ecologia dos saberes”.

Por outro lado, bem como a compreensão de um novo instrumento de promoção da saúde familiar, a ecologia dos saberes no âmbito do curso de homeopatia popular poderia também se dar a partir da ampliação da compreensão das estruturas invisíveis que corroboram com a expansão de um campo de saber (em saúde) em detrimento de outros – como instâncias políticas, econômicas, acadêmicas, etc.

A homeopatia popular foi compreendida aqui, portanto, como uma prática com potencial contra hegemônico que precisava ser analisada no tocante a sua real capacidade de relativizar, entre seus praticantes e participantes do curso, a experiência científica em favor de uma abertura para outras práticas e agentes não científicos.

Neste sentido, a observação do campo empírico trouxe, já no primeiro encontro formativo, uma postura conciliadora de diversos saberes em saúde. O facilitador ao convocar os participantes a indicar toda e qualquer modalidade terapêutica que um dia eles tivessem conhecido; relacionou-as no quadro para defender a validade do saber de



todas elas sem, contudo, desconsiderar a validade do saber biomédico e homeopático. Sua postura inicial foi de promoção da visibilidade e inteligibilidade recíproca de todos os campos de saber em saúde que confluem para um objetivo comum: promover saúde.

A experiência adquirida pela participante Cibele após esta e as demais inserções de facilitadores ao longo dos dois anos de curso, indicou sobre sua experiência que;

Eu acho que o que aconteceu, o que ocorreu, é que eu entendi o princípio das práticas holísticas. O princípio é a harmonização energética do ser humano enquanto um todo; enquanto máquina [...] enquanto aparelho orgânico inteligente, né? E todas as outras, a homeopatia, as terapias outras, holísticas, elas buscam atuar nessa harmonização tanto quanto a homeopatia o faz. Então vamos dizer assim; eu gosto de aprender sobre outros tratamentos, mas para ver qual é a forma ou qual o modo que eles encontraram para fazer a mesma atuação que a homeopatia faz. (ENTREVISTA Nº 9, aos 23'43")

Tendo Cibele apreendido empiricamente, no curso, que o saber homeopático não foi apresentado como um sistema de saber em saúde com maior relevância que os demais; nem como estanque ou fechado em si; o processo de conhecimento deste novo saber em saúde parece ter colaborado para estimular Cibele a uma contínua abertura a novos conhecimentos; abrindo-a às possibilidades de apreensão de novos códigos, sistemas do pensar, de cognições e significações, no campo da saúde.

Foi observado, ainda, que alguns dos saberes em saúde alternativos que já eram conhecidos por estes sujeitos que concluíram o curso, ganharam uma nova significação e inclusive tiveram sua credibilidade ampliada após o conhecimento em homeopatia. Por exemplo, ao relatar o uso de plantas medicinais, um saber e prática tradicional em sua realidade familiar, antes de conhecer o funcionamento do modelo homeopático, Raquel comenta;

[...] a relação da fitoterapia, por exemplo com a homeopatia. Tudo bem que uma trabalha com a química da planta e a outra trabalha com a energia. Mas assim, a cura sem efeitos colaterais, eu poderia dizer que seria uma equivalência entre as duas. A planta em si, na química, a parte química da planta, por exemplo, uma planta que cura uma dor de cabeça com a química. Eu percebi que na homeopatia ela também com a energia, também cura a dor de cabeça. Então as duas são equivalentes. (ENTREVISTA Nº 06, aos 6'07")

A compreensão apresentada pela participante Raquel expressa sua assimilação do saber homeopático em sua base, sem desprestigiar os saberes preexistentes que,



inclusive, conforme observado no campo empírico da observação participante desta pesquisa, levou os participantes a compreender que os saberes tradicionais sobre fitoterapia ajudam a compreender também os usos que serão dados pela homeopatia à mesmas plantas em sua base terapêutica.

Um claro exemplo disto é o caso da planta avelóis e seu potencial de cura do câncer, narrado por Edna Amaral, a segunda facilitadora trazida ao curso. Ela narrou o caso de um de seus formandos em homeopatia popular do interior da Bahia. Com base nos princípios hahnemannianos apresentados aos participantes dos cursos de homeopatia popular; que é a base para uma compreensão do saber homeopático enquanto campo científico e investigativo; um participante desenvolveu por conta própria um experimento sobre o uso da planta avelóis (*euphorbia resinífera*), que era popularmente conhecida como útil no tratamento do câncer. Este participante não tinha localizado nenhum material homeopático que descrevesse esta planta. Ao final da experiência, contudo, obteve resultados descritivos de praticamente todos os sintomas somáticos descritos na matéria médica oficial, que descrevem sintomas que esta planta é capaz de curar no indivíduo, e que foi posteriormente apresentado a ele pela facilitadora do curso.

Especialmente no caso do uso de plantas medicinais amplamente difundidos, sistematizada por Matos (2007) em sua vasta pesquisa com populações tradicionais; foi observado durante os encontros que esta era uma alternativa amplamente conhecida, difundida e acionada pelos instrutores homeopatas para impulsionar os saberes em homeopatia entre os participantes. Estes, frequentemente, alicerçaram o próprio uso destes saberes tradicionais, trazendo relatos de seu uso popular e o grande potencial de expansão do uso terapêutico destas plantas, a partir de uma manipulação homeopática. Zemelman, acerca do sentido que os sujeitos atribuem ao conhecimento que constroem, indica:

O seu fundamento encontra-se na tensão entre conhecimentos circunscritos a objetos e conhecimentos que têm de ser construídos a partir de uma necessidade de sentido para que possam desenvolver-se. Não se trata aqui, de alcançar uma lucidez desprovida de corpo vinculando-nos às raízes que assegurariam o nosso renascer, mas de ampliar a capacidade do sujeito. (Zemelman, 2004, p. 460) (Grifo nosso)

Infere-se neste autor, a compreensão de que um novo saber é desencadeado quando há uma lacuna de sentido causada por experiências anteriores. Contudo, para se tornar profícuo de soluções, a aquisição de um novo saber não pode ser meramente a



aquisição de elementos completamente exógenos de sentido. Ele chega, mas só se estabelece se, associado a experiências prévias e às necessidades estabelecidas, instaurar um novo campo onde se possa produzir sentido nas práticas e ações humanas locais.

Um outro exemplo disso foi retratado durante o curso pelo instrutor Itamar Assunção sobre o uso da planta arruda (*ruta graveolens*), que é popularmente usada para tratar úlceras e dores reumáticas. Quando esta é convertida em homeopatia, além de tratar os mesmos problemas conhecidos popularmente, trata-os com mais eficácia e com possibilidade de cessar a reincidência do problema, por ajudar o corpo a fortalecer suas defesas. No caso da sua ação no reumatismo, a arruda em sua manipulação homeopática expande sua ação terapêutica como alternativa eficaz tanto na recuperação de intervenções cirúrgicas quanto atenuando processos degenerativos nessas cartilagens e interseções ósseas.

Um aspecto relevante, contudo, foi a própria possibilidade oportunizada pelo saber homeopático de habilitar o participante a produzir novos medicamentos, desvendando por si só o mundo de seu entorno e transformando-o em produtor de saberes em saúde. A narrativa feita por outro dos facilitadores, de uma participante que produziu homeopatia para curar alcoolismo a partir de sua observação do movimento cambaleante de uma minhoca que tinha por habitat a vegetação de seu entorno, resultou numa homeopatia que atualmente é difundida em todos o país, nos segmentos de homeopatia popular, com prestigiada eficácia. Tal relato denota o imenso potencial que a homeopatia popular tem de não mais se deixar desperdiçar a experiência social do conhecimento local.

Entre os participantes do curso observado, um funcionário público aposentado protagonizou a cura de um cajueiro em seu próprio quintal, a partir do experimento e manipulação homeopática de elementos do próprio vegetal adoecido.

Desta forma, a homeopatia projeta-se como uma possibilidade real de tornar seus práticos, em indivíduos emancipados de uma hierarquia que é própria do campo do conhecimento científico (Foucault, 1979; Bourdieu, 1983; 2009), que desqualifica agentes não acadêmicos da produção de conhecimentos válidos, ou interdita-os de seu reconhecimento na atuação e prática destes saberes. Os participantes perceberam-se como agentes que podem ser não apenas reprodutores de um novo saber em saúde, mas também investigadores e produtores de saberes a partir de sua realidade e



necessidades locais; vertendo-as em profícuas soluções.

A capacidade de populações comuns, ou tradicionais, de produzirem conhecimentos cientificamente válidos é bem retratada por Shiva (2001; 2003) e Cunha (2009) que demonstram os estreitos interesses econômicos que subjazem o interesse do campo científico em deslegitimar o conhecimento produzido fora do meio acadêmico, para que estes sejam apropriados pelo campo científico e convertidos em patentes cuja monetização privilegia apenas grandes conglomerados científicos e seus pesquisadores. Shiva (2001, 2003) retrata os conhecimentos milenares de populações rurais na Índia, que foram perseguidas pelas indústrias agroquímicas em busca de patentear suas sementes; e Cunha (2009), por sua vez, retrata os saberes medicinais de tribos indígenas da Amazônia, disputados por multinacionais farmacêuticas, igualmente visando a obtenção de patentes.

Estes expoentes econômicos que impactam fortemente estruturas sociais mais frágeis são também consideradas por Santos (2005) acerca dos caminhos da biodiversidade, para indicar outras soluções possíveis à experiência e a reinvenção da emancipação social. Santos (2005) evoca domínios como a democracia participativa e sistemas alternativos de produção. Ambos aspectos podem ser creditados à experiência oportunizada pelo saber homeopático, inserindo-a no âmbito de uma ecologia dos saberes.

Sobre a democracia participativa, entenda-se o potencial deste saber e prática em saúde de “reabilitar” o homeopata popular, um cidadão comum, à produção de conhecimentos que há muito tempo lhe vem sendo interditados, por força da racionalidade indolente, e de sua monocultura do saber, que restringe este reconhecimento a seletos grupos científicos, instituindo sua hegemonia e autoridade hierárquica sobre outros modelos cognitivos de produção de saberes e seus agentes (Santos, 2005).

No quesito de emancipação social, esta se revelou primeiro como questão prática na vida econômica dos participantes, que estabeleceram uma rede solidária de aquisição de medicamentos homeopáticos que são passíveis de uma reprodução (cópia) de forma artesanal em suas residências, desalienando-os da dependência de farmácias especializadas que sequer existiam na região para aquisição de homeopatas. Mas também no tocante à ampliação da experiência humana que foi conferida pelo domínio do saber – experimento e produção artesanal de homeopatas – que levou seus



praticantes a desvendaram novos usos homeopáticos além de lhes conferir uma quebra da relação de dominação ideológica, cognitiva e epistemológica sobre os agentes “capazes” ou “incapazes” de produzir conhecimento.

A homeopatia popular comunitária revela, desta forma, o potencial de promover processos de autoconhecimento e empoderamento capazes de mobilizar e engendrar novos significados ao contexto social, cultural e histórico em suas dimensões sociais mais diretas, transformando a experiência social dos indivíduos.

Considerações finais

Os parâmetros fundamentais de cientificidade em nossa atualidade vêm desenvolvendo-se ainda sob fortes aspectos de um racionalismo instrumental, que desprestigiam modelos outros de cientificidade desenvolvidos fora da tradição europeia. Este é o elemento principal apontado em Santos (2004; 2005; 2010; 2011) e que se tornou também a discussão principal proposta: a racionalidade biomédica e seus agentes não são os únicos padrões de racionalidade e agentes capazes de explicar e transformar aspectos da saúde dos indivíduos.

Aliada a esta questão, necessário se fez considerar os modelos oficiais de reprodução desta lógica cientificista, que se insere fortemente também nos aspectos de sociabilidades, nas motrizes da ação humana e nas estruturações institucionais na qual a sociedade se alicerça. Neste sentido, ambos segmentos – o conhecimento e o seu sistema reprodutor - foram tomados aqui primordialmente sob a ótica da sua localização sócio espacial a fim de nos instigar a repensar qual o mais amplo sentido de conhecermos algo, ou; como nos conectamos com aquilo que conhecemos, ou; que aspectos limitam ou libertam nossa expansão do conhecer e, finalmente; por que, diante de tão ricas bases e matrizes culturais de compreensão do mundo, deveríamos privilegiar uma única para nos percebermos sujeitos.

O desafio não foi compreender homeopatia, portanto, e nem compreender as distinções epistemológicas, metodológicas ou teóricas que fundamentam as iniciativas e práticas oficiais ou não oficiais da produção de conhecimento e sua reprodução. No tocante ao objetivo traçado, buscou-se verificar o cerne mais profundo das contribuições que o conhecimento em homeopatia popular poderia proporcionar aos sujeitos, na condução de suas práticas em saúde. E constatou-se, na base de tudo, que a realidade ultrapassa, de fato, todas as formas existentes – científicas e não científicas – de se compreender o mundo real e, por isso mesmo, merece apurada sensibilidade e firmeza de admitirmos



em nosso íntimo que muito nos falta para compreender o que nossa humanidade realmente necessita.

Referencias bibliográficas

- Almeida, G. L. (2018) Homeopatia popular e ecologia dos sabres em saúde. 2018. 137f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais e Humanas) – Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró – RN, 2018.
- Abreu, I. P. H. (2016) A homeopatia e a ciência moderna: conexões. São Paulo: All Print Editora, Vol. 2.
- Amaral, E. F. (2008) Conhecimento e (re) conhecimento na educação popular: uma reflexão sobre a experiência educacional da ABHP. Cuiabá: UFMT/IE.
- Bourdieu, P. (2009) O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Bourdieu, P. (1983) O campo científico. In: ortiz, R. (Org.). Pierre Bourdieu – Sociologia. São Paulo: Ática, p. 122-155
- Brasil. (2006) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde.
- Cunha, M. C. (2009) Cultura com aspas. São Paulo: Cosac Naify.
- Foucault, M. (1979) O nascimento da medicina social. In: Foucault, M. Microfísica do poder. 20ª edição. Rio de Janeiro: Graal; 1979. p. 79-98.
- Hahnemann, S. (2013) Organon da arte de curar: exposição da doutrina homeopática. 5. ed. São Paulo: GEHSP “Benoit Muire”, 2013.
- Luz, m. T. (2014) A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil. Porto Alegre: Rede UNIDA.
- Matos, F. J. A. (2007) Plantas medicinais: guia de seleção e emprego de plantas usadas em fitoterapia no nordeste do Brasil. 3. ed. Fortaleza: Imprensa Universitária.
- Minayo, M. C. S. (2014) O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec.
- Salles, S. A. C. (2018) A presença da homeopatia nas Faculdades de Medicina Brasileiras: resultados de uma investigação exploratória. Revista Brasileira de Educação Médica. 32(3):283-000; 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a02> Acesso em: março/2018.
- Salles, S. A. C. & Schraiber, L. B. (2009) Gestores do SUS: apoio e resistências à homeopatia. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, 25(1):195-202, jan., 2009. Disponível em:



<https://pdfs.semanticscholar.org/f258/647e5df8f4912944ab7429581541b19deb51.pdf>

Acesso em: março/2018.

Santos, B. S. (2005) Introdução. In: Santos, B. S. [Org.]. Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Santos, B. S. (2010) A ecologia dos saberes In: A gramática do tempo: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez, p. 137-165.

Santos, B. S. (2011) A crítica da razão indolente. 8. ed. São Paulo: Cortez.

Santos, B. S. (2004) Conhecimento prudente para uma vida decente: um discurso sobre as ciências revisitado. São Paulo: Cortez.

Shiva, V. (2003) Monoculturas da mente: perspectivas da biodiversidade e da biotecnologia. São Paulo: Gaia.

Shiva, V. (2001) Biodiversidade e conhecimento popular. In: Biopirataria: a pilhagem da natureza e do conhecimento. Petrópolis, RJ: Vozes.

Zemelman, H. (2004). Sujeito e sentido: considerações sobre a vinculação do sujeito ao conhecimento que constrói. In Santos, B. S. Conhecimento prudente para uma vida decente: um discurso sobre as ciências revisitado. São Paulo: Cortez, p. 457-468.



Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: o saber popular como possibilidade de renda para populações socioeconômicas vulneráveis

Marta Rocha de Castro¹
Rodrigo Penna – Firme²

Resumo

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos aprovada pelo Ministério da Saúde no Brasil em 2006, apresenta como uma de suas diretrizes a valorização do conhecimento tradicional e importante estratégia para o enfrentamento das desigualdades regionais existentes em nosso país, possibilitando a inserção socioeconômica das populações de territórios caracterizados pelo baixo dinamismo econômico e indicadores sociais precários. O novo conceito de saúde trouxe a consciência e o reconhecimento das pessoas por outras abordagens médicas de outras culturas e também a medicina popular. Este texto propõe uma análise do saber popular sobre o uso das plantas medicinais das populações socioeconômicas vulneráveis, saber que atravessa gerações e apresentando a possibilidade do turismo de saúde nesta área se reverter em possibilidade de renda para essas populações que possuem o conhecimento desta prática tendo como experiência oficinas sobre o uso das plantas medicinais realizada de Agosto de 2017 à julho de 2019 em uma comunidade localizada no interior do Estado do Rio de Janeiro, Brasil;

Palavras-chave

Política nacional, plantas medicinais, saber, popular.

Introdução

A utilização das plantas com finalidades terapêuticas e de cura é tão antiga quanto a existência humana. No Brasil, o uso de plantas foi o principal recurso de cura para os povos originários/ índios. Esses povos possuíam o que podemos caracterizar como um sistema de saúde próprio, e as plantas medicinais eram um importante elemento desse complexo devido seu uso para fins de cura a enfermidades (Freitas, 2001). O contato com as culturas europeia e africana no período colonial trouxe outras espécies de plantas medicinais que são utilizadas até a atualidade.

A expansão tecnológica da medicina moderna a partir do século XVIII, após a revolução industrial, e em curso até os dias atuais, favoreceu ainda mais para que o uso das plantas medicinais fosse desqualificado e substituído por procedimentos tecnológicos



(Ayres, 2004). Outro fator foi deslocamento das pessoas do campo para as cidades neste período que fez com que a produção de alimentos e a agricultura familiar fossem substituídas pela produção de matéria prima para a indústria têxtil (Czeresnia et al, 2016), que transformou a relação homem/meio ambiente, uma vez que o sujeito passa a usar a sua terra para produção com fins lucrativos e não mais para plantar os seus alimentos e medicamentos.

O desenvolvimento tecnológico tem a sua distribuição desigual no espaço (Santos, 2006) e as plantas medicinais subsistiram e nos países mais pobres, seu consumo está vinculado à tradição, assim como à ausência de recursos financeiros.

É comum que moradores de áreas periféricas tenham acesso mais limitado aos serviços de saúde, ao mesmo em tempo que detenham conhecimento mais aprofundado sobre cultivo e uso de plantas medicinais (Veiga, 2011; Oliveira, 2010). Além de ser um recurso mais acessível pela facilidade de serem “encontrada no próprio bairro ou na periferia das grandes cidades onde as classes mais pobres vivem” (Pinheiro et al 1996, p 512). A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que:

Grande parte da população dos países em desenvolvimento depende da medicina tradicional, tendo em vista que 80% desta população utilizam práticas tradicionais nos seus cuidados básicos de saúde e 85% destes utilizam plantas ou preparações destas (BRASIL, 2006, p 11)

Em 2006 é criada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares da Saúde no Brasil e são incluídos no Sistema Único de Saúde práticas como Homeopatia, Acupuntura, Fitoterapia entre outras práticas integrativas da saúde.

Com objetivo de regulamentar o acesso ao uso das plantas medicinais e fitoterápicos, considerando a biodiversidade brasileira, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF) por meio do Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Esse decreto é parte da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares da Saúde, que tem como objetivos centrais: 1) ampliar as opções terapêuticas na perspectiva da integralidade na atenção à saúde; 2) valorizar o conhecimento tradicional; 3) fortalecer a indústria farmacêutica nacional; e, 4) construir o marco regulatório para a produção, distribuição e uso das plantas.

Alguns princípios nortearam a elaboração da PNPMF tais como melhoria da atenção à



saúde, uso sustentável da biodiversidade brasileira e fortalecimento da agricultura familiar, geração de emprego e renda, desenvolvimento industrial e tecnológico e perspectiva de inclusão social e regional, participação popular. Ressalta-se a intenção de diminuir a dependência tecnológica e o fomento a indústria de fitoterápicos no Brasil, levando-se em conta a biodiversidade brasileira (Brasil, 2016).

Para a elaboração deste texto fizemos um levantamento bibliográfico de pesquisas recentes sobre o tema, e algumas oficinas sobre o uso das plantas medicinais em uma comunidade localizada no interior do estado do Rio de Janeiro, Brasil. No decorrer dos anos da implementação do programa de Plantas Medicinais e Fitoterápicos o número de farmácias vivas, plantas in natura e fitoterápicos manipulados foram substituídos por fitoterápicos industrializados em várias regiões do Brasil.

Concluimos na comunidade que visitamos que 90 % da população que participou das oficinas fazem uso das plantas medicinais in natura, praticam agricultura familiar incluindo plantas medicinais e detém o conhecimento sobre o uso, cultivo e manejo das plantas, podendo este conhecimento ser revertido em ocupação e renda para a comunidade.

Indústria Farmacêutica e Plantas Medicinais: Poder X Saber

O progresso tecnológico da medicina alopática e o desenvolvimento e alcance da indústria farmacêutica global fizeram que os tratamentos baseados em plantas medicinais e fitoterápicos fossem relegados ao segundo plano. Esses tratamentos alternativos foram interpretados como uma forma de cuidado à saúde relacionado a credices populares, portanto, sem validação científica necessária à ciência médica (Lander, 2005). A indústria farmacêutica teve o seu primeiro pico de desenvolvimento por volta dos anos 1960 e, uma das formas de mostrar a eficiência e eficácia dos seus medicamentos sintéticos foi através da desqualificação do saber popular sobre as plantas medicinais, reafirmando o cientificismo e o modelo econômico-político da sociedade moderna (Maziero, et al, 2018; Figueiredo et. al., 2014; Barros, 1983; Carlini, 1983).

Para os autores acima citados, o lobby da indústria farmacêutica contra os fitoterápicos não se fundamentou somente na suposta inferioridade da eficácia na cura a enfermidades e elevada toxicidade das plantas medicinais em comparação com os medicamentos sintéticos. Porém, o lobby foi formado para fortalecer os interesses



mercadológicos daquela indústria, que se expandia e usava como uma de suas estratégias mais importantes à desvalorização e desqualificação da medicina tradicional e o uso de plantas e fitoterápicos.

É notório nos últimos anos o posicionamento oposto da indústria farmacêutica em relação aos fitoterápicos em consequência a visibilidade e emolumento desta prática que conquista consumidores em todo o mundo. A figura abaixo demonstra a atração da indústria farmacêutica internacional pelas práticas da medicina tradicional, retirada do site da Bayer, empresa alemã, maior produtora de medicamentos no mundo.

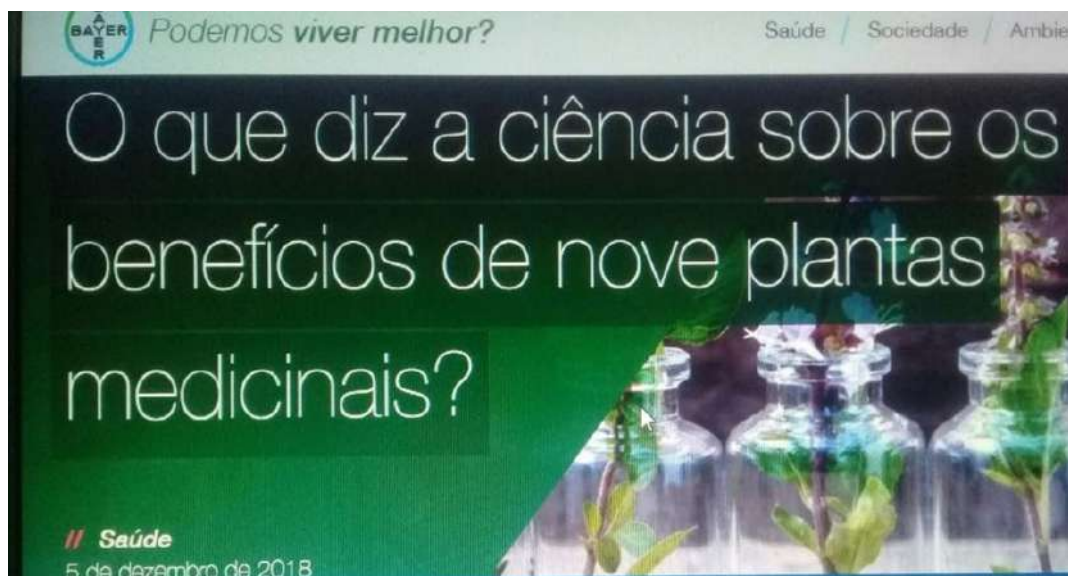


Figura 4: Propaganda da Bayer sobre plantas medicinais
Fonte: Bayer (2018)

Compreendemos a virada de posicionamento da indústria farmacêutica através análise de Milton Santos em seu livro, “Por uma outra globalização”, o consumo muda ao longo do tempo e que nos dias atuais as empresas hegemônicas produzem o consumidor antes de produzir o produto, o que ele chama de despotismo do consumo. Ou seja, organiza-se primeiro o consumo para depois organizar a produção (Santos, 2000, P 24). O uso das plantas e fitoterápicos se tornaram atrativos nos últimos anos em consequência ao crescimento de seus consumidores.

Alguns estudos recentes demonstram a crescente atração da indústria farmacêutica internacional pelo mercado de fitoterápicos e as consequências eminentes deste processo. Ribeiro (2017) identificou de 1980 a 2008 (período anterior a criação da PNPMF) existia um predomínio de farmácias públicas de manipulação, o programa era



fundamentado em hortos públicos e comunitários, favorecendo um acolhimento das heranças culturais do lugar, incorporando um caráter mais regional ao programa tendo em vista que os praticantes faziam uso das plantas que encontravam na região que vivem.

Aumentou a distribuição de fitoterápicos industrializados em relação as plantas medicinais e medicamentos manipulados. Dentre os desafios que podem justificar tal situação, Ribeiro (2017) aponta para as dificuldades e entraves de compra e aquisição de matéria-prima, insumos vegetais, a rigidez normativa e a falta de normatização mais adequadas às realidades regionais e locais dos programas de fitoterapia, por parte da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Caccia-Bava (et al, 2017) notaram maior distribuição de fitoterápicos em municípios mais populosos e com melhores condições socioeconômica. Além disso, foi constatado que medicamento fitoterápico industrializado tem sido mais utilizado do que as plantas medicinais ou medicamento fitoterápico manipulado.

Hasenclever (Et. Al, 2016) mostraram que entre 2009-2015, as 25 empresas produtoras nacionais de fitoterápicos foram compradas por 10 empresas estrangeiras mostrando a crescente atratividade deste setor por parte das multinacionais. Os mesmos autores demonstraram que existe uma negligência em relação ao conhecimento tradicional e seus praticantes por não haver uma diretriz específica para a atuação dos mesmos nos programas e pesquisas de plantas medicinais e fitoterápicos. Também, identificou como um dos principais entraves neste setor, a atuação da ANVISA. Além disso, a publicação da RDC n. 48/200410, igualou os fitoterápicos a medicamentos, exigindo testes clínicos para seu registro, e a RDC n. 26/20144, que amplia a definição da indústria para incluir produtos tradicionais comprovados pelo uso.

Antônio (et al, 2013) identificaram uma ambivalência referente aos significados de cuidado que ora tende a fortalecer a participação comunitária e a autoatenção, ora se restringe a incorporação de fitoterápicos industrializados e manipulados para uso restritamente profissional transformando esta prática em mais um recurso da medicina moderna.

Ferreira (2013) demonstrou que o conhecimento tradicional assume sentidos diferentes em distintos locais, mas que ao integrarem as medicinas tradicionais nos sistemas públicos de saúde sob a supervisão e treinamento dos praticantes das medicinas



tradicionais por parte dos profissionais da saúde. Na tentativa de molda-la aos preceitos da medicina moderna significado original desta prática se perde.

Santos (et al. 2011), Fontenele (et al 2013) e Figueiredo (et al 2014) reconheceram uma necessidade de ampliar os conhecimentos sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicos por parte dos profissionais da saúde.

Diante do panorama dos caminhos que a PNPMF vem seguindo, a não valorização da cultura e herança regional e a unificação na fabricação de fitoterápicos industrializados pode ser fundamentada pela unificação das técnicas, o que Santos (2000) chama de “motor único”, que permite ações igualmente globais, por intermédio de grandes produtores mundiais. Santos (2000) enxerga a unicidade da técnica como um dado essencial do processo de globalização no qual um único sistema técnico se superpõe aos outros sistemas precedentes, como um sistema técnico hegemônico.

Assim, uma erva conhecida e utilizada por determinada cultura, que carrega além do potencial de cura símbolos e heranças geracionais, passa a ser substituída por um composto de ervas, fabricado por uma empresa multinacional e distribuído mundialmente.

O aumento no consumo de fitoterápicos industrializados em relação ao uso das plantas medicinais que poderiam ser produzidas em hortas comunitárias ou familiares, possibilitando a difusão do saber popular através de oficinas e encontros que incluíssem pessoas que detentoras do conhecimento sobre o manejo, cultivo e uso das plantas, podendo esta atividade gerar renda para comunidades em situação de vulnerabilidade econômica, além de preservar o conhecimento tradicional, não desperta interesse do mercado, entre outros interesses por não produz consumidor.

As diferentes formas de cuidado e atenção que operam em uma sociedade possuem relação com as condições religiosas, políticas, econômicas, espaciais e técnicas existentes em cada lugar (Menéndez, 2018), por vezes são opostas ao modelo biomédico da medicina moderna. Existem diferentes formas para se tratar uma mesma enfermidade. O processo de apropriação e de imposição da medicina moderna coloca as práticas médicas tradicionais, populares e de outras origens ou como inferiores pelo não cientificismo ou as encaixam no modelo da medicina hegemônica.



A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos visa valorizar e preservar o conhecimento tradicional, mas ao mesmo tempo as plantas medicinais e os fitoterápicos, assim como outras práticas de origem tradicional e popular precisam de comprovações científicas que utilizem os mesmos métodos da medicina moderna e da ciência para serem incluídas no SUS, ao mesmo tempo que a ANVISA se mostra como um entrave no desenvolvimento e gestão deste projeto.

Se por um lado é proposto treinamento aos praticantes das medicinas tradicionais para incluir os mesmos no programa PNPMF, por outro, nota-se uma escassez de conhecimento sobre o uso de plantas e medicinais e fitoterápicos por parte dos profissionais da saúde. Ou seja, um conjunto de ambivalências que entram o desenvolvimento desta política pública.

Relato de experiência: O saber popular

Os avanços tecnológicos e científico por mais dominantes que sejam não eliminaram as práticas e os saberes populares que atravessam gerações. No campo da saúde o saber popular se mantém entre populações que possuem acesso restrito ou nenhum aos avanços tecnológicos e científicos da medicina, por heranças geracionais e hábitos culturais e também por pessoas que buscam formas de cuidado diferentes das oferecidas pela medicina moderna. A medicina popular pode ser conceituada como “todas as práticas relativas ao processo saúde-doença que ocorrem independentemente do domínio da medicina institucionalizada” (Barbosa et al,2004 p 715) e é dentro desta medicina popular que o nosso relato de experiência se encontra.

Nossos encontros aconteceram do mês de agosto de 2018 a julho de 2019 em uma comunidade localizada ao norte do estado do Rio de Janeiro à 130 km da capital. Com aproximadamente 600 habitantes, em uma área rural, porém com uma distância de 8 km do centro da cidade. Os encontros aconteceram no formato de oficinas que possibilitaram um intercâmbio de conhecimentos sobre as plantas medicinais e suas diversas formas de uso.

Foram quatro encontros no período de um ano, o primeiro agendado por nós com um grupo de 30 pessoas e os outros agendados pelos próprios habitantes da comunidade.

Na primeira oficina relataram suas experiências e conhecimento sobre as plantas medicinais, Falamos sobre a importância desta prática para a autoatenção e para a preservação deste conhecimento e discutimos sobre as plantas que foram aprovadas



pela ANVISA para uso no Sistema Único de Saúde, os participantes levaram mudas de plantas entre elas: Guaco, alecrim, boldo e carqueja, em várias falas mencionavam pessoas que não participaram da oficina, mas que conheciam e cultivavam as plantas em seus quintais, inclusive uma senhora que fabricava o seu próprio sabão e sabonetes.

Nos outros encontros tivemos a oportunidade de conhecer as hortas de alguns moradores que cultivavam alecrim, gengibre, carqueja, guaco, espinheira santa, agrião, saião, maracujá, boldo entre outras plantas com finalidades terapêuticas. No último encontro propomos a elaboração de um projeto para construirmos na unidade de saúde e na creche da comunidade uma horta com as plantas medicinais.

Alguns moradores fabricam xaropes, sabonetes, sabão, sucos com finalidades medicinais entre outros alimentos que podem ser revertidos em renda para essas pessoas e para possibilitar as crianças o contato e a sabedoria desta prática, sendo uma importante estratégia para a manutenção do saber popular e redução da dependência do mercado médico.

O projeto para a construção da horta na creche e na unidade de saúde foi elaborado por nós em parceria com os moradores e está em processo burocrático para a sua implementação. Nossa proposta é que a horta seja construída e cultivada pelos moradores e que as crianças da creche participem e possam levar para casa as plantas e mudas.

Nas oficinas os participantes vão aprender receitas, indicações e dosagens dos chás, preparação de tinturas, compressas, banhos de assento, cataplasma e óleos para uso próprio, além dos sabonetes, sabão, pomadas e receitas de sucos que poderão comercializar.

Os participantes também poderão oferecer suas oficinas para outras pessoas que tenham interesse no saber popular sobre o uso das plantas medicinais, saber esse testado pelo tempo e ameaçado pelo poder das poderosas indústrias agropecuárias e farmacêuticas.

Considerações finais

No Brasil, o desenvolvimento econômico e material nos últimos anos favorece em primeiro plano as empresas nacionais e multinacionais. A base adotada é a de uma aceitação de uma racionalidade econômica exercida pelas empresas poderosas aliadas



a força e ao poder do Estado na criação de condições propícias aos interesses dessas empresas. (Santos, 2002)

Refletimos se a retomada e institucionalização da prática do uso das plantas medicinais e fitoterápicos não seria mais uma forma de alinhar os interesses do mercado à força e poder do Estado, deixando na sombra a valorização do conhecimento tradicional e popular, assim como os benefícios desta política pública para a população. “É percebido um fortalecimento do Estado para atender aos reclamos da finança em detrimento dos cuidados com a população”. (Santos,2000 p 19)

A redução no número de farmácias vivas e o consecutivo aumento na distribuição de medicamentos fitoterápicos industrializados no SUS e ainda o domínio na fabricação dos fitoterápicos por multinacionais reafirma o alinhamento do Estado com os interesses econômicos do mercado em detrimento as melhorias nas condições de vida das pessoas.

O uso das plantas medicinais, a construção das farmácias vivas traz inúmeros benefícios à saúde, reduzem o consumo de medicamentos e amenizam a dependência das pessoas em relação aos cuidados com a saúde fortalecendo a autoatenção e autocuidado, mas isso não alimenta as poderosas empresas.

Notas

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

²Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Bibliografia

Antonio, G. D., Tesser, C. D., & Moretti-Pires, R. O. Fitoterapia na atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 48(3), 541-553. 2014

Ayres, J. R. D. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 8, 73-92. 2004

Barbosa, M.A et al. O Saber popular: Sua existência no meio universitário *Revista brasileira de enfermagem* 57(6):715-9. Brasília, 2004

Barros, J. A. C. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, 17, 377-386. 1983

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Política Nacional de Plantas medicinais e Fitoterápicos. Brasília: Ministério da saúde, 2006



- Caccia-Bava, M. D. C. G., Bertoni, B. W., Pereira, A. M. S., & Martinez, E. Z. (2017). Disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais nas unidades de atenção básica do Estado de São Paulo: resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1651-1659.
- Carlini, E.A. Pesquisas com plantas medicinais usadas em medicina popular. *Rev. Ass. Med. Bras.*, v. 29, p. 109-110, 1983.
- Czeresnia, D., & De Freitas, C. M. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 4a reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016
- Figueredo, C. A. D., Gurgel, I. G. D., & Gurgel Junior, G. D. (2014). A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24, 381-400.
- Ferreira, L. O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. *Hist. cienc. Saúde Manguinhos*. Rio de Janeiro: v. 20, n. 1, p. 203-219, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702013000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 de dezembro de 2018.
- Freitas, S. M. A Saúde no Brasil: do descobrimento aos dias atuais. São Paulo; INDHS. 2014
- Fontenele, R. P., Sousa, D. M. P. D., Carvalho, A. L. M., & Oliveira, F. D. A. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2385-2394. 2013
- Hasenclever, L., Paranhos, J., Costa, C. R., Cunha, G., & Vieira, D. A indústria de fitoterápicos brasileira: desafios e oportunidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 2559-2569. 2017
- Santos, R. L., Guimaraes, G. P., Nobre, M. S. D. C., & Portela, A. D. S. Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Plantas Mediciniais*, 13(4), 486-491. 2011
- Santos, M. A natureza do espaço: Técnica e tempo. Razão e emoção. Editora da Universidade de São Paulo. 2006
- _____. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. São Paulo: Record, 2000.
- Menendez, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. México. *DF Ciência & Saúde Coletiva*, v 8, 185-207, 2018
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares no SUS: PNPIC: atitude de



ampliação de acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Lander, E. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais perspectivas latino americanas. Buenos Aires: Clacso, 2005. Disponível em <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2591382/mod_resource/content/1/colonialidade_do_saber_eurocentrismo_ciencias_sociais.pdf>. Acesso em 08 de dezembro de 2018.

Maziero, M., & Teixeira, M. P. A expansão da utilização de fitoterápicos no Brasil. Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão, 9(12). 2018.

Veiga, J. B. D. Etnobotânica e Etnomedicina na Reserva de desenvolvimento sustentável do Tupé, baixo rio Negro: Plantas antimaláricas, conhecimentos e percepções associadas ao uso e à doença, 2011.



Prevenção ao abuso sexual de crianças e adolescentes na perspectiva de profissionais e gestores de saúde

Taiane Damasceno da Hora
Ariane Rego de Paiva
Ludmila Fontenele Cavalcante

Resumo

O abuso sexual contra crianças e adolescentes é uma das formas de violência que afeta a sociedade, trata-se de uma demanda relevante nos serviços de saúde e se caracteriza como uma das formas de violação de direitos humanos e fundamentais. Segundo os dados do Relatório do Sistema de Vigilância de Violências Interpessoal e Autoprovocada de 2013, no Brasil a violência sexual foi a terceira causa das notificações de crianças e a segunda causa das notificações entre adolescentes nos serviços de saúde. O objetivo deste trabalho é analisar os sentidos atribuídos pelos profissionais e gestores de saúde à prevenção do abuso sexual de crianças e adolescentes. Adotou-se a abordagem qualitativa baseada na interpretação de sentidos. Foram entrevistados 10 profissionais e cinco gestores de duas unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Os profissionais consideram que é necessário discutir o tema no contexto das unidades; compreendem que os abusos ocorrem nas famílias; e consideram a atenção primária e a educação continuada como estratégias fundamentais para a prevenção do abuso sexual. Conclui-se que a prevenção ainda é um desafio para os profissionais, logo é necessário maior investimento em abordagens de prevenção, enfatizando questões referentes à sexualidade conforme cada idade. Para tanto, a educação continuada é uma ação importante visto que pode colocar o tema em evidência para os profissionais, famílias, crianças e adolescentes. A atenção primária assume um papel estratégico devido à sua proximidade com a comunidade e o potencial de intervenção pelos profissionais.

Palavras-chave

Prevenção, abuso sexual, crianças, adolescentes, gestores de saúde.

Introdução

O objetivo deste trabalho é analisar os sentidos atribuídos pelos profissionais e gestores de saúde à prevenção do abuso sexual de crianças e adolescentes.

Trata-se de parte dos resultados da pesquisa de dissertação de mestrado apresentada no curso de mestrado acadêmico em Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC Rio), cujo objeto consistia na análise da implementação dos



serviços de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual em unidades de saúde do município do Rio de Janeiro.

Neste trabalho serão apresentados os resultados sobre a categoria definida na pesquisa de mestrado como “prevenção ao abuso sexual contra crianças e adolescentes”. Compreende-se que o abuso sexual contra crianças e adolescentes é uma das expressões da violência estrutural no Brasil e necessita do atendimento de diferentes políticas, sendo uma delas a de saúde. Os profissionais de saúde devem atuar a fim de contribuir para evitar a reincidência de casos que podem ocorrer com maior ou igual gravidade se não houver uma ação para sua interrupção.

A prevenção ao abuso sexual contra crianças e adolescentes neste estudo foi abordada a partir da Norma Técnica de prevenção de Agravos para Mulheres e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual (Brasília, 2012) e da Linha de Cuidados para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência (Brasília, 2010), pois foram os documentos norteadores da pesquisa de mestrado.

Sobre a dimensão do fenômeno do abuso sexual nos dados do Relatório do Sistema de Vigilância de Violências Interpessoal e Autoprovocada (VIVA/SINAN) de 2013, nota-se que no Brasil o abuso sexual foi a terceira causa das notificações de crianças com idade de 0 a 09 (28,4%) e a segunda causa das notificações entre os adolescentes (23,9%) de 10 a 19 anos nos serviços de saúde.

No caso do abuso sexual contra crianças e adolescentes, ficam evidentes as desigualdades de gênero. Nos dados do Relatório VIVA (2013) observa-se que a abuso sexual é a segunda causa de notificação entre crianças e (39%) adolescentes (34,1%) do sexo feminino. O que chama atenção nestes dados é que não foram identificadas notificações de violência para crianças e adolescentes do sexo masculino, tal fato precisa ser problematizado e discutido, trazendo um questionamento se este público não sofre abuso sexual ou se as denúncias não são realizadas (Brasília, 2017).

O abuso sexual contra crianças e adolescentes é um problema que ocorre a nível mundial. Segundo os dados do relatório United Nations Children’s Fund, da United Nations Children’s Fund (UNICEF), publicado em 2017, os adolescentes do sexo feminino compõem o grupo de maior risco, sendo os mais vulneráveis à violência sexual. Em todo o mundo identificou-se que 15 milhões de adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos foram vítimas de sexo forçado (New York, 2017).



A Europa Ocidental, Oriente Médio, África do Norte e América do Norte foram as regiões com os países que apresentaram maiores índices de mulheres com idade entre 18 a 29 anos que relataram experiências de violência sexual durante a infância. Nas regiões da Europa Ocidental, Sul da Ásia e América do Norte os homens de 18 a 29 anos relataram também que tiveram experiências de violência sexual na infância (New York, 2017).

Justificativa para o problema

Violência sexual contra crianças e adolescentes e as normativas do Ministério da Saúde

No Brasil, a violência pode ser considerada estrutural, pois está enraizada na sociedade. Ela tem relação com o grau elevadíssimo de desigualdade, o que é histórico nacionalmente. Estas desigualdades ultrapassam a esfera econômica ganhando outras dimensões.

Por ser considerada um fenômeno sócio-histórico, portanto não pode ser considerado um problema específico da área da saúde. A área da saúde tem como foco atender os efeitos da violência, como os traumas e as lesões físicas, nos serviços de emergência, na atenção especializada, nos processos de reabilitação, nos aspectos médico-legais e nos registros de informações (Minayo, 2006).

Embora não seja um problema da saúde, a violência coloca em risco o processo vital humano, provoca morte, lesões ou traumas físicos, agravos mentais, emocionais, espirituais, reduz a qualidade de vida, exige mudanças da organização dos serviços, coloca em evidência a necessidade de atuação interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial (Minayo, 2006; Minayo, 1994).

É importante ressaltar que foi na década de 1980 que os profissionais da saúde como médicos, pesquisadores e os sistemas de saúde pública passaram a se dedicar para compreender as raízes da violência e discutir medidas para sua prevenção. É também nesta década que a violência passa a ser considerada um problema de saúde pública, devido ao aumento de mortes e traumas que congestionam os serviços de saúde (Deslandes, 1994; Dahlberg e Krug, 2007).

A violência sexual contra crianças e adolescentes é uma problemática que adquire caráter endêmico, tornando-se um problema de saúde pública na medida em que as vítimas ficam suscetíveis a lesões físicas, distúrbios sexuais, uso de drogas, prostituição, depressão e suicídios. Além disso, existem os riscos de adquirir doenças



sexualmente transmissíveis como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV) e outros problemas como a gravidez indesejada (Ribeiro, Ferriani e Reis, 2004).

No que diz respeito aos instrumentos da política de saúde sobre violência sexual na área da saúde, no final dos anos 1990, o Ministério da Saúde pressionado pelo movimento feminista e pelas entidades nacionais e internacionais voltadas para a garantia de direitos humanos implementou algumas políticas e definiu ações para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual. Para tanto, foi elaborada a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (Deslandes; Lima, 2011).

A primeira versão da Norma Técnica foi elaborada em 1998 e em 2005 foi atualizada pela Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde. Esta atualização buscou organizar a assistência às violências sexuais nos serviços públicos de saúde e:

[...] normatiza o atendimento clínico, os cuidados médicos e de enfermagem, a coleta de material para identificação do agressor, a anticoncepção, a quimioprofilaxia das DST/HIV/Aids, os procedimentos para interrupção da gravidez, além do apoio psicológico e social (Deslandes, Lima, 2011, p.825).

Para Paixão (2011), as versões da Norma Técnica de 2005 e posteriormente a de 2010 trazem questões importantes sobre o atendimento deste público como o acolhimento, o aborto legal, detalhamento dos tipos de doses e efeitos adversos de drogas que devem ser administrados nos casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) ou na profilaxia de HIV/AIDS e o detalhamento das fichas de registros. Outra questão relevante sobre este documento é que a partir da revisão de 2005 a criança passa a ser mencionada. No entanto, mesmo com os avanços este documento ainda não traz uma abordagem sobre o atendimento do público masculino e casos de violências crônicas.

Deslandes et al. (2016) acrescentam que a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes também apresenta questões como a organização dos serviços, atendimento, as instalações físicas, recursos humanos e medicamentos para profilaxia de DST, que são necessários para as vítimas de abuso sexual e devem estar disponíveis nos serviços de saúde.

Em 2010, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), especificamente o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde (DAPES), elaborou a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias



em Situação de Violências - Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde (Brasília, 2010). Este documento se configura como uma estratégia para a ação e busca cumprir com o princípio da atenção integral à saúde do SUS. Tem como alvo a articulação do cuidado desde a atenção primária até os níveis mais complexos de atenção. O documento traz também uma questão importante que é a interação dos demais sistemas para garantir os direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes (Brasília, 2010).

A Linha de Cuidado é um documento organizado de forma pedagógica e traz questões relevantes como o estímulo para os profissionais desenvolverem ações de prevenção de violências, promoção da saúde e cultura da paz. Busca enfatizar o trabalho junto às famílias, bem como orienta os profissionais de saúde sobre a identificação de sinais e sintomas de violência. Este documento enfatiza a importância da articulação da rede de proteção social existente no território (IDEM).

Prevenção ao abuso sexual contra crianças e adolescentes na saúde a partir das normativas do Ministério da Saúde

Para Deslandes (1999), a prevenção é uma categoria fundamental na área da saúde e quando se trata do fenômeno da violência necessita de novas práticas, articulações e aprendizados.

A Norma Técnica de Prevenção de Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes e a Linha de Cuidados para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência enfatizam a importância da prevenção ao abuso sexual através dos profissionais de saúde e também dos instrumentos da política de saúde. Define-se que prevenção é

[...] uma estratégia de promoção da saúde, na medida em que previne e controla os agravos, por meio da criação de condições de proteção e defesa de indivíduos e grupos que se encontram em situações de riscos e de vulnerabilidades específicas. Atua no campo da identificação de doenças e agravos, do diagnóstico, tratamento e cuidados, sem prejuízo da assistência na readaptação e reabilitação (Brasília, 2010, p.13).

No documento Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências - Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde (Brasília, 2010) afirma-se que é possível prevenir as diversas formas de violência contra a criança e o adolescente, assim é importante iniciá-la mais cedo a fim de proteger os membros das famílias deste problema. Outra forma de



prevenir a violência é identificando as situações de vulnerabilidade às quais as famílias são submetidas, que muitas vezes resultarão em práticas violentas devido às dificuldades e desgaste que ocasionam (Brasília, 2010).

Para prevenir a violência sexual, a Linha de Cuidados para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência orienta-se que o tema seja abordado com linguagem apropriada conforme as faixas etárias. Enfatizando questões como a sexualidade e os toques corporais que são socialmente adequados e inadequados entre uma criança e alguém mais velho do que ela ou um adulto (Brasília, 2010).

A prevenção também deve ser realizada através dos instrumentos utilizados na política de saúde, como a ficha de notificação compulsória e o Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências (VIVA) conforme apresentado na Norma Técnica de prevenção de Agravos para Mulheres e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual.

A notificação tem um papel estratégico no desencadeamento de ações de prevenção e proteção, além de ser fundamental nas ações de vigilância e monitoramento da situação de saúde relacionada às violências. Este documento foi criado em 2001, publicada a portaria nº 1.968 do Ministério da Saúde e estabelece que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) sejam notificados às autoridades competentes, em conformidade com o ECA. A notificação de qualquer suspeita ou confirmação de violência deve ser realizada pelos profissionais de saúde que integram a rede de atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência (Brasília, 2017).

O VIVA, foi criado em 2006 e implantado pelo Ministério da Saúde através da Secretaria de Vigilância em Saúde. Esse sistema é importante porque sistematiza as demandas geradas por violências e acidentes nos serviços de urgências e emergências. O sistema possui dois componentes: o VIVA Contínuo que é composto pela vigilância contínua, nele estão contidas a violência doméstica, sexual, interpessoais e autoprovocadas. Estes dados são referentes à notificação compulsória registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O segundo componente é o VIVA Inquérito, que se materializa através dos serviços sentinelas de urgência e emergências de municípios selecionados, onde são levantadas informações referentes à violências e acidentes que são atendidas nos serviços (Brasília, 2017).



As informações produzidas pelo VIVA têm como resultado: a alocação de recursos, qualificação do atendimento e reorganização dos serviços, ações de promoção da saúde e prevenção de acidentes e violências. Estas informações também têm impacto na implementação de políticas de atenção e proteção integral às pessoas em situação de vulnerabilidade para as causas externas (Brasília, 2017).

Outra questão importante na prevenção ao abuso sexual contra crianças e adolescente é a necessidade de ações intersetoriais entre as políticas de saúde, educação e assistência social. Assim, as ações do Sistema de Garantia de Direitos (SGD), são consideradas complementares para o enfrentamento e a prevenção da violência sexual contra crianças e adolescentes (Hora; Paiva, 2017).

Metodologia

A metodologia utilizada para esta pesquisa compreende uma abordagem qualitativa de dados. Os lócus foram constituídos por duas unidades de saúde vinculadas a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ). O instrumento para a realização da pesquisa foi a entrevista semi-estruturada orientada por dois roteiros um para os profissionais e outro para gestores, que foram aplicados com 15 trabalhadores de saúde. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas e, posteriormente, a análise de dados foi concretizada através da interpretação de sentidos.

Neste trabalho apresentam-se os resultados da categoria prevenção do abuso sexual. Sobre a categoria prevenção do abuso sexual contra crianças e adolescentes, foram identificados quatro núcleos de sentido: (a) é necessário discutir o tema entre os profissionais de saúde; (b) abusos ocorrem nas famílias e de forma crônica; (c) importância da atenção primária; e (d) importância da educação continuada para prevenir o abuso sexual.

A fim de garantir o anonimato dos participantes da pesquisa, foram elaborados códigos para classificar as unidades de saúde e os entrevistados. Logo, a primeira letra destes códigos (A, B, C e D) define as unidades; a segunda letra define os profissionais (E, P, S, AC, TE e G) e a numeração (1,2,3,4 e 5) é sequencial. Desse modo os códigos têm as seguintes legendas: AE1=enfermeiro; AG2=gestor; DG3=gestor; AP3= psicólogo; AM4= médico.

Resultados e discussão

Sobre a prevenção ao abuso sexual em crianças e adolescentes, os profissionais



entrevistados afirmam que é necessário discutir o tema entre os profissionais de saúde, pois não é um assunto que está na pauta das discussões, o problema só ganha destaque quando violência já está concretizada: “(...) é um assunto que, não tá muito na pauta das nossas reuniões, só se já tiver um caso, entendeu? Nunca como uma forma de prevenção, realmente não existe” (AM4).

A prevenção é compreendida como uma estratégia de promoção da saúde, os agravos serão controlados na medida em que se dão condições para que os indivíduos e grupos vulneráveis tenham medidas de proteção (Brasília, 2010). No que diz respeito ao abuso sexual contra crianças e adolescentes, a prevenção ainda é um caminho a ser percorrido, é preciso que os profissionais conheçam a realidade das famílias a fim de realizar uma intervenção.

(...). Eu acho que falta muito, né, para a gente caminhar nesse sentido. Das equipes estarem mais atentas a sinais de possíveis abusos, a conhecerem mais a fundo a realidade das famílias, né. Então, eu acho que esse seria o caminho de uma prevenção (AP3).

O trabalho de prevenção deve ser realizado junto aos familiares, crianças e adolescentes, conforme já foi apresentado, recomenda-se que as abordagens sejam realizadas de forma apropriada para cada idade, enfatizando questões como a sexualidade, toques corporais que são adequados e inadequados nas relações entre uma criança e adultos (Brasília, 2010). Segundo os profissionais, os abusos ocorrem nas famílias e de forma crônica, por isso é preciso que elas sejam acompanhadas e que compreendam em qual contexto está inserido.

(...). Eu acho que tem muita coisa para ser desenvolvido, quanto mais cedo, melhor é para o indivíduo. Então, o que eu acho que deveria ter é um acompanhamento também com a família. Ver que família é aquela, ver em que contexto essa família está inserida, a criança. Dar um suporte às famílias nesses casos, pra que previna. É falar claramente o que acontece, penso que tem que ter um trabalho educativo, tá? Direcionado também para família. As coisas vêm para nós, mas a base, a estrutura emocional da criança é na família e nos primeiros anos de vida. Então, a gente dá apoio, mas a família precisa ser acolhida. E tem um problema, a maioria dos abusos é na família. Então, tem que ver, às vezes, a mãe não sabe, mas é um tio, um primo um avô, tem que ver o que acontece. Se a gente não vê isso daqui a pouco vai acontecer de novo. Então, eu penso dessa maneira (AE1).



Existe uma série de motivos para que a violência permaneça invisível, algumas delas estão elencadas no documento Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz. Logo, a violência pode permanecer invisível devido ao medo de denunciar os episódios de violência cujo protagonista seja aquele que deveria proteger as crianças e adolescentes; aceitação social da violência contra crianças e adolescentes utilizada como justificativa de “educar”; e quando os serviços, como os de saúde não estão preparados para o atendimento (Brasília, 2017).

Outra forma de prevenção ao abuso sexual e que pode ser efetiva nos casos de abuso sexual nas famílias, é trata-la como tema transversal junto aos grupos na comunidade, ressaltando a importância do trabalho em grupo com a comunidade. Foi afirmado que “(...) a gente vai fazer um grupo, a gente não vai fazer um grupo de violência, a gente vai fazer um grupo com a comunidade e a violência vai ser um tema transversal, isso tem que estar acontecendo continuamente” (BG3).

Entre os profissionais entrevistados existem aqueles que entendem o abuso sexual como um problema que resulta da ausência das mães. Sobre esta questão, Morgado (2001), em sua tese de doutorado, analisa os sentimentos vivenciados pelas mulheres/mães durante o processo de investigação do abuso sexual incestuoso em crianças e adolescentes. As mães muitas vezes são culpabilizadas pelo fato ocorrido e são identificadas como figuras passivas, omissas, negligentes ou até mesmo cúmplices, conforme apontam os profissionais.

Os profissionais também ressaltaram a importância da atenção primária na prevenção do abuso sexual contra crianças e adolescentes, afirmam que a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem uma maior proximidade com a população e mesmo assim não conseguem solucionar o problema da prevenção, pois a maioria dos casos de abuso sexual ocorrem nas famílias de forma crônica e trata-se de um fato velado.

Para Tomazine, Toso e Vieira (2014), um dos fatores importantes na atenção primária é a presença dos agentes comunitários de saúde, estes são considerados como peças fundamentais na identificação dos casos de abusos.

Nota-se que, embora exista entre os entrevistados uma visão de que a atenção primária ainda precisa melhorar no que diz respeito a prevenção, outros ressaltam que nos últimos anos houve melhorias na capacitação do profissionais para atender crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, que é feita pela direção das equipes. O resultado



disso são equipes mais estruturadas e sensibilizadas para atender os casos de violência que chegam às unidades. A gestora ressalta também que é importante melhorias nos recursos humanos da atenção primária, para que eles possam desenvolver melhor seu trabalho.

Eu posso falar pelo que eu vivi porque já trabalhei em duas unidades de atenção primária, então assim o trabalho que é feito nessas unidades é muito forte, porque todos os profissionais quando entram no serviço de atenção primária principalmente de uns tempos pra cá isso é muito bem repassado pelas chefias, as direções estão bem sensibilizadas em relação a violência, então a atenção primária eu vejo que precisa também é ter um aumento de recursos humanos, porque se esse recursos humanos está muito limitado muito finito não tem assim, você acaba sobrecarregando algum profissional, ou vai ser a chefia, ou vai ser a direção, ou vai ser o profissional que está diretamente atendendo, ou o pediatra, ou o assistente social que está lá na ponta, ou então assim... mas eles tem tudo muito bem estruturado (DG6).

Para os gestores, outra questão que merece destaque é que prevenção é um tema que não se esgota, os autores apresentam múltiplas ações que poderiam ser eficazes. Uma delas que também foi apresentada pela profissional é a importância da educação continuada para prevenir o abuso sexual.

(...), mas eu acho que quando a gente pensa qual é o lugar da atenção primária, nisso é somar a voz, somar o coro na questão da educação continuada de trazer o assunto à tona, de poder falar sobre. Eu acho que esses traços possuem uma coisa que precisa ser interligada pra gente pensar em prevenção (AG2).

Sobre a educação continuada, Vieira et al (2015) afirmam que é definida pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) "(...) como um processo permanente de educação, complementando a formação básica, atualizando e melhor capacitando pessoas e grupos, ante as mudanças técnicas, científicas e sociais (Vieira et al, 2015, p.3008). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), as autoras afirmam ser um processo que está incluído em todas as experiências vividas após a capacitação, que é importante à medida que melhora a qualidade dos serviços e auxilia na inclusão de saberes e práticas.

Conclusão

Entende-se que a prevenção ao abuso sexual contra crianças e adolescentes é um tema de grande relevância para a política de saúde, visto que, conforme afirma Minayo



(1999), a maioria dos casos reincidirá, com maior ou igual gravidade se não houver uma ação para sua interrupção. Para discutir a prevenção foram utilizadas a Norma Técnica de prevenção de Agravos para Mulheres e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual (Brasília, 2012) e a Linha de Cuidados para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência (Brasília, 2010).

A partir dos resultados identificados, percebe-se que, para os profissionais de saúde entrevistados, a prevenção ainda é um longo caminho a ser percorrido. Durante as entrevistas foram ressaltadas algumas dificuldades com relação à prevenção do abuso sexual, pois na maioria das vezes acontece nas famílias de forma crônica e velada.

Entende-se que a família faz parte é juntamente com outros grupos sociais, uma rede de proteção para crianças e adolescentes, a fim de garantir seu desenvolvimento, pois são considerados vulneráveis. Porém, isto tem se concretizado de forma diferente, visto que é no contexto familiar e doméstico onde mais ocorrem violências. Tal fato vem se perpetuando ao longo dos anos e acontecendo de forma silenciosa, pois a família é compreendida como uma instituição sagrada intocável, assim, sempre se busca evitar sua exposição (Saffioti, 2004; Day et al, 2003).

Os profissionais também ressaltam que, apesar de a ESF estar mais próxima das famílias, a atenção primária ainda não consegue prevenir o abuso sexual. Nota-se que a ampliação da atenção primária está em consonância com a diretriz de descentralização e reorganização do modelo de saúde. No município do Rio de Janeiro, no ano de 2009, um pouco mais de 50% da população era coberta por planos de saúde privados e com um baixo investimento em atenção primária de saúde. No final de 2012, houve uma ampliação na cobertura da população carioca com a ESF, 39% da população passou a ser atendida (Jesus et al, 2015).

As unidades de atenção primária têm importância devido à capacidade de acompanhamento e evolução dos casos nas unidades de saúde, no domicílio ou através de encaminhamento dos usuários para a atenção especializada. Sobre o acompanhamento em casos de violência, a atenção primária é importante, pois ela permite que os profissionais identifiquem os casos de violência devido a sua proximidade com as famílias, fato que possibilitaria maior identificação de sinais e sintomas de violências (Brasília, 2010).



Outra questão apontada neste estudo é que a violência é um fenômeno que faz parte da estrutura da sociedade brasileira, portanto torna-se difícil preveni-la. Entende-se neste trabalho, que no Brasil, a violência pode ser considerada estrutural, pois está enraizada na sociedade. Ela tem relação com o grau elevadíssimo de desigualdade, o que é histórico nacionalmente. Estas desigualdades ultrapassam a esfera econômica ganhando outras dimensões.

Os profissionais apontam como uma possível solução a necessidade de ampliar as discussões do tema abuso sexual contra crianças e adolescentes na formação profissional e também investir em educação continuada, a fim de possibilitar que as crianças, adolescentes e suas famílias compreendam o que é o abuso sexual e os profissionais que atuam junto a este público estejam devidamente capacitados para tal ação.

Referencias bibliográficas

Brasilia, Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014. Brasília: MS, 2017. 218 p.

Brasilia, 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. 3. ed. Brasília: MS, 2012. 126 p. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos).

Dahlberg, Linda L.; Krug, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. Ciências saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1163-1178, 2007/200. Undefined.

Day, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, v. 25, n. 1, p. 9-21, abr. 2003.

Deslandes, S. F. et al. Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras. Interface, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 865-877, out./dez. 2016.

Deslandes, Suely Ferreira. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10(1), p.177-187, 1994.

Deslandes, Suely Ferreira. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". Ciênc. Saúde coletiva, vol.4, n.1, pp.81-94, 1999.

Hora Damasceno Taiane; Paiva, Ariane Rego de; Cavalanti, Ludmila Fontenele. Violência Sexual e Saúde: Análise da Implementação dos Serviços de Atendimento de



Crianças e Adolescentes Vítimas de Abuso Sexual na Perspectiva dos Profissionais e Gestores das Unidades de Saúde do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2018. 117p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Hora, Taiane Damasceno da Hora; Paiva, Ariane Rego. Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes no Campo da Saúde e a Intersetorialidade no Sistema de Garantias de Direito. Revista Sustinere, Rio de Janeiro, v.5, n.02, p. 296-316, 2017.

Jesus, Reniani Lami; Engstrom, Elyne; Brandão, Ana Laura. A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade. Revista Brasileira de medicina da família e comunidade, [S.L], v. 10, n. 37, p. 1-11, out. /dez. 2015.

Lima, Jeanne De Souza; Deslsandes, Suely Ferreira. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. Interface, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 805-818, jul./set. 2011.

Minayo, Maria Cecília de Souza. Violência e saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

Minayo, Maria Cecília de Souza. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 10, p. 7-18, jan. 1994.

Minayo, Maria Cecília de Souza; Souza, Edinilsa Ramos de. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. Ciênc. Saúde coletiva, vol.4, n.1, pp.7-23, 1999.

Morgado, Rosana. Abuso Sexual Incestuoso: seu enfrentamento pela mulher/mãe. 2001. 182 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Sociais, Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica São Paulo, São Paulo, 2001.

Paixão, Ana Cristina Wanderley da. Abuso sexual infantojuvenil: a atuação da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro para garantir o atendimento especializado das vítimas. 2011. 158 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueiras, Rio de Janeiro, 2011.

Ribeiro, Márcia Aparecida; Ferriani, Maria das Graças Carvalho; Reis, Jair Naves Dos. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 456-464, mar. /abr. 2004.

Saffioti, Heleieth. Gênero, patriarcado, violência. 1 ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde, 2010. 104 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

Vieira, L. J. E. D. S. et al. Capacitação para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em quatro capitais brasileiras. *Ciência*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3407-3416, jan./mar.2015.

World Report on Violence and Health (Relatório Mundial Sobre Violência E Saúde). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2002.

Thomazine, Angélica Malman; Toso, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; Vieira, Cláudia Silveira. Abordagem da atenção primária à saúde na violência intrafamiliar infantil. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, [S.L], v. 14, n. 2, p. 105-111, jan./mar. 2014.



Violência e povos indígenas: análises preliminares de notificações de violência no estado do rio grande do Sul, Brasil

Carla Carolina Santos da Silva
Jessica Camila de Sousa Rosa Paranhos
Daniel Canavese de Oliveira

Resumo

A violência contra os povos indígenas no Brasil é histórica e latente. Disputas por territórios, falta de assistência médica adequada, saneamento básico, moradia, água potável, entre outros direitos são negados a esta população sistematicamente. A ausência de políticas públicas efetivas gera consequências graves como os altos índices de mortes evitáveis. A partir dessa realidade negligenciada, foi realizada a análise dos dados de notificação de violência contra a população indígena no período de 2014 a 2017 no estado do Rio Grande do Sul (RS), a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Foram identificadas as fichas de notificação de violência que possuíam a opção 5-Indígena assinalada no campo 15 (raça/cor). Observando o campo motivação da ficha verifica-se achados inéditos avaliados à luz da política de saúde, política indigenista e capacidade estatal de atenção à violência. Foram identificados 399 casos de violência contra indígenas (0,52%), a maioria das notificações foram de violências contra mulheres (68,7%), sendo o sexismo a motivação mais apontada (6,5%), a faixa etária predominante foi de 20 a 59 anos (54,4%) e o ano de 2017 foi o que mais notificou casos de violência contra indígenas (124). A concepção de violência contra povos indígenas é diversa e vai além das categorias contempladas na ficha de notificação, como a violência histórica causada por questões fundiárias. Os dados demonstram um recorte da realidade dos povos indígenas e evidencia a necessidade de implementação de políticas públicas que contemplem as necessidades desta população.

Palavras-chave

Violência, povos indígenas, violência no estado, Brasil.

Introdução

O presente estudo faz parte do projeto de pesquisa “Análise e avaliação das situações de violência no estado do Rio Grande do Sul segundo raça/cor, identidade de gênero e orientação sexual: contribuição para o aprimoramento da vigilância em saúde de populações vulneráveis¹ no Sistema Único de Saúde (SUS)”. O projeto faz parte do Programa de Pesquisas do SUS e é executado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e pelo Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS) em



parceria com a Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS). O estudo tem como proposta analisar as conformações da violência entre as populações vulneráveis observando esse fenômeno a partir dos debates e informações da área da saúde.

No Brasil, o direito à saúde foi instituído pela Constituição Federal de 1988, a partir do Art. 196 que garante que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado (...)”. O sistema público de saúde brasileiro, denominado SUS foi regulamentado pela Lei nº 8080/1990 que traz os princípios norteadores do sistema, sendo eles a universalidade, a integralidade, a gestão participativa e a equidade. O Brasil se constitui por um sistema político federativo com três esferas de governo - Distrito Federal, estados e municípios - com autonomia administrativa e que cooperam entre si de maneira horizontal. Assim, a gestão e o financiamento do SUS é de responsabilidade destes três entes federados com comando único em cada esfera de governo, sendo o Ministério da Saúde o gestor no âmbito da união (Brasil, 2002).

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), sendo um dos seus componentes a Vigilância contínua (Viva Contínuo/Sinan), que capta dados de violência interpessoal e autoprovocada em serviços de saúde por meio da Ficha de Notificação Individual de Violências Interpessoais e Autoprovocadas. A vigilância contínua objetiva a articulação e a integração com a rede de atenção e de proteção integral às pessoas em situação de violências, visando assim, à atenção integral e humanizada, no âmbito das políticas de assistência social e do sistema de proteção e garantia de direitos humanos. Em 2016, o Ministério da Saúde integrou a notificação de violências na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados. A Portaria nº 204/2016 define como notificação compulsória: a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública. O Ministério da Saúde considera definição de caso de violência para fins de notificação, todo caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, bem como tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, violência decorrente de intervenção legal, além de violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objeto de notificação às violências



contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) (Brasil, 2018). A Ficha de Notificação Individual de Violências Interpessoais e Autoprovocadas que integra o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), conta com diversos campos passíveis de análises que subsidiem a formulação de políticas públicas, o planejamento em saúde e promoção de processos de gestão em saúde com base em evidências científicas que contribuam para melhoria das condições de vida e saúde das populações. Neste artigo propomos observar como os povos indígenas presentes no estado do Rio Grande do Sul (RS) se localizam nessa discussão a partir da análise do campo sobre a motivação de violência nos anos de 2014 a 2017. No que se refere aos povos indígenas o Brasil vivencia uma histórica e sucessiva realidade de disputas territoriais e ausência de garantia de direitos conquistados por esses povos. A invasão e a devastação de terras indígenas demarcadas, os ataques contra comunidades, as ameaças, os assassinatos, os espancamentos, as situações de miséria e outros tipos de violência resultaram em um cenário de segregação e extrema vulnerabilidade deste segmento da sociedade. A omissão dos poderes públicos, que despreza o diferente, perdura e, além destes ataques impunes, direitos básicos são negados a esta população, tais como, falta de assistência médica adequada, saneamento básico, moradia, água potável, entre outros. No âmbito da saúde esses povos contam com a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas que além de prever direitos relativos a saúde de indígenas evidencia que “as causas externas, especialmente a violência e o suicídio, são a terceira causa de mortalidade conhecida entre a população” (Brasil, 2002a). Em consequência disso, a política prevê ações de “acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas” (Brasil, 2018).

Metodologia

Neste trabalho foi utilizada metodologia quantitativa, sendo este um estudo epidemiológico com uso de dados secundários do Sinan. Compreende-se neste recorte a investigação da dimensão de violência contemplada na “Ficha de Notificação Individual de Violências Interpessoais e Autoprovocadas” na série histórica que contempla os anos de 2014 a 2017. Foram objeto de coleta de dados os campos que fazem parte da ficha de notificação, a saber: 11 - Data de nascimento, 12 - (ou) idade, 13 - Sexo, 15 - Raça/Cor e campo 55 - “Essa violência foi motivada por: ”². A extração



dos dados foi feita de forma a preservar o anonimato e a não-identificação das vítimas. Os dados foram trabalhados no Microsoft Excel e no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), ambos softwares de apoio analítico de dados. Após feito isso, os dados foram apresentados em formato de tabelas, em série histórica, análises por faixa etária, sexo, entre outras que constam na seção seguinte.

Situação da violência contra os povos indígenas no estado do Rio Grande do Sul

O estado do Rio Grande do Sul está localizado na região sul do Brasil, fronteira com Uruguai e Argentina, conta com cerca 10.693.929 pessoas, com forte influência do agronegócio na economia, é responsável por aproximadamente 10% do Valor Adicionado Bruto (VAB) da agropecuária do Brasil (Feix e Leusin Júnior, 2019). Nessa realidade se encontram cerca de 32.989 indígenas (Brasil, 2010a) sendo que aproximadamente 22.000 estão aldeados. Esses indígenas se dividem entre as etnias Guarani, Kaingang e Charrua.

Grande parte da população indígena encontra-se em condições de alta vulnerabilidade social e econômica. É frequente a presença de indígenas em acampamentos em condições precárias, geralmente sem esgotamento sanitário, sem coleta regular de lixo e com baixa ou nenhuma infraestrutura. A situação de vulnerabilidade influencia diretamente nas condições de acesso a serviços e ações de saúde e na garantia de outros direitos indígenas assegurados constitucionalmente, o que remetem ao período de colonização e apresenta resquícios de grandes massacres já ocorridos no Brasil pautados sobre o preconceito étnico e cultural. Com objetivo de apoiar de forma complementar e qualificar a atenção básica com o intuito de promover a melhoria da situação de saúde dos povos indígenas, bem como apoiar propostas que visem uma atenção diferenciada aos povos indígenas em todos os níveis de atenção à saúde com vistas à integralidade, desde 2003, o estado do Rio Grande do Sul do RS cofinancia a atenção à saúde indígena com repasses financeiros aos municípios. Compondo uma análise ampliada de como a violência perpassa a realidade indígena no estado, alcançamos o ponto de análise das motivações de violência. Com isso realizamos a análise dos dados referente ao campo 55 - "Essa motivação foi motivada por..." das Fichas de Notificação de Violência lançadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) no período de 2014 a 2017, no Rio Grande do Sul. Foram identificadas 76.498 fichas de notificação de violência no período e, destas, 399 (0,52%) tiveram a opção 5-Indígena assinalada no campo 15 - raça/cor, como pode ser observado na Tabela 1.



Raça/Cor	Nº	%
Não preenchido	459	0,60
Branca	58815	76,90
Preta	4847	6,34
Amarela	211	0,28
Parda	7902	10,33
Indígena	399	0,52
Ignorado	3845	5,03
Total	76478	100,00

Tabela 1 - Casos notificados de violência na Ficha de Notificação Individual de Violências Interpessoais e Autoprovocadas pelo quesito Raça/Cor. RS, Brasil, 2014 - 2017. Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

As 399 fichas de notificação de violência com campo raça/cor indígena assinalado representa um avanço se considerado do ponto de vista que, historicamente, há uma dificuldade em obter dados e informações em saúde dessa população. Dificuldade essa advinda, entre outros fatores, de promover estudos que consigam se adequar ao modo de vida e organização indígena e também pela dificuldade de adequação dos sistemas de informação nacionais a realidade desses povos. A exemplo disso, um ponto limitador da ficha do Sinan é que não é possível coletar informações sobre a etnia da vítima, dificultando a realização de análises epidemiológicas específicas. Desta forma, alcançar a presença de 399 fichas passíveis de serem analisadas e estudadas sobre um tema tão relevante quanto a violência, é significativo para estudos sobre a saúde dos povos indígenas. No entanto, do ponto de vista do agravo observado, fica evidente a incessante e histórica presença da violência na realidade dos povos indígenas que acirram as múltiplas vulnerabilidades a que encontram-se expostos. Do ponto de vista do campo observado (campo 15 - Raça/Cor) na Ficha de Notificação Individual de Violências Interpessoais e Autoprovocadas do Sinan, trata-se de um campo de preenchimento essencial e, embora não seja obrigatório, o preenchimento deste campo de maneira adequada, segundo o critério de autodeclaração, é extremamente importante para que o indivíduo seja identificado, bem como a sua identidade racial, “fator estruturante das relações sociais desiguais do Brasil, em especial no Rio Grande do Sul, um dos estados que mais sofreu o processo de branqueamento através de políticas imigratórias” (Brasil, 2018, p. 25).

Fazendo uma análise para além dos dados sobre indígenas, é possível verificar que 3.845 (5,03 %) preenchimentos foram casos em que o campo raça/cor foi ignorado,



indicando uma negligência no preenchimento do campo. O preenchimento inadequado ou não preenchimento deste campo corrobora com a escassez de informações e, portanto, prejudica a formulação de políticas públicas para a redução das discriminações relacionadas às questões de raça e etnia e para a promoção de equidade em saúde.

A tabela 2 apresenta a série histórica dos casos de violência contra indígenas notificados no Sinan de 2014 a 2017 e o ano de 2017 foi o que mais notificou casos de violência contra indígenas (124).

Ano	2014	2015	2016	2017	Total
Nº de notificações	84	104	87	124	399
% de notificações	21	26,10	21,8	31,1	100

Tabela 2 - Série histórica de casos notificados de violência contra os povos indígenas na Ficha de Notificação Individual de Violências Interpessoais e Autoprovocadas. RS, Brasil, 2014 - 2017.

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

A tabela 3 apresenta os casos de violência contra indígenas por faixa etária, sendo a faixa etária de 20 a 59 anos a que mais notificou casos de violência no período (54,4 %).

Faixa Etária	Nº	%
até ou igual a 9	55	13,8
de 10 a 19	113	28,3
de 20 a 59	217	54,4
maior ou igual a 60	14	3,5
Total	399	100

Tabela 3 - Casos notificados de violência contra os povos indígenas na Ficha de Notificação Individual de Violências Interpessoais e Autoprovocadas por faixa etária. RS, Brasil, 2014 - 2017.

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS



Na tabela 4, observa-se os quantitativos de notificações de violência dividido por sexo na população indígena, aproximadamente 2/3 das fichas são assinaladas como sexo feminino (68,7%), e 31,3% das fichas assinaladas como sexo masculino.

Sexo	Nº	%
Masculino	125	31,3
Feminino	274	68,7
Ignorado	0	0
Total	399	100

Tabela 4 - Casos notificados de violência na Ficha de Notificação Individual de Violências Interpessoais e Autoprovocadas por sexo. RS, Brasil, 2014 - 2017. Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

Algumas comunidades indígenas, de etnias específicas, apresentam relações de gênero com fortes aspectos de desigualdade. De modo geral, grande parte das etnias indígenas são marcadas por uma forte proeminência masculina, na qual os homens têm maior protagonismo nos espaços de poder e estes, normalmente, são as lideranças e representantes das aldeias, aprendem o português para terem maior contato com os brancos e poderem participar de atividades e negociações no setor público, visando melhorias nas condições de vida das comunidades (Duarte, 2017). As mulheres, por sua vez, ocupam-se das atividades internas das aldeias e, portanto, além de sofrerem as violências que suas comunidades estão expostas, também sofrem com esta relação de gênero na qual são prejudicadas. Não é por acaso a análise dos dados da ficha de notificação de violência apontou 274 (68,7%) casos de notificações de violências contra mulheres, sendo este segmento o mais atingido e o sexismo a motivação mais apontada entre os indígenas (6,5%), segundo a tabela 5.



Violência motivada por	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não preenchido	51	18,61	21	16,80	72	18,05
Sexismo	23	8,39	3	2,40	26	6,52
LGBTfobia	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Racismo	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Intolerância Religiosa	0	0,00	1	0,80	1	0,25
Xenofobia	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Conflito Geracional	13	4,74	3	2,40	16	4,01
Situação de Rua	6	2,19	1	0,80	7	1,75
Deficiência	1	0,36	3	2,40	4	1,00
Outros	55	20,07	30	24,00	85	21,30
Não se Aplica	62	22,63	34	27,20	96	24,06
Ignorado	63	22,99	29	23,20	92	23,06
Total	274	100,00	125	100,00	399	100,00

Tabela 5. Preenchimento do campo 55 - "Essa motivação foi motivada por: ". RS, Brasil, 2014 - 2017. Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS.

O que se observa é a necessidade de avançar na discussão sobre violência e nas formas de atuar sobre ela. Segundo o Relatório de Violências Contra os Povos Indígenas do Brasil, no ano de 2018 foram registrados 15 casos de violência sexual em 2018, destes sendo 11 estupros, 1 tentativa de estupro e 3 casos de abuso sexual. Dentre os casos de estupros cinco registros foram contra mulheres e jovens (Cimi, 2018).

Ainda em relação ao campo 55, faz-se necessário se atentar às opções "Não preenchido", "Outros", "Não se aplica" e "Ignorado", que representam respectivamente 18 %, 21,3 %, 24 % e 23 % do total de preenchimentos. Mesmo o campo 55 sendo de preenchimento obrigatório, estes resultados indicam, mais uma vez, negligência no preenchimento prejudicando a qualidade da informação.

Este estudo é apenas um extrato do projeto da pesquisa "Análise e avaliação das situações de violência no estado do Rio Grande do Sul segundo raça/cor, identidade de



gênero e orientação sexual: contribuição para o aprimoramento da vigilância em saúde de populações vulneráveis no SUS”, que tem como objetivo analisar o padrão e a qualidade da informação relacionada à violência no estado do Rio Grande do Sul segundo o quesito raça-cor, fazendo interseccionalidades como a identidade de gênero e a orientação sexual nas populações vulneráveis. O projeto, produzido nos últimos dois anos, foi desenvolvido em três ciclos: o ciclo de análise e avaliação, quando foi feita análise do banco de dados do Sinan sobre as notificações de violência, avaliado com base em indicadores de qualidade de preenchimento e técnicas/estratégias para identificar erros ou falhas, e o Instrutivo para o preenchimento da ficha de notificação, utilizado como objeto de investigação detalhada; o ciclo de formação, no qual a equipe do projeto realizou atividades formativas periódicas para apoiar as análises, atualizar conceitos científicos e adotar procedimentos metodológicos para o processo de trabalho, ofertando oficinas de formação com profissionais da rede SUS; e o ciclo de intervenção, monitoramento e difusão, no qual foram realizadas oficinas de intervenção com estudos de caso, foram produzidos e divulgados boletins e documentos públicos, foram planejadas intervenções intersetoriais e reuniões de monitoramento e, também, foi produzido material audiovisual. Neste estudo nos detemos em analisar apenas os campos 11 - Data de nascimento, 12 - (ou) idade, 13 - Sexo, 15 - Raça/Cor e campo 55 - “Essa violência foi motivada por: ” da Ficha de Notificação Individual de Violências Interpessoais e Autoprovocadas que integra o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Considerações finais

No Brasil, a realidade de disputas territoriais e de violência contra os povos indígenas perdura desde período de colonização até os dias de hoje. Esses povos apresentam especificidades advindas da língua, cultura, modos de vida, saúde, etc. e vivem em contexto de preconceito e segregação por questões étnicas e culturais cotidianamente e os resultados encontrados vão de encontro com a extrema vulnerabilidade na qual esta população se encontra. Esta precária condição de vida causa prejuízo ao “bem viver” dos povos indígenas, havendo necessidade de combate às injustiças, os privilégios e demais formas de desigualdade (Cimi, 2015).

Por fim, é importante salientar que as instituições públicas também corroboram com a situação de extrema vulnerabilidade na qual os povos indígenas se encontram. Além dos diversos tipos de ataques e violências que estas comunidades são historicamente submetidas, há as violências que não são registráveis e até mesmo não são



reconhecidas, que são as violências cometidas pelo poder público, que pode se manifestar, por exemplo, pela omissão deste nas especificidades socioculturais, sem um olhar interseccional para os povos indígenas, na elaboração e implementação de leis e políticas públicas.

Notas

¹ Ficha de Notificação Individual de Violências Interpessoais e Autoprovocadas que integra o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Ficha_Viol_5_1_Final_15_06_15.pdf

² Para fins deste estudo são consideradas como populações vulneráveis: população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (LGBT), povos indígenas, população em situação de rua e população negra.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. (2002). O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf

Brasil. (2018). Relatório Situação da violência contra as populações negra, LGBT, indígena e em situação de rua no Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil panorama situacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) de 2014 a 2017. Porto Alegre: UFRGS. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/10122803-relatorio-tecnico-ppsus-09122018-compressed.pdf>

Brasil. Fundação Nacional de Saúde. (2002). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª Edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf

Feix, R. D.; Leusin Júnior, S. (2019). Painel do agronegócio no Rio Grande do Sul — 2019. Porto Alegre: SEPLAG - Departamento de Economia e Estatística. Disponível em: <https://estado.rs.gov.br/upload/arquivos//painel-do-agronegocio-no-rs-2019.pdf>

Brasil. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). Censo Demográfico. Disponível em: <https://indigenas.ibge.gov.br/>

DUARTE, Danielly. (2017) Protagonismo de Mulheres Indígenas no Espaço de Poder: Resistência e Superação. *MovimentAção*, Dourados, v. 4, nº. 6, p. 20-44.

Conselho Indigenista Missionário. (2018). Relatório Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil. Disponível em: <https://cimi.org.br/wp->



content/uploads/2019/09/relatorio-violencia-contra-os-povos-indigenas-brasil-2018.pdf
Conselho Indigenista Missionário. (2015). O Bem Viver Indígena e o futuro da
humanidade. Encarte Pedagógico X. Disponível em:
https://www.cimi.org.br/pub/Porantim/2015/Encarte_Porantim381_dez2016.pdf



Análisis del subsidio a la demanda para atención de salud y su relación con los holdings de empresas en Chile

Daniel Manzano Méndez¹
Matías Goyenechea Hidalgo²

Resumen

El siguiente trabajo tiene por objetivo analizar el caso de un subsidio a la demanda para atención de salud y su relación con los holdings de empresas en Chile a través de los traspasos de fondos públicos por vía de la modalidad de libre elección (MLE) desde el año 2000 al 2018. Para ello se realizó un breve contexto de la expansión del mercado de la salud y del fortalecimiento de estos grupos empresariales, identificando la concentración de estos a través del surgimiento de Holdings. *Métodos:* Se utilizaron dos técnicas de análisis, una revisión de las memorias anuales de los Holdings de empresas y, por otro lado, un análisis de datos de la facturación según prestador a través de la modalidad libre elección del año 2000 al año 2018. *Resultados:* se identifica una tendencia asalarización de los profesionales de la salud, un aumento de la dependencia pública de prestadores privados para satisfacer la demanda sanitaria, una captura por parte de los holdings de una creciente parte de la facturación mediante una estrategia de creciente concentración de la propiedad de los prestadores institucionales y una transnacionalización del mercado de la salud en Chile.

Palabras claves

Atención de salud, subsidio a la demanda. Estado. Holdings.

Introducción

Analizar el subsidio a la demanda para la atención de salud en Chile y su relación con los Holdings de empresas en Chile, implica abordarlo desde una dimensión histórica debido a que se enmarca en un contexto político, social, económico situado, como también por la capacidad de agencia de los actores involucrados. En ese marco se hará una revisión breve del origen, mantención y desarrollo del subsidio a la demanda en la atención de salud en el contexto del Chile neoliberal, como también de las principales características del actual empresariado de la salud. Posteriormente, se describirán los principales Holdings de empresas de la salud, y se analizará cómo a través del subsidio a la demanda se han transferido recursos públicos, generando una mirada por prestador privado desde el año 2000 al 2018. Ambas dimensiones del análisis permitirán identificar las principales discusiones que surgen al asociar dicha transferencia con los Holdings de la salud.



Neoliberalización

A partir de la llegada de la dictadura militar, el Estado comienza a dar un giro en su rol, en varias de sus áreas de acción. En el ámbito de los servicios sociales, se pasa de un reconocimiento de estos como “Derechos” a “beneficios”, en materia impositiva se da un giro hacia una estructura tributaria regresiva, gravando el consumo. En lo productivo, una retirada, a través de la privatización de empresas y solamente conservando algunas. Esta forma el carácter del Estado asume preceptos del neoliberalismo, en tanto se convierte en un ente que busca garantizar su expansión. El ámbito de la salud no será la excepción.

En ese contexto, en 1979 se promulga el decreto de Ley 2763 que pone fin al Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA). A través de su fusión surge el “Sistema Nacional de Servicios de Salud” (SNSS). Se crean dos tipos de aseguradoras: El seguro de salud del Estado FONASA, el cual se constituye como sistema de reparto y las ISAPRES, las cuales se constituyen bajo una lógica de capitalización individual (a partir del año 1981). Durante el año 1979 adicionalmente se profundiza y amplía la población beneficiaria de la modalidad de libre elección (MLE) que anteriormente era de uso exclusivo para funcionarios del SERMENA, estas modificaciones a la MLE se terminan de perfeccionar el año 1985 con la Ley 18.469 que generó la sistematización de los aranceles de la MLE y la modalidad de atención institucional (MAI) del Fonasa.

Se elimina el aporte del empleador, se aumenta el aporte a salud del trabajador, su afiliación de carácter individual al sistema ISAPRE y el establecimiento de incentivos estatales para aumentar la incorporación de usuarios al sistema privado. Según Ernesto Miranda el gasto público en salud alcanza para el año 1972 un 4% del producto geográfico bruto y para el año 1988 este llega a 2,4%, de acuerdo con el autor esta reducción responde en parte al crecimiento de las Isapres, como entes que compiten por la cotización de los ciudadanos con la alternativa pública Fonasa (1).

Continuidad postdictadura

En el primer período postdictadura, las principales reformas fueron impulsada a partir de una colaboración financiera del Ministerio de Salud y el Banco Mundial, entre ellos el proyecto *Technical Assistance and Hospital Rehabilitation Project* (TAHRP) y *Health Sector Reform Project* (HSRP).



El sistema de atención tendrá una dualidad público-privada. Se impulsa un proceso de definición y separación de funciones, el cual fue apoyado a través de estudios del proyecto HSRP. Se fortaleció como entidad reguladora la superintendencia de Isapres, creada bajo la ley N°18.933 en 1990, la cual buscará regular y supervisar el mercado de seguros de la salud. En ese contexto, el Ministro Jiménez del primer gobierno de la Concertación de partidos por la democracia, en su documento “Problemas y desafíos del sistema de salud chileno” de 1991, plantea entre las políticas de salud específicas, la intención impulsar *“incentivos económicos a las Isapres para que den atención a largo plazo, entre otras medidas”* (2).

Durante el gobierno de Ricardo Lagos, se impulsó una reforma en la cual se priorizaron algunos problemas de salud, por sobre otros, esto se efectúa según su carga enfermedad, prevalencia en la población y considerando preferencias sociales. Esto se tradujo en un conjunto de problemas de salud que cuentan con un guía que estandariza para el cuidado, se establece un sistema de garantías explícitas, exigibles al Estado: a la oportunidad, donde se establecen umbrales de atención máximos, financiamiento, se establece un mecanismo de valorización de las prestaciones y una cobertura financiera garantizada por el Estado. Posteriormente la garantía de calidad, la cual establece requisitos mínimos de calidad que deben ser cumplidos por los prestadores públicos y privados. Esta reforma incluía una dimensión sobre el aseguramiento a la salud que fue rechazada en la discusión en el congreso. Un elemento relevante, es que las garantías, obligan al Estado en caso de que no exista capacidad en el sector público de efectuar la “prestación”, ésta sea adquirida a prestadores privados. Esto ha impactado generando una vía de compras permanentes desde Fonasa a las clínicas para estos efectos.

En la actualidad el segundo gobierno de Piñera está impulsando una iniciativa legal, que busca entregar a Fonasa mayores poderes para fortalecer su principal subsidio a la demanda, la MLE. En este proyecto que se discute en el congreso, se busca entregar al Fonasa, la facultad de “trasladar” a los pacientes que se atienden en la red pública a otros prestadores públicos o privados en convenio, esto con el propósito de disminuir los tiempos de espera de la población. Una segunda atribución que se le entregaría al FONASA, implicaría dejar sin tope el subsidio público a la MLE, actualmente fijado en 60% para todas las prestaciones.

Estas reformas han generado un aumento de transferencia de recursos del Estado al sector privado. Desde el año 2005, se produce la incorporación de una nueva forma



mediante la cual se transfieren recursos, a través del programa de prestaciones valoradas, Fonasa puede comprar prestaciones centralmente al sector privado. Teniendo esto en consideración, desde el 2005 hasta diciembre de 2018, se han transferido al sector privado 12.045 millones de dólares (Se consideran 681 pesos por dólar, valor promedio del dólar para diciembre, 2018). La MLE en el 2005 representaba el 100% de los traspasos, para el 2018 esto alcanza un 69% del total de los montos transferidos anualmente.

Se puede afirmar que desde mediados de la década del 2000 se produce un boom del mercado de clínicas y consultorios privados, teniendo como principal objetivo obtener ganancia económica. Estos comenzaron a organizarse a través de una nueva integración empresarial, los Holdings. Su objetivo es poseer las acciones de otras compañías, obteniendo así el control de estas. Sus Directivos y Consejo de Administración generalmente mantienen el control de las filiales. Surgen en el marco de la superación del viejo paradigma productivo que se encontraba vigente en los países capitalistas industrializados, el cual “se caracterizaba por la dominación de grandes empresas organizadas jerárquicamente y la producción masiva de productos homogéneos, utilizando máquinas herramientas de propósitos únicos” (3). Mientras que los holdings, se caracterizan por las nuevas “formas de la competencia entre capitales, estableciendo a través de un tejido de acuerdos, relaciones de cooperación, de subcontratación y de integración horizontal, definida por los constantes cambios de propiedad a partir de compraventas de empresas agrupadas” (4). En algunos casos, los holdings han sido comprados por empresas multinacionales. Según Hugo Fazio, esto comienza a ser profundizado en los años 90 (5), generando lo que Habermas (6) denomina la anonimización del capital, dificultando el control de la propiedad y la constitución de grupos empresariales, Sin embargo, al mismo tiempo se fortalece la presencia de tecnocracias de alta dirección y gestión de dichas empresas, las cuales operan en virtud de una suerte de poder delegado.

Métodos

Para analizar el subsidio a la demanda para atención de salud y su relación con los holdings de empresas en Chile, se utilizaron dos técnicas de análisis, una revisión de las memorias anuales de los *holdings* y un análisis de base de datos con la facturación total anual de la modalidad de libre elección del Fonasa, ahí se puede identificar la cantidad de recursos transferidos a los prestadores institucionales a través de la modalidad libre elección.



Esta base de datos fue solicitada por vía transparencia a la División Servicio al Usuario, del Subdepartamento de Transparencia y Ley del Lobby del Fondo nacional de Salud a nivel central.

A partir de la revisión de las memorias y los datos extraídos se identificaron tres análisis relevantes para este artículo: i) El traspaso de dinero por vía MLE por tipo de prestador, ya sea institucional, natural o de sociedades; ii) El consolidado del traspaso de dinero según prestadores institucional y; iii) El traspaso de dinero por vía MLE del año 2018 luego de asociar los prestadores a los Holdings.

Resultados

Un primer resultado de este artículo dice relación con la identificación de los principales Holdings en la salud, los cuales fueron caracterizados a partir de una revisión exhaustiva de las memorias de cada uno de ellos. Sin embargo, para efectos de este análisis, se describirán sólo los Holdings que tienen una mayor presencia en el mercado de la salud, dejando fuera a aquellos Holdings con menos 10 prestadores privados, como por ejemplo al grupo Masvida (Dueña de Clínica Universitaria de Puerto Montt y Concepción, entre otros), Nexus (Dueña de Nueva Masvida), Indisa (Dueña de clínica de salud integral, entre otras), Bethia (Dueña de Colmena), Kinza (Dueño de sanatorio alemán), Corporación chileno-alemana (dueña de Clínica Alemana, entre otras).

Identificación de Holdings a través de las memorias de Holdings

Banmédica SA - UnitedHealth Group

UnitedHealth Group es un holding multinacional con presencia en Chile, Perú y Colombia y participa principalmente en el mercado de la salud e inmobiliario. No obstante, su inserción en el mercado chileno surge a partir de la compra de uno de los Holdings con mayor presencia en el país, Banmédica S.A. El ámbito de acción inicial de Banmédica se concentró en el área de la salud privada ligado a la Caja Bancaria de Pensiones, empresa fue privatizada en la dictadura. Finalmente, en 1990 se constituye como Holdings. La utilidad distribuible del año 2017 es de M\$ 61.071.897, mientras que, durante el primer trimestre del año 2018, los ingresos de Banmédica registraron un crecimiento de 5,1 % alcanzando \$388.183. (7)

Sus dueños, hasta el año 2017, eran principalmente los grupos empresariales Penta y Fernández León, no obstante, con fecha 28 de enero de 2018, se declara exitosa la venta de 778.844.742 acciones de Banmédica S.A., representativas de



aproximadamente un 96,8% del total de acciones a la multinacional UnitedHealth Group.

Cruz Blanca – BUPA

Bupa Chile es una multinacional de origen británico denominada “British United Provident Association”. Con una historia que remonta a 1999, cuando la sociedad Idelpa- perteneciente al grupo Said-adquirió el primer activo del grupo de empresas que se organizó bajo el nombre de Cruz Blanca Salud, hoy BUPA Chile. En el 2009 se crea el Grupo Cruz Blanca- Salud, los cuales adquieren el prestador Integramédica. Durante el año 2014, el Grupo Bupa (British United Provident Association) concreta la compra del 56 % de las acciones de Cruz Blanca Salud, cambiando su razón social a BUPA Chile S.A, adquiriendo el 100 % en el año 2016. Respectos a sus ganancias, según su memoria del año 2018, BUPA cuenta con utilidades del año 2018 de M\$ 787.650.000. (8)

Inversiones la construcción S.A

A diferencia de los Holdings anteriores, Inversiones la construcción S.A continúa siendo controlada por grupos empresariales de Chile, principalmente a través del principal controlado, la cámara chilena de la Construcción CChC. Desde 1980, Sociedad de Inversiones y Rentas La Construcción S.A. se transforma en la sociedad de inversiones de la CChC. Sus principales inversiones se encuentran en los siguientes rubros previsión social, aseguradoras, clínicas u hospitales, establecimientos educacionales y de servicios electrónicos.

En el año 2008, red salud se constituye como matriz de los prestadores de salud de Inversiones la construcción S.A. Se definen cinco proyectos iniciales a través de la primera asociación de clínicas regionales: una clínica para la región metropolitana, ampliar Clínica Consalud y Clínica Tabancura, mejorar las instalaciones de Megasalud y desarrollar una red regional de clínicas, “esta se constituyó en conjunto con la Sociedad de Servicios Médicos Dial S.A e Inmobiliaria Clínicas Regionales S.A” (9)



Holdings	Prestadores	Seguros	Area internacional	Otros rubros
United Health Group	Clinica Santa María SPA, Inmobiliaria clínica santa maria, Clínica Dávila y servicios médicos SPA, Vida integra S.A (OMESA S.A, Clínica Alameda, Administradora médica centromed); Inversiones clínicas Santa maria (Clínica Vespuccio, Clínica Bio Bio, Clínica Ciudad del Mar, Central de compras), Help (Home medical), Clínica Iquique (7,81 %). Servisalud S.A (28,63)	Isapre Banmédica tres.	Vida Colmédica medicina prepagada y aliensalud (colombia); Banmédica internacional; Administradora country (colombia); Promotora country (colombia), Empremédica (Perú)	Inmobiliaria Apoquindo 3600, Constructora e inmobiliaria Magapoq, Inmobiliaria e inversiones Alamesa, Inmobiliaria Apoquindo, Sasen, Centros de servicios compartidos Banmédica, Fundación Banmédica
BUPA	Red ambulatoria compuesta por un centro de diagnóstico mamario Dra. Pilar Gazmuri, ocho centros Sonorad, 4 centros Dental Bupa; 29 centros médicos Integramédica. En cuanto al área hospitalaria, es dueña de Clínica Antofagasta, Clínica Reñaca, Clínica BUPA Stgo, Clínica San José, Clinical Service, Centro médico Antofagasta; Exámenes de laboratorio; Centro de diagnóstico avanzado San José; Sociedad de imagenología clínica bioimagen ltda; Centro de imágenes medicas avanzadas San José; Sociedad médica quirúrgica de Antofagasta.	Isapre Cruz Blanca, Seguros BUPA.	En Perú a través de centros de atención ambulatoria, bajo el centro médico Integramédica, tres centros de diagnóstico Resomasa y 11 centros de toma de muestras y fábricas de procesamiento del laboratorio clínico AnglolaB	
Inversiones la construcción S.A	31 centros de atención ambulatoria, 3 clínicas en la región metropolitana (Red salud Vitacura, redsalud providencia, redsalud Santiago), 6 clínicas en regiones (redsalud Iquique, redsalud Elqui de Laserena, RedSalud Rancagua, RedSalud Valparaiso, Redsalud Mayor Temuco y Clínica RedSalud Magallanes en Puntarenas). Una clínica asociada al Hospital Clínico Viña del mar y una Red oncológica con 12 centros de atención a lo largo de Chile (Oncosalud).	Isapre Consalud Isapre Vidacámara CORPSEGUROS	Banco internacional Vida cámara Perú y Banninter Factoring	AFP Habitat

Tabla 1: Organigrama de Holdings, 2018



Transferencia de dinero por vía modalidad libre elección

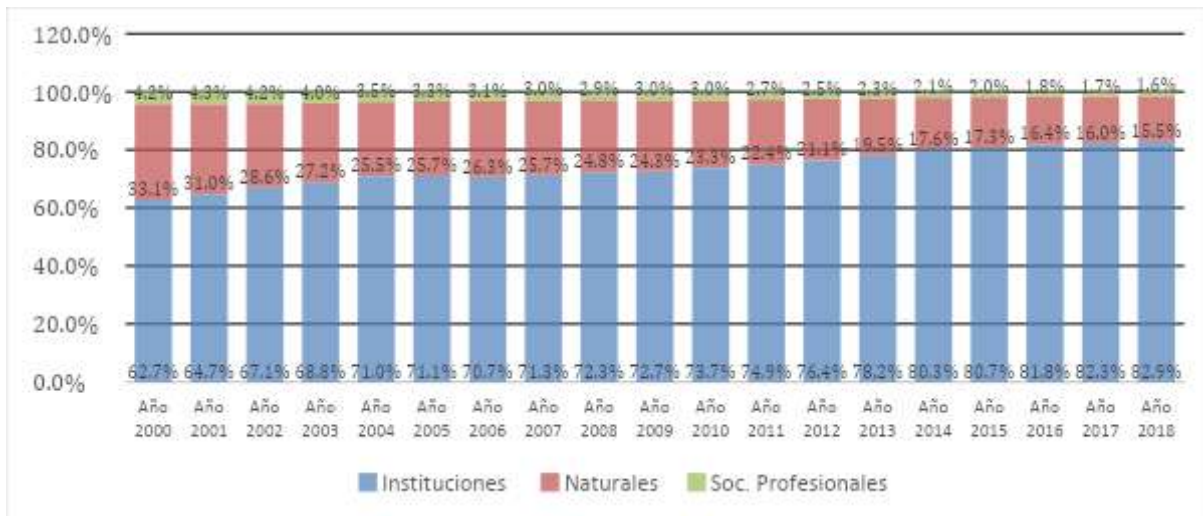


Gráfico 1. Transferencia por tipo de prestador desde el año 2000 al 2018

En el análisis de la MLE se puede ver que hay tres tipos de convenios que se establecen, estos convenios para la prestación de servicios se efectúan con “instituciones”, que son prestadores institucionales (Clínicas, laboratorios, etc). Adicionalmente están las sociedades profesionales y con personas naturales. En el Gráfico 1 se puede apreciar modificación significativa en la distribución de la facturación de la MLE de acuerdo con estos tipos de prestadores. El mayor crecimiento lo han experimentado los prestadores institucionales, que pasan de un 62,7% del total de la facturación MLE para el año 2000, en contraste para el 2018, estos prestadores representan 82,9% del total de la facturación. En el caso de las sociedades profesionales se ve un descenso de un 4,2% de la facturación MLE para el año 2000 a 1,6% para el 2018. Las personas naturales, es decir los profesionales que tienen consultas y que tienen convenios con Fonasa, evidencian una importante caída, para el año 2000 representaban un 33,1% de la facturación MLE y para el 2018 esto llega a 15,5%, en términos nominales la facturación si bien aumenta. Lo anterior puede implicar cambios estructurales, sobre todo en lo referido al trabajo médico y como este puede estar siendo absorbido por los prestadores institucionales.



Consolidado de transferencia por prestador institucional años 2000-2018

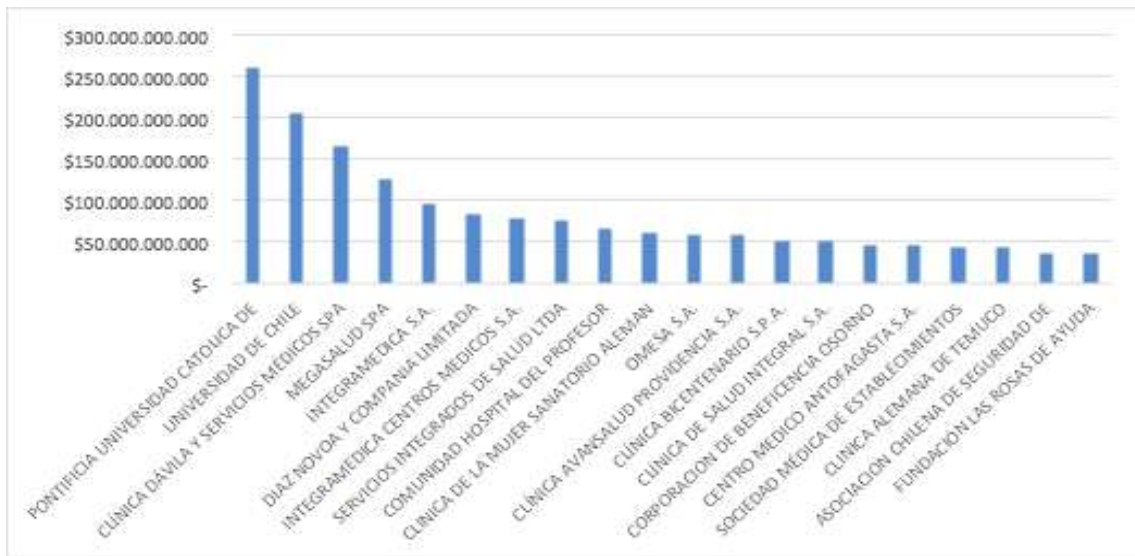


Gráfico 2: Consolidado de transferencia a prestadores privados 2000-2018

El Gráfico 2 muestra la sumatoria de todo el dinero recibido por vía MLE a los prestadores institucionales desde el año 2000 al año 2018. Para ello, se adaptó el peso chileno a precio del año 2018 con el fin de poder realizar dicha comparación.

Al analizar el consolidado del traspaso de dinero a través del mecanismo del MLE de los prestadores institucionales desde el año 2000 al 2018, se pueden apreciar una variedad de dueños, entre ellos algunas Universidades del país, que poseen hospitales universitarios, prestadores pertenecientes a Holdings y prestadores vinculados con sociedades y fundaciones.

Según lo expuesto y siguiendo el orden jerárquico de acuerdo con la facturación total acumulada, los principales prestadores que reciben dinero por vía MLE son los centros formadores, principalmente la Pontificia Universidad Católica de Chile, a través de su Hospital Clínico y prestadores ambulatorios y la Universidad de Chile, que cuenta con el Hospital Clínico Universidad de Chile.

Sin embargo, los siguientes prestadores que reciben un monto considerable son aquellos que pertenecen a los Holdings de la salud, como por ejemplo Clínica Dávila del grupo UnitedHealth Group, Megasalud del grupo inversiones la construcción e Integramédica S.A del grupo BUPA, dos de ellos reconocidos Holdings multinacionales. Finalmente, tanto corporaciones como fundaciones se encuentran en los últimos lugares respecto a la cantidad de dinero traspasado por vía MLE.



Si bien, esta realidad se expresa al consolidar todo el dinero traspasado en dichos años, si analizamos el traspaso exclusivamente mirando el año 2018, los datos cambian.

Transferencia por Holdings año 2018

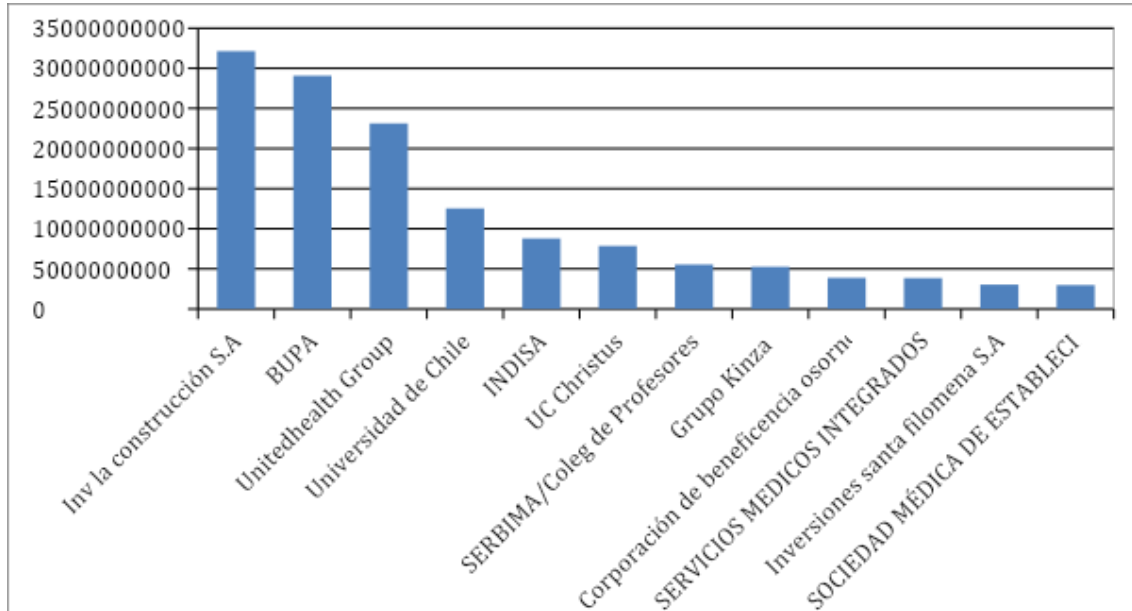


Gráfico 3: Transferencia dinero por Holdings del año 2018

El Gráfico 3: muestra cómo a diferencia del consolidado de prestadores institucionales del año 2000-2018, existe una mayor presencia de Holdings de la salud respecto de la facturación total de la MLE, de los cuales principalmente se encuentra nuevamente inversiones la construcción, de la CChC, UnitedHealth Group, multinacional estadounidense y el grupo BUPA, multinacional británica.

A su vez, en orden jerárquico, las Universidades han sido desplazadas por los Holdings, los cuales han concentrado el dinero recibido por vía MLE en la medida que aumenta su presencia y expansión en el mercado de la salud. La captura de recursos por parte de los Holdings se puede explicar a una expansión en el mercado, a través de adquisiciones de otros prestadores.

Finalmente se evidencia una menor cantidad de sociedades y corporaciones, evidenciado por ejemplo en la compra del grupo Kinza del 98 % de las acciones de la sociedad dueña de la clínica sanatorio alemán. (10)



Conclusiones

Una de las principales características del sistema neoliberal chileno, es el rol que asume el Estado, el cual a diferencia de la tesis liberal del “Estado mínimo”, asume un rol importante en pro de la inversión privada.

Al problematizar el análisis sobre subsidio a la demanda, se visualiza un Estado que reduce su capacidad de acción en salud, ya que en la medida que se ha contraído la atención de la red estatal, ha aumentado la dependencia estatal de prestadores privados con el fin de satisfacer la demanda sanitaria. No obstante, las políticas de subsidio a la demanda, ha generado una transferencia de dinero importante al sector privado de la salud, generando incentivos para la inversión en dicho mercado, respaldando la tesis de un Estado fuerte de carácter neoliberal, que levanta nichos de acumulación de capital para los grupos empresariales.

Estas políticas han incentivado la generación de un nuevo mercado, gestándose un empresariado cada vez más concentrado a través de los Holdings. Su expansión y captura de una creciente parte de la facturación bajo la modalidad de libre elección, ha reflejado una transferencia de subsidio mayor respecto a otro tipo de prestadores, como por ejemplo de aquellos profesionales de la salud que prestan atención como independientes, interpretándose una posible asalarización de estos en la red estatal o privada de atención. Por otra parte, dicha creciente transferencia de dinero a los Holding ha reflejado una dependencia de los sectores privados respecto del Estado de Chile. Una relación que complejiza la difuminación de la frontera entre lo público y lo privado, ya que el motor de las políticas del Estado no se constituye necesariamente bajo el interés público.

Finalmente, según lo descrito en las memorias de los Holdings, la inserción de este empresariado tiene su origen en los años 90, no obstante, luego de su consolidación en el mercado, comienzan a vender sus acciones a capitales extranjeros, generando una inserción cada vez más fuerte de multinacionales de la salud, entre ellas Health Group y el grupo BUPA.

Notas

¹ Sociólogo, UPLA; Máster en Análisis Político, UCM, Doctorante en Ciencias Sociales, UdeChile.

² Cientista Político, Universidad de Arcis, Candidato a Magíster en Salud Pública, Universidad de Chile



Bibliografía

Miranda E. Descentralización y Privatización del Sistema de Salud Chileno. Puntos Ref [Internet]. 1990; 58:6–66. Available from: http://www.cep.cl/dms/archivo_1640_1217/rev39_miranda.pdf

Montoya C. La salud dividida. Chile 1990-2010. Ideología, debates y decisiones acerca de la Salud: lo que dicen los documentos del periodo de los gobiernos de la Concertación. Ceibo Edic. Vol. 111, The British Journal of Psychiatry. Santiago de Chile; 2013.

Neffa JC. Los retos teóricos de los estudios del trabajo hacia el siglo XXI. In: CLACSO. CLACSO. Buenos aires; 1999. p. 39–70.

Ruiz, C y Boccardo G. Los chilenos bajo el neoliberalismo. Clases y conflicto social. El buen Ai. Santiago de Chile; 2015.

Fazio H. Mapa actual de la extrema riqueza en Chile. LOM. Santiago de Chile; 2000.

Habermas J. Problemas de legitimación en el capitalismo tardío. Amorrortu. Buenos aires; 1975.

Banmédica M anual. Memoria Banmédica 2018. 2018.

Chile B. Memoria Bupa Chile. 2018.

Redsalud. Memoria anual 2018 [Internet]. 2018. Available from: https://www.minsur.com/wp-content/uploads/pdf/EEFF/ESP/Minsur_Memoria_Anual_2018_FINAL.pdf

Emol. Los dueños del Sanatorio Alemán de Concepción y el desafío que se avecina tras la explosión [Internet]. 2018. Available from: <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2018/04/24/903711/Explosion-en-Sanatorio-Aleman-Quienes-son-los-duenos-detras-del-recinto-de-Concepcion.html>



La salud en los planes de educación básica en México: una revisión histórica

Tonatiuh Cabrera Franco

Resumen

Objetivo

Identificar los cambios en las concepciones y planes en salud de la política educativa mexicana.

Metodología

Análisis documental (primario y secundario) de programas oficiales mexicanos referentes a la política educativa y de salud de 1848 (Reforma) a 2018 (actualidad).

Resultados y discusión

En el periodo de la Reforma (1848 – 1876) la salud estuvo considerada como un tema de higiene doméstica dirigido a mujeres. Durante el Porfiriato (1830-1915) el centro de interés fue la infraestructura escolar, sus requisitos higiénicos y la supervisión médica a escolares. En el periodo Posrevolución (1920-1945) se formalizaron las instituciones de vigilancia escolar y se buscó la homogenización de contenidos a nivel nacional poniendo especial interés en comunidades agrícolas e indígenas. Durante el Desarrollo estabilizador (1950-1960) México no hace cambios mayores en su propuesta de salud desde la escuela. Durante la Crisis económica mexicana (1970-1985) en el campo educativo se tiene un esplendor y ocaso, con la reforma a la Dirección General de Higiene Escolar y su posterior desaparición. En la actualidad (1990-2018) se toma una visión hacia lo global, y las acciones en materia de salud desde la escuela se alinean con la propuesta internacional de la OMS y su iniciativa global escuelas promotoras de la salud. Conclusiones: Pese a la larga trayectoria nacional desde 1855, en los últimos años México ha abandonado su experiencia acumulada y se ha alineado a las directrices internacionales esto ha sectorializado la estrategia haciendo que el ministerio educativo ya no la considere uno de sus programas vigentes, medicalizando más a la salud, incluso desde el aula.

Palabras clave

Salud, educación básica, México.



Introducción

Por lo menos desde la conformación de los Estados Nacionales y el auge de la revolución industrial, la salud poblacional ha sido un tema de interés público el cual ha ido cambiando su forma abordarla según las mismas formas de entenderla. En este trabajo de corte cualitativo documental se analiza una de las aristas del tratamiento de la salud colectiva, la salud escolar.

Si bien las grandes preocupaciones de la salud pública en un inicio fue el tratamiento de las aguas negras, el saneamiento ambiental o la provisión de agua potable, la consideración de las escuelas y sus condiciones higiénicas fue un tema que se posicionó tempranamente en la agenda de la salubridad pública. Por tanto, este trabajo tiene por objetivo identificar los cambios en las concepciones y planes en salud de la política educativa mexicana.

Con un análisis documental (primario y secundario) de programas oficiales mexicanos referentes a la política educativa y de salud se analizarán en lo general seis grandes periodos de la historia mexicana: la Reforma que abarcó de 1848 a 1876, el Porfiriato que tomó de 1830 a 1915, excluyendo la revolución por su inestabilidad política y por tanto educativa y en materia de salud se seguirá con la posrevolución que va de 1920 a 1945, tras lo cual comienza el llamado desarrollo estabilizador de 1950 a 1960, periodo seguido por la crisis económica mexicana de 1970 a 1985 y finalizando con el periodo actual que abarca de la década de 1990 haciendo un corte a 2018.

Para cada uno de estos grandes periodos se esbozará de manera general las líneas rectoras de la política mexicana de salud escolar ubicando su idea central y la forma en que en cada momento se trató de llevar salud a los niños, el personal, sus entornos y las escuelas en general.

La Reforma

La reforma y la reconstrucción de la República, es un periodo en la historia de México que Lira y Staples (2010), dividen en tres grandes momentos, el primero que abarca desde 1848 con el fin de la guerra con Estados Unidos a la promulgación de la constitución de 1857, el segundo de la guerra de Reforma (1858-1861) a la intervención francesa y el segundo imperio (1862-1867), y por último del triunfo republicano en 1867 al ascenso de Porfirio Díaz al poder en 1876.



En este periodo una nueva generación educada ya en el México independiente comienza a tomar paulatinamente el poder en el país, y en el ámbito educativo la constitución de 1857 establecía ya en su artículo tercero la enseñanza libre, sin embargo, es con el triunfo de la Reforma y la caída del segundo imperio que la educación en el país comienza a tomar un rumbo específico de la mano del médico tabasqueño Gabino Barreda.

Con Barreda la idea de utilizar la enseñanza para transformar los patrones de comportamiento y efectuar una modernización económica y política llegó a ser una característica permanente de la política educativa mexicana. La premisa de Gabino Barreda era la de “libertad, orden y progreso” (Galván, 2016:55)

Con esto en mente se adopta una postura positivista que sin abandonar el liberalismo da pie al inicio de la reforma educativa con la promulgación de la Ley Orgánica de la Instrucción Pública en el Distrito Federal en 1867, la cual en el campo de la educación y salud señala desde en artículo cuarto que en las escuelas de instrucción primaria de niñas se enseñará entre otras materias la “higiene práctica”, por lo que en las escuelas de instrucción secundaria para personal femenino de donde egresaba el personal que atenderían las escuelas primarias se enseñaba “medicina, higiene y economía doméstica”, por tanto en el Capítulo Tercero de esta ley referente a la inscripción, exámenes y títulos profesionales se señala que los profesores de segunda o tercera clase debía haber aprobado el examen de higiene doméstica, y las profesoras de primaria de primera, segunda o tercera clase, tenían que haber aprobado las materias de medicina e higiene y economía doméstica.

El proyecto educativo de la Reforma quería hacer converger la ideología liberal con la perspectiva positiva del orden y el desarrollo con lo cual se trató de normar y estandarizar la enseñanza desde la formación misma de los profesores, donde los temas higiénicos y de salud eran competencias femeninas, por lo cual en esta etapa se observa la entrada de los contenidos de salud en las aulas, pero únicamente hacia la población femenina.

El Porfiriato

En 1876 con el plan de Tuxtepec Porfirio Díaz asciende al poder vía armada, puesto que el año siguiente asumió vía electoral, juró constitucionalmente el 5 de mayo de 1877 y que ejerció de manera directa o indirecta durante 34 años hasta su exilio en 1911.



El gobierno porfirista respetó el modelo constitucional e hizo suyas gran parte de las aspiraciones de la Reforma (...) impulsó una estabilidad política que México no conocía desde que se consumó la independencia (...) la economía se desarrolló, la población aumentó, las ciudades crecieron y adoptaron muchos elementos del nuevo plan urbano, y se desplegaron los primeros esfuerzos en salud y educación (Kuntz, 2010:490).

El Porfiriato estará marcado entonces por la fuerte centralización y control administrativo, de la mano del desarrollo económico e industrialización que atrajo capital extranjero, lo cual propició concentración de la riqueza y desigualdad. Sin embargo, este periodo abre la puerta a la práctica generalizada de la Salud Pública o de las acciones institucionales en el campo de la salud colectiva como: el tratamiento de basura y aguas negras, la pavimentación de calles, el control de enfermedades y la vacunación (Kuntz, 2010).

Durante esta etapa, el 21 de enero de 1882, se celebra el Congreso Higiénico Pedagógico que tuviera como objetivo, señala Carrillo (1999), mejorar la salud de los escolares, y como principal eje las condiciones higiénicas que debían tener las casas destinadas a ser escuela primaria.

Se llegó al acuerdo sobre la orientación que debían tener las escuelas (este, noreste), los materiales de la construcción (sólidos, ligeros, refractarios a la humedad y malos conductores de calor), la condiciones de los salones de clase (bañados por luz natural directa a la que se consideraba agente poderoso para conservar y aún para restablecer la salud de los niños, bien ventilados y dotados de agua), el espacio que debía estar destinado a cada alumno (1.50 m² de superficie y de 4.50 a 5 m de altura). También, sobre la existencia de gimnasios, la construcción de inodoros, los ejercicios corporales que podrían realizar, y los libros en que deberían estudiar (Carrillo, 1999: 72)

Además de lo anterior se estipulaban las medidas de aislamiento de niños enfermos, se proponía la certificación de niño sano por parte de un médico antes de su ingreso, se pidió nombrar médicos inspectores de la higiene escolar y se proponía entre otras asignaturas a la higiene.

En 1908 a petición de la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes se formula y promulga el Reglamento de Higiene Escolar enfocado a supervisión de: edificios y mobiliario escolar (que de no contar con las características solicitadas se clausura), personal docente y alumnos (realizándoles exámenes médicos), y de la profilaxis de enfermedades transmisibles (con visitas quincenales para prevención), labor que ya se



venía realizando desde 1896, pero que entonces se reglamentó y aumentó su personal, que en el caso del Distrito Federal, pasó de 6 a 11 médicos (Uribe y Troncoso, 1911).

El Porfiriato fue un periodo fecundo en acciones de salud pública, lo cual puede verse en un campo tan pequeño como el de la salud escolar, en el cual bajo la perspectiva positiva buscó incidir en las condiciones físicas de las escuelas, pero también en los contenidos, además de lograr la entrada de la autoridad médica a los recintos educativos para imponer sobre estos una forma específica de ser y estar desde el conocimiento biomédico.

La Construcción del nuevo Estado (la posrevolución)

La Revolución Mexicana fue un movimiento armado y sociopolítico que comenzó en 1910 con el nuevo triunfo de Díaz en las elecciones, y pese a expulsarlo en 1911, termina hasta 1920 con el Plan de Agua Prieta y el cese definitivo de la mayoría de las luchas armadas (García, 2010).

Tras el fin de la revolución comienza un nuevo periodo en la historia de México al que Aboites y Loyo (2010) denominan la construcción del nuevo estado, que abarcó de 1920 con el Plan de Agua Prieta y la presidencia de Álvaro Obregón a 1945 con la muerte del Jefe máximo, Plutarco Elías Calles, este periodo estará marcado por la construcción del nuevo Estado Mexicano, sus instituciones y la consolidación de un sistema en torno al Partido Nacional Revolucionario (PNR).

Una de estas grandes instituciones surge en 1921 durante el gobierno de Álvaro Obregón que con una reforma constitucional y por decreto crea la Secretaría de Educación Pública (SEP), “La SEP atribuyó a la educación la responsabilidad de construir una identidad nacional y de forjar un hombre nuevo, sano, moral y productivo” (Aboites, 2010: 603), en esta primera etapa, el proyecto vasconcelista, miraba en buena medida a la homogenización e integración de los indígenas al proyecto nacional, por lo que como parte de su campaña se realizaron misiones culturales para orientar a los maestros rurales, estas misiones que iban de la mano, entre otros, del Departamento de Salubridad tenían como objetivo:

Preparar a los jóvenes para el magisterio, despertar en los campesinos sentimientos de admiración por lo héroes, enseñar nuestro pasado glorioso, explicar sus deberes cívicos, impartir pláticas de higiene, combatir los vicios dominantes del pueblo y mejorar las industrias existentes (Galván, 2016: 115)



Ese mismo año de 1921 se celebra el Primer Congreso del Niño Mexicano y se crea el Servicio de Higiene Escolar por parte por parte del Departamento de Salubridad Pública que buscaría “proteger la salud de los niños y vigilar su desarrollo armónico” lo cual harían con:

Visitass periódicas a las escuelas con el fin de vigilar que los edificios, mobiliario y útiles escolares reunieran las condiciones higiénicas necesarias. Practicaron exámenes médicos a los alumnos con el propósito de conocer su estado de salud. Separaron a los que tenían algún padecimiento “nocivo” para la comunidad y vacunaron o revacunaron a quienes lo necesitaron (Alanis, 2015: 14)

Durante la presidencia de Calles su secretario de educación, José Manuel Puig, “dejaba ver su gran preocupación por el mejoramiento de la raza. Creó el Departamento de Psicopedagogía e Higiene y puso en práctica en las escuelas federales pruebas antropométricas y de inteligencia” (Aboites, 2010: 614).

Para 1934, durante la presidencia de Cárdenas, una reforma al artículo 3º constitucional implanta la educación socialista (lo cual es eliminado en 1946), síntoma del ambiente ideológico en el país establecía el control total de planes de estudio y materiales en todo el territorio y en escuelas tanto públicas como privadas de nivel primaria.

Este proyecto agregó, a los contenidos de la escuela de la acción, el principio de trabajo social, que enfatizaba la necesidad de promover campañas de higiene, inoculación y combate al alcoholismo, así como la de celebrar competencias deportivas y eventos culturales de tipo secular (Quintanilla, 1996: 139).

En 1942 se promulga la Ley Orgánica de Educación Pública Reglamentaria de los Artículos 3º; 31, Fracción I; 73 Fracción X y XXV, y 123, Fracción XII. De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, destacan la consideración de la población indígena del país y sus condiciones higiénicas y de enfermedad.

Si bien la salud o la higiene no eran el centro de la reforma de educación socialista si eran temas a tratar en escuelas oficiales, particulares, indígenas, agrícolas, mineras e industriales, en una lógica que contemplara tanto contenidos como libros a nivel nacional y de carácter obligatorio.

Este periodo estará marcado primero por la institucionalización de la higiene escolar a partir de la creación de la SEP (y su Departamento de Psicopedagogía e Higiene) y del



Servicio de Higiene Escolar (del Departamento de Salubridad), y segundo, y con la implantación de la educación socialista, por la obligatoriedad de contenidos a nivel nacional, entre los cuales se contempló la higiene y se priorizaban a comunidades indígenas y agrícolas.

El desarrollo estabilizador (el milagro mexicano)

Con el fin del Maximato y los reacomodos en el sistema, México entrará a una nueva etapa en su historia la cual corresponde al también llamado “milagro mexicano” la cual estuvo marcada por un importante crecimiento económico sostenido en el país, pero que se vio truncada por los reacomodos internacionales y los movimientos sociales. Para Loaeza (2010) este periodo abarca de 1945 con la Conferencia Internacional sobre problemas de la guerra y la paz, y termina en 1968 con el movimiento estudiantil.

En el campo de la salud escolar, en 1941 el Departamento de Psicopedagogía e Higiene de la SEP cambia de denominación para convertirse en Dirección de Servicios Médicos e Higiene, un año después cambia nuevamente de denominación para ser entonces Departamento de Higiene Escolar, en 1953 se convierte en Departamento de Higiene Escolar y Servicios Médicos, denominación que conservó hasta 1970. En sí, todos estos cambios resultaban más denominativos y administrativos que de funciones, ya que, en el centro de este departamento de la SEP se encontraba la misma labor que se venía ya desarrollando, es decir la supervisión médica a instalaciones y alumnos.

Durante esta etapa el campo educativo estuvo en buena medida influenciado por Jaime Torres Bodet, quien fue secretario de educación en dos ocasiones, en la primera de ellas (1943 a 1946), se puede resaltar la creación del Instituto Federal de Capacitación del Magisterio (IFCM) en 1945, que buscaría terminar con el déficit de profesores de educación primaria, dentro de los trabajos publicados por el IFCM se encuentran Higiene escolar e Higiene Dietética, que buscaban incorporar dichos conocimientos en la enseñanza de los profesores de educación primaria (García, 2016).

Su segundo periodo al frente de la SEP abarcó de 1958 a 1964, etapa en la que se resalta el llamado “plan de once años” que buscaría aumentar la cobertura de educación primaria en todo el país, como parte de este plan y el alza en la inversión educativa en el país en 1959 se crea la Comisión Nacional de Libros de Texto (CONALIT) que entregaría libros de texto gratuitos para todos los niños. La CONALIT definiría y editaría



los libros de texto para las escuelas primarias según los programas vigentes cumpliendo éstos diversas funciones:

Además de formar la conciencia nacional y de fomentar una cultura política adecuada al consenso nacionalista y liberal, debían contribuir a modificar actitudes y comportamientos con respecto a la higiene personal y a los servicios de salud. Así pues, las guías técnico-pedagógicas de la Conalit señalaban que la enseñanza de las ciencias naturales debía hacer hincapié en el desarrollo de actitudes positivas hacia las vacunas, los medicamentos y la medicina moderna en general. Más que aprender los principios básicos de la ciencia, los niños debían adquirir hábitos de higiene y cuidado personal: el baño diario, el uso de ropa apropiada para las condiciones climatológicas y una alimentación sana (Loeza, 1988: 236).

Como parte de las ciencias naturales fue entonces una prioridad de la CONALIT y sus materiales encaminar a los niños a la “medicina moderna” y sus hábitos higiénicos con libros que buscaron llegar a todo el país y todas las escuelas de educación primaria.

Durante este periodo no fueron muchos los cambios en términos de la salud escolar, los cambios denominativos fueron más de forma que de fondo en lo que fue la Dirección General de Higiene Escolar, y en cuanto al proyecto de Torres Bodet es notorio el interés por incluir (aunque no fuera el centro) en la formación docente y los contenidos escolares, el cuidado higiénico o de la salud, siempre de la mano del saber médico hegemónico.

La crisis Económica

La siguiente etapa en la historia de México es a la que Rodríguez y González (2010) denominan el fracaso del éxito la cual abarca de 1970 a 1985 y que estará marcada por un sistema político autoritario, el crecimiento poblacional, una revolución cultural producto de la segunda posguerra mundial y la crisis económica.

En el campo educativo en 1973 se promulgó la Ley Federal de Educación que, además de señalar la obligatoriedad en el cumplimiento de planes y programas de la SEP en todas las escuelas, señalaba la adecuación higiénica de las instalaciones para la autorización de instituciones de educación privada.

Como resultado de esta reforma en el terreno educativo, ese mismo año se expide el Reglamento Interior de la Secretaría de Educación Pública que reforma lo que era el



Departamento de Higiene Escolar y Servicios Médicos para convertirlo en la Dirección General de Higiene Escolar.

Las acciones de la Dirección (SEP, 1973) se enfocaron entonces a incidir sobre el entorno, los alumnos y el personal, pero en 1978 se publicaron dos nuevos reglamentos que detallaron más las funciones de la dirección en materia de contenidos, vinculación y formación. Los dos siguientes reglamentos de la SEP, de 1980 y 1981, no cambiaron sustancialmente las funciones de la dirección, pero un año después, en 1982, la SEP la desaparece.

Por parte del sector salud, en 1984 se publicó la hoy vigente Ley General de Salud, la cual estipula en su título séptimo sobre promoción de la salud, capítulo II, sobre educación para la salud, los objetivos de esta, encaminados a: la prevención de enfermedades, accidentes, planificación familiar, nutrición, salud mental, prevención de alcoholismo y farmacodependencia entre otras, lo cual se hará en coordinación con la SEP, para la formulación de programas de educación para la salud.

También en su artículo 138 se establece la obligación de los directivos de las escuelas de dar aviso a la Secretaría de Salud (SS) sobre ciertas enfermedades transmisibles, y en su artículo 150 otorga a la autoridad sanitaria la posibilidad de excluir de las escuelas a enfermos o portadores de gérmenes según lo considere la misma Secretaría.

El México actual

El México de los últimos treinta años se encuentra marcado en lo político por el fin del régimen de partido único al tener en 1985 las primeras victorias electorales de la oposición que se consolidarían con la alternancia del ejecutivo federal en el año 2000; en lo económico por la apertura de mercados hacia el exterior, al abandonar la política económica proteccionista y de mercado interno, y en términos generales por la apertura al sistema global y la expansión del neoliberalismo económico, las últimas tres décadas de la historia mexicana han sido por demás vertiginosas.

En el campo de la educación y salud, México ha experimentado cambios sustanciales al pasar de un perfeccionamiento incremental en su política de salud escolar, a un abandono de su experiencia acumulada mediante un viraje hacia las recomendaciones internacionales.



Con el auge que desde 1986 se tuvo internacionalmente en materia de educación en salud, con reuniones y documentos por parte de OMS y UNICEF, el Programa Nacional de Salud 1990-1994 de México tomó una dirección específica al marcar a la educación como un factor condicionante para la salud, y dentro de los Programas para lograr el acceso universal a los servicios de salud con equidad y calidad se creó el Programa de promoción y cuidado de la salud escolar que se consolidó en 1994 con la Norma Oficial Mexicana (NOM) Para el Fomento de la Salud del Escolar.

Pero el gran proyecto de salud escolar global se presentó en 1995 cuando la OMS lanza la Global School Health Initiative, un plan general que busca incidir vía la educación, los entornos y el acceso en la forma de promover la salud en las escuelas según los preceptos de la Carta de Ottawa, y que tiene como meta “incrementar el número de escuelas que puedan ser realmente llamadas Escuelas Promotoras de la Salud” (Jones, 1998: 2).

Un año después en América Latina se conforma la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud, de la que México formó parte desde su fundación, pero es hasta el año 2001 que el país adoptó de manera directa el proyecto de salud escolar con un convenio entre los ministerios de Educación y Salud con el Programa Intersectorial de Educación Saludable (PIES) (2002).

El PIES recupera las directrices generales de la iniciativa global y su objetivo de certificar escuelas, pero es en 2006 cuando con la reforma al PIES al convertirlo en el Programa Escuela y Salud (PEyS), que México hace suya de manera total la iniciativa global de las escuelas promotoras de la salud.

Derivado del PEyS en 2013 la NOM de Promoción de la Salud Escolar es sustituida por la NOM para el Fomento de la Salud del Escolar, recuperando los puntos básicos del PEyS (educación, entornos, acceso y participación) y enfocándose de manera especial como indicador de resultados hacia la certificación de escuelas.

Las estrategias de la iniciativa global (educación, entornos y acceso) y su meta de certificación de escuelas se hacen patentes en México, y en el Programa de Acción Específico Promoción de la Salud y Determinantes Sociales del sexenio 2012-2018, se incluye como indicador 3 escuelas validadas como promotoras de la salud, para lo cual se presenta un manual operativo del PEyS orientado a la certificación.



Durante este periodo, el PEyS y su NOM han sido el único proyecto de salud escolar con continuidad en el país, el cual dejó de lado la experiencia acumulada en la materia y se dirigió a adoptar las recomendaciones internacionales de la OMS.

Conclusión

Es por lo menos desde 1867 con la Ley Orgánica de Instrucción Pública que en México se comenzó a interesar institucionalmente por los temas de salud en las escuelas, en este primer periodo y de manera temprana orientado a población femenina y con miras a incidir en los espacios domésticos, con el Porfiriato y el auge de la salud pública en México la salud escolar toma un rumbo y una fuerza específica lo cual inicia con el Congreso Higiénico Pedagógico de 1882, en el que las condiciones infraestructurales e higiénicas en primer término y la inspección higiénica en segunda se afianzan como modelos de intervención escolar.

Con la caída de Porfirio Díaz y el auge de la élite revolucionaria la reconstrucción del país requirió la consolidación de nuevas instituciones marcado en el ámbito de la salud escolar por el Departamento de Psicopedagogía e Higiene y los Servicio de Higiene Escolar, así como la búsqueda de la expansión educativa donde los temas de salud estuvieron siempre presentes, principalmente para comunidades indígenas y agrícolas. Durante el llamado desarrollo estabilizador los cambios fueron más bien denominativos, ya que en funciones las instituciones creadas en el periodo anterior siguieron trabajando de la misma manera, pero en el campo educativo la CONALIT buscó estandarizar el currículo escolar con libros de texto iguales en todo el territorio.

Durante la crisis la salud escolar tiene un esplendor y un ocaso, esplendor en un primer auge de la entonces Dirección General de Higiene Escolar que puntualizó y amplió sus funciones a nivel reglamentar pero que llega a un ocaso con su desaparición en 1982. Tras este ocaso, las últimas tres décadas se orientan a un viraje a lo global, en el que México abandona su larga experiencia acumulada en la materia y adopta en términos generales proyecto global de las escuelas promotoras de la salud de la OMS, de lo cual únicamente da cuenta con el número de escuelas que logran una certificación.

Bibliografía

- Aboites, L. y E. L. (2010). La construcción del nuevo estado, 1920-1945. En Nueva Historia General de México (pp. 596–651). México: El Colegio de México.
- Alanis, M. (2015). Los primeros pasos en la institucionalización de la asistencia médica infantil en el México posrevolucionario. *Cuicuilco*, 63(1), 10–28.



- Carrillo, A. M. (1999). El inicio de la higiene escolar en México: Congreso Higiénico Pedagógico de 1882. *Revista Mexicana de Pediatría*, 66(2), 71–74.
- Galván, L. E. (2016). *Derecho a la educación*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM.
- García, G. (2016). El arte científico de la higiene escolar en México (1882-1950). *Revista Iberoamericana del Patrimonio Histórico-Educativo*, 2(3), 83–100.
- García, J. y S. K. (2010). La Revolución Mexicana. En *Nueva Historia General de México* (pp. 539–595). México: El Colegio de México.
- H. Congreso de la Unión. *Ley Federal de Educación*. (1973).
- Heroico Congreso de la Unión. *Ley General de Salud*. (1984).
- Jones, J. T. (1998). WHO's Global School Health Initiative. Organización Mundial de la Salud.
- Kuntz, S. y E. S. (2010). El porfiriato. En *Nueva Historia general de México* (pp. 489–538). México: El Colegio de México.
- Lira, A. y A. S. (2010). Del desastre a la reconstrucción republicana, 1848-1876. En *Nueva Historia general de México* (pp. 444–488). México: El Colegio de México.
- Loaeza, S. (1988). *Clases medias y política en México: la querrela escolar, 1959-1963*. México: El Colegio de México.
- Loaeza, S. (2010). Modernización autoritaria a la sombra de la superpotencia, 1944-1968. En *Nueva Historia General de México* (pp. 652–697). México: El Colegio de México.
- Ministerio de Justicia e Instrucción Pública. *Ley Orgánica de la Instrucción Pública en el Distrito Federal*, (1867).
- Quintanilla, S. (1996). Los principios de la reforma educativa socialista: imposición, consenso y negociación. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 1(1), 137–152.
- Rodríguez, A. y R. G. (2010). El Fracaso del éxito, 1970-1985. En *Nueva Historia General de México* (pp. 698–746). México: El Colegio de México.
- Secretaría de Educación Pública. *Reglamento Interior de la Secretaría de Educación Pública*. (1973).
- Secretaría de Educación Pública. *Reglamento Interior de la Secretaría de Educación Pública*. (1980).
- Secretaría de Educación Pública. *Reglamento Interior de la Secretaría de Educación Pública*. (1982).
- Secretaría de Salud. (2002). *Programa intersectorial de educación saludable*. Secretaría de Salud.



Uribe y Troncoso, M. (1911). Higiene Escolar. Reseña de la organización del servicio higiénico escolar en el Distrito Federal y sus resultados. Gaceta Médica de México, pp. 331–349.



Educação alimentar em equipamentos sociais urbanos de alimentação e segurança alimentar e nutricional

Maria Cláudia da Veiga Soares de Carvalho
Fabiana Bom Kraemer
Flávia Milagres

Financiamento CNPq/MCTIC N° 016/2016-9

Apoio Rede Latino Americana de Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede SSAN) e Rede Ibero-Americana de Pesquisa Qualitativa em Alimentação e Sociedade (Rede Naus).

Resumo

Educar a população tem sido uma estratégia política desde anos 40 no Brasil. Hoje as novas formas de comensalidade envolvem um convívio social transmidializado numa cultura over de informação sobre Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). O objetivo desse trabalho foi analisar a construção de cidadania em 20 projetos de SAN realizados por diferentes atores sociais em equipamentos sociais urbanos. O problema foi: Como a comensalidade em espaços como feiras e bancos de alimentos, cantinas escolares, restaurantes universitários e cozinhas comunitárias dão existência ao papel social de cidadão? A metodologia em parte conceitual (teoria praxiológica de Pierre Bourdieu) atualiza um contorno para o papel de cidadão e para definição de equipamentos sociais de Educação Alimentar e Nutricional (EAN). Análise de conteúdo sistematizou elementos dos projetos para uma classificação em um conjunto de categorias apropriadas. Foram construídas duas categorias analíticas contextualizadas segundo os dados da cultura local. A primeira 'cidadão – por que não?' Observamos que o conteúdo articulado a argumentos orientadores de Políticas Públicas envolvidas no tema SAN e EAN legitima Direitos e o pertencimento a uma vida política. Portanto, um discurso cidadão pressupõe um sujeito minimamente informado e politizado. Os conteúdos de SAN capitalizam para inclusão social. A segunda, 'consumo alimentar', povoou objetivos, diagnósticos e estratégias de EAN, afirmando vínculos fortes entre os atores sociais do projeto, o contexto sociocultural e padrões de alimentação saudável e atribuiu sentido de proteção social e cooperação.

Concluindo, os equipamentos sociais se ampliam em conexões virtuais alternativas e são produtores de saberes e cidadania.

Palavras-chave

Educação alimentar, equipamentos sociais urbanos, segurança.



Introdução

Uma ação educadora na prática não escapa à complexidade da vida, e cada vez mais precisa de uma ética mínima (Cortina, 2009), para enfrentar a excessiva moralização sobre o comer (certo versus errado). O referencial teórico nessa perspectiva ética sustenta um conceito de educação que está por toda parte, uma experiência coletiva que nos ensina a viver juntos com modos que passam silenciosamente entre gerações, sem necessariamente precisar de um consentimento, porque acontecem sem percebermos. Segundo Carlos Brandão (1984), ninguém escapa dessa educação cotidiana. Em casa, na rua, na igreja ou na escola, de um modo ou de muitos, todos nós envolvemos partes de nossas vidas com ela: para aprender, para ensinar, para aprender e ensinar. Para saber, para fazer, para ser ou para conviver, todos os dias nos misturamos coletivamente nas relações com uma, ou com várias educações. Essa é uma educação que se inscreve na cultura e se reproduz socialmente com apetites 'coletivos', tornados comuns no tempo em que vivem. Educação e comunicação se misturam no campo da Alimentação e Nutrição como condutores de um processo contínuo de permanências/mudanças culturais ao longo do tempo.

Nossa principal conexão nessa perspectiva é com a interatividade: o conhecimento no processo comunicativo e interativo de redes sociais. Em nossa realidade brasileira o conteúdo digital pode ser um recurso disponível na busca de soluções locais para alimentação. Nesse sentido, foi desenvolvido um curso nos moldes de educação à distância, intitulado "Educação Alimentar em Equipamentos Sociais". A pergunta central que guiou a elaboração do curso foi como orientar tecnologias educacionais ao encontro da construção de cidadania nos equipamentos sociais, entendidos aqui como um espaço social nuclear na valorização da cultura alimentar local, promoção da cidadania e da realização do Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA).

Os equipamentos sociais estão incumbidos de transmitir mensagens ao mesmo tempo em que se constituem como um consenso cultural nos termos de repertório de gostos, estilos, culinárias, mas também concepções de DHAA, soberania e segurança alimentar e nutricional (SSAN) e agroecologia. Entendemos que esses equipamentos têm vocação para compartilhar saberes e redes de solidariedade e cooperação na implementação de participação política e dinâmicas cidadãs em suas práticas cotidianas.



A incorporação dos sentidos de cidadania está marcada por uma permanente negociação na construção de novos esquemas de percepção, novas sensibilidades e subjetividades estabelecidas entre ensinar/aprender, saber/poder e realidade/verdade. A condução/compreensão/interpretação deste fenômeno complexo de construção de cidadania necessariamente envolve o entrelaçamento de diferentes saberes que circulam nestes entroncamentos de relações e distanciam-se de um cardápio de mudanças padronizadas de comportamento humano: cidadania não é algo que se consome de pronta entrega.

Ao longo do curso EaD os participantes elaboraram uma proposta de ação educativa e sobre este trabalho apresentado buscamos refletir a construção de cidadania. Como esses projetos articulam o sentimento de cidadania às temáticas da educação alimentar e nutricional (EAN) em equipamentos sociais urbanos. O desenvolvimento de projetos de EAN representou um exercício de incorporação de experiências de diferentes atores sociais e orientações políticas e nossa proposta de lançar um olhar analítico sobre essa elaboração foi o caminho escolhido para chegar do coletivo ao privado: quais modos fazem dos estudantes de cidadania novos cidadãos? Os projetos configuram um exercício de pertencimento e inclusão social em questões públicas, permeado por sentidos. Se o curso foi uma forma de atualizar concepções e pressupostos nas práticas sociais como um todo, resta-nos conhecer o desdobramento dessas questões públicas no universo mais privativo dos textos elaborados por cada um. Isto possibilitou olhar para a realização do DHAA através das ações de indivíduos e comunidades concretas, tratando da melhoria das condições territoriais para lidar com o mal-estar e construir formas de viver bem juntos, entendendo que assim se realiza o DHAA.

Metodologia e fundamentação teórica

A práxis representa um campo de saber onde é possível perceber as mediações entre agente social e sociedade, entre o saber construído pelos atores e arranjos estruturados - solo dessas relações que se renovam e multiplicam (Pinheiro, Luz, 2003). Demasiado complexa, as práticas discursivas presentes nos projetos demandam uma extrema vigilância de utilização de técnicas e de sua adequação à construção do sentir-se cidadão. Tomando o conhecimento praxiológico, procuramos apreender não somente as estruturas objetivas dos equipamentos sociais descritas nos projetos, mas as disposições estruturadas nas quais elas se atualizam (Bourdieu, 1994). Assim sendo, nos interessa os princípios de construção do conceito de cidadania nos projetos de agentes sociais.



A conceituação, então, foi a primeira etapa do percurso metodológico desse estudo. A seleção de argumentos teóricos aprofundou raízes de termos como cidadania, situando-os em uma trajetória de pensamento contextualizada no cenário de uma arquitetura aberta da internet onde estava o EaD. O conceito de cidadania foi objeto e ao mesmo tempo ferramenta para o pesquisador que analisava os projetos. Se por um lado, esse termo cidadania é somente mais um no nosso vocabulário, por outro, os significados divergem e fazem sentido na prática, quando compomos nossos discursos com ele.

Numa perspectiva teórico-conceitual de metodologia, o conceito de cidadania baliza questões sociais profundas da sociedade contemporânea como processo de emancipação, distribuição de renda e estratificação social, o que orienta novas construções e discursos nas práticas de EAN desenvolvidas em equipamentos sociais. Assim, tomamos as ações educativas propostas durante o curso EaD, em seu conjunto, como 'projetos', para análise. Para estudo dos 20 projetos elaborados pelos participantes do curso optou-se pela técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2010), recorrendo a análise temática (Guest, 2012). Segundo Vala (1986), a análise de conteúdo permite fazer inferências sobre as condições de produção, pela fonte, do material objeto da análise, já que:

[...] o material sujeito à análise de conteúdo é concebido como o resultado de uma rede complexa de condições de produção, cabendo ao analista construir um modelo capaz de permitir inferências sobre uma ou várias dessas condições de produção. Trata-se da desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização- atribuição de traços de significação [...]

Definidos, então, os objetivos do estudo, o quadro teórico que o orientou e o corpus de análise passou-se à construção das categorias analíticas. O conjunto de pressuposições teóricas nos posicionou eticamente diante dos modos como identificamos os significados de cidadania nos textos. Os processos de EAN seguem diretrizes de políticas públicas que legitimam suas ações e capitalizam os agentes gestores dos planos, o que nos motiva a compreender como esses agentes aplicam em suas práticas esas diretrizes. Defender o DHAA ou a soberania alimentar e SAN se dá no discurso de formas diferenciadas e são essas diferenças que nos levaram a pergunta-guia: como a comensalidade em espaços como feiras e bancos de alimentos, cantinas escolares, restaurantes universitários e cozinhas comunitárias dão existência ao papel social de cidadão?



Foram sistematizados, então, elementos de significação dos projetos para uma classificação em um conjunto de categorias apropriadas ao objetivo desse trabalho e constitutivos da mensagem. A partir dos dados da cultura local apresentados nos projetos, selecionamos duas categorias para análise a partir de pontos de convergência nos conteúdos (Quadro 1). A seguir procedeu-se a seleção das unidades de análise e a quantificação.

Aspecto Analisado	Categorias	Amostragem
Construção de cidadania	1. Cidadão – por que não? 2. Consumo alimentar	Elementos dos projetos: equipamento social, plano de ação de EAN, divulgação, cartografia social, redes de colaboração.

Quadro 1. Classificação de categorias de análise. Fonte: autores, 2019.

Resultados e discussão

O curso foi desenvolvido no laboratório digital de educação alimentar (LADIG'E) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em parceria com a Universidade Federal Do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e visou principalmente à capacitação de profissionais da área que realizam ou desejam realizar trabalhos educativos e estejam comprometidos com o DHAA. Totalmente gratuito, é parte da proposta do CNPq e MCTIC na construção de uma rede de enfrentamento à desigualdade social na América Latina. O curso foi desenvolvido em um Ambiente Virtual de Aprendizagem, contou com textos, videoaulas e exercícios, que compuseram um plano de trabalho de 160 horas, distribuídas nos módulos apresentados no Quadro 2.

As tarefas de cada módulo relacionavam-se ao conteúdo programático do curso que foi construído em ordem crescente de complexidade de modo que, ao final, os projetos já estivessem delineados e contemplando os conteúdos trabalhados. Os projetos foram entregues ao final do curso contemplando as tarefas dos módulos 2 a 6.



Módulo	Conteúdo	Tarefa
1	Semana de ambientação – EAD e as novas técnicas de ensino aprendizagem	---
2	Soberania e segurança alimentar e nutricional em equipamentos sociais	Definição de um equipamento social
3	Educação Alimentar e Nutricional (EAN) na desigualdade social	Plano de ação de EAN: objetivo, território/local, metodologia, avaliação
4	Cultura alimentar e culinária	Divulgação atividade educação alimentar e nutricional: cartaz, post
5	Construtivismo	Cartografia social
6	Redes sociais	Mapa de redes de colaboração

Quadro 2. Módulos do curso e respectivas tarefas

Fonte: autores, 2019.

A partir das categorias analíticas, foi realizada a codificação do corpus, sendo que os dados brutos foram transformados sistematicamente de modo agregado em unidades de significação, permitindo atingir uma representação do conteúdo. A seguir, as unidades de registro foram codificadas em unidades de contexto, podendo estabelecer um quadro geral (Quadro 3).



Categorias	Componentes	Número de itens presentes	Total por Categoria
Cidadão - por que não?	Programas: PNAE ^a , PAA ^b , PRONAF ^c	7	26
	Rodas, dinâmicas e debates	8	
	Atividade de horta e agroecológicas	5	
	Rede colaborativa	6	
Consumo alimentar	Guia alimentar: culinária emancipatória, rotulagem, valorização cultura local, ambiente Sustentável	6	28
	Restaurantes ou cantinas com assistência social	7	
	Hortas escolares e comunitárias	6	
	<i>Feiras, redes de apoio comercial e de distribuição</i>	3	
	<i>Práticas culinárias</i>	6	
Número total de elementos selecionados para análise		54	

Quadro 3. Análise de Conteúdo. Fonte: autores, 2019.

Legenda: ^a. Programa Nacional de Alimentação Escolar, ^b. Programa de Aquisição de Alimentos, ^c. Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar.

O alimento elevado ao seu caráter de acesso universal e de inclusão social pela emenda constitucional 64, que inclui a alimentação entre os direitos sociais, fixados na Constituição Federal (BRASIL, 2016), reforça a importância de uma série de políticas dirigidas à inclusão social e a grupos socialmente vulnerabilizados, tais como: assistência social, transferência de renda, restaurantes populares, programas de controle das carências nutricionais, alimentação do trabalhador, alimentação escolar, políticas territoriais e afirmativas dirigidas a comunidades tradicionais e povos indígenas.

Assim, estar ciente e afirmar políticas públicas como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que visa reorganizar, qualificar e aperfeiçoar ações do SUS para o enfrentamento da situação alimentar e nutricional dos brasileiros, é também afirmar um papel de cidadão, de pertencimento a um corpo maior, a uma unidade comum, e nesse sentido foi analisado como formador de cidadania. Nas aulas de EaD os participantes foram orientados a seguir os textos de Políticas Públicas. Por exemplo, foi referenciado



o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN) 2016/2019, por apresentar programas e ações relacionados à oferta de alimentos a estudantes, trabalhadores e pessoas em vulnerabilidade alimentar, dentre eles a Rede de Equipamentos de Alimentação e Nutrição, como uma ação, entre outras, para contemplar a diretriz 01 da PNSAN – a promoção do Acesso Universal à Alimentação Adequada e Saudável (Caisan, 2011).

A (re)afirmação de políticas públicas esteve presente de um modo mandatório, não houve margem para problematização no modo como as políticas foram apresentadas. Não cabia debate no texto, nem questionamento sobre os desdobramentos negativos que poderiam influenciar o processo educativo, o que nos levou a compreender essa inserção nos textos como algo naturalizado: não há nada contrário ao que um documento de política pública propõe como Direito e, portanto, não há razão para questioná-lo. O questionamento faria sentido se houvesse alguma intenção de censurar a ideia central, ou mesmo a isso representar um posicionamento desfavorável ao DHAA. Entendemos que essa limitação de questionamento engendrou o sentido ‘Cidadão: por que não’, que reflete o esvaziamento de personalidade na construção do texto. O posicionamento era evidente e natural e não suscitava aproximações pessoais.

A referência a Políticas Públicas exerceu papel determinante na construção dos projetos. Foram citadas políticas e programas como PNAN, PNAE, PRONAF, PAA, conforme apresentado no quadro 3 de análise de conteúdo, como forma de legitimar o pertencimento a uma unidade comum nacional. O posicionamento em defesa do DHAA nos textos nos pareceu instável sem esse apoio de citação. Caso contrário, o argumento ficaria frágil e a redação ficaria incompleta. As ações de educação alimentar propostas em prol do DHAA não eram apresentadas com a naturalidade de uma ordem do senso comum. O DHAA produziu-se como resultado permanentemente em suspenso do conflito sobre aquilo que os diversos atores sociais supõem que ele deva ser, ou seja, o que é orientado pelas Políticas Públicas.

Analisamos a maior parte das citações de Políticas Públicas como um recurso em busca da legitimação de cidadania. Cidadania neste caso seria estar ciente de direitos e deveres assegurados pelo governo tendo nessa condição algum poder através da participação de decisões políticas. Os programas de restaurantes populares, em escolas e universidades, assim como os bancos de alimentos e cozinhas comunitárias, foram legitimados como espaços de DHAA e SAN pelas Políticas de SSAN (Brasil,



2008), são fruto de fóruns, conselhos, entidades diversas e movimentos militantes. Operacionalmente essas políticas chancelam as ações e conferem cidadania aos equipamentos e dos agentes sociais. São jargões e chavões que abrem portas para o DHAA e para proteção social.

Nos projetos apareceu também a valorização da agricultura familiar, da agroecologia e das atividades em hortas, como uma estratégia de inclusão social. Em nosso enfoque no curso, apresentamos o fomento à agricultura familiar como forma de garantir a estabilidade desse produtor, principalmente, na distribuição de alimentos à população em situação de vulnerabilidade social. Experiências exitosas de sistemas de cultivo agroecológico têm sido divulgadas como exemplo de tecnologias orientadas à solução de problemas associados à exclusão social, como uma tecnologia social.

As metodologias e procedimentos dos projetos de EAN priorizaram a informação a população alvo, promovendo uma aproximação afetuosa com a comunidade. Apareceram planos de implementação de metodologias ativas de EAN reforçando a participação popular em debates e palestras sobre alimentação saudável a preço acessível. Rodas, dinâmicas e redes colaborativas foram associadas como estratégias de mobilização para ação, entendida como parte do processo de 'tornar-se cidadão'.

As ações de EAN, os usos de chavões das políticas públicas envolvendo DHAA e SAN, assim como propagandas de alimentação saudável legitimaram as atividades de inclusão social desenvolvidas nos equipamentos sociais de alimentação e nutrição de um modo inocente diante da complexidade dos processos de exclusão social que vivemos hoje. Os conflitos entre a esfera privada de direitos e a construção de um espaço coletivo de direitos não foi apontada nas etapas dos projetos.

Nos projetos analisados, a comensalidade e a culinária foram o fio condutor de ações desenvolvidas presencialmente em equipamentos públicos ou em redes sociais. Observamos uma disposição para intervenção em prol de um comer junto nas ações propostas nos projetos, onde as mensagens disseminadas visavam mudanças e incorporação de regras sociais em torno da divisão de alimentos, legitimadas pelas orientações de Políticas Públicas. Assim, olhamos para os projetos considerando que a comensalidade, que de certo modo uniu as ações de EAN analisadas, pode servir para pensar diferentes dimensões desse binômio inclusão/exclusão social.



Uma hipótese para a valorização da comensalidade nas ações de EAN pode estar relacionada à inclusão deste conceito no Guia Alimentar para População Brasileira (Brasil, 2014), documento oficial que estabelece diretrizes alimentares oficiais para a população brasileira, configurando-se como instrumento de apoio às ações de educação alimentar e nutricional nos diversos setores.

Essa comensalidade se apresenta a partir de orientações como: comer com regularidade e com atenção; comer em ambientes apropriados; e comer em companhia. Mas, como afirmam Wolzz e Prado (2006) “é complexa, plural e permite muitas definições” (p. 50). E, é justamente pela sua plasticidade que podemos pensar a comensalidade como uma dimensão para discutir a inclusão social e/ou a exclusão social, seja num partilhar a mesa de forma agradável e ativa, seja orientada por um padrão cultural do ‘comer para viver’.

A categoria ‘consumo alimentar’, povoou objetivos, diagnósticos e estratégias de EAN, afirmando vínculos fortes entre os atores sociais do projeto, o contexto sociocultural e padrões de alimentação saudável. Restaurantes foram muito citados sem elementos de padronização ou regulamentação formalizada, mas sempre apresentados com uma disposição para alimentação saudável, articulados principalmente a um baixo custo e alta acessibilidade. Compreendemos que essas são justificativas de um equipamento social pautado por pressupostos de políticas contra fome e insegurança alimentar. De modo semelhante, feiras e hortas se tornaram lugares específicos de consumo e/ou produção de alimentos para coletividades com argumento de partilha e direito.

Em muitos casos, a promoção de alimentação saudável, estimulada nas políticas podem se colocar como objeto de resistência, quando representam uma possibilidade de criar espaços de luta e de agenciar possibilidades de enfrentamento da desigualdade social, como vemos presente nas propostas de promoção de práticas educativas em alimentação e nutrição, citadas nos projetos. Muitas vezes, práticas estas fundadas na promoção de uma alimentação saudável produzindo discursos de verdade sobre o comer bem, como tática para garantir uma SAN. No entanto, refletindo sobre esse ativismo presente nos projetos, ao mesmo tempo em que buscam anular os poderes que impõem a desigualdade social, segundo Foucault (2007), a resistência é, às vezes, o resultado das relações de poder, pois ela se dá onde há poder, e, assim, ela é tão produtiva e inventiva quanto o poder.



“Esses discursos da promoção de saúde, em que a alimentação saudável está incluída, (...), nos atravessam, constituem e oferecem uma ética (...) no sentido de um meio pelo qual podemos avaliar nossos desejos, atitudes e condutas em relação aos estabelecidos pelos especialistas. Como tal, a promoção da saúde e da alimentação saudável é uma forma do governo operar seu poder(...) fazendo de nós o que somos hoje” (Kraemer et al, 20014, p.1351).

A cultura alimentar local e o envolvimento de práticas culinárias foram mencionados em vários projetos, o que nos indica algo sobre a disposição dos planejadores de EAN em conhecer a prática alimentar local. No entanto, há que se problematizar certa contradição entre conhecer a cultura local e perpetuar uma só alimentação saudável. Esses princípios de alimentação saudável e cultura local guardam entre si uma tensão silenciada, pois considerando a legitimação de um padrão nacional de alimentação saudável, como a cultura alimentar local pode escapar a essa superioridade?

Esta questão nos faz lembrar a discussão de Giddens (1991) sobre a visão romanceada da comunidade, que muitas vezes está presente nas análises sociais quando as culturas tradicionais são comparadas às modernas. O autor enfatiza a importância das relações localizadas em termos de lugar, em que este não foi transformado pelas relações tempo-espaço distanciadas e, assim, nestas comunidades, em sua grande maioria, a população era relativamente imóvel e isolada, e a localidade contribuía para segurança ontológica de maneira que são substancialmente dissolvidas em circunstâncias de modernidade. Nos cenários pré-modernos, as estruturas através das quais o lugar se constitui, não são mais organizadas localmente. “O local e o global, em outras palavras, tornaram-se inextricavelmente entrelaçados” (Giddens, 1991, p. 98). Mesmo mantendo sentimentos de identificação com lugares, eles mesmos estão desencaixados e se encontram também salpicados de influências muito mais distantes.

Considerações finais

A partir de material produzido no curso EaD - projetos de EAN para equipamentos sociais urbanos de alimentação e Segurança Alimentar-nos propusemos a refletir sobre a construção de cidadania presente, em algum grau, no imaginário social. Assim, partimos do princípio que um processo educativo em prol do direito humano se realiza na conexão sujeito e sociedade, quando o comer, ou o falar sobre o comer, garante liberdades básicas para cada um, mas que promovem melhores condições de vida para todos. A apropriação dos direitos humanos faz sentido na prática, e, embora os equipamentos sociais dos projetos tenham mostrado vocação para compartilhar



saberes e redes de solidariedade, são espaços com práticas comunicacionais alienadas de sua potência.

O DHAA foi um imperativo flutuante nas entrelinhas dos projetos. Observamos que o conteúdo articulado a argumentos orientadores de Políticas Públicas envolvidas no tema SAN e EAN legitima Direitos e o pertencimento a uma vida política. Portanto, um discurso cidadão pressupõe um sujeito minimamente informado e politizado. No entanto, muitas metodologias nos pareceram distantes do que seria possível ser realizado *in loco*, o que nos levou a questionar como os planejadores esperavam que seu público alvo vivenciasse ou consumisse seus direitos garantidos por lei na prática?

A inclusão esteve associada à construção de cidadania e aos Direitos Humanos: os projetos propagaram a inclusão social como decorrente do DHAA quando este se realizava segundo os critérios do saudável. Ser saudável representou estar dentro do que nos faz cidadãos de direitos. Por outro lado, não se alimentar de modo saudável é estar excluído dos direitos, fosse por opção ou falta de opção. O conflito existente entre esse 'consumo saudável' e a disposição dos planejadores de EAN em conhecer a prática alimentar local, inferida a partir da repetida menção à cultura local nas ações de EAN, não é mencionada ou problematizada nos projetos analisados.

A politização seria uma condição para construção de cidadania como alternativa ao sistema hegemônico de produção e consumo. Aproveitar o potencial dos equipamentos sociais de alimentação e das ações de EAN a eles vinculadas representa um desafio para construção da cidadania, com muitas possibilidades a serem exploradas. No entanto, o aspecto mandatório de afirmações de políticas públicas limita a construção de alternativas criativas em defesa dos direitos humanos e reflete um esvaziamento de personalidade na construção do texto. O posicionamento político sendo evidente e naturalizado esconde nos textos uma espécie de neutralidade que conduz ao sentido 'Cidadão: por que não?'

Notas

- ¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro PPGN-INJC/UFRJ, Brasil.
- ² Universidade do Estado do Rio de Janeiro, PPG-ANS/UERJ, Brasil.
- ³ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Brasil.

Referências bibliográficas

Bardan, L. (2010). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Ltda.



- Bourdieu, P. (1994). Esboço de uma Teoria da Prática. In R. Ortiz (Org.). A sociologia de Pierre Bourdieu (46-86). São Paulo: Editora Ática.
- Brandão, C.R. (1984). O que é educação. 12ª edição. São Paulo: Brasiliense.
- Brasil (2016). Emenda constitucional nº. 64. Recuperado a 16 de outubro de 2016 em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm.
- _____. (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. Reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde.
- _____. (2008). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Desenvolvimento Social. Guia de políticas e programas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. MDS, 2008.
- Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (2011). Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012/2015. -- Brasília, DF: CAISAN.
- Cortina, A. (2009). Ética Mínima: introdução à filosofia prática. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2008). Microfísica do poder. 23ed. São Paulo: Graal.
- Giddens, A. (1991). As conseqüências da modernidade /Anthony Giddens; tradução de Raul Fiker. - São Paulo: Editora UNESP.
- Guest, G. (2012). Applied Thematic Analysis. Sage Publications, Thousand Oaks, California.
- Kraemer, F.B., Prado, S.D., Ferreira, F.R., & Carvalho, M.C.V.S. (2014). O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(4), 1337-1360. Doi:<https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000400016>
- Pinheiro, R.; Luz, M.T. (2003). Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In R. Pinheiro, R. Mattos (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, Ministério da Saúde, Abrasco.
- Vala, J. (1999) A análise de conteúdo. In A.S. Silva, J.M. Pinto (Org.). *Metodologia das ciências sociais* (101-128). 10. ed. Porto, Portugal: Afrontamento.
- Wolls, L. E.B.; Prado, S.D. (2016). Cinema e comensalidade: aspectos simbólicos da comida a partir da linguagem cinematográfica. In F.R. Ferreira, S.D. Prado, E.P. Vargas, C.M. Seixas (Org), *Cinema e comensalidade*. Curitiba: CRV



O uso da informação em saúde para a vigilância na estratégia saúde da família

Bianca Borges da Silva Leandro¹

Objetivos

Descrever e analisar o uso das informações sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para as ações de vigilância em saúde realizadas na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Itaboraí.

Problemática

A informação em saúde é estratégica para as atividades da vigilância. Além disso, útil para a organização dos serviços e para o delineamento dos perfis de saúde-doença. Contudo, há carência de pesquisas que se dediquem a compreender o uso dessas informações na ESF para a vigilância. Desse modo, fazem-se necessários estudos que analisem a utilização dessas informações pelos profissionais de saúde.

Metodologia

Estudo de caso. Realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com profissionais da ESF e com gestores do Programa de Hipertensão e Diabetes de Itaboraí. Para a análise, foi empregada a análise de conteúdo do tipo temática baseada em Laurence Bardin.

Resultados e Discussão

Levantou-se potencialidades e desafios do uso da informação em saúde a partir das categorias Fluxo, Processamento, Disseminação, Disponibilidade e Aplicação. Identificou-se bastante a utilização das informações para a realização de atividades individualizadas, mais relacionadas com a concepção de controle da vigilância, sobretudo na lógica de mudança dos hábitos de vida do que uma vigilância territorial relacionada com os determinantes sociais em saúde.

Conclusão

É necessário que as informações em saúde sejam descentralizadas e democratizadas para incentivar seu uso, investindo-se em momentos de discussão e interpretação dos dados coletados, pois o uso apropriado das informações pelos profissionais de saúde da ESF permitirá integrar este nível de atenção com os demais e qualificar as ações de vigilância em saúde.



Palavras-chave

Vigilância em saúde; atenção primária à saúde; estratégia saúde da família; uso da informação em saúde; doenças crônicas.

Introdução

No Brasil, o aperfeiçoamento e a ampliação do escopo de atuação da Vigilância em Saúde vêm sendo vistos como alguns dos desafios apresentados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Como algumas saídas, observam-se a redefinição das atribuições da Vigilância em Saúde para os três entes federativos (municípios, estado e União), bem como a incorporação da epidemiologia nas práticas cotidianas dos serviços de saúde. Esses pontos já estavam sendo discutidos desde o IV Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil publicado em 2005 (Epidemiologia, 2005). Aliado a esse processo, constantemente, informações epidemiológicas, ao nível regional ou intramunicipal, vêm sendo requeridas para a compreensão dos problemas de saúde existentes como também de seus determinantes e condicionantes. Informações relevantes para a sistematização do perfil de necessidades de saúde da população, elemento fundamental para a análise de situação de saúde, como também para a formulação de ações para o alcance da equidade no SUS. A seguinte reflexão suscitou o interesse pela pesquisa: Qual o uso que se vem fazendo do fluxo de informações gerados pela Atenção Básica² para realmente auxiliar na vigilância local?

No contexto atual caracterizado como o da “Era da Informação”, informações organizadas, sistematizadas e de fácil acesso permitem aos profissionais a possibilidade de planejar e organizar as ações de seus processos de trabalho. Sendo assim, a informação apresenta-se como instrumento essencial para a gestão do trabalho, contribuindo nas ações de monitoramento, planejamento, avaliação e vigilância. No que se refere à saúde, como é assinalado por Benito e Licheski (2009), “a informação e o fluxo articulado das informações no processo de trabalho em saúde devem ser visualizados como o eixo norteador para a potencialização e efetividade das ações de saúde, sobretudo na rede de atenção à saúde” (p. 448).

Os dados coletados rotineiramente pela Atenção Básica referem-se a diferentes dimensões da vida, desde aspectos ambientais, como abastecimento de água e tratamento de esgoto, como também informações relacionadas a condições específicas, como o pré-natal, ou determinados agravos, como tuberculose, e hipertensão arterial e diabetes mellitus. A maioria desses conjuntos de dados estava vinculada a diferentes



sistemas de informação. Esses sistemas funcionavam de forma independente e sem integração, contudo, desde 2012, está em implementação, o novo Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), baseado no uso do software e-SUS AB, que pretende unificar os diferentes fluxos de informação que perpassam a Atenção Básica.

Apesar disso, vale destacar que independente do sistema de informação existente, para se construir uma análise da situação de saúde ao nível local, capaz de identificar e modificar os problemas vivenciados em cada lugar é preciso descentralizar e regionalizar a informação para o interior do nível municipal. De forma que o fluxo de informações da Atenção Básica instrumentalize as unidades produtoras dos dados para a utilização da informação no cotidiano dos serviços, aperfeiçoando o processo de trabalho e construindo uma cultura de uso da informação. Deve-se levar em consideração que no Brasil a Estratégia ESF foi escolhida como modelo prioritário para a expansão da Atenção Básica e, pelo decreto 7.508/2011, é reforçado o seu papel de reordenadora do sistema, conformando as redes de atenção à saúde. Além disso, Política Nacional de Atenção Básica sinaliza que a “integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde” (Ministério da Saúde, 2017, Art. 5°).

A seguir é apresentada uma parte dos resultados da dissertação intitulada ‘O uso da informação em saúde para a vigilância na Estratégia de Saúde da Família - o caso do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do município de Itaboraí’. Este artigo, tendo como norte a epidemiologia nos serviços de saúde, especificamente na Atenção Básica, pretendeu compreender o uso das informações deste Programa para a vigilância em saúde em unidades da ESF do município de Itaboraí. Denominou-se como ‘local’ o território de abrangência de cada equipe da ESF. Sobre a relevância dos adoecimentos em estudo, de acordo Rabetti e Freitas (2014), o controle e diagnóstico da hipertensão e diabetes mellitus tem sido atribuição da Saúde da Família. Em 2002, foi publicado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus que prevê ações nos quatro níveis de prevenção (prevenção primordial, primária, secundária e terciária). (Brasil, 2001). Além disso, em 2005, a atenção a esses adoecimentos foi considerada estratégica pelo Pacto em Defesa da Vida.



Metodología

Trata-se de um estudo de caso, descritivo-exploratório, desenvolvido a partir de abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, individuais, com profissionais da equipe de saúde da família de diferentes localidades e com os técnicos responsáveis pela gestão municipal do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (Hiperdia) do município de Itaboraí, estado do Rio de Janeiro. Os roteiros de entrevista foram elaborados a partir das categorias analíticas que podem ser observadas na figura 1.

Realizou-se contato telefônico com todos os sujeitos de pesquisa. Todas as entrevistas foram realizadas durante o horário de trabalho das profissionais e em seus respectivos locais de trabalho. As entrevistadas foram identificadas por letras. Foram realizadas 13 entrevistas, sendo 10 em unidades básicas de saúde e 3 no nível central do município, durante os meses de setembro de 2014 a julho de 2015. Doze foram gravadas e uma foi feita por meio de diário de campo, pois a entrevistada solicitou que não houvesse gravação. As entrevistas foram transcritas integralmente e realizou-se uma pré-análise dos dados, através de uma leitura exaustiva, orientada pelos pressupostos e objetivos do estudo. Em seguida, em uma segunda leitura, com apoio do software de análise qualitativa QDA Miner Lite versão 1.4.2 (versão livre), procedeu-se aos recortes e categorização dos dados.

A interpretação dos dados foi feita por meio de análise de conteúdo fundamentada nos preceitos teóricos de Laurence Bardin (1977) e Minayo (1998). Empregou-se a análise de conteúdo do tipo temática e, a partir da regra da exaustividade, tentou-se não deixar de fora da análise nenhum elemento importante para poder-se proceder a codificação e categorização dos dados. A análise foi guiada pelas categorias analíticas apresentadas na figura 1, identificando-se, a partir delas, desafios e possibilidades de uso das informações sobre HAS e DM para a vigilância na ESF. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz sob o número: 30999814.9.0000.5240.



USO DA INFORMAÇÃO	CONTEXTO POLITICO ORGANIZACIONAL			
		Fluxo	Conhecimento sobre o caminho percorrido desde o momento da coleta e registro dos dados, envio para a instância superior e retorno da informação consolidada para a unidade produtora do dado.	Vaughan e Morrow (1992);
		Processamento	Momento de consolidação, processamento e análise dos dados.	Moraes (2002)
		Disseminação	Diz respeito sobre a divulgação e retroalimentação das informações após o processamento e análise, de qual forma e para qual público. A disseminação da informação deve ser feita em três níveis: à sociedade em geral; aos responsáveis pela produção do dado; aos responsáveis pela definição das ações de saúde.	Moraes (2002); Vaughan e Morrow (1992); Carvalho (2000)
		Disponibilidade	Característica que garante que a informação esteja sempre disponível/acessível para o uso legítimo, ou seja, por aqueles usuários autorizados ou pelo proprietário da informação. Conceito relacionado com a possibilidade de se ter acesso às informações necessárias quando se precisa utilizar.	Brasil (2008)
		Aplicação	Forma pela qual as informações disponíveis são transformadas em ações concretas, avaliando-se as possibilidades e desafios dessas ações delineadas como prioridades.	Carvalho (1988); Vaughan e Morrow (1992)

Figura 1. Quadro com as Categorias analíticas que guiaram o processo de construção dos roteiros de semi-estruturados e a análise das entrevistas

Resultados e discussão

Desafios para o uso da informação para a vigilância no cotidiano da ESF

Limitações e dificuldades de estrutura e infraestrutura foram aspectos do contexto organizacional que influenciaram na efetivação do uso da informação para a vigilância local dos adoecimentos em estudo no município de Itaboraí. A baixa disponibilidade de recursos financeiros e de materiais surgiu como aspecto limitador tanto no nível das ESF, como também no nível central do município. No nível local, foram apontadas como barreiras importantes: a não existência de telefone na unidade, a distância da unidade ao centro da cidade, dificuldades de locomoção e ausência de insumos, incluindo fichas de informação. No nível central, destacaram-se: as dificuldades de comunicação com as ESF, a ausência de carro para a locomoção e a insuficiência de pessoal. Rabetti e Freitas (2014), em estudo sobre a avaliação de eficiência da ESF nas ações relacionadas ao controle da HAS e DM, também identificaram a insuficiência de recursos financeiros, materiais e força de trabalho como aspectos que repercutem para o desenvolvimento de ações eficientes, tanto para o diagnóstico como também o controle da HAS.



Em relação ao fluxo de dados estabelecido entre o nível central do município e o nível local das unidades da ESF, é relevante destacar que nem todos os dados coletados no nível local eram transmitidos ao nível central. O repasse formal era realizado por meio de rota de remessas na qual um carro da prefeitura, em média a cada 15 dias, buscava as fichas registradas. Por meio dessa rota eram entregues as fichas de preenchimento obrigatório pelos profissionais de saúde da ESF para que os dados fossem digitados no nível central. Outra forma de fluxo informacional era por meio do contato informal de profissionais da ESF com a coordenação do Programa Hiperdia (os profissionais da ESF deslocavam-se até o nível central ou entravam em contato por telefone). Era por meio deste contato que era possível conhecer as principais dificuldades e necessidades do nível local em relação ao cuidado e vigilância da HAS e do DM. Semelhante a este cenário observado em Itaboraí, Figueiredo (2009), ao estudar a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pelos coordenadores da atenção primária à saúde, também identificou um fluxo mal integrado entre o nível das unidades básicas e a secretaria municipal de saúde, exemplificou que, em alguns casos, o coordenador deslocava-se até a secretaria para buscar as informações que precisava. A autora apontou que isso leva a uma desarticulação no processo de gestão e programação das ações de saúde, como também fragiliza a atenção primária.

Vale destacar que somente o ato da coleta e envio dos dados das unidades da ESF para o nível central do município não significa que os profissionais os estejam utilizando. Sendo assim no que se refere ao processamento das informações, também foram encontrados desafios, tanto no nível local quanto no municipal. O primeiro deles tratou-se da dificuldade em se organizar momentos específicos para a análise em profundidade e interpretação dos dados coletados, sendo realizadas análises muito pontuais. Foi relatada também a baixa disponibilidade de equipamentos como também profissionais qualificados para o processamento dos dados. Deve-se salientar que se as informações não subsidiarem as ações e decisões será difícil apontar seu uso e valor, afinal diminuir a incerteza da ação e colaborar na elaboração de intervenções são características-chave para se avaliar se a informação está sendo útil ou não. Essa análise também está em consonância com os estudos de Carvalho (1988) e Barbosa e Foster (2010). Além disso, Vaughan e Morrow (1992) reforçam que se “a informação não for utilizada, a organização do sistema de notificação e vigilância terá sido apenas uma perda de tempo e dinheiro, e um desperdício do potencial da equipe” (p.54).



Tratando-se da disseminação das informações, foi observado que a prática rotineira da retroalimentação das informações do nível central do município para o nível local da ESF ainda é baixa, não se constituindo, como prática sistematizada no nível central, a consolidação de achados e conclusões em relatórios ou outros produtos destinados ao nível local. Ao se questionar as enfermeiras sobre a disseminação/retroalimentação, foram destacadas, mas não por todas as unidades, o retorno: de insumos para o processo de trabalho, listagem dos adoecidos da área e material educativo para suporte de atividades.

Este resultado está em consonância com alguns aspectos que dificultam o uso da informação, conforme apontados por Vaughan e Morrow (1992), a saber: a existência de formulários complexos; a demora do retorno, ou o não retorno, das informações aqueles que colheram os dados; a baixa divulgação dos dados e a não consolidação dos achados e conclusões em relatórios ou outros produtos. Carvalho (1988) reforça que “se a informação é desatualizada, se é entregue a alguém ‘que já sabia do fato’, se é pouco inteligível, confusa, expressa numa linguagem que o interessado não domina, ela não poderá cumprir esse papel de ‘alternadora de conhecimento’” (p.82). A baixa retroalimentação trata-se de um desafio que precisa ser superado a fim de se potencializar o trabalho da vigilância na ESF, de forma a viabilizar a discussão das informações em saúde e a apropriação dos dados pelo profissional envolvido com a assistência, em um movimento que qualifique o processo de trabalho na Atenção Básica, como também o olhar sobre problemas e prioridades de saúde do território.

O baixo uso da informação também foi evidenciado por Carreno et al (2015), em uma revisão integrativa sobre a utilização das informações do SIAB. Os autores mostraram como principais resultados o uso do formulário para registro das informações e a capacitação insuficiente das equipes. Barbosa e Forster (2010) e Figueiredo, Pinto, Marciliano, Souza e Guedes (2010), também realizaram estudos que se debruçaram sobre o SIAB, e verificaram que esse sistema não alcançou, adequadamente, o propósito de instrumentalizar e organizar as práticas de trabalho na Atenção Básica, tendo sua utilização bastante limitada ao registro e preenchimento das fichas, sendo utilizado, pontualmente, para a atualização de dados e sem a análise dos mesmos.

Especificamente Barbosa e Forster (2010) também evidenciaram o não retorno dos dados para as unidades básicas de saúde. Segundo estes autores quando o retorno da informação não vem na mesma proporção de envio dos dados, há um desentusiasmo



dos profissionais e estes terminam por focalizar o trabalho somente na coleta do que é solicitado. Figueiredo (2009) aponta que para os sistemas de informações em saúde auxiliarem na tomada de decisão na rede básica, é importante que o nível local, o qual na maioria das vezes gera as informações primárias, obtenha o retorno destas, conforme sua realidade, para que não permaneçam aglutinadas no nível central, sem o devido retorno e compreensão.

Em relação às intervenções pensadas para o território, no período em estudo, o Programa Hiperdia havia estruturado, como ação prioritária, de acordo com solicitação do prefeito da época, a distribuição de aparelhos de diabetes para todos os portadores de diabetes do município, tipo I ou tipo II. O aparelho era acompanhado dos demais insumos necessários para o seu uso (fitas e lancetas) e foi criada uma ficha de informação específica para o registro diário pelo usuário. Vale destacar que a diretriz do Ministério da Saúde, recomenda a distribuição somente para os portadores de diabetes insulino-dependentes. Apesar de essa ação ter aproximado diversos indivíduos do cuidado e da busca das unidades de saúde para o recebimento do aparelho, que estava associado ao acompanhamento médico, trata-se de um exemplo concreto de decisões em saúde que são tomadas sem um conhecimento detalhado da situação sobre a qual se pretende intervir. Como Moraes (2014) enfatiza, “ainda não se estabeleceu uma cultura de uso intensivo e contínuo da informação como subsídio para a decisão no SUS” (p.659).

É importante destacar que as informações e dados que as equipes de saúde da família manipulam no cotidiano do trabalho estão relacionados com a lógica programática³ de organização do cuidado em saúde (Programa Hiperdia, tuberculose, pré-natal, etc), isso faz com que os profissionais fiquem mais sensíveis a perceber estes tipos de problemas no território. Apesar de Oliveira e Casanova (2009) apontarem que com a Atenção Básica é possível ultrapassar as concepções marcadas pelo viés biologizante e curativo, dependendo das ações de vigilância que forem organizadas, esse papel pode ser reforçado e não refutado. Nesta pesquisa, notaram-se as duas posições nos processos de trabalho das enfermeiras. Uma parte das enfermeiras, majoritária, pensa na lógica de uma vigilância mais biomédica e, outra parte, minoritária, mais em uma vigilância territorial organizada a partir dos determinantes sociais.

Levando em consideração que ações de promoção da saúde também estão relacionadas com a vigilância em saúde, notou-se a forte presença de material



educativo, distribuídos em eventos públicos e para as unidades básicas de saúde. A concepção deste material era baseada em uma abordagem individual, focando na mudança dos hábitos de vida. Isso aponta para um dos principais desafios a ser enfrentado: a hegemonia, nas práticas, da vigilância estruturada na mudança dos hábitos de vida, enraizada em um modelo de controle biomédico do indivíduo e da comunidade. Portanto, como potencializar outros aspectos para se operacionalizar uma vigilância mais territorial? Sabroza (2015) aponta para a coexistência de três grandes grupos de vigilâncias que precisam ser reconhecidos e dialogados: o primeiro vinculado a programas de controle de doenças, o segundo vinculado à questão da segurança em saúde e, o terceiro, que precisa ser mais aprofundado, trata-se da vigilância vinculada à redução das vulnerabilidades sociais, à promoção da saúde e ao controle público. Este terceiro tipo tem, na Atenção Básica, estruturada na Saúde da Família, potencial de desenvolvimento.

Nesse mesmo sentido, a vigilância, enquanto atividade de todos os profissionais da equipe, não foi percebida na fala das entrevistadas. Algumas acham que a vigilância territorial fica mais a cargo do Agente Comunitário de Saúde (ACS), ficando os demais profissionais envolvidos com as atividades assistenciais na unidade. Apesar disso, deve-se destacar que Oliveira e Casanova (2009) defendem a ideia da equipe de saúde local reconhecer-se enquanto agente de vigilância que tem a potencialidade de distinguir no território os riscos aos quais a população está mais exposta, não sendo atribuição somente de um membro da equipe, mas de todos. Essa perspectiva também é afirmada na Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2017).

A vigilância no contexto da ESF também implica na articulação com a comunidade para o fortalecimento da participação social e para a construção de processos de cuidado com co-responsabilização. Entretanto, um desafio frisado pelas entrevistadas tratou-se da dificuldade de mobilização da população para participar das atividades educativas. Aliado a isso, não foram observadas ações de vigilância local, desenvolvidas pelas profissionais das unidades, no sentido de aumento da cidadania para a melhoria das condições de vida (prevenção primordial). O Plano de Reorganização (Brasil, 2001) estimula a criação de grupos de hipertensos e diabéticos, realizados com outros profissionais de saúde, no sentido de facilitar a adesão ao tratamento proposto (prevenção secundária); contudo, os resultados deste estudo mostraram que as enfermeiras compreendiam o sentido ampliado de funcionamento dos grupos, mas havia dificuldades de fazê-lo, seja pela rotina de trabalho do dia-a-dia ou dificuldades de



adesão da população. Além disso, muitas críticas foram feitas pela não existência de apoio de outras categorias profissionais importantes para lidar com esses agravos, tais como nutricionistas e psicólogos.

De acordo com a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde há três atores principais envolvidos no uso da informação: usuários, profissionais e gestores. Para os usuários, a Política enfatiza que a informação deve fortalecer a autonomia e o autocuidado em saúde, facilitando o conhecimento sobre a situação de saúde da população. No presente estudo, observou-se o uso das informações dirigidas para os pacientes no sentido do autocuidado e da mudança nos hábitos de vida, não se identificou a utilização da informação para apoiar o conhecimento do usuário sobre a problemática da situação de saúde de seu território. Em relação aos profissionais, a Política salienta que as principais potencialidades do uso estão relacionadas com o auxílio no processo de trabalho, no apoio à educação continuada e para colaborar na análise da situação de saúde. Os resultados dessa pesquisa indicam que o município de Itaboraí está caminhando no sentido de compreender a informação em saúde como relevante para qualificar o processo de trabalho dos profissionais entrevistados, mas ainda precisa avançar para que a informação realmente auxilie na análise da situação de saúde de forma mais sistematizada.

Por fim, em relação aos gestores, a Política reforça o uso da informação para o aperfeiçoamento e consolidação da gestão descentralizada, contribuindo para o atendimento segundo as necessidades e demandas locais, além de também facilitar o acompanhamento financeiro, administrativo e das políticas públicas, auxiliando no planejamento e programação para o estabelecimento de prioridades de ação. O que se observou, nesta pesquisa, é que o uso da informação pela coordenação do Programa e demais gestores ainda está distante dessa prática, a informação não é utilizada de acordo com as demandas locais e há dificuldades de utilizá-la para a organização de planejamentos e estudos de viabilidade técnica para o estabelecimento de prioridades.

Possibilidades de uso da informação para a vigilância no cotidiano da ESF

Foi possível verificar que os dados coletados e enviados rotineiramente pelas unidades básicas de saúde para o nível central do município são subutilizados. Mudjalieb (2011) também identificou a subutilização das informações coletadas na Atenção Básica de Itaboraí. Notou-se que o baixo feedback (disseminação) para as unidades básicas de saúde gerou um processo de desmobilização dos profissionais, contudo, não de



desinteresse, tendo em vista que as entrevistadas mostraram-se bastante entusiastas com a possibilidade de discutir dados e indicadores de suas realidades, compartilhando, com os saberes e conhecimentos que já possuem. Essa observação está em sintonia com o que discorre Barbosa e Forster (2010):

A incorporação de formas alternativas de geração de indicadores demonstra que há um interesse por parte dos profissionais em enxergar o que tem sido realizado com a população e que esses indicadores são importantíssimos para o desenvolvimento de suas ações e visualização das mesmas. Seria interessante que essas novas estratégias aproveitassem um pouco mais do que é produzido pelo sistema, para organizar-se de forma complementar ao que ele apresenta, ou seja, trazer características mais intrínsecas do serviço de forma qualitativa, acoplada às informações geradas pelos sistemas de informação, possibilitando, assim, a formulação de uma base de dados própria – não desintegrada, e sim complementar. (pp. 429-430)

Apesar da retroalimentação das informações não ser uma rotina estruturada na secretaria municipal de saúde, foram identificadas as seguintes formas de disseminação das informações: relatórios, meios de comunicação local, reuniões, folders, cartazes, e listagens dos adoecidos das áreas da ESF. Estes itens estão em consonância com as propostas que são apresentadas por Vaughan e Morrow (1992).

Em relação ao processamento da informação nas unidades da ESF, o momento de preenchimento das fichas de informação, no caso, do SIAB, SIS-HIPERDIA, e-SUS, o prontuário e demais instrumentos organizados internamente pela unidade ou enviados pela secretaria municipal de saúde, não foram vistos somente como um mero processo burocrático de alimentação de sistemas de informações. Foram vistos como “um momento da equipe olhar para esses dados e transformá-los em informação” (p. Figueiredo, 2009, p. 63), de modo a tornar essas fichas instrumentos de estruturação e consolidação da Atenção Básica, como modelo que permite as equipes domínio e conhecimento sobre a realidade local. A principal forma de processamento da informação foi por meio do registro manual realizado no papel, sendo o momento no qual os profissionais tinham contato com os dados para poder sistematizá-los.

Surgiu como potencialidade o uso das informações contextuais trazidas pelos ACS. Pelo fato do ACS se constituir como um elo da família com a unidade de saúde, eles trazem informações importantes que não estão presentes nas fichas de informação oficiais e são importantes para se operacionalizar uma vigilância mais territorial. As entrevistadas mencionaram que eles trazem informações que acontecem no cotidiano da vida das



pessoas, no contexto do território, e que ajudam a estruturar a organização do trabalho nas unidades da ESF e a discutir os problemas da localidade.

De modo geral, essas informações são repassadas oralmente, em contatos pontuais entre os profissionais nas unidades, em reuniões, ou estão registradas nos cadernos de campo dos agentes. Lima, Corrêa e Oliveira (2012) também observaram o uso do caderno do ACS como estratégico para síntese de informações e organização do processo de trabalho para o cuidado com a HAS e DM. Lima et al (2012) apontam que pelo fato do ACS ser um morador da comunidade onde trabalha, o levantamento de dados e a produção das informações ocorrem em contextos de relações contínuas e de recontextualizações com a realidade local. Nesse caso,

A subjetividade está presente na história subjacente à informação, quantitativa ou qualitativa, com a qual a equipe trabalha. Tal fato é muito importante no trabalho do PSF, pois a subjetividade do agente possibilita que se colem dados/informações que os instrumentos tradicionais muitas vezes não permitem (Lima et al 2012, p. 125).

Mishima (1995) também reforça que para garantir a utilização das informações é necessário que os profissionais tenham a capacidade de lidar com informações de características diferentes, recorrendo-se a diversas formas de conhecimento. Nesta pesquisa, também foi verificada a criação de estratégias e instrumentos próprios pelas unidades da ESF para potencializar o uso das informações sobre HAS e DM, seja por meio de livros de registros, planilhas, murais ou eventos. De acordo com Barbosa e Forster (2010), a construção de informações complementares é necessária para uma compreensão mais profunda das necessidades da comunidade. A busca de informações com outras instituições e setores foi apontada nos resultados como importante para se solucionar problemas, deve-se realçar que a articulação com outras instituições é essencial para a realização de uma vigilância mais participativa no território.

Para aproximar as unidades de saúde do nível central, foi constituída a estratégia de apoio matricial realizada por coordenadoras regionais. Essa organização do processo de trabalho permitiu as entrevistadas das ESF tomarem conhecimento de informações mais sistematizadas, aproximando a gestão municipal das unidades e colaborando para o desenvolvimento de trabalho conjunto, o que é essencial para a formulação e eficiência das ações de vigilância territorial. Rabetti e Freitas (2014), em seu estudo sobre a avaliação de eficiência da ESF nas ações relacionadas ao controle da



hipertensão arterial sistêmica em Santa Catarina, apontaram que com eficiência na ESF é possível evitar as complicações da hipertensão arterial.

Deve-se destacar que nas unidades entrevistadas as funções de vigilância desempenhadas pelos profissionais estão em consonância com as atribuições listadas no Plano de reorganização da atenção à HAS e DM. Contudo, as atribuições listadas nesse Plano são ancoradas no viés biomédico de cuidado, reforçando o controle individual. Apesar disso, não se pode afirmar que todas as entrevistadas têm embutidas em sua prática cotidiana ações centralizadas no paradigma biomédico e na valorização numérica de procedimentos técnicos em saúde. Ao contrário, apesar de se ter percebido relatos nessa linha, não é possível generalizar, uma vez que cinco entrevistadas, apesar de mencionarem a dificuldade em se tentar fazer diferente no dia-a-dia do trabalho, tiveram falas que estão em sintonia com uma vigilância mais relacionada com a produção social da saúde:

“Através de alguns dados eu consigo compreender esse território. É uma população muito carente de acesso, tudo é muito complicado e muito difícil... onde prevalece muito a hipertensão e a diabetes e que ainda se precisa dessa mudança cultural, que eu acredito que não é só aqui, mas em todos os outros também. Aqui é muito carente também na questão de não ter saneamento básico, aqui, a verminose é muito frequente, toda essa questão envolve essa comunidade, no perfil dessa comunidade né. Às vezes, eu incluo nela o sentido de abandono porque aqui é tudo muito distante e tem um pedágio ali que interrompe e faz com que fique mais distante ainda tanto da gente receber o apoio de algumas atividades quanto a gente também ir, tem essa dificuldade.” (Entrevistada F)

Foi possível evidenciar o uso das informações disponíveis nas unidades de saúde para o reconhecimento das necessidades territoriais e o estabelecimento de prioridades e grupos de risco, sobretudo, para o cuidado com a HAS e o DM. Figueiredo et al (2010) também apontaram alguns usos das informações disponíveis do SIAB que estão em consonância com o que foi observado: identificação das famílias por área; definição de prioridades; organização do trabalho; programação local e direcionamento das visitas domiciliares. Em relação às intervenções pensadas para o território, a política de distribuição de aparelhos para todas as pessoas portadoras de diabetes do município de Itaboraí, aproximou diversos indivíduos do cuidado e das unidades de saúde.

Apesar das limitações dos dados, foi apontado pelas entrevistadas das UBS que com as informações e dados disponíveis é possível ter um conhecimento mínimo para a descrição do território. Notou-se também, com bastante destaque e potencialidade, o



uso das informações para a formulação de atividades de prevenção e promoção da saúde com a coletividade, tais como o café da manhã light e caminhadas. Deve-se realçar que o Plano de reorganização da atenção à HAS e DM preza pela estratégia populacional de prevenção, sem excluir a procura por indivíduos com alto risco. Destaca-se que a estratégia populacional de prevenção, é um tema bastante discutido por Rose (1985). De acordo com este autor, a estratégia populacional de prevenção deve ser privilegiada, pois indivíduos expostos a um risco baixo podem gerar um número maior de casos do que poucos indivíduos expostos a um risco alto de adoecer.

Foi relatada a utilização de informações para se estruturar atividades educativas (prevenção primária), em especial campanhas educativas sobre os fatores de risco, a busca de parceiros no território e a realização de algumas atividades de lazer (festas e ginástica). Por fim, a partir dos dados disponíveis nas unidades, algumas entrevistadas citaram, como estratégia desenvolvida no nível local, a criação das listas de prioridades para a realização das visitas domiciliares a fim de se garantir acesso a indivíduos acometidos por complicações/sequelas, já que eles não conseguiriam chegar até a unidade de saúde (prevenção terciária).

Considerações finais

Deve-se destacar que o presente estudo não pretendeu mensurar o grau de utilização das informações do Programa Hiperdia, mas sim descrevê-lo e analisar no contexto da ESF. Apesar disso, não se pode afirmar que esse uso não existe, ao contrário, notou-se o uso de informações para guiar as ações de vigilância, planejamento e organização do trabalho. Um uso muito pautado nas fichas de informação, livros, prontuários e materiais educativos, tendo papel como principal tecnologia de trabalho. Identificou-se bastante a utilização das informações para a realização de atividades individualizadas, mais relacionadas com a concepção de controle biomédico da vigilância, sobretudo na lógica de mudança dos hábitos de vida do que uma vigilância territorial relacionada com a determinação social do processo saúde-doença.

É necessário que as informações em saúde sejam descentralizadas e democratizadas para incentivar seu uso, investindo-se em momentos de discussão e interpretação dos dados coletados uma ação possível, mas que requer acordos políticos e pactuações técnicas. Afinal o uso apropriado das informações pelos profissionais de saúde da ESF permitirá integrar este nível de atenção com os demais e qualificar as ações de vigilância em saúde realizadas no nível local.



Notas

¹ Sanitarista. Bacharela em Saúde Coletiva. Mestre em Saúde Pública. Atua como tecnologista em saúde pública no Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Contato: bianca.leandro@fiocruz.br

² Atenção Básica é o termo adotado no Brasil para se referir a Atenção Primária à Saúde, tendo como sua estratégia principal de atuação a Estratégia Saúde da Família. O país utiliza a nomenclatura Atenção Básica para diferenciar a proposta da saúde da família da proposta dos “cuidados primários de saúde”, mais ligados a uma lógica de focalização e de atenção à saúde.

³ Os programas de saúde na Atenção Básica começaram a ser estruturados a partir da lógica vertical de organização dos serviços de saúde, sendo específicos para certas doenças e para determinados grupos populacionais, prevendo tanto ações assistenciais individuais como também atividades preventivas de cunho mais coletivo.

Referências Bibliográficas

(2005). Epidemiologia nas políticas, programas e serviços de saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(Suppl. 1), 28-39. <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000500004>

Barbosa DCM, Forster AC. (2010). Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto/SP. *Cad Saúde Coletiva*, 18(3), 424-433

Bardin, Laurence. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Brasil. (2001). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>

Brasil. 2008. IN01 GSIPR: Instrução Normativa GSI/PR nº 1, de 13 de junho de 2008. Recuperado de http://dsic.planalto.gov.br/legislacao/in_01_gsidsic.pdf

Benito, Gladys Amélia Véles, & Licheski, Ana Paula. (2009). Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(3), 447-450. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300018>

Carreno, Ioná, Moreschi, Claudete, Marina, Bruna, Hendges, Deise Juliana Beckel, Rempel, Claudete, & Oliveira, Monica Maria Celestina de. (2015). Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão



integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 947-956. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.17002013>

Carvalho, Luiz Carlos de Sá. (1988). *Análise de sistemas: o outro lado da informática*. Rio de Janeiro: LTC-Livros Técnicos e Científicos: Sociedade Beneficente Guilherme Guinie.

Carvalho, MS. (2000). Informação: da produção à utilização. In: Rozenfeld, S., org. *Fundamentos da Vigilância Sanitária*[online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. pp. 134-256. Recuperado de <http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-13.pdf>

Figueiredo, Luana A. (2009). *Análise da utilização do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) pelos coordenadores da Atenção Primária à Saúde na tomada de decisão (Dissertação de Mestrado)*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Departamento Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Ribeirão Preto.

Lima, Aline Pinto de, Corrêa, Áurea Christina de Paula, & Oliveira, Quéli Cristina de. (2012). Conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde sobre os instrumentos de coleta de dados do SIAB. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 121-127. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100018>

Minayo, Maria Cecília de Souza. (1998). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.

Ministério da Saúde. (2017). Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017). Recuperado de http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Mishima, S. M. (1995). *Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto (Tese de doutorado)*. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto

Moraes, Ilara Hämmerli Sozzi de. (2002). *Política, tecnologia e informação em saúde*. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora.

Moraes, Ilara Hämmerli Sozzi de. (2014) *Sistema de Informações em Saúde: Patrimônio da Sociedade Brasileira*. En Paim, J. S.; Almeida-Filho, N. (Ed.), *Saúde Coletiva: Teoria e Prática* (pp. 649-665). Editora Medbook.

Mudjalieb, Amanda Almeida. (2011). *Produção de informação e conhecimento e práticas de participação popular na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Itaboraí (Dissertação de Mestrado)*. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ.



Oliveira, Cátia Martins, & Casanova, Ângela Oliveira. (2009). Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 929-936. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300029>

Rabetti, Aparecida de Cássia, & Freitas, Sérgio Fernando Torres de. (2011). Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. *Revista de Saúde Pública*, 45(2), 258-268. Epub February 18, 2011. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000007>

Rose, Geoffrey. (1985) Individuos enfermos y poblaciones enfermas. *Boletín Epidemiológico*. Organización panamericana de la Salud. Vol. 6 n° 3. Recuperado de: http://www.umaza.edu.ar/archivos/file/rose_individuos_enfermos_poblaciones_enfermas.pdf

Sabroza, Paulo Chagastelles. (8 de abril de 2015). Vigilância em Saúde no SUS. En Aula realizada no Curso de Especialização em Gestão da Atenção Básica e Promoção do Desenvolvimento Social. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz. Itaboraí.

Vaughan, J.P.; Morrow, R.H. (1992). *Epidemiologia para municípios: manual para gerenciamento dos distritos sanitários*. Tradução: Carlos Dora; Iná dos Santos Hallal; Cesar Gomes Victora. *Saúde em Debate* 54. Direção de: David Capistrano Filho; Emerson Elias Merhy; Gastão Wagner de Souza Campos; José Ruben de Alcântara Bonfim. Editora HUCITEC.



Iniquidades no acesso a serviços de concepção e atendimento a saúde de mulheres em relação homoafetiva durante a gravidez

Paula Galdino Cardin de Carvalho¹

Cristiane da Silva Cabrala¹

Resumo

O objetivo deste trabalho foi compreender a percepção de mulheres em relação homoafetiva sobre a assistência à saúde recebida durante concepção, gravidez, parto e pós-parto em serviços públicos e privados na região metropolitana de São Paulo, Brasil. A qualidade do atendimento destes casais pode ser afetada por iniquidades, questionamentos inadequados, homofobia e comunicação heteronormativa. Neste estudo qualitativo foram entrevistadas de forma individual 19 mulheres que tiveram filhos biológicos durante uma relação homoafetiva, totalizando a história de dez casais. O acesso aos serviços públicos de concepção permanece exclusivo aos casais inférteis heterossexuais. Os casais homoafetivos precisam escolher entre tratamentos médicos caros e invasivos no sistema privado ou uso de inseminação caseira com esperma de doador conhecido, técnica não regulamentada no Brasil. Após a gravidez, a maioria das participantes foi atendida no sistema suplementar de saúde e, apesar da avaliação positiva em geral, foram relatadas situações de desconforto com a postura dos profissionais, incluindo suposição de heterossexualidade; formulários e orientações voltadas para pai/mãe, questionamento da legitimidade do casal e algumas situações de discriminação e privação de direitos. Mesmo com a conquista de direitos legais no Brasil, como a aprovação do casamento entre pessoas do mesmo sexo, entre outras, muitas instituições e profissionais de saúde continuam despreparados para oferecer assistência adequada para estes casais. Diferentes intervenções podem melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos casais homossexuais, incluindo a implementação de leis e políticas públicas; mudanças estruturais dentro do sistema de saúde; e melhor treinamento para profissionais de saúde.

Palavras-chave

Homossexualidade feminina; técnicas reprodutivas; saúde materna; equidade em saúde; direitos sexuais e reprodutivos.

Introdução

Para casais homoafetivos, a decisão pela parentalidade pode envolver constrangimentos, processos e escolhas não encontradas pela maioria dos casais



heterossexuais. Por exemplo, para mulheres em uma relação homoafetiva, práticas homofóbicas e referências heteronormativas podem ser determinantes importantes na capacidade de acesso aos serviços de saúde (Ross, Steele e Epstein, 2006; Mcmanus, Hunter e Renn, 2006; Rondahl, Bruhner e Lindhe, 2009). Muitas mulheres permanecem marginalizadas pela sua identidade não heterossexual e podem experimentar diversas formas de homofobia com os serviços de saúde e prestadores de serviços durante a pré-natal, parto e pós-parto, incluindo exclusão, suposição de heterossexualidade, questionamentos inadequados e recusa de serviços (Hayman, Wilkes, Halcomb e Jackson, 2013).

Neste trabalho, o intuito é lançar luz sobre o que a homoparentalidade traz de efeitos e/ou dificuldades na assistência à saúde que estas mulheres podem receber, sendo a orientação sexual um elemento a mais que pode interferir nessa assistência. Assim, pretende-se compreender a percepção de mulheres em relação homoafetiva sobre a assistência à saúde recebida durante concepção, gravidez, parto e pós-parto em serviços públicos e privados na região metropolitana de São Paulo, Brasil. Diante da atualidade e da relevância político-social do tema, bem como da necessidade da ampliação de estudos em âmbito nacional que tratem dessa temática, este trabalho busca dar visibilidade às demandas de parentalidade de casais homoafetivos, no intuito de contribuir para a qualificação do atendimento durante a concepção, pré-natal, do parto e pós-parto prestado a estas mulheres.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo em que foram realizadas 19 entrevistas individuais em profundidade no período de dezembro de 2015 a janeiro de 2017 com casais de mulheres que tiveram filhos durante uma relação homoafetiva. Os casais foram entrevistados separadamente e individualmente, e uma das participantes estava solteira na época da entrevista. Portanto, esse estudo totaliza 10 histórias de famílias homoafetivas, seis residentes em São Paulo e quatro em Poá e Mogi das Cruzes.

Para seleção das participantes foi utilizada uma rede de contatos, com a divulgação de convites na internet, rede sociais, indicação de pessoas conhecidas, entre outros. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: mulheres que tiveram filhos biológicos durante uma relação homoafetiva e que residiam na região metropolitana de São Paulo. Foram critérios de exclusão: mulheres que engravidaram sem ter uma parceira homoafetiva e aquelas que optaram pela adoção.



Os seguintes tópicos foram explorados nas entrevistas, utilizando um roteiro semiestruturado: dados pessoais; relacionamento afetivo-sexual; processo de decisão reprodutiva; concepção, gravidez e pré-natal; parto; pós-parto e amamentação. Também foi perguntado as participantes se elas escolheriam fazer algo diferente durante o processo. As entrevistas foram registradas, transcritas e analisadas em três fases principais: pré-análise através da leitura flutuante das entrevistas; exploração do material em que as principais ideias foram identificadas (nesta fase, foram selecionados trechos significativos de discursos e foram construídas categorias temáticas); e a análise final com a articulação do corpus estruturado a uma base teórica. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública/USP (CAAE 44581015.1.0000.5421).

Resultados e discussão

O conjunto das participantes deste estudo compõe um universo de mulheres com idade entre 27 e 43 anos, com uma média de 34 anos. Sete participantes se identificaram como lésbicas, e as demais utilizaram termos como homossexual, gay ou casal homoafetivo para referirem a si mesmas. Treze participantes se declararam como brancas, quatro como pardas, uma como negra e uma participante preferiu responder “multicolorida”. Com relação à escolaridade, dezoito tinham ensino superior completo e uma tinha ensino médio completo. Todas as participantes tinham filhos com idade igual ou inferior a quatro anos no momento das entrevistas. Duas participantes tinham filhos mais velhos de uma relação heterossexual anterior. Os nomes dados às entrevistadas são fictícios para proteger suas identidades.

Com relação a concepção, seis casais engravidaram com a utilização de técnicas de reprodução assistida. Quatro deles recorreram a fertilização in vitro (FIV), em que os óvulos de uma das mulheres são fecundados em laboratório com sêmem de doador e os embriões são posteriormente transferidos para o seu útero. Dois casais utilizaram a recepção de óvulos da parceira (ROPA), técnica em que ambas as mulheres participam, uma doando os óvulos para a fertilização e a outra na gestação do embrião. Dois casais fizeram inseminação caseira com sêmem de doador conhecido, e duas gestações foram oriundas de relações sexuais durante em um breve período em que o relacionamento homoafetivo havia sido rompido. Nesses dois casos, ao reatarem o compromisso, todo o processo de gravidez, parto e pós-parto foi acompanhado pela parceira.



Alguns casais tentaram acesso a serviços de tecnologia reprodutiva exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS); no entanto, esses serviços recebiam apenas casais inférteis heterossexuais. As mulheres com mais posses financeiras recorreram a clínicas de fertilidade privadas. Seja em termos de formulário e/ou documentos utilizados, seja em relação aos profissionais de saúde, tais espaços nem sempre levam em consideração aspectos como a inclusão de parceiras, a ausência de infertilidade no casal, a utilização de formas de comunicação que não sejam heteronormativas. Além disso, as mulheres podem estar expostas a tecnologias desnecessárias com níveis elevados de intervenções e efeitos colaterais, sem a devida escolha informada. As mulheres sem recursos financeiros suficientes para acessar serviços privados recorreram à inseminação caseira com doador conhecido, técnica não regulamentada no Brasil e que pode acarretar problemas legais futuros, caso o doador decida requerer direitos de paternidade sobre a prole.

Após a gravidez, quase todas as participantes foram atendidas no sistema suplementar de saúde e a maioria dos casais participou juntas de praticamente todas as consultas. Apesar de muitas relatarem uma boa percepção do atendimento durante a gravidez, parto e pós-parto, essas mulheres experimentaram diversas situações de discriminação e de violação de direitos quando em contato com instituições e profissionais de saúde, como: perguntas inadequadas e constrangedoras sobre a parceria do casal; priorização do papel do “pai biológico” quando este estava presente; e sentimento de invisibilidade da companheira que não estava grávida.

Estudos nacionais e internacionais também relatam que a parceira que não está grávida é, por vezes, questionada por profissionais da saúde com relação à legitimidade de seu relacionamento com sua parceira e/ou filhos(as) (Wilton e Kaufmann, 2001; McKelvey, 2013). Indicam, ainda, que essas mulheres podem sentir-se diferentes, invisíveis e também isoladas durante a transição para a parentalidade (Souza, 2005; Wojnar e Katzenmeyer, 2013). É importante que os profissionais de saúde estejam conscientes da possibilidade desses sentimentos e reconheçam as potenciais diferenças entre as experiências das parceiras durante o processo de concepção e gravidez, parto e após o parto (Wojnar e Katzenmeyer, 2013).

A interação com o profissional de saúde pode ser fortalecedora ou desestabilizar o bem-estar da parturiente e sua parceira. A insatisfação com o atendimento recebido levou alguns casais a romper a relação com o profissional de saúde, às vezes em estágio



avançado da gestação. Esse tipo de troca representa uma mudança em busca de satisfação, que exige que a mulher ou casal busque outra possibilidade de atendimento mesmo após ter recebido um tratamento frio ou hostil (Lino e Diniz, 2015).

Além disso, cartazes, formulários, fichas, fotos de decoração e outros elementos em clínicas e hospitais incluem apenas a possibilidade de espaço para homem e mulher, pai e mãe. Dois casais entrevistados relataram que no dia do parto a parceira que não estava grávida recebeu uma pulseirinha para ter acesso às unidades do hospital, e nela estava escrito: “papai”. As estratégias utilizadas para enfrentar a heteronormatividade institucional foram riscar os formulários e colocar o nome de ambas as mulheres; a própria equipe de saúde rasurar placas e etiquetas para incluir o nome da parceira; e a realização de reclamação na ouvidoria do hospital com relação à pulseirinha.

Profissionais de saúde e administradores podem estabelecer um ambiente seguro, acolhedor e que reconheça a diversidade sexual de várias formas, sem julgamento, e sem pressupor que todos os pacientes são heterossexuais (Werner C, Westerstahl, 2008). Algumas possibilidades incluem a inserção de casais homoafetivos e outras composições familiares em fotos de decoração da área de espera, folhetos, sites, cartazes, e a presença de materiais adaptados para diferentes populações de pacientes (Amato e Jacob, 2004). Os formulários e demais documentações podem ser revisados para refletir a diversidade das orientações sexuais, identidades de gênero e estruturas familiares (Ross et al., 2014; James-Abra et al., 2015; Brasil 2005).

O reconhecimento de casamento entre pessoas do mesmo sexo como entidade familiar ocorreu em 2011. Em 2013 foi aprovada a resolução que obriga todos os cartórios do país a celebrar esses casamentos e também a inclusão de casais homoafetivos na resolução do Conselho Federal de Medicina para o uso de tecnologias reprodutivas (Conselho Federal de Medicina, 2013). A aprovação do casamento entre pessoas do mesmo sexo possibilitou a existência de um documento que dá direitos a casais homoafetivos equivalentes aos dos heterossexuais.

O período em que as participantes engravidaram se concentra entre 2011 e 2015. Muitas recorreram ao casamento anteriormente à gravidez para aumentar a possibilidade de proteção legal e, em alguns casos, para incluir o sobrenome da parceira no registro de nascimento da criança. A ausência desses documentos gerou sentimento de insegurança e impotência nos casais, impedimentos em acompanhar o parto e dificuldades no acesso às unidades hospitalares após o nascimento do bebê.



Direitos como o casamento civil e o registro das crianças no nome das duas mulheres podem ter impacto na qualidade da assistência recebida. A possibilidade de serem discriminadas ou não terem seus direitos como responsáveis pela criança que irá nascer é um dos motivos que faz com que casais homoafetivos tentem se proteger e se hiperformalizar por meio de recursos legais já disponíveis ou abrindo precedentes por meio de ação judicial. O ideal é que os profissionais de saúde possuam um conhecimento básico de como as leis locais e nacionais afetam casais homoafetivos no que se refere à proteção legal da criança e do casal (Kaufman e Dundas, 1995).

Considerações finais

Neste trabalho foram apresentados alguns aspectos da experiência de mulheres em uma relação homoafetiva em relação à assistência à saúde recebida durante a concepção, gravidez, parto e pós-parto. Diversas estratégias individuais e legais foram utilizadas por esses casais na tentativa de garantir o máximo de direitos e minimizar a possibilidade de discriminação. Algumas dessas estratégias envolveram: a mudança de profissional de saúde em face de alguma manifestação ou atitude discriminatória; presença conjunta às consultas de pré-natal e pós-parto; denúncia na ouvidoria dos hospitais em função de alguma orientação ou procedimento inadequado realizado; realização do casamento civil e a busca de processo legal para ter o nome de ambas as mulheres no registro nascimento das crianças.

O planejamento de uma gravidez se mostrou algo muito relevante nos projetos de família e no curso da vida das mulheres entrevistadas, mas também delicado. Além dos desafios e limitações encontrados pelos casais de mulheres ao acessarem tecnologias reprodutivas para conceber, os resultados deste trabalho apontam para três níveis diferentes de barreiras enfrentadas durante o atendimento ao período de concepção até o pós-parto, que englobam: a interação com diversos profissionais de saúde, os aspectos institucionais do sistema de saúde e as questões legais. Seja em termos de formulário e/ou documentos utilizados, seja em relação aos profissionais de saúde, tais espaços nem sempre levam em consideração aspectos como a inclusão de parceiras, a ausência de infertilidade no casal, a utilização de formas de comunicação que não sejam heteronormativas.

Notas

¹ Departamento de Saúde, Ciclos de vida e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.



Referências Bibliográficas

Amato P, Jacob MC. Providing Fertility Services to Lesbian Couples: The Lesbian Baby Boom. *Sexuality, Reproduction & Menopause* 2004; 2(2):83-88.

Brasil. Lei nº 11.108. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* 2005.

Conselho Federal de Medicina. Resolução 2.013/2013. Brasília/DF. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2013_2013.pdf

Hayman B, Wilkes L, Halcomb EJ, Jackson D. Marginalised mothers: Lesbian women negotiating heteronormative healthcare services. *Contemporary Nurse*, 44(1):120-127, 2013.

James-Abra S, Tarasoff LA, Green D, Epstein R, Anderson S, Marvel S, Steele LS, Ross LE. Trans people's experiences with assisted reproduction services: a qualitative study. *Human Reproduction*, 30 (6):1365–1374, 2015.

Kaufman M, Dundas, S. Directions for research about lesbian families. In: K. Arnup (Ed.) *Lesbian parenting: Living with pride and prejudice*. Gynergy Books, Charlottetown, PEI, Canada, p. 166–175, 1995.

Lino HC, Diniz SG. "Cuide das roupinhas que do parto cuide eu" - comunicação entre profissionais e pacientes e decisões sobre a via de parto no setor privado em São Paulo, Brasil. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* 25(1):117-124, 2015.

McKelvey MM. "The Other Mother: A Narrative Analysis of the Postpartum Experiences of Nonbirth Lesbian Mothers", 2013.

McManus AJ, Hunter LP, Renn H. Lesbian Experiences and Needs During Childbirth: Guidance for Health Care Providers *OGNN*, (35):13-23; 2006.

Röndahl, G., Bruhner, E., & Lindhe, J. Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2337–44, 2009.

Ross LE, Steele LS, Epstein R. Lesbian and bisexual women's recommendations for improving the provision of assisted reproductive technology services. *Fertil Steril* 86(3):735, 2006.

Ross LE, Tarasoff LA, Datejje G, Epstein R, Marvel S, Anderson S, Steele LS. Sexual and Gender Minority Peoples' Recommendations for Assisted Human Reproduction Services *J Obstet Gynaecol Can* 2014; 36(2):146–153.



Souza, ER. 2005 Necessidade de filhos: maternidade, família e (homo)sexualidade.[tese]. Campinas (SP): Unicamp; 2005.

Werner C, Westerstahl A. Donor insemination and parenting: concerns and strategies of lesbian couples. A review of international studies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87(7):697-701.

Wilton T, Kaufmann T. Lesbian mothers' experiences of maternity care in the UK *Midwifery*, 17):203-211, 2001.

Wojnar DM, Katzenmeyer, A. Experiences of preconception, pregnancy, and new motherhood for lesbian nonbiological mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 43(1):50-60, 2013.



Potencialidade da dialética para o planejamento e atendimento às necessidades de saúde

Alexandra Bulgarelli do Nascimento¹
Sayuri Tanaka Maeda²
Emiko Yoshikawa Egry³

Resumo

Objetivo

Reconhecer a potencialidade da dialética para o planejamento e atendimento efetivo às necessidades de saúde.

Problemática

As contradições são inerentes à visão de mundo materialista histórica-dialética, e estão presentes no setor saúde, o qual tem a responsabilidade de identificar e atender às necessidades de saúde da população, considerando os modos de produção e reprodução social que explicitam vulnerabilidades, que influenciam a condição de saúde de grupos sociais específicos.

Metodologia

Estudo de caso de um município brasileiro, com mais de 50 mil habitantes e não pertencente à Região Metropolitana, com Índice de Desenvolvimento Humano alto e baixo coeficiente de Gini, que dispunha dos Planos Municipais de Saúde (PMS), dos quadriênios 2010-2013, 2014-2017 e 201-2021, no sistema de informação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Resultados

As contradições foram evidenciadas em dois quadriênios do PMS (2010-2013 e 2018-2021), ao ter a doença como demanda geradora de valor de troca, demonstrando – como propõe a dialética – que o monitoramento do perfil morbimortalidade e de desenvolvimento social desarticulados da realidade, não conseguem possibilitar o planejamento e atendimento efetivo às necessidades de saúde. Entretanto, ao comparar ambos quadriênios do PMS foi possível identificar, no PMS vigente, um ganho quantitativo na construção deste instrumento de gestão – o que reforça a dialética como referencial metodológico potente para subsidiar as práticas de gestão em saúde.

Discussão

A reduzida eficiência dos serviços de saúde no atendimento às heterogêneas necessidades de saúde, pouco contribui para melhorar a situação de saúde das pessoas



e mitigar as desigualdades sociais – impondo aos gestores locais em saúde a necessidade de se utilizarem de métodos potentes para identificarem as realidades- parte que compõem a totalidade do cotidiano, como tão bem estabelece a dialética marxista, ao estabelecer que as relações sociais centradas no trabalho e na inserção social das pessoas impõem a elas determinação das formas de adoecer e morrer.

Conclusões

Da dialética emerge a superação da realidade, com ganhos quantitativos consecutivos e salto qualitativo que se traduz em transformação do cotidiano – que se dá mediante qualificação dos gestores locais, fortalecimento da descentralização, e reposicionamento do governo para assumir o SUS como política de proteção social potente para mitigar as desigualdades sociais.

Palavras-chaves

Políticas públicas, saúde, planejamento em saúde, saúde pública, gestão em saúde.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) impõe aos seus gestores importantes desafios, haja vista a dimensão continental do país, diversidade cultural, demográfica, econômica e epidemiológica presentes, além do sub- financiamento crônico que o setor público de saúde está vivenciando, principalmente, desde 2016 – com a implantação da Emenda Constitucional nº 95 – que congelou os gastos públicos, inclusive os do setor saúde, por 20 anos (Brasil, 2016).

O atual contexto político-econômico brasileiro e mundial, em que há valorização exponencial das práticas de políticas neoliberais, exerce uma forte influência sobre a redução quantitativa e qualitativa de serviços de saúde efetivos, uma vez que essas práticas têm o objetivo de minimizar o compromisso do Estado com a população, no que tange à implementação e à manutenção de políticas públicas contributivas para a melhoria da situação de saúde das pessoas e, conseqüentemente, para a qualidade da assistência prestada (Ribeiro & Moreira, 2017).

Os gestores locais do SUS têm a responsabilidade de organizar a assistência à saúde à população, o que – muitas vezes – é concebida por meio da ação isolada da oferta de serviços de saúde de forma desarticulada da identificação das necessidades em saúde da população – o que denota descompasso entre a demanda e a oferta, evidenciando desigualdades alocativas de recursos em saúde e, em última análise, deficiência no



atendimento às necessidades em saúde das pessoas (Coelho et al., 2019), em especial, de grupos sociais vulneráveis (Nascimento, 2015)

Como resposta, emerge o Plano Municipal de Saúde (PMS) como instrumento de gestão local, que objetiva monitorar e planejar as ações com vistas a atenderem às necessidades em saúde da população (Brasil, 2005; Bueno et al., 2013).

Entretanto, a forma como se dá a elaboração do PMS traz em si várias limitações, como ao não se atentar para a pertinência da identificação das necessidades em saúde de grupos sociais vulneráveis (Nascimento & Egry, 2017).

Diante disto, a dialética é colocada como um referencial metodológico potente para captação da realidade, haja vista a sua proposta de compreensão das partes que compõem a totalidade visando a superação (Perna & Nolasco, 2008), este movimento de adensamento do entendimento crítico daquilo que ocorre no cotidiano, justifica a realização deste estudo, uma vez que ele posiciona a dialética como meio para alavancar o planejamento local em saúde comprometido com a identificação efetiva das necessidades em saúde da população e de grupos sociais específicos.

Fundamentação do problema

A dialética está ancorada na visão de mundo materialista, a qual exige a necessidade de compreensão da realidade para propor mudanças contínuas de natureza quantitativa e que se traduzam, ao longo do tempo, em mudanças significativas de natureza qualitativa, oportunizando a transformação efetiva do concreto (Perna & Nolasco, 2008).

Entre os séculos XVIII e XIX, a dialética foi concebida, inicialmente, por Kant e Hegel, que buscaram analisar a relação do homem, no incipiente modo de produção capitalista, frente à eclosão da Revolução Francesa e da Revolução Industrial, as quais impuseram a organização social em classes fundamentada pelo trabalho (Perna & Nolasco, 2008).

Neste contexto, Marx e Engels, ao identificarem que o trabalho impunha uma determinação no modo de produzir e reproduzir na sociedade, passam a argumentar que as formas de inserção social se configuravam como desiguais e impactam as formas de viver das pessoas (Perna & Nolasco, 2008).

Portanto, a dialética é concebida como meio de compreensão crítica da realidade, oportunizando libertação das pessoas, diante da relação desigual imposta pelo



capitalismo às formas de sobrevivência dos diferentes grupos que compõem a sociedade (Perna & Nolasco, 2008).

Este preâmbulo é fundamental para reconhecer a potencialidade da dialética na área da saúde, como tão bem defendia Juan César García, ao argumentar que a Saúde Coletiva, ancorada sobre o materialismo histórico e dialético, se propõe a compreender as formas de produção e reprodução como socialmente determinadas, o que impacta os diferentes perfis epidemiológicos das pessoas que coexistem na realidade e, conseguinte urgência por profissionais e práticas de saúde que tenham condições efetivas de responder a realidades limitantes e desiguais (Nunes, 2015).

Assim, as práticas de planejamento local em saúde precisam se utilizar da dialética, como meio de compreensão da realidade, uma vez que ela é repleta de heterogêneas necessidades em saúde, que emergem dos diferentes grupos sociais que compõem o território (Nascimento & Egry, 2017).

Para a identificação dessas necessidades, os gestores locais em saúde dispõem de instrumentos de gestão, como o PMS que precisa ser municiado com informações emergentes da realidade, situação em que se destaca a dialética como premissa metodológica potente (Ferreira et al., 2018), pois oportuniza transformação da realidade local com ganhos quantitativos que acumulados, se traduzem em ganhos qualitativos significativos para a população que produz e reproduz no território.

Diante disto, este estudo teve o objetivo de reconhecer a potencialidade da dialética para o planejamento e atendimento efetivo às necessidades de saúde.

Metodologia

Este estudo é do tipo documental e com abordagem qualitativa. Utilizou-se a análise de conteúdo conforme preconizado pela metodologia de Bardin, que por meio da hermenêutica crítica, estrutura a elaboração e a análise de unidades de significado com o objetivo de sistematizar a captura da essência do fenômeno (Bardin, 2011).

Os documentos analisados foram os PMS dos períodos 2010-2013, 2014-2017 e 2018-2021 de um município brasileiro do estado de São Paulo, e não pertencente à região metropolitana; com mais de 50 mil habitantes; com ótimo Índice de Desenvolvimento Humano e o pior coeficiente de Gini; e que dispunha no Sistema de Apoio à Elaboração dos Relatórios de Gestão (SargSUS) os PMS dos três quadriênios de interesse.



Ao tomar como base de dados os PMS, que se caracterizam como documentos de natureza secundária e sobretudo por serem de domínio público, a apreciação por um Comitê de Ética em Pesquisa foi dispensada para a execução deste estudo (Brasil, 2013).

A organização e sistematização dos dados extraídos dos PMS ocorreu por meio software WebQDA®, no qual foram categorizados trechos dos PMS que se atinham a identificar a concepção do processo saúde-doença utilizados nesses instrumentos, bem como às ideias para a identificação das necessidades em saúde da população em geral e de grupos sociais vulneráveis. Para tanto, foram utilizadas duas categorias de análise: “identificação das necessidades em saúde” e “concepção do processo saúde-doença”.

Resultados e discussão

A análise dos PMS referentes aos quadriênios 2010-2013, 2014-2017 e 2018-2021 demonstrou, inicialmente, que os quadriênios de 2010-2013 e 2018-2021, o município realizou uma análise situacional do território, descrevendo-a de forma detalhada.

Em relação ao quadriênio 2014-2017 foi evidenciada a ausência da análise situacional, sendo o PMS composto basicamente pelas diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde e as ações e metas propostas para o seu alcance – o que impossibilitou a comparação deste quadriênio com os demais analisados.

Esse contexto demonstra forte relação dialética, entre a necessidade de mapeamento situacional da realidade, frente à obrigatoriedade de o município apresentar um PMS para garantir a continuidade dos repasses financeiros para o território.

Diante desta contradição identificada, emerge a oportunidade de implantação de ações de fortalecimento da descentralização e valorização do município para identificar e responder às necessidades em saúde da população (Pinafo et al, 2016).

Entretanto, esta não é uma tarefa simples – haja vista os desafios para gestão local no que tange o financiamento, disponibilidade política dos gestores e dificuldade para realização de um planejamento em saúde que consiga abarcar as heterogêneas necessidades em saúde presentes no território (Pinafo et al, 2016).

Em detrimento disto, no município analisado foi possível visualizar alteração na forma de condução das ações de planejamento em saúde, entre os quadriênios de 2010-2013 e 2018-2021.



Nos trechos a seguir identifica-se forte centralização da identificação das necessidades em saúde na descrição do manejo das doenças e agravos que acometeram a população, compreendida de forma totalitária.

PMS (2010-2013): [...] a distribuição dos óbitos infantis ocorridos no município cuja assistência à gestação está vinculada às Unidades Básicas de Saúde municipais. [...]. Ao se analisar a ocorrência dos óbitos infantis na rede SUS e Privada, percebe-se maior concentração da mortalidade na rede pública com ocorrência de 24 óbitos num universo de 1.240 nascidos vivos vinculados ao serviço público, enquanto na rede privada houve ocorrência de 5 óbitos em relação a 1.133 nascidos vivos. (Grifo nosso)

PMS (2010-2013): [...]. Ao se analisar os dados de acordo com critérios de evitabilidade utilizados pelo Comitê Municipal de Mortalidade Materno Infantil, que utiliza instrumento padronizado pela Secretaria Estadual de Saúde para esse estudo, identifica-se que 58,6% dos óbitos são passíveis de redução por Adequado Controle na Gravidez, 27,6% redutíveis por Diagnóstico e Intervenção Precoce e 13,8% classificados como inevitáveis. (Grifo nosso)

PMS (2010-2013): [...] A série histórica dos Coeficientes de Mortalidade Materna no Município [...] apresenta ainda índices elevados, com inexistência do fenômeno em 2005 e 2007 e várias flutuações no período [...]. A série indicada pode denotar ações incipientes na Assistência ao Pré-Natal e ao Parto no âmbito da rede básica e hospitalar no município, uma vez que os decréscimos das taxas de mortalidade infantil e materna estão diretamente relacionados ao acompanhamento de saúde da gestante e melhoria da qualidade de assistência à mulher [...]. (Grifo nosso)

PMS (2010-2013): [...] a série histórica dos Coeficientes de mortalidade por câncer de mama no município [...] referente ao período 2005 a 2008 demonstra tendência de crescimento da doença nos anos mais recentes. Inversamente ao câncer de mama, a mortalidade por câncer do colo do útero mostrou, para o estado de São Paulo, uma tendência de queda. (Grifo nosso)

A análise desses trechos, considerando os pressupostos da dialética, como referencial metodológico, para subsidiar as práticas de planejamento em saúde, que se materializa por meio do PMS – possibilita identificar que, apesar do avanço, ao descrever o cenário epidemiológico do território, não é possível vislumbrar os grupos sociais vulneráveis – que estão expostos a estas situações de adoecimento e morte, devido as suas formas de inserção social – o que demandaria do município uma análise ampliada das formas de viver das pessoas que coexistem no território.



A compreensão do território, como elemento vivo, que sofre transformações e transforma as pessoas que nele produzem e reproduzem, é fundamental para o gestor amparar as suas práticas direcionadas para a identificação de necessidades em saúde, considerando a existência de vulnerabilidades sociais que determinam socialmente o perfil epidemiológico (Machado et al., 2017).

Esse aspecto é de tamanha importância, haja vista que uma das principais barreiras para as práticas de gestão local é identificar as necessidades em saúde e alocar os recursos de forma adequada e articulada – frente às heterogêneas necessidades que emergem da realidade (Pinafo et al, 2016).

Neste sentido, o município analisado avançou no PMS do quadriênio de 2018-2021, ao propor a análise de alguns aspectos considerando, para além do agravo à saúde, o nome do território da rede de atenção básica ao qual a pessoa estava vinculada. Esta ideia ficou evidente em:

PMS (2018-2021) A mortalidade precoce de mulheres no município apresenta tendência crescente. Os quadros [...] apontam essa fração da mortalidade por causas capítulo do CID-10 e territórios da rede de atenção básica municipal da saúde e visam facilitar ações e intervenções de saúde nessas áreas. (Grifo nosso)

PMS (2018-2021) O gráfico [...] demonstra a série histórica dos Coeficientes de Mortalidade Infantil, relativos ao período 2010-2016 em seus componentes etários. A distribuição dessa fração da Mortalidade por causas/Cap. da Cid10 e territórios de Saúde da Rede de Atenção Básica apresentada [...] tem como objetivo possibilitar a análise da situação e subsidiar medidas de intervenção para melhorar a resposta da Atenção Básica no componente Assistência ao Pré-Natal, uma vez que ainda se verifica um percentual relevante de óbitos infantis passíveis de redução por adequada atenção ao pré-natal e parto. (Grifo nosso)

PMS (2018-2021). As taxas de mortalidade materna apresentadas [...] mostram tendências estáveis para o período 2010 a 2015. Em 2016 o índice aparece aumentado enfatizando-se a ocorrência de dois óbitos por causas evitáveis neste mesmo ano. [...] A tabela [...] aponta a distribuição de mortalidade materna nos territórios da rede de Atenção Básica e podem direcionar ações para reduzir óbitos nesta fração da população. (Grifo nosso)

Apesar dos trechos reiterarem o uso da concepção do processo saúde-doença centrado no adoecimento e morte, vinculado ao agravo à saúde, como ocorreu também no PMS



de 2010-2013, há uma mudança de concepção, quando o gestor deste município propõe uma análise desses agravos no contexto da Unidade Básica de Saúde (UBS) a qual as pessoas estavam vinculadas.

Isto demonstra a preocupação do gestor local em realizar uma aproximação com a realidade – o que demonstra a potencialidade da dialética como referencial metodológico para análise das partes que compõem a totalidade do cotidiano (Perna & Nolasco, 2008).

Como caminho de mediação para mudança, é desejável assimilar uma perspectiva sistêmica buscando uma capacidade de sinergia entre os recursos da saúde e outros setores sociais, uma vez que os indicadores de mortalidade infantil e materna, são consequências complexas relacionadas às condições de vida. Acredita-se que o investimento pontual em nível da atenção básica, ainda que respaldado no atributo institucional, dificilmente superará a segmentação do sistema.

Tanto é verdade, que o município analisado identificou a pertinência das ações intersetoriais para responder às necessidades em saúde – o que ficou evidente ao argumentar o impacto do Programa Bolsa Família (PBF) sobre aspectos da saúde.

PMS (2018-2021). Destacam-se, ainda [...] o número e percentual de famílias cadastradas no Programa Bolsa Família [...]. Apesar de não ser um Programa da Saúde, optou-se por pontuar a interface do acompanhamento deste pela Atenção Primária de Saúde. Salienta-se que, com quase 15 anos de existência no país, o PBF tem como objetivo contribuir para a inclusão social de milhões de famílias brasileiras que convivem com a miséria e para alívio imediato de sua situação de pobreza e da fome. [...] (grifo nosso)

Outro trecho reforça este posicionamento gerencial, ao relacionar – no PMS – o acompanhamento de grupos sociais nos serviços de saúde ao desenvolvimento social, por meio do monitoramento de indicadores educacionais de classes sociais subalternas, com vistas oportunistar a superação da reprodução da pobreza.

PMS (2018-2021). Além disso, almeja estimular um melhor acompanhamento do atendimento do público-alvo pelos serviços de saúde e ajudar a superar indicadores educacionais negativos das crianças mais pobres: altos índices de evasão, repetência e defasagem idade-série. Pretende, assim, contribuir para a interrupção do ciclo intergeracional de reprodução da pobreza. Para sua implantação, foi necessária não só



a integração das políticas de educação, saúde e assistência social, mas também garantir a oferta dos serviços e o acesso da população beneficiária a eles. (Grifo nosso)

Esse trecho reitera a identificação de contradições na realidade, oportunizada pela dialética, como método que possibilita ganhos quantitativos ao longo do tempo, que se traduzam em mudança qualitativa da realidade (Perna & Nolasco, 2008).

No entanto, apesar do avanço, é importante ponderar a necessidade de ampliação dessas práticas de gestão local em saúde, visando identificar os grupos sociais vulneráveis, os quais têm menores oportunidades de subsistência e de autonomia para conduzir a vida.

A análise pormenorizada da realidade demanda dos gestores locais em saúde, competências específicas, como o uso da dialética, como método que possibilita a identificação de contradições, bem como das necessidades em saúde, a partir dos pressupostos da Saúde Coletiva – a qual entende que essas necessidades são socialmente determinadas e impostas pela inserção social das pessoas em grupos específicos (Nunes, 2015).

Conclusões

No município analisado, foi possível visualizar o quanto a dialética, como referencial metodológico, possibilita a compreensão das partes que compõem a totalidade da realidade, sendo possível perceber – a partir da comparação dos quadriênios dos PMS de 2010-2013, 2014-2017 e 2018-2021, retrocesso quantitativo entre o segundo quadriênio e o primeiro quadriênio, bem como avanço no conteúdo dos PMS de 2010-2013 a 2018-2021.

Apesar de ainda insuficiente, ao considerar os pressupostos da Saúde Coletiva para a identificação as necessidades em saúde e, conseqüentemente, planejamento das ações como resposta a estas necessidade, foi possível demonstrar a mudança na proposta de compreensão da realidade, ao considerar as características do território em que estão inseridas as pessoas, bem como o impacto da renda, escolaridade etc., sobre as condições de saúde de grupos sociais como necessidades heterogêneas no PMS de 2018-2021 em comparação ao do quadriênio de 2010-2013.

Portanto, a dialética permite, a partir da explicitação das polarizações presentes no cotidiano, visualizar a superação, por meio de mudanças quantitativas consecutivas,



bem como salto qualitativo, que se traduz em transformação da realidade de forma duradoura.

Diante disso, fica evidente que no município estudado, faz-se necessária a implantação de ações de fortalecimento da compreensão da determinação social do processo saúde-doença, inclusive, com adensamento e ampliação da implementação desta concepção do processo saúde-doença na prática cotidiana da gestão local em saúde, por meio da qualificação dos gestores locais, fortalecimento da descentralização, e reposicionamento do governo para assumir o SUS como política de proteção social potente para mitigar as desigualdades sociais.

Notas

¹ Enfermeira. Pós-doutoranda e Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora do Centro Universitário Senac – SP. São Paulo, SP, Brasil. abnascimento@usp.br

² Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. sayuri@usp.br

³ Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. Pesquisadora Produtividade Sênior do CNPq. emiyegry@usp.br (orientadora)

Referências bibliográficas

Coelho, Vera Schattan, Marcondes, Luís Marcelo, & Barbosa, Marina. (2019). "Accountability" e redução das desigualdades em saúde: a experiência de São Paulo. *Novos Estudos Cebap*, 38(2), 323-349. Epub september 05, 2019. <https://dx.doi.org/10.25091/s01013300201900020003>

Ferreira, Jéssica, Celuppi, Ianka Cristina, Baseggio, Lilian, Geremia, Daniela Savi, Madureira, Valéria Silvana Faganello, & Souza, Jeane Barros de. (2018). Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? *Saúde e Sociedade*, 27(1), 69-79. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170296>

<http://periodicos.uff.br/trabalhonecessario/article/view/4631>

Machado, Jorge Mesquita Huet, Martins, Wagner de Jesus, Souza, Maria do Socorro, Genner, André Luiz Dutra, Silveira, Missifany & Machado, Aletheia de Almeida. (2017). Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. *Com. Ciências Saúde*, 28(2), 243-249.



http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/territorio_%20saudaveis_%20sus_tentaveis.pdf

Nascimento, Alexandra Bulgarelli do, & Egry, Emiko Yoshikawa. (2017). Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento das necessidades em saúde: estudo de quatro municípios brasileiros. *Saúde e Sociedade*, 26(4), 861-871. Epub December 18, 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170046>

Nascimento, Alexandra Bulgarelli. (2015). Análise da oferta e da demanda por serviços de saúde de um território sanitário como contribuição para a atenção e gestão em saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 4(2), 73-86. Julho/Dezembro, 2015. <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/162/170>

Nunes, Everardo Duarte. (2015). Juan César García: a medicina social como projeto e realização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 139-144. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014201.17312014>

Perna, Paulo de Oliveira, & Chaves, Maria Marta Nolasco. (2008). O materialismo histórico-dialético e a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva: a demarcação do `coletivo` para a ação da Enfermagem. *Revista Trabalho Necessário*, 6(6):1-28. <http://periodicos.uff.br/trabalhonecessario/article/view/4631>

Pinafo, Elisângela, Carvalho, Brígida Gimenez, & Nunes, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. (2016). Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1511-1524. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.18942015>

Ribeiro, José Mendes, & Moreira, Marcelo Rasga. (2017). Desigualdades regionais, federalismo cooperativo e desafios do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1028. https://link.gale.com/apps/docs/A497177924/AONE?u=usp_br&sid=AONE



Referentes culturales del programa de alimentación escolar. El caso de la Ciudad de Medellín-Colombia

Luz Marina Arboleda Montoya

Introducción

...un equipo de expertos siempre estaba preparado para diseñar estrategias y programas en nombre de los pueblos hambrientos y desnutridos del Tercer Mundo (Escobar, 2007:179).

El hambre reina en las calles, cargando de pesadumbre y desesperanza a quienes la padecen. Los gobiernos, tratando de calmar la situación, instauran políticas alimentarias con las cuales esperan alejar, así sea por momentos, el hambre de las poblaciones, pero, como es de esperarse, todo es en vano, pues, mientras no se adopten políticas tendientes a garantizar los derechos humanos, como el derecho a la alimentación culturalmente aceptada, el hambre estará campeando por los hogares de la ciudad.

Las propuestas de solución del problema del hambre siempre se han hecho desde el punto de vista de quienes planean y ejecutan las intervenciones, y poco se ha escuchado, y menos tenido en cuenta, a quienes las reciben. Con estas voces se está en deuda, porque seguramente, tienen mucho que decir para hacer más efectivos y humanos los programas. Aún los esfuerzos de mayor aliento por parte del ejecutivo, como son los programas de restaurantes escolares, con más de ochenta años de trayectoria, no han podido resolver el problema.

Por consiguiente, categorías socioculturales como el gusto, preferencias y rechazos, las formas en que los preparan y sirven los alimentos, y el comensalismo, se hacen relevantes y deben ser tenidas en cuenta en el diseño de programas de complementación, ya que hacen parte del simbolismo atribuido al acto alimentario.

Planteamiento del problema

La importancia de la alimentación para las poblaciones ha hecho que a su alrededor se tejan creencias y significados, que se configure como un fenómeno de gran complejidad; “[el acto alimentario] debe ser visto como un hecho complejo, como un evento que no es exclusivamente biológico ni tampoco totalmente social, sino que une a ambos” (Aguirre, 2004a: 2). De esta manera, la alimentación se configura como un acto que integra dimensiones socioculturales, políticas y económicas.



Aguirre (2004b: 2) explica que los grupos sociales han identificado y clasificado los alimentos según les proporcionen placer, saciedad o salud. Según la ocasión en que se utilicen, se establecen sistemas alimentarios prácticos e implícitos que indican lo que se debe comer, con quién, cuándo, dónde y para qué, instaurando con ello una dinámica social alimentaria diferenciada para cada grupo poblacional. No obstante, dichas dinámicas, no siempre garantizan las necesidades alimentarias de los grupos sociales, presentándose situaciones de hambre; causadas por desastres naturales y también la mano del hombre, que, con guerras fratricidas, con el uso desmedido de la industrialización que destruye el ecosistema, y con la implementación de políticas económicas y alimentarias, han impedido el acceso a los alimentos de los grupos más desprotegidos de la sociedad.

Para afrontar dicha situación, las sociedades han establecido diversas estrategias que involucran tanto a los entes estatales como a la sociedad civil, las cuales han traspasado las fronteras de los países hasta volverse parte del orden mundial. Prueba de ello es la creación de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación -FAO-en 1943, como ente coordinador de los esfuerzos para resolver la problemática alimentaria a nivel mundial (FAO / PMA, 2009).

Colombia se ha distinguido por ser una de las primeras naciones en acogerse a los lineamientos propuestos en las cumbres alimentarias, siguiendo al pie de la letra dichas indicaciones. La dirección que han tomado las políticas alimentarias instauradas en el país, se ha establecido bajo lineamientos y el auspicio del gobierno norteamericano. Desde entonces y hasta la actualidad se han implementado los programas que sugieren los organismos internacionales, sin importar el fracaso orbital de dichas políticas en la disminución del hambre, como se puede observar en los informes del estado de la seguridad alimentaria en las diferentes regiones del mundo (FAO / PMA, 2009).

Dichos programas, son en su mayoría, de complementación alimentaria, y consisten, en general, en la entrega de paquetes de alimentos no perecederos o de preparaciones alimentarias elaboradas en el mismo sitio de consumo o traídas ya preparadas de un restaurante industrial, para la población más pobre y vulnerable, como niños, escolares, madres gestantes y adultos mayores. Junto con el complemento entregado, se implementan estrategias de educación en diferentes temáticas de acuerdo a la época en que se haya realizado la intervención.



En el ámbito regional también se han implementado múltiples estrategias para paliar el hambre, al igual que en el local, donde El Concejo de la ciudad de Medellín ha venido legislando sobre políticas y programas de complementación alimentaria tendientes a favorecer a los grupos sociales más desprotegidos. Es así como desde 1961, ha apoyado el programa de restaurantes escolares en las instituciones educativas más necesitadas del municipio.

El programa de restaurantes escolares, impulsado por el Concejo Municipal, se ha mantenido desde entonces, convirtiéndose en uno de los programas emblemáticos de bienestar social, siendo acogido por los diferentes gobiernos locales sin importar su filiación política, lo que ha hecho que su cobertura en las instituciones educativas oficiales aumente, encontrándose que prácticamente cada niño en edad escolar e inclusive, en edad preescolar, tenga acceso y participación a dichos programas.

No obstante, la cuantiosa inversión y los esfuerzos realizados por la sociedad y el Estado, para mejorar la precaria situación alimentaria de la población en la ciudad, no han sido suficientes. Los indicadores de inseguridad alimentaria en la población en general así lo demuestran: la percepción de inseguridad alimentaria en los hogares de la ciudad es alta, pues más de la mitad (55,6%) se percibe en inseguridad alimentaria (Alcaldía de Medellín, 2010), y el 13,4% de los hogares presentan bajo consumo de calorías y de nutrientes (Arboleda y Zuleta, 2010, 140-164); a lo anterior se le suma la gran cantidad de población ubicada en los estratos bajo-bajo, 10,6%, y bajo-medio, 29,9% (Encuesta Calidad de Vida, 2009). Estos indicadores muestran situaciones de pobreza, y son agravados por la gran cantidad de personas desplazadas que han arribado en la última década, producto del conflicto armado interno (Personería de Medellín, 2008:).

Tal realidad pone de manifiesto que las intervenciones realizadas en comunidades desprotegidas son insuficientes para alcanzar los objetivos propuestos. De otro lado, poco se ha indagado por la percepción que tienen las comunidades beneficiarias de los programas alimentarios, pues la mayoría de estas intervenciones se basan en aspectos nutricionales, desconociendo los socioculturales, como el gusto y la costumbre alimentaria.

Los gustos alimentarios de los diferentes grupos poblacionales son particulares, y dependen, en gran medida, de la clase social y cultural a la que se pertenezca; Bourdieu (1998) asegura que la población más pobre detenta unos gustos “de necesidad” como



mecanismo de adaptación a las circunstancias de escasez, consistentes con las condiciones en las que funcionan dichos gustos. La categoría gusto por ser particular y a la vez signo social y de clase, debería considerarse en el diseño de programas de complementación.

El análisis de los aciertos y desaciertos de los programas de complementación, como el de Restaurantes Escolares, permitirá el diseño de programas pertinentes y contextualizados, para que en vez de copiar los modelos y lineamientos propuestos por los organismos internacionales, se adapten estrategias acordes a las culturas locales, y de esta manera, no solamente se mejore el estado nutricional de la población beneficiaria, sino que se evite el sufrimiento y la vergüenza que acompañan al hambre, y se logre, como un beneficio colateral, el disfrute inherente al acto alimentario.

Metodología

Este estudio se abordó con enfoque de corte cualitativo que facilitó la comprensión de la realidad subjetiva que experimentan y significan los grupos de escolares beneficiarios del PAE; permite identificar e interpretar los significados compartidos sobre un tema o fenómeno, por los grupos poblacionales, atribuyendo sentido a sus comportamientos y compartiendo la visión que tienen del mundo (Minayo, 2003). También permite la comprensión e interpretación “de la realidad como resultado de un proceso histórico de construcción a partir de las lógicas de los diversos actores sociales (...), haciendo énfasis en la valoración de lo subjetivo, lo vivencial y la interacción entre los sujetos de la investigación” (Galeano, 2004: 20).

Dentro de la perspectiva cualitativa se utilizó el método etnográfico; centrado en el estudio de grupos que comparten características, intereses, formas de comprender y comportarse, estilos de vida, situaciones sociales y culturales, por lo tanto, establecen y configuran significados que también son compartidos (Boyle, 2003). En la investigación realizada, los beneficiarios de programas de complementación alimentaria comparten diariamente su cotidianidad, sus necesidades, la mesa, y los espacios que le dan sentido y significado a sus vidas.

En el área de la salud se han utilizado con frecuencia las etnografías enfocadas, también llamadas microetnografías, caracterizadas por el establecimiento de objetivos en una temática señalada, en áreas específicas de comportamiento o de creencias, y por realizar sus trabajos de campo menos intensivos y con grupos poblacionales aislables en una sociedad (Morse, 2003).



Para la recolección de la información se utilizaron 3 técnicas: las entrevistas individuales, entrevistas grupales y la observación participante y las notas de campo. Las cuales se realizaron con la flexibilidad implícita en este enfoque y con el rigor propio de las investigaciones. Cada técnica desde sus alcances y configuraciones posibilitó la toma de información relativa a uno o a varios objetivos.

Con las entrevistas grupales se reproduce “el discurso ideológico cotidiano: creencias y expectativas, deseos, resistencias y temores conscientes e inconscientes, etc.” (Amezcuca, 2003: 113). Las entrevistas grupales realizadas giraron en torno a la identificación de gustos, significados y usos atribuidos al complemento alimentario suministrado en el PAE.

La entrevista cualitativa permite profundizar y comprender la realidad investigada desde la perspectiva de los sujetos entrevistados (Sandoval; 1996). De igual manera permitió, utilizando la modalidad de entrevista enfocada, profundizar en la operatividad, funcionamiento, cambios y visión que tenían los coordinadores y administradores públicos sobre el PAE.

La observación participante se utiliza para comprender y explicar las situaciones indagadas, identificando directamente los comportamientos, las motivaciones y motivos y las reacciones de los sujetos (Bonilla y Rodríguez). Esta técnica fue empleada durante el desarrollo de los programas alimentarios, en el momento en que los escolares consumían el complemento alimentario.

Los participantes del estudio fueron madres y padres de familia de escolares, con escolares beneficiarios del programa de Restaurantes Escolares de dos instituciones educativas: Colegio Guayacanes Fundadores del barrio El Socorro, e Institución Educativa La Divisa, ubicada en el barrio que lleva su mismo nombre, en la comuna 13. En total se realizaron 5 entrevistas grupales y 21 individuales, en las que participaron un total de 35 personas, distribuidas así: 16 escolares, 13 madres de beneficiarios, 1 interventor, 2 exfuncionarias, y 3 administradores públicos (dos funcionarios de la Secretaría de Bienestar Social y un concejal); además, se realizaron 3 observaciones participantes, en el programa de Restaurantes Escolares.

Las entrevistas individuales y grupales realizadas con escolares, madres y padres, giraron en torno a la alimentación cotidiana, el gusto, las preferencias y los rechazos alimentarios; sobre la percepción que los sujetos tenían del programa y la forma en que



éste beneficia a la familia, para lo cual se estructuró una guía de preguntas para los escolares, y otra para los padres y madres. Con los interventores se habló sobre el funcionamiento y cambio de los programas, empleando otra guía de entrevista.

La información proveniente de las entrevistas cualitativas individuales y grupales, realizadas a los participantes, fue fraccionada y codificada, y luego agrupada por temas, para lo cual se utilizó el programa de análisis de datos cualitativos, Atlas ti versión 6.7. Luego se estructuraron e interpretaron las categorías y se estableció una red de relaciones entre estas, permitiendo alcanzar la construcción de sentido y un mayor nivel de análisis.

Los sujetos que participaron en la investigación lo hicieron de manera voluntaria y se respetó en todo momento su privacidad e intimidad, evitando que su bienestar físico y emocional se viera afectado (Lipson, 2003) Antes de la participación se les hizo entrega y lectura del consentimiento informado, documento donde se les informó el objetivo, se les pidió la autorización para grabar la conversación, explicándoles que dicho material sería utilizado solo con fines académicos y se aseguró el anonimato de los participantes y la confidencialidad de la información.

Resultados y discusión

Los programas de complementación alimentaria se han instituido en todas las latitudes como respuesta de choque a las situaciones de hambre que prevalecen por el planeta y que amenazan no solo a los países pobres, sino también a las poblaciones vulnerables de los países ricos, y que son prueba de las consecuencias de un sistema económico agotado y resquebrajado.

Desde 1943, las potencias mundiales se han venido preocupando por instaurar políticas globales que garanticen el flujo de alimentos a las naciones que lo requieran. Algunas de estas intervenciones, como la Ayuda Alimentaria Externa que se dio en los cincuenta, y que alcanzó su apogeo en los sesenta, sirvieron para crear dependencia, desestimular la producción interna agraria y dejar indefensos a los países intervenidos, ante un desabastecimiento generalizado, como el que se presentó en los setenta por las crisis alimentaria y energética.

Ante tal desastre, las siguientes intervenciones dejaron de ser esencialmente en especie, y se concentraron en el montaje de estrategias diseñadas desde el orden global, en las conferencias y cumbres de la FAO, para luego ser instauradas bajo su



tutela en el nivel local, donde terminaron siendo ejecutadas con mayor o menor suerte en sus resultados.

La efectividad de un programa de complementación alimentaria depende de la armonía que exista entre múltiples variables que deben sopesarse cuando se planea la instauración del mismo. Los aspectos políticos determinan la voluntad y el compromiso que se tendrá con el programa. Los económicos fijan su cobertura y su duración. Los aspectos técnicos garantizan la operatividad y la calidad de los programas, y la inocuidad de los alimentos que se suministran. Los nutricionales certifican el consumo balanceado y el aprovechamiento de los alimentos. Los aspectos socioculturales aseguran la aceptación que un grupo poblacional hará del complemento alimentario ofrecido.

Esta sincronía aún no se ha logrado, por la deuda en lo relacionado con los aspectos socioculturales de la alimentación, desconociendo no solo el carácter de hecho social total, que tiene la alimentación, sino también, la existencia de un mandato de carácter universal que proclama la necesidad de dicho equilibrio, como la Observación General 12 de la Comisión de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, del Derecho a una Alimentación Adecuada, que en lo relacionado con los aspectos socioculturales que reza: “que los alimentos deban ser aceptables para una cultura o unos consumidores determinados significa que hay que tener también en cuenta, en la medida de lo posible, los valores no relacionados con la nutrición que se asocian a los alimentos y el consumo de alimentos, así como las preocupaciones fundamentadas de los consumidores acerca de la naturaleza de los alimentos disponibles”. (ONU, 1999). Esta carencia se puede comprobar en el análisis de la implementación de programas de complementación alimentaria en la ciudad de Medellín, tanto en los programas oficiales, como en los realizados por entidades particulares.

Los niños pobres en edad escolar han sido la población vulnerable escogida por excelencia para la implementación de programas de complementación alimentaria. Esta constante se presenta desde comienzos del siglo XX, cuando existían casas de caridad sostenidas por las élites, con comedores y talleres de capacitación donde se aprendía alguna labor y donde se buscaba enderezar el camino de estos desafortunados. Esta condición de utilizar el comedor como una extensión del aula de clase se ha mantenido hasta nuestros días, y en palabras de Calero “es un mecanismo realmente fundamental



en la reproducción del orden social y la construcción social de su subjetividad” (Calero, 2012: 9).

Con el crecimiento acelerado de la población de Medellín, debido a la llegada de inmigrantes de los municipios cercanos, atraídos por la industrialización, se incrementó en el número de pobres, haciéndose más perentoria la construcción de escuelas públicas que albergaran a los hijos de estas familias. Los restaurantes escolares, sostenidos ahora por el Estado, surgieron como una necesidad de mejorar el rendimiento académico de los niños, ya que estos no podían aprender con hambre, pero que además se configuraron como un proceso de disciplinamiento, y civilizatorio. En estos comedores se servían comidas tradicionales, basadas en el concepto de sopa, y enfatizaban sus esfuerzos en mantener la disciplina, y en que los niños más necesitados, quedaran llenos, lo cual también es referido por Calero, así:

La escuela pública le ofrece al niño un orden simbólico simple y escueto para que se comporte bien, coma bien y valore los alimentos a partir de una dimensión moral y biopolítica. De esta manera, el comedor escolar se formaliza como el aula y se pierde la posibilidad de utilizarlo como un lugar pedagógico alternativo, en el que se podría aprender, por ejemplo, a degustar y a valorar los sabores locales y foráneos (2012: 14).

No se tienen documentos que registren las condiciones en que se producían los alimentos, ni cómo se escogían las preparaciones, ni mucho menos encuestas que valoren cómo hallaban los beneficiarios la complementación entregada. Las primeras consideraciones que se encuentran en las actas del Concejo, amén de las económicas, tienen que ver con aspectos higienistas, donde se puede ver por primera vez, como el modelo sugerido por la potencia económica es acatado por el ejecutivo de la época, y transformada en norma, lo que sanamente, podría pensarse, no tiene nada de malo, sino se copiara la regla al pie de la letra, sin tener en cuentas las adaptaciones necesarias que respeten y mantengan los valores culturales propios.

El Patronato Escolar funcionaba en los sesenta y comienzos de los setenta, bajo ese punto de vista. Se producía en un gran centro principal que planteaba problemas de orden de almacenaje de víveres, de la manipulación de alimentos, de cocción a nivel industrial, y de transporte, aunque en este aspecto importará más las condiciones de higiene del mismo, a que los niños se vieran obligados a comer a horas no usuales o que encontraran las preparaciones frías, lo que solía ocasionar los primeros rechazos documentados del complemento recibido.



La aparición de escuelas y facultades de nutrición hizo que hubiera suficientes profesionales que se integraran a los programas existentes en la época, y constituye el surgimiento de un segundo paradigma en los programas de complementación alimentaria: el modelo biomédico. De nuevo el esquema es implantado desde una política nacional, que a su vez es eco de un discurso importado, que no ha tenido en cuenta las particularidades de la cultura donde es implementado. Desde esta óptica, la alimentación es concebida solo desde la dimensión de la nutrición, como la formulación de una medicalización de nutrientes que debe ser suministrada a los menores con deficiencias nutricionales para su recuperación.

Es así como el gusto, la presentación de las preparaciones, el acto social de la comida y el comensalismo, caen a un segundo plano, para dar paso al conteo de calorías y nutrientes, desconociendo los demás significados y dimensiones de la alimentación, de esta manera, “el saber ser -aprendido desde el conocimiento experto- entró en confrontación directa con el saber hacer [donde] no se trataba solamente de cocinar y de servir la comida en determinado orden, sino también de las sensaciones de bienestar corporal que produce el acto de alimentarse” (Calero, 2013: 15).

En este universo del saber experto, la panacea culinaria consiste en encontrar el alimento que sea económico para producirlo a escala industrial, maleable para disfrazarlo de las diferentes preparaciones tradicionales, y que contenga los requerimientos de calorías y nutrientes para los individuos. Así el almuerzo diario sería sopa de producto ideal, acompañadas con tortas simuladoras de carne del producto ideal y bebida lechosa producida a partir del producto ideal.

Si esta fuera la respuesta al problema alimentario de la humanidad, las malteadas que se promocionan como alimento completo serían un éxito mundial, y desaparecerían paulatinamente no solo el sentido del gusto, que ya no tendría objeto, sino también los restaurantes y las celebraciones con preparaciones acostumbradas en las fechas especiales; en este mismo sentido no tendría ninguna implicación afectiva sentarse con los seres queridos alrededor de una mesa para compartir lo mucho o lo poco que se tenga, pero tampoco se volvería a ver las repetidas propagandas de las transnacionales, invitando a consumir la comida rápida extranjera que quieren meternos por los ojos antes que por la boca.

Es digno de acotar como para 1997 el programa de Restaurantes Escolares de la ciudad de Medellín, representado a Colombia, fungió como instrumento de medición de los



programas sociales en Latinoamérica por parte de la CEPAL. Para ese momento el programa se encontraba fortalecido, favorecido desde el punto vista de las políticas por la aprobación de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño en 1989, y su siguiente ratificación por parte de Colombia, por la declaración de la Constitución Política de Colombia en 1991, por la formulación del PNAN 1996, y en el contexto local, por la cercanía de la meta de los 100.000 niños atendidos diariamente en los restaurantes escolares, trazada por la Alcaldía de turno para 1997.

El estudio contaba con un gran acopio de recursos económicos y técnicos y fue dirigido por un grupo de expertos del organismo adscrito a la ONU, del municipio de Medellín y de la caja de compensación familiar Comfama. Leyendo las 72 páginas del informe publicado en 2001, no se encuentra una sola alusión a la palabra gusto, ni a la expresión cultura, que solo es usada para referirse a cultura organizacional. Parece inaudito que un estudio que utilice las técnicas más avanzadas de análisis prospectivo, análisis estructural, planificación estratégica, y que realice entrevistas estructuradas, grupos focales y demás, no haya cuestionado sino una parte de los actores del programa y haya dejado de lado la otra mitad, los usuarios del mismo.

Para el 2004, la ciudad instauro la política de Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN, basada en las definiciones de la FAO, que durante las cumbres de los años 1996 y 2002 han ido ampliando el concepto de Seguridad Alimentaria y Nutricional, haciéndolo más completo y acercándolo a la realidad de lo complejo de la alimentación humana, conformando un tercer paradigma en el programa de los restaurantes escolares. En esta visión, el aspecto sociocultural de la alimentación es tenida en cuenta por primera vez, en el eje del consumo, donde se habla de los alimentos que comen las personas, de sus gustos, de sus creencias, y de sus prácticas alimentarias. Sin embargo, una vez más, en la operatividad de los programas de complementación alimentaria, poco se hace alrededor de este pilar, lo que demuestra que esta perspectiva aún está muy ausente.

Bibliografía

Aguirre, P. (2004a). Ricos flacos y gordos pobres. Alimentación en crisis. Claves para todos. Buenos Aires: Capital intelectual.

Alcaldía de Medellín. (2009). Encuesta calidad de vida. Recuperado el 9-3-2010 de <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciud>



adano/Planeaci%C3%B3n%20Municipal/Secciones/Publicaciones/Documentos/Encuesta%20Calidad%20de%20Vida/ECV%202009/Libro%20ECV%202009.pdf

Alcaldía de Medellín. (2009). Encuesta de Calidad de Vida 2009. Medellín. Recuperado el 12-06-11 de:

<http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Planeaci%C3%B3n%20Municipal/Secciones/Publicaciones/Documentos/Encuesta%20Calidad%20de%20Vida/ECV%202009/Libro%20ECV%202009.pdf>

Bonilla, E y Rodríguez, P. (2005). Métodos cualitativos y cuantitativos, Más allá del dilema de los métodos. Bogotá: Norma.

Bourdieu, P. (1998). La distinción: Criterio y bases sociales del gusto. Madrid: Taurus.

Boyle, J. (2003). Estilos de etnografía. En: Morse J. (editora). Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería.

Calero, S. (2012). Pedagogías sociales en las prácticas de alimentación: producción de la corporalidad y relaciones de conocimiento (Tesis doctoral). Universidad del Valle. Recuperado en <http://red.antropologiadelcuerpo.com/wp-content/uploads/Solon-Calero-Cruz-GT4.pdf>

Escobar, A. (2007). La invención del tercer mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo. Caracas: Fundación Editorial el perro y la rana.

FAO / PMA. (2009). El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. Crisis económicas: repercusiones y enseñanzas extraídas 2009. Recuperado el 6-1-2011 de: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/012/i0876s/i0876s.pdf>

Galeano, ME. (2004). Estrategias de investigación social cualitativa. El giro de la mirada. Medellín: La Carreta Editores E.U.

Lipson, J. (2003). El uso de datos grabados en video. En Morse, J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Miyano, M. Ferreira, S. Cruz, O. y Gomes, R. (2003). Investigación social: teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Morse, J. (2003). Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

ONU (1999). Observación General 12 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC). Recuperado 6-6-12 de <http://www.cetim.ch/es/documents/Anexo-Observaciongeneral12.pdf>



Personería de Medellín. Instituto de estudios políticos (U de A). (2008). Seguimiento y balance sobre el desplazamiento forzado, la población afectada y las políticas públicas. Recuperado el 8-3-2010 de <http://www.acnur.org/t3/uploads/media/2835.pdf?view=1>

Sandoval, C. (1996). Investigación cualitativa. Recuperado 20-1-2012 de: http://epistemologiadocoradounermb.bligo.es/media/users/16/812365/files/142090/INVESTIGACION_CUALITATIVA.pdf



Os determinantes sociais da saúde como desdobramentos da questão social e o trabalho do assistente social no transplante hepático

Antônia Iara Adeodato

Resumo

Nas últimas décadas tem-se observado um avanço nos estudos que apontam as relações entre condições de vida e trabalho de uma população, ocorrência de problemas de saúde e atuação de equipes multiprofissionais. No exercício profissional, o assistente social é chamado a intervir em situações que se referem à organização da vida e aos modos de viver em sociedade, a fim de identificar as necessidades sociais em saúde e realizar as mediações com as políticas públicas. Este trabalho tem como objetivo lançar um olhar sociológico acerca dos determinantes sociais da saúde e o processo de trabalho do assistente social no serviço de transplante hepático do Hospital Universitário Walter Cantídio, em Fortaleza, Ceará, Brasil. Trata-se de um relato de experiência do trabalho do assistente social no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde, vinculado à Universidade Federal do Ceará. Na coleta de dados recorreu-se a pesquisa participante e a análise documental das entrevistas realizadas pelos assistentes sociais com os pacientes atendidos no transplante hepático. Como suporte teórico utiliza-se dos estudos que demonstram a relação entre o agravamento da “questão social” e o trabalho do assistente social. Conclui-se que o crescimento de patologias crônicas nos indivíduos requisita do Estado uma série de medidas de proteção social. A Seguridade Social, por sua vez, caracteriza-se pela tensão entre capital e trabalho, que se expressa pela privatização, focalização e descentralização das políticas públicas. Nesta arena de conflitos, o Serviço Social é desafiado a posicionar-se frente às contradições geradas na ordem capitalista.

Palavras-chaves

Saúde, transplante, serviço social, determinantes sociais, serviços de saúde.

Introdução

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, com forte crítica a medicina privatista, influenciou a nova concepção de saúde concebida pela Constituição Cidadã de 1988, e o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentro da ótica do projeto de reforma sanitária, o reconhecimento de que as desigualdades sociais reverberam na produção da saúde, reforçou a necessidade do desenvolvimento de ações voltadas à intervenção dos determinantes sociais que permeiam o processo saúde/doença, configurando-se



como um importante indicador para a formulação e implementação de políticas sociais e econômicas em direção à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os determinantes sociais de saúde são aspectos sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Considerando estas dimensões sociais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde, dentro de uma perspectiva ampliada, como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, relacionando-se aos condicionantes de saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo as redes sociais e comunitárias.

A prevalência da determinação social nos processos de saúde/doença incide, consecutivamente, na ampliação dos espaços sócio-ocupacionais do assistente social. Conforme destaca Nogueira (2011), existe uma relação intrínseca entre os determinantes sociais e as demandas cotidianas do exercício profissional do assistente social no campo da saúde. No seu cotidiano de trabalho, o assistente social é chamado a intervir em situações que se referem à organização da vida e aos modos de viver em sociedade, identificando as necessidades sociais em saúde que dizem respeito às condições de vida e trabalho, ao acesso às tecnologias que melhoram/prolongam a vida, à construção de vínculos afetivos e à autonomia de cada indivíduo no seu modo de conduzir a vida.

Um dos instrumentos mais utilizados no fazer profissional do assistente social é a entrevista social, que se caracteriza como um mediador entre o conhecimento da realidade e a demanda gerada para o assistente social, com o intuito de definir e ampliar as possibilidades interventivas e realizar as mediações com as políticas sociais setoriais. Vale destacar que os instrumentos e técnicas do Serviço Social podem ser definidos como “elementos que efetivam tanto as finalidades como a direção social das ações predefinidas pelos profissionais” (Guerra, 2017, p. 32).

Partindo desse entendimento, neste trabalho busca-se lançar um olhar sociológico acerca dos determinantes sociais da saúde e o processo de trabalho do assistente social, permeado pelas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Nesse sentido dar-se ênfase a análise da entrevista social, pois se entende que ela põe em movimento às dimensões da ação profissional, sendo considerada uma



ferramenta que está dentro da dimensão técnico-operativa e que permite o desenvolvimento das atribuições profissionais.

Como suporte teórico lança-se luz de estudos que demonstram a relação entre organização da ordem societária e a situação de saúde de uma determinada população, superando a visão biologizante. Convém ressaltar os trabalhos de Buss, Pellegrini Filho (2007); Almeida-Filho (2010); Barata (1997); Barros (2006); Giatti, Barreto (2006); Paim (1997), Garbois (2007), Tambellini (2009), os quais apontam que a forma de organização de uma dada sociedade produz desigualdades nas condições de vida e trabalho dos indivíduos. Empregam-se também autores que discutem o agravamento da questão social e o processo de trabalho assistente social na saúde, a exemplo de Bravo (2004), Mota (2009), Nogueira (2011), Vasconcelos (2002), Santos et al (2016), Iamamoto (2006), Souza (2013), Oliveira (2013) e Guerra (2017).

Esta pesquisa parte, portanto, do pressuposto de que as condições de vida e trabalho e seus efeitos psicossociais influenciam na situação de saúde de indivíduos. Não se pretende, contudo, estabelecer uma relação de causa e efeito entre os fatores socioeconômicos de um determinado grupo de indivíduos e sua situação de saúde, já que se entende que esta determinação não é uma simples relação direta. Quanto a isto, busca-se ampliar a discussão dos determinantes sociais da saúde e relacioná-los com o trabalho do assistente social, através de uma releitura a partir dos fundamentos marxistas, visto o pressuposto de que há uma apropriação desigual da riqueza socialmente produzida, ocasionando exploração de uma classe sobre a outra.

Metodologia

Este estudo foi construído a partir da minha experiência como assistente social residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde, vinculado à Universidade Federal do Ceará (UFC), localizada no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. No período que compreende os anos de 2017 a 2019, acompanhei os pacientes que apresentavam demandas relacionadas aos serviços de transplantes renal, medula óssea e hepático do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da UFC. Neste trabalho, contudo, darei enfoque às ações e procedimentos interventivos do assistente social no ambulatório do transplante hepático.

Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza quanti-qualitativa. Na coleta de dados recorreu-se a pesquisa participante e a análise documental das entrevistas sociais realizadas pelos assistentes sociais com os pacientes atendidos no transplante



hepático. No levantamento dos dados da pesquisa documental foi utilizado o instrumento da ficha social próprio do Serviço Social do HUWC. A amostra foi composta por 65 fichas que se reportam aos pacientes que se encontram na fase pré-transplante hepático. A amostra refere-se ao período de janeiro a julho de 2018.

A ficha social, formulário que registra os dados obtidos durante a entrevista social, dispõe de informações referentes à identificação do paciente, perfil do cuidador, composição e referência familiar, documentos pessoais, acompanhamento social em instituições vinculadas às políticas setoriais, situação socioeconômica, situação trabalhista, profissão, composição da renda familiar, recebimento de benefícios sociais, escolaridade, condições de moradia, consumo de álcool e/ou substâncias psicoativas. Ainda são consideradas as situações de vulnerabilidade e risco social e apresentadas às notificações para a rede socioassistencial, encaminhamentos e parecer social.

Esse trabalho seguiu as orientações da Resolução nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), vinculado ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde. A pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil e submetida à apreciação do Comitê de Ética do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, sendo aprovada sob o número de parecer 2.962.229 do CEP/HUWC/UFC.

O processo de trabalho do assistente social no cotidiano profissional do HUWC

Na consecução do fazer cotidiano, o profissional do Serviço Social se depara com diferentes demandas que se apresentam de forma imediatizadas, fragmentadas e heterogêneas, sendo necessário entender suas conexões para fazer o desvendamento das múltiplas expressões da “questão social”, com vistas a uma intervenção crítica e de qualidade. O uso das técnicas e instrumentais contribuem para a identificação das condições de vida e trabalho dos usuários, visando à defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que engloba equidade do acesso, universalidade das ações, descentralização dos serviços.

No cotidiano profissional dos assistentes sociais inseridos no serviço de transplante hepático do HUWC, observa-se que o processo de trabalho organiza-se principalmente em atendimentos diretos aos usuários e seus familiares, a fim de avaliar os aspectos econômicos, sociais, culturais que interferem no processo saúde-doença, identificando aqueles que apresentam maior risco de não aderir ao tratamento, e mediando o acesso a bens e serviços relativos às políticas e programas sociais.



Os pacientes são acompanhamentos desde a fase pré-transplante hepático, passando pelo momento da internação, e seguindo-se após a alta. Como documentação técnica os assistentes sociais inseridos no transplante hepático utilizam os formulários das entrevistas sociais ou fichas sociais, o livro de registro de ocorrências, os relatórios, as fichas de evolução, e outros formulários próprios para encaminhamentos sociais. Os procedimentos e instrumentos interventivos envolvem também a entrevista social, a realização de orientações e encaminhamentos para as políticas setoriais, a elaboração de relatórios e pareceres sociais, o desenvolvimento de procedimentos de caráter individual e grupal, como a atividade de sala de espera no ambulatório do transplante hepático. Como referenciais teóricos recorrem às legislações que orientam a profissão, as normativas institucionais e as legislações sociais.

Os atendimentos ocorrem na enfermaria da Clínica Cirúrgica III, no ambulatório do transplante hepático e na forma de plantão de sala. No ambulatório caracterizam-se em atendimentos agendados previamente, encaminhados pela equipe multidisciplinar ou por demanda espontânea. Comumente é o primeiro atendimento com o paciente, onde são realizadas as entrevistas sociais. Na enfermaria, são atendimentos de acompanhamento social que engloba a realização de atendimentos com o paciente e sua família, orientações quanto a direitos sociais, encaminhamentos para outras políticas setoriais, e gestão da alta ou do óbito. No plantão de sala também são acompanhados os pacientes e seus familiares através de demanda espontânea, com vistas a atender alguma situação de imediatez.

No âmbito do transplante hepático do HUWC, as principais expressões da questão social identificadas pelos assistentes sociais reportam-se a pessoas sem referência familiar, população em uso abusivo de álcool e tabaco, desigualdades em relação à área da residência, grau de escolaridade, situação trabalhista, renda, acesso a políticas e benefícios sociais, condições de moradia e de saneamento básico. A partir da identificação destas desigualdades que envolvem como os usuários vivem e trabalham são planejadas e sistematizadas ações de articulação com as políticas públicas sociais e o acompanhamento dos casos referenciados a rede socioassistencial.

Os principais encaminhamentos sociais realizados são direcionados ao CRAS, INSS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Unidades Básicas de Saúde, Hospitais, Promotorias de Saúde, Defensoria Pública, CAPS AD, CREAS, Departamentos de Trânsito, além de Casas de Apoio municipais, ou entidades de acolhimento provisórias



sem fins lucrativos. São realizadas ainda orientações sobre programas e benefícios assistenciais e previdenciários, requisição do cartão de gratuidade nos transportes (interestadual, intermunicipal e interurbano), inscrição no cadastro único, acesso ao TFD, utilização de procuração, notificação em casos de violência (em menor escala), bem como sobre a dinâmica hospitalar.

Análise das entrevistas sociais realizadas no serviço de transplante hepático do HUWC

Identificação dos usuários

Dentre os dados encontrados nas entrevistas sociais, constatou-se que 50 pacientes eram do sexo masculino, e apenas 15 do sexo feminino. Quanto a religião, 40 pacientes se declaram católicos (61,5%), 13 evangélicos (20%), 1 se identificou com outras religiosidades (1,5%), 11 não informaram a religião (16,9%). No que tange ao estado civil, 12 eram solteiros (18,5%), 34 casados (52,3%), 3 separados (4,6%), 6 divorciados (9,2%), 4 viúvos (6,2%), os outros 6 disseram que mantêm entidade familiar não registrada/união estável (9,2%).

A maioria dos pacientes, perfazendo 25, se autodeclaram pardos (38,5%), seguidos por 10 brancos (15,4%), 4 pretos (6,2%), 1 indígena (1,5%). Vale destacar que nenhum paciente se autodeclarou amarelo. Outro dado que chama a atenção, é o índice elevado de pacientes, no total de 25, que não informaram a raça/cor nas entrevistas sociais, o que corresponde a 38,5%, não sendo explícitas as causas da falta de registro.

Relacionando o perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos no serviço de transplante hepático do HUWC e sua situação de saúde, verifica-se que os 65 pacientes eram procedentes das regiões norte e nordeste do Brasil. No total, 56 pacientes (86,2%) residiam em áreas urbanas, e 9 (13,8%) em áreas rurais. A prevalência de pacientes das regiões norte e nordeste traz à tona às disparidades relativas aos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) comparadas às outras regiões do país. Vale destacar que o cálculo do IDH baseia-se na Renda Nacional Bruta per capita, grau de escolaridade e nível de saúde de uma população.

É notória ainda a relação entre dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a situação de saúde de uma população. O subfinanciamento da seguridade social interfere na abrangência dos serviços de saúde e, por conseguinte, na concretização do acesso universal à saúde no Brasil. As diferenças regionais, que esse processo gera, se apresentam na concentração de profissionais com instrução de nível superior e de



consultas e internações nas regiões mais desenvolvidas - Sul e Sudeste, em detrimento das regiões menos desenvolvidas – Norte, Nordeste e Centro-Oeste (IBGE, 2018).

Perfil do cuidador e referência familiar

No que tange as redes de apoio, os cuidadores, em sua maioria mulheres, mantinham distintos laços de parentesco com os pacientes, classificados por ordem de prevalência: 23 eram companheiros (as), 17 filhos (as), 11 irmãos (as), 4 mães, 4 amigos (as), 2 sobrinhos (as), 1 enteado (a), 1 primo (a), 1 sogro (a), 1 genro/nora, 1 cuidador (a) contratado (a), 1 outros. Não cabe aqui discutir a questão de gênero relacionado à prestação do cuidado, mas é interessante pontuar que historicamente as tarefas de cuidado têm se constituindo como uma responsabilidade familiar, implicitamente atribuída às mulheres. Na produção do cuidado, há que se considerar, contudo, as diferenciações de classe e relações de gênero.

Neste sentido, o cuidado não é percebido apenas como uma atribuição da biomedicina e suas tecnologias terapêuticas, mas também ocorre em uma rede informal, com destaque para a família. Como exposto, a maioria dos acompanhantes (55 pessoas) mantinham alguma relação de parentesco com os pacientes atendidos no transplante hepático, desempenhando um cuidado assistencial e/ou econômico na provisão do bem-estar social e individual. Destes acompanhantes, 39 relataram que tinham disponibilidade integral (60,0%), 25 temporário/alternado (38,5%), e 1 temporário/possível ausência (1,5%). Ressalta-se que 60 pacientes, o qual corresponde a 92,3%, compareceram ao atendimento com acompanhante e apenas 5, percentual de 7,7%, estavam desacompanhados.

Acompanhamento social

No âmbito da política de Assistência Social, verifica-se que 11 pacientes relataram que são atendidos no Centro de Referência da Assistência Social - CRAS (16,9%), os outros pacientes não fizeram registro de atendimentos nos demais equipamentos dessa política. Quanto ao acompanhamento em instituições da Saúde, 5 pacientes informaram que realizam acompanhamento em Unidades Básicas de Saúde (7,7%), 1 em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS (1,5%), 19 em outras instituições hospitalares públicas (29,2%), 5 em instituições de saúde da iniciativa privada (7,7%). A maioria dos pacientes, no total de 32, informou que são referenciados pelas Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde (49,2%), através do Programa de Tratamento Fora de Domicílio – TFD (regulamentado pela portaria nº 55/1999). Dos entrevistados, apenas 18



disseram que fazem acompanhamento exclusivamente no Hospital Universitário Walter Cantídio (27,7%). Outros 5 pacientes citaram as entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos, no percentual de 7,7%.

Convém destacar que a ausência do Estado em suprir essas necessidades básicas, faz com que muitos pacientes recorram a iniciativas de filantropia. O “Terceiro Setor”, compreendidas as Organizações Não-Governamentais (ONGs) e as Fundações Empresariais, passa a ser investido, no âmbito do projeto neoliberal, de uma nova atribuição: a de prestador de serviços sociais, com forte ênfase na redefinida filantropia e no processo de criminalização dos movimentos sociais. A maneira como a pobreza é gerida, pelas ações das fundações empresarias, remete-se ao apelo à solidariedade e se restringe à responsabilidade moral da sociedade, passando a identificar a cidadania com a solidariedade aos pobres (Souza, 2006).

Situação socioeconômica e ocupacional

Dos pacientes atendidos no transplante hepático, 12 estavam empregados (18,5%), 8 trabalhavam por conta-própria (12,3%), 2 eram empregadores (3,1%), 10 encontravam-se desempregados (15,4%), 7 mantinham a condição de trabalhador não remunerado (10,8%), e 26 estavam fora do mercado de trabalho (40,0%). Com base nestes dados, considera-se um número elevado de trabalhadores que estavam desempregados, trabalhavam por conta-própria ou que se encontravam fora do mercado de trabalho.

Outro dado que chama a atenção é o fato de 26 pacientes estarem fora do mercado de trabalho, um percentual de 40,0 % dos entrevistados. Em sua maioria, estes recebiam algum benefício previdenciário ou assistencial, conforme demonstrado a seguir: 22 eram aposentados (33,8%), 18 estavam recebendo auxílio-doença (27,7%), 1 era pensionista (1,5%), e 6 recebiam o BPC (9,2%). Destes, 3 pacientes relataram que ainda mantinham alguma relação trabalhista. Ressalta-se, contudo, o percentual de 18 pacientes (27,7%) que não recebem nenhum benefício previdenciário ou assistencial.

Identifica-se, desta forma, que o aumento do desemprego, do trabalho informal e da exclusão do mercado de trabalho está associado, sobretudo, às transformações societárias no mundo do trabalho, em virtude das políticas neoliberais e da reestruturação dos processos produtivos. Observa-se que as novas formas flexíveis de produção e circulação de mercadorias, origina uma economia mundial baseada na exploração da força de trabalho barata, gerando uma espécie de “lei da equalização por baixo da taxa diferencial de exploração” da força de trabalho (Mészáros, 2007, p. 151).



Esse modelo flexível além de aumentar o índice de desemprego, tem elevado o número de trabalhadores temporários, subcontratados e precarizados.

Composição da renda familiar

Diante da discussão sobre o adensamento da questão social, verifica-se rebatimento também no perfil de renda dos pacientes entrevistados, demonstrados a seguir: 56,9% possuem renda familiar que varia de inexistente até 2 S.M. Destes, 4 declararam que não apresentam renda (6,2%), 12 que possuem renda até 1 S.M (18,5%), e 21 que dispõem de 1 a 2 S.M (32,3%). Um total de 7 pacientes disseram que recebem de 2 a 3 S.M (10,8%) e 21 declararam renda familiar superior a 3 S.M (32,3%). A renda familiar é composta por salário (30,8%), aposentadoria (46,2%), pensão (3,1%), auxílio doença (24,6%), BPC – pessoa com deficiência (10,8%), atividade laborativa informal (21,5%), contribuições de terceiros (10,8%).

O recorte de renda demonstra ainda que 43,1% dos pacientes não possuem rendimentos oriundos do trabalho, com rendimentos vindos do recebimento do BPC, atividade laborativa informal, e contribuições de terceiros. Verifica-se, assim, um aumento contingencial de pacientes que não apresentam vínculos formais trabalhistas e/ou previdenciários e que se encontram acometidos por uma doença crônica, não dispendo de possibilidade real de serem incorporados e absorvidos pelo capital. Assim, a lógica moderna de mercado desqualifica os povos e as populações que não têm como se adaptar às mudanças tecnológicas para inserção no mercado de trabalho, acarretando uma “inclusão precária” e a inevitabilidade da pobreza.

Escolaridade

A escolaridade é outra expressão da questão social que está atrelada diretamente a situação socioeconômica dos indivíduos. Há uma profunda desigualdade nos níveis educacionais da população brasileira. De acordo com o IBGE (2018), o déficit histórico de acesso à educação manifesta-se de forma mais contundente em pessoas de 60 anos ou mais de idade procedente da região Nordeste. Apesar da taxa de analfabetismo ter diminuído para 7% no ano de 2017, observa-se que na região Nordeste ainda atinge 14,8% da população, em oposição à região Sul, perfazendo 3,6%. Para pessoas pretas ou pardas, a taxa de analfabetismo é 9,9%, duas vezes maior do que o índice em pessoas brancas - 4,2%.

Considerando o perfil dos pacientes do transplante hepático analisou-se que 4 pacientes não são alfabetizados (6,2%), 4 relataram que foram alfabetizados (6,2%), 11 fizeram



até o ensino fundamental I (16,9%), 13 até o fundamental II (20,0%), 25 completaram o ensino médio (38,5%), 7 concluíram o ensino superior (10,8%), e apenas 1 iniciou um curso de pós-graduação (1,5%). Esses dados corroboram com a compreensão de que o acesso à renda e a melhores condições de moradia, alimentação, educação, lazer contribuem para a redução de riscos em saúde e possibilita uma melhor adesão ao tratamento. Assim, postula-se que o acesso a esses direitos e a proteção social é uma questão fundamental para o desenvolvimento de uma sociedade inclusiva.

Condições de moradia

As condições de habitação: 48 residiam em casas próprias (73,8%), 10 em moradias cedidas (15,4%) e 7 em alugadas (10,8%). Destes imóveis, 64 eram de alvenaria (98,5%) e 1 de taipa (1,5%). O quantitativo de 60 imóveis apresenta abastecimento de água (92,3%), e 5 não dispunha desse serviço (7,7%). Os dados sobre saneamento básico são mais discrepantes, 47 das áreas ocupadas tinham saneamento (72,3%) e 18 não possuíam esse conjunto de medidas sanitárias (27,7%). Em todas as casas havia fornecimento de energia elétrica. Convém ressaltar que, com os dados da entrevista social, não se consegue mensurar quantos destes imóveis eram ocupações irregulares, ilegais e/ ou estavam em áreas de risco. Em Fortaleza, apesar de constar no catálogo de serviços da Prefeitura, os processos de regularização fundiária e de melhorias habitacionais ocorrem de forma precária.

Consumo de álcool e/ou substâncias psicoativas

O uso de álcool é uma das principais causas de doença hepática, associado ou não a outros fatores de risco, como as hepatites provocadas pelos vírus C ou B. No HUWC, a maioria dos pacientes, referenciados para o transplante hepático, declarou que consumiram álcool regularmente. Dentre os interlocutores, 50 disseram que atualmente não faziam uso de álcool (76,9%), e 15 nunca fizeram uso de álcool (23,1%). Com relação ao uso do cigarro, 33 pacientes nunca fizeram uso de cigarro (50,8%), e 26 não faziam uso de cigarro no momento do atendimento (40,0%), apenas 6 ainda faz uso de cigarro (9,2%).

Considerações finais

O desenvolvimento da ordem neoliberal e da globalização produtiva tem gerado uma enorme precarização do trabalho e uma sociedade desigual, baseando-se em uma ação destrutiva contra a força humana de trabalho. As profundas mudanças nas relações entre capital e trabalho e na gestão das políticas públicas pelo Estado traduzem-se na



desestabilização e desintegração dos sistemas de proteção social (CASTEL, 1998). Assim, às desigualdades sociais intrínsecas ao modo de produção capitalista englobam o aumento dos índices de desocupação, degradação das condições do mercado de trabalho e fragilidades na garantia da proteção social.

O deterioramento no sistema de garantia de direitos também é evidente nos dados apresentados neste trabalho. A análise das entrevistas sociais realizadas com os pacientes do serviço de transplante hepático do HUWC traz à tona o agravamento da questão social, gerada pelo processo de globalização e do livre mercado, que afeta as garantias dos níveis mínimos de emprego e seus sistemas protetivos, o acesso aos direitos trabalhistas, à saúde pública e à educação gratuita como direitos universais.

Em face aos processos contraditórios de reprodução social, constata-se que as condições de vida e trabalho da população estão relacionadas à produção de saúde. O desenvolvimento de patologias crônicas nos indivíduos, por sua vez, requisita do Estado uma série de medidas de proteção social, as quais são previstas na Política Pública de Seguridade Social, considerada um instrumento de cobertura de riscos e vulnerabilidades do trabalho e caracterizada pela tensão entre capital e trabalho, que se expressa na privatização, focalização e descentralização das políticas públicas sociais.

Nesta arena de conflitos, o Serviço Social se posiciona frente às contradições geradas na ordem capitalista, na busca por estratégias que vão além dos limites da atuação institucional, objetivando a garantia dos direitos sociais da classe trabalhadora. O Serviço Social na saúde intervém sobre os determinantes sociais do processo saúde/doença, que se apresentam como desdobramentos da questão social. Ao atuar junto às políticas sociais busca-se contribuir para a melhoria das condições de vida e trabalho da população.

Desta forma, conclui-se este trabalho, com a certeza de que é necessária uma ação profissional comprometida com as demandas democráticas, a mobilização e organização dos trabalhadores, e articulada com os segmentos que defendem o aprofundamento do SUS para que se efetive o direito social à saúde. A importância de criar novas formas de ação política e de lutar pela liberdade contra todo tipo de opressão está relacionada com a defesa do aprofundamento da democracia.



Referências bibliográficas

- Almeida-Filho, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
- Barata, R. B.; Barreto, M. L.; Almeida Filho, N.; Veras, R. P. (orgs.). *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1997.
- Barros, M. B. A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n.4, p. 911-926, 2006.
- Bravo, M. I. S.; Matos, M.C. (orgs.). *Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate*. Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2004.
- Buss, P. M.; Pellegrini Filho, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- Castel, R. *Metamorfoses da questão social*. Petrópolis, Editora Vozes, 1998.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde*. Brasília, 2010.
- CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.
- Garbois, Júlia Arêas; SODRE, Francis and DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde debate* [online]. 2017, vol.41, n.112, pp.63-76. ISSN 0103-1104.
- Giatti, L.; Barreto, S. M. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n.1, p. 99-106, 2006.
- Guerra, Y.; Santos, C. M.; Backx, S. (orgs.). *A dimensão técnica-operativa do serviço social: desafios contemporâneos*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2017.
- IBGE - Instituto brasileiro de geografia e estatística. *Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2017*. Estudos & Pesquisa, IBGE, Rio de Janeiro, n. 37, 2018.
- Iamamoto, M. V. *O Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- _____; Carvalho, R. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil*. 38. ed. São Paulo: Cortez, 2013.
- Mészáros, István. *O desafio e o fardo do tempo histórico: o socialismo no século XXI*. Boitempo Editorial, 2007.
- Mota, Ana Elizabete et al (orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez/OPAS/OMS/Ministério da Saúde, 2009.



Nogueira, V. M. R. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário. *Revista Serviço Social & Saúde*. UNICAMP, Campinas, v. X, n. 12, 2011.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Rio de Janeiro: OMS; 2011.

Paim, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, R. B. (Org.) *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

Santos, T. V. C.; Silva, L. B.; Machado, T. O. A influência dos determinantes sociais no trabalho do assistente social na saúde. *Revista Libertas, Juiz de Fora*, v.16, n.1, p. 117-130, jan./jul.2016.

Souza, Jessé. *A invisibilidade da desigualdade brasileira*. Belo Horizonte: Editora: UFMG, 2006

Souza, D. O.; Silva, S. E. V.; Silva, N. O. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da questão social. *Saúde Soc. São Paulo*, v.22, n.1, p.44-56, 2013.

Tambellini, A. M. T.; Schütz, G. E. Contribuição para o debate do CEBES sobre a “Determinação Social da saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 371-379, set./dez. 2009.

Vasconcelos, A. M. *A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. São Paulo: Cortez, 2002.

Oliveira, M. J. I.; Santo, E. E. A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*. vol. 2, n.2, jan/jun. 2013.



Nuevas perspectivas de la obra de Manuel Núñez Butrón

Maria del Pilar L. Guillen Nuñez

Resumen

La salud de la población en el Perú no se conceptuaba anteriormente como deber del Estado, sino como una obligación religiosa-moral de las clases dominantes frente a los sectores “menesterosos” de la sociedad. Desde este enfoque se organizaron las Sociedades de Beneficencia, las que -en la práctica- constituían las entidades prestadoras de servicios de salud para la mayoría de la población. Casi todos los hospitales del país fueron organizados y administrados directamente por las sociedades de Beneficencia, financiados por legados testamentarios y donaciones de la gente adinerada y su funcionamiento estaba regentado por congregaciones religiosas.

La atención médica de la población era totalmente diferenciada. Por un lado, la atención a la salud de las clases “pudientes” prestada por “el médico de familia”, y, por otro lado, la atención a la salud de los pobres por un médico de sentimientos altruistas. La investigación tiene como propósito destacar la obra social del médico puneño Manuel Maria Núñez Butrón (1900-1952) y sus aportes a la creación de la medicina sanitaria en el altiplano sur andino.

Se describe y se analiza el contexto histórico-social de la sociedad peruana y de sus enormes desigualdades económicas, sociales y étnico-culturales, más profundas en la primera mitad del siglo XX, las que sirvieron como motivación y esfuerzo inteligente para anticipar, motivar, actuar y evaluar los fundamentos sociológicos de la prevención y el tratamiento de las enfermedades, de acuerdo con las condiciones y características de ese contexto económico y de la profesión médica.

Al comparar estos aportes con las políticas de salud pública, antiguas y/o actuales, se destacan las similitudes y las diferencias con la práctica concreta de una acción pública de sanidad a los sectores sociales empobrecidos y explotados del Departamento de Puno. Sus contribuciones están formuladas en la doctrina sanitaria del “Rijcharismo” (despertar) y en la publicación de la Revista **Runa Soncco** (corazón de indio) en las que anunciaba sabiamente los fundamentos de una vida saludable: “Jabón y ropa blanca hervida, cuaderno y lápices, agua del río, casa limpia y no alcohol, ni coca, es lo que va hacerles vencer sus males, viejísimos por el solo descuido y abandono”.

La metodología está basada en la recolección de sus escritos, documentos inéditos, fotos y los testimonios de quienes compartieron sus esfuerzos y reconocen sus aportes



a la medicina sanitaria o medicina rural popular. De igual forma se ha revisado la bibliografía que da cuenta del contexto histórico en que se describe la situación de los comuneros y pongos, el entorno social, así como la acción y propuesta de sanidad pública preventiva.

Manuel Núñez Butrón fue más que un precursor de la Atención Primaria de la Salud, tuvo una identidad andina peruana y fue percibido como un inca, sus acciones fueron de prevención y de Medicina Social Comunitaria, respetando las creencias tradiciones y costumbres de la población.

Palabras clave

Manuel Núñez Butrón, Atención Primaria de la Salud, Higiene, Prevención sanitaria, Interculturalidad, Medicina Social, indio, interculturalidad, Medicina Comunitaria.



Biografía Manuel María Nuñez Butrón

El Dr. Manuel Nuñez Butrón, llegó a este mundo junto con el Siglo XX, un 1º de enero de 1900 en un hermoso paraje andino de la localidad de Samán a solo 20 kilómetros de Juliaca, en la provincia de Azángaro del departamento de Puno. Samán es un pequeño poblado de la sierra, predominantemente indígena. Nuñez Butrón solía sentirse orgullo de ser de la parcialidad de Jasana, jurisdicción de Samán, pero hay versiones que Nuñez Butrón nació en Arequipa, porque sus padres fueron arequipeños.

Sus padres fueron don Guillermo Nuñez y doña Rosa Butrón Sanz, su niñez transcurrió en Juliaca que en aquellos años era apenas una pequeña estación ferroviaria, allí curso sus estudios primarios bajo la paternal dirección de don Mariano Jáuregui.



En 1913 Nuñez Butrón se trasladó a la ciudad de Puno para cursar sus estudios secundarios en el Colegio Nacional de San Carlos, en 1918 paso a los claustros universitarios de San Agustín de Arequipa, para dos años más tarde trasladarse a la Universidad Nacional de San Marcos, luego viaja a España donde permanece cinco años. Se gradúa de Médico en la Universidad de Barcelona, el 07 de marzo de 1925, inmediatamente después retorna a la patria y el 05 de setiembre revalida su título de Médico-Cirujano en la Facultad de Medicina de San Marcos. Se casó un 1 de enero de 1935 con doña Lidia Cabrera Pineda en la localidad de Samán, tuvieron 2 hijos Guillermo Nuñez y Lourdes Nuñez.

Nuevamente en el país, Nuñez Butrón trabajo como médico escolar de Lima y también como médico de la Sanidad Militar, y en su deseo de servir mejor a la patria chica que es la patria del corazón, Nuñez Butrón se trasladó a Puno y es allí medico titular en la provincias de Azángaro, Huancané, Lampa y San Román, pero como no siempre las cosas ocurren como debieran, la maledicencia y la envidia se impusieron en la obra y el ejercicio profesional de Nuñez Butrón, pues los instigadores lograron su objetivo, hacer que fuera cambiado a Lircay (Huancavelica).

Deseoso de luchar por las mayorías indígenas desde el Parlamento, en 1945 presentó su candidatura a una diputación por la provincia de San Román, donde contaba con muchas simpatías, naturalmente le escamotearon la diputación, lo que permitió que volviera a la brega, es decir, prosiguió su importante trabajo sanitario.

Cuando Puno, el Perú y América toda esperaban mayores frutos de la labora y el pensamiento profundo de este médico de masas, muere el 07 de diciembre de 1952, en pleno apogeo de su vida.





As residências multiprofissionais em Saúde: entre os ditames do capital, via privatização, e a defesa da saúde pública no Brasil

Fernanda Marques de Sousa
Ana Paula Rocha de Sales Miranda
Nívia Cristiane Pereira da Silva

O resumo é resultado da pesquisa de mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba. Como tema central discutiu-se a estrutura pedagógica de duas Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), localizadas na capital João Pessoa/Brasil, em uma conjuntura de desmonte do aparelho estatal brasileiro, especialmente da saúde pública, com a entrega da gestão dos Hospitais Universitários à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). As RMS são estratégias de educação em saúde, adotadas no Sistema Único de Saúde (SUS), como meio de formar e capacitar os Recursos Humanos (RH) ao trabalho em saúde, embasando-se no conceito ampliado de saúde. O objetivo desse trabalho foi analisar, a partir dos Projetos Pedagógicos (PP), como as RMS têm empreendido as propostas pedagógicas e políticas, frente ao processo de privatização dos HU's. A escolha por dois programas se justifica por serem as únicas Residências que possuem o HU como cenário de campo obrigatório, cujo serviço desde 2014 está sob administração da Ebserh. A pesquisa foi de caráter qualitativo, tomando como base documentos legais, bibliográficos e a coleta de dados, cujos sujeitos da pesquisa foram os residentes, coordenadores e tutores. A coleta ocorreu entre os meses de agosto a dezembro de 2017 e a apresentação da versão final em maio de 2018. Os principais resultados indicam que as RMS só têm conseguido implementar intervenções pontuais sobre a formação dos recursos humanos em saúde, e que as propostas da Ebserh fortalecem as metodologias de análise local das necessidades em saúde, contrapondo-se à proposta do SUS.

Palavras-chave

Hospitais Universitários. Privatização. Saúde. Residências. Educação em Saúde.

Introdução

Analisou-se as inflexões produzidas na organização do trabalho em saúde pelas Residências Multiprofissionais, a partir da estruturação e implementação de seus Projetos Pedagógicos das Residências (PPR's), em um contexto de mudanças do modelo de gestão dos Hospitais Universitários (HU's).



Concorda-se com Santos ao definir a estrutura basilar dos PPR's marcada por princípios "teóricos, filosóficos e políticos, que se materializam na prática pedagógica" (SANTOS, 2010, p.07), que ocorre continuamente, ou seja, ela se concretiza e reinventa no cotidiano.

Parte-se do pressuposto que a mudança da gestão dos HU's afeta a implementação dos PPR's, visto que desde sua gênese, os PPR's sofrem a influenciam da organização institucional e conjuntural.

Partiu-se do entendimento que as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), enquanto processos de formação em serviço, não podem ser analisadas sem articulá-las aos rebatimentos da emergência da sociedade capitalista sobre o trabalho, a partir da particularidade da realidade brasileira.

Deste modo, enfatiza-se a relevância científica e acadêmica do material ora apresentado, visto que a partir dessa problematização suscita-se a análise crítica do processo ensino/aprendizado adotado nos programas de formação em serviço. Bem como, o comprometimento ao procurar desvelar um problema observado na prática, cuja pesquisa buscou trazer elementos para sua reflexão que podem viabilizar sugestões de possibilidades de propostas a serem adotadas pelas Coordenações das Residências Multiprofissionais em Saúde.

Fundamentação teórica

O Projeto Pedagógico da Residência (PPR), é um documento legal que organiza as atividades realizadas pelos residentes durante os 24 (vinte e quatro) meses de especialização. Cada programa deve construir e implementar o seu projeto pedagógico. No caso dos PPR's estudados, o processo de elaboração ocorreu coletivamente pela equipe de profissionais da instituição formadora que se disponibilizaram a fazer parte do processo de organização.

Ainda na elaboração deve-se levar em consideração as necessidades locais e regionais, cujas concepções do SUS e formação em Saúde devem estar inseridas nos preceitos desse documento pedagógico e político.

Observa-se que o PPR não se limita a um arcabouço pedagógico, apenas como documento educacional, o projeto é integrado de valores educacionais, sociais e



políticos que são postos em movimento no cotidiano dos serviços, a partir da atuação técnica e política dos profissionais de saúde.

A Residência, nesse panorama, depara-se com um contexto de saúde que vive em disputa entre o que foi preconizado pelo Movimento de Reforma Sanitário Brasileiro (MRSB), em prol da defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), e de outra organização de sociedade e o avanço da lógica privatista e toda sua estrutura mercadológica.

No que diz respeito à organização dos processos de trabalhos, entende-se que a função social das RMS objetiva provocar mudanças e/ou transformações nas rotinas profissionais e nos cenários de prática, que são espaços de saúde pactuados enquanto lócus sócio-ocupacionais para as equipes multiprofissionais intervirem nas realidades locais.

Contudo, observa-se com maior ênfase na área hospitalar, a presença do modelo médico-centrado, cujo profissional de medicina detém a centralidade na definição do cuidado em saúde, bem como o espaço hospitalar mantém-se enquanto espaço de cuidado superestimado, descaracterizando os demais níveis de atenção em saúde. Esse desenho assistencial fragiliza o princípio da integralidade, preceito basilar na organização do SUS e das RMS.

Esse panorama se configura como um dos obstáculos enfrentados pelas RMS que propõem outro modo de cuidar que leve em consideração a potencialidade de ações coletivas e a inclusão da participação e do saber do usuário no processo de cuidado. Neste sentido, compreende-se também que esses dois tipos de assistência em saúde repercutem de modos diferentes na organização do trabalho em saúde (MEDEIROS, 2010).

Outro importante elemento que repercute sobre a formação em serviço a mudança de gestão dos HU's que por ser um fenômeno novo, ainda não foi devidamente analisado e contemplado pela literatura.

Para Soares (2010) o sistema público já sofria com a presença da lógica privada minando o bem público. Esse acirramento institucionalizou-se desde o período ditatorial quando o governo federal financiou o sistema privado de saúde e abriu precedentes legais para a criação de outras modalidades de gestão dos serviços públicos.



Todavia, essas medidas de inovação gerencial na saúde, via Estado, adquiriram maior alcance no final do século XX. A contrarreforma na saúde se embasa em três eixos: “[...]1) Saúde e Desenvolvimento; 2) Redefinição do Público Estatal; 3) “Novos” Modelos de Gestão (Soares, 2010, p. 84 grifos da autora).

A implantação dos Novos Modelos de Gestão no Brasil desponta dos anos 1990 com as medidas de contrarreforma no país, onde a proposta era transferir para o setor privado as funções Não- exclusivas do Estado, a política de saúde é situada como serviço que pode ser também prestado por outrem.

A desconstrução observada no SUS, para Júnior é produto de manobras políticas e econômicas resultando na prática de “[...] transferência dos recursos financeiros e do patrimônio do SUS para grupos políticos e econômicos e corporações privadas, de acordo com a nossa cultura e a nossa história” (Júnior, 2011, p. 71).

Notou-se que a concepção na oferta dos serviços e das ações no campo da saúde estão estritamente atrelados à função do Estado brasileiro, que sempre se apresentou a serviço do grande capital e da burguesia nacional.

Enquanto manobra da contrarreforma do Estado ao referir-se aos Novos Modelos de Gestão, a literatura trata das Organizações Sociais (OS's), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) esses formatos de gestão são a expressão do repasse do fundo público para o setor privado da saúde, ambos modelos são geridos pelo direito privado (Correia, 2011; Brasil, 1995). Contudo, para delimitação da pesquisa, o tipo de nova gestão que se estudou é o da Ebserh, modalidade de administração que tem assumido 31, dos 39, HU's até a presente data da culminância da pesquisa.

Para Silva (2015) os Novos Modelos de Gestão implicaram na entrega da administração pública ao setor privado, seguindo as regras de organização e gerência do mercado. Com essa parceria entre Estado e mercado nota-se a transferência dos recursos públicos, bens, patrimônio, recursos humanos a serviço do setor privado.

Nos HU's a mudança gerencial adquiriu maior intervenção estatal na segunda década dos anos 2000, ainda na gestão de Luiz Inácio Lula da Silva, porém teve normatização



e consolidação legal na administração presidencial de Dilma Rousseff com a criação da Ebserh.

Como observou-se, existe no mesmo espaço a organização dos serviços em saúde segundo o projeto de Reforma sanitária, cujos princípios estão intrínsecos na missão dos HU's. Antagonicamente o emprego dos preceitos mercadológicos na saúde, atualmente materializados por meio da Ebserh. Isso reverbera numa complexa dicotomia de propostas de modelo de saúde ofertados população, bem como os vínculos de trabalho e aos modelos de processos educativos ofertados nesses espaços de saúde supracitados.

Em termos temporais considera-se que os anos 2000 demarcaram a grande ofensiva do capital na Alta Complexidade (AC) e, por conseguinte, os HU's também foram alvo das investidas neoliberais de diminuição das funções do Estado no atendimento às necessidades da população, no âmbito do setor saúde.

Considera-se importante reportar-se à gestão de Luiz Inácio Lula da Silva, cuja administração, no primeiro mandato, gerou expectativas aos defensores do projeto de RSB. O presidente convidou atores políticos de referência no MRSB para ocupar cargos de confiança no MS, entretanto, a partir de 2005 os cargos de alto escalão da saúde foram ocupados por defensores do projeto privatista da saúde (Silva, 2013).

Não obstante, de acordo com Bravo e Menezes (2011, p.16), a gestão de Lula continuou "com políticas focais em detrimento da lógica do direito e da Seguridade Social universalizada". As normatizações e a continuidade da implantação de outros modelos de gestão no campo da saúde foram sinais explícitos dessa postura política iniciada nos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC).

É importante destacar que, num contexto de reestruturação dos HU's, em que havia uma defasagem nos recursos humanos, houve a expansão do financiamento das bolsas dos programas de Residência Multiprofissional destinados para as Residências nos Hospitais Universitários (HU's).

Nessa conjuntura, o Ministério da Educação e Cultura em 2010, foi o principal financiador, pois, até então, as bolsas eram pagas com recursos do Ministério da Saúde. No ano seguinte foi autorizada a criação da Ebserh e administração do



programa de reestruturação passou a ser de incumbência da Empresa Brasileira (Druck, 2017; Silva, 2017; 2016).

Essa flexibilização representou a entrega das obrigações do Estado, instituição que deveria defender o bem-estar da coletividade, ao mercado. Quanto a esse episódio, Cardial chama tal movimento de “privatização não-clássica”, quando não ocorre a venda e/entrega direta dos serviços públicos ao mercado.

Ainda em 2010, na gestão de Lula, foi lançada a Medida Provisória 510, que autorizava a criação da Ebserh. Essa medida foi resultado da elaboração do MEC e do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MOPG), que, contudo, foi rejeitada pelo senado.

Apesar da 14ª CNS, em seu relatório final, ter negado a terceirização da gestão, defendendo um SUS 100% público e de qualidade, a Ebserh foi aprovada contrariando a orientação da CNS e sem amplo debate com a sociedade.

Tal qual, a Ebserh foi uma reedição da proposta das FEDP's¹, lançadas ainda na gestão de Lula, a qual propunha melhorar o atendimento do Estado em áreas sociais (Cardial, 2013). Cardial (2013) assevera que as FEDP's são mecanismos da privatização não-clássica que observa a “diminuição” da função do Estado e que se distancia das suas obrigações enquanto executor, tornando-se mero financiador e regulador; essas características encontram-se presentes no Plano de Reforma do Estado.

No governo da presidenta Dilma Rousseff, a marca da administração presidencial foi de um governo mais privatista com manutenção do modelo econômico e político do seu antecessor, ratificando a continuidade do acordo estabelecido entre a gestão petista e o grande capital. Foi na gestão da presidenta, especificamente, que ocorreu o maior ataque aos HU's (Bravo; Menezes, 2011).

Como continuidade do afronte aos HU's, em 2011 foi reenviada a MP 510 como Projeto de Lei (PL) 1749, sem alteração textual da proposta inicial. O PL foi aprovado na câmara, mas rejeitado no senado. Outra tentativa para aprovação, ocorreu com o PL 79/2011, já com mudança no texto, cuja proposta migrava de Sociedade Anônima para Unipessoal – pertencente unicamente ao governo. Contudo essa situação pôde ser alterada permitindo a entrada de capital.



Somente em 15 de dezembro de 2011, por meio da Lei 12.550, foi autorizado ao poder Executivo criar a Ebserh, configurada como uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado e dotada de patrimônio próprio e Unipessoal. Os argumentos para outra figura jurídica se pautavam na busca pela agilidade da máquina estatal.

Ainda no mesmo mês, no dia 28, via Decreto 7.661, aprovou-se o Estatuto Social que regulamentou o funcionamento da Empresa Brasileira que está articulada ao MEC. Outorgou-se à supracitada empresa administrar os Hospitais Universitários (Brasil, 2018).

Sodré *et al* (2013, p. 372) asseveram que a Ebserh foi uma opção do governo em implantar o processo de privatização de forma lenta “menos aguerrida e mais tímida para evitar abrir um diálogo com a sociedade”. Os autores destacam como características desse processo a privatização de “equipamentos, exames” e a terceirização na “contratação de pessoas – considerado o primeiro passo da privatização direta”. Assevera-se que os HU’s são alvos da privatização clássica e não-clássica.

Para Gomes *et al* (2014, p. 288) quanto a Ebserh nos HU’s, tal proposta possui caráter ambivalente, pois pertence, ao mesmo tempo à esfera pública e à esfera privada. Além disso, ao ser gerida com fundamento no direito privado, amplia a lógica do mercado no andamento dos serviços sociais públicos, como é o caso da saúde.

Para Andrade (2015, p. 63, grifos da autora), a racionalização das práticas em saúde, preceitos da lógica administrativa nos serviços hospitalares, tem submetido as Residências Multiprofissionais à manutenção do “modelo assistencial baseado no hospital”, cujos desdobramentos percebe-se na “privatização do SUS e de precarização do trabalho”. Nota-se o empenho do mercado em dominar a “gestão da assistência” e a oferta de “pesquisas no âmbito dos Hospitais Universitários”.

Silva (2018; 2016) chama atenção para a apropriação da força de trabalho das turmas de Residências no suprimento das demandas dos serviços, ao passo que não são lançados editais convocando profissionais para postos efetivos e utiliza-se os residentes no decurso do processo de especialização, valendo-se, inclusive, da fragilidade no cumprimento da carga teórica e da sobrecarga das horas prática e teórico-práticas.



Acha-se oportuno enfatizar que o acesso ao PPR não garante implementação dos preceitos, seguindo as diretrizes do SUS, mas garante apropriação do percurso pedagógico e da finalidade das RMS na formação em saúde, formação essa voltada à realidade dos serviços de saúde, de modo a reestruturá-los segundo os eixos do MRSB.

Os programas de Residências Multi e Uniprofissionais, segundo a normatização, devem ter uma duração mínima de 24 (vinte e quatro) meses, que corresponde a 5.760 (cinco mil setecentos e sessenta) horas, distribuídas em 60 (sessenta) horas semanais. Semanalmente o residente deve ter um dia de descanso. Desse total de horas, 80% (oitenta por cento) é destinado ao cumprimento de atividades práticas e teórico-práticas, e 20% (vinte por cento) de teóricas (Brasil, 2014).

Pela Resolução nº 5 de 2014, as estratégias educacionais consideradas práticas, teóricas e teórico-práticas, são respectivamente:

1º Estratégias educacionais práticas são aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das categorias profissionais da saúde [...] § 2º Estratégias educacionais teóricas são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo [...] § 3º As estratégias educacionais teórico-práticas são aquelas que se fazem por meio de simulação em laboratórios, ações em territórios de saúde e em instâncias de controle social, em ambientes virtuais de aprendizagem, análise de casos clínicos e ações de saúde coletiva, entre outras [...] (Brasil, 2014, s/p. grifos nossos).

Como reflexo dessa estruturação das horas da RMS, tem-se uma porcentagem bem maior destinada às estratégias educacionais de âmbito assistencial e isso reforça o caráter puramente “prático e/ou técnico” dos programas, em detrimento da formação teórica.

Nota-se que, além de uma carga horária extenuante que ultrapassa inclusive as normatizações legais de jornada de trabalho, a maior porcentagem horas ocorre com práticas assistenciais. Essa quantidade de horas, contudo, demonstra algumas particularidades dos programas de Residência: o uso da força de trabalho voltado aos preceitos mercantilistas e uma distorção da formação educativa.



Notadamente, é importante compreender que embora tenha sido proposto e instituído um novo modelo de saúde pública, não foram traçadas estratégias suficientes para provocar mudanças sensíveis na formação em saúde, de modo a adequá-la efetivamente aos novos processos de organização do trabalho consonantes às diretrizes do Projeto de Reforma Sanitária.

Ademais, percebe-se que o trabalho em saúde possui dupla interface, qual seja: atendimento às necessidades sociais e funcionalidade ao processo de produção e reprodução capitalista. Desse modo, nota-se que os momentos cíclicos de ápice e declínio do sistema capitalista afetam diretamente a consolidação do sistema público de saúde, fragilizando o acesso universal à saúde, concebido como direito social, a partir da promulgação da Constituição Cidadã de 1988.

Durante a análise dos PPR's identificou-se a divergência com a proposta do MRSB e a vertente teórica das estratégias educacionais utilizadas. O SUS foi instituído numa conjuntura de transição, enquanto bandeira de luta do MRSB. Entretanto, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), orientadora dos processos de formação no SUS, foi produto de outro contexto, cuja ofensiva neoliberal ditava as novas regras e redimensionava o aparelho estatal.

Apesar da PNEPS referir-se às diretrizes do SUS suas ferramentas educativas se pautaram em teorias reformistas. Contatou-se a “tentativa” de combinar caráter revolucionário e reformista nos objetivos da PNEPS, conseqüentemente dos PPR's. Mesmo que em termos ideais, as RMS busquem implementar os princípios do SUS, a partir da filosofia do MRSB, os documentos norteadores direcionam para reformas pontuais.

Os PPR's possuem como proposta central a organização do processo de trabalho, em vista de suscitar novas formas de trabalho em saúde, valendo-se do emprego das Educação Permanente em Saúde (EPS), que se propõe a estabelecer no cotidiano do trabalho a articulação entre saber e prática.

A Espiral Construtivista, Metodologia Ativa de ensino-aprendizagem, usada nos PPR's pauta-se pelo conhecimento prévio dos sujeitos envolvidos, de modo que a esses cabe a responsabilidade pelo percurso da aprendizagem, que nos PPR's assume a conotação de “aprendizagem significativa”, ou seja, que deve ser estudado e/discutido o que for significativo para os sujeitos e no aprender fazendo. É importante



problematizar esse processo, tomando como premissa o por que se faz e como se faz e não se limitar ao ato em si.

Ademais, se apoia na problematização do processo de trabalho, como estratégia pedagógica disparadora da reflexão crítica, porém essa problematização não se pauta na saúde como prática social, mas como meio de responder a imprevisibilidade das demandas, o que deve ser discutido/refletido se limita aos ajustamentos. Esse movimento de aprendizagem se daria conforme um espiral, de modo que durante a vivência se ampliaria o conhecimento dos envolvidos.

Os PPR's valem-se do uso do currículo de competências e habilidades profissionais para avaliar o grau de desempenhos dos residentes e implementar as diretrizes pedagógicas, assim como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

Como produto desse recurso pedagógico, nota-se a sobrecarga direcionada ao trabalhador, desconsiderando as condições reais e objetivas do trabalho nos marcos da sociedade capitalista, a correlação de forças existente e a privatização da saúde. Buscou-se apreender ainda, nesta pesquisa, se esse novo modelo de gestão possui objetivos divergentes das propostas das RMS.

Conclui-se que a proposta de ensino e assistência em saúde usada pela Ebserh reforçam as formações pautadas nas análises locais, as quais divergem da proposta do MRSB, porém estão presentes teoricamente nos PPR's e em algumas intervenções das equipes de residentes. Ademais, diante dos achados da pesquisa e do embasamento teórico, infere-se que a Ebserh é uma estratégia de privatização dos HU's, em que a saúde é vista como mercadoria e não direito social.

Considerações finais

Ao analisar os PPR's sinalizou-se a preocupação que se tem com os impactos que as Residências têm disparado nos serviços de saúde se são desdobramentos que reforçam ou não a implementação dos princípios orientadores do SUS no sistema público de saúde.

Ao passo que tratar das RMS é reconhecer seu amplo espectro de possibilidades e desafios, frente ao contexto de sucateamento da política de saúde no Brasil, buscou-se problematizar o tipo de formação e especialização dos trabalhadores de saúde, a partir da organização das práticas e rotinas dos serviços (Rodrigues, 2016). Outrossim,



a necessidade de discutir e socializar o tema torna-se indispensável, visto que são cada vez mais camufladas e abrangentes as estratégias de privatização da saúde, especialmente da AC.

Sabe-se da potencialidade que as RMS possuem na formação de recursos humanos para o trabalho nos serviços públicos de saúde, mas também se apreende que numa conjuntura de ampliação do projeto privatista, são objetivas e ideológicas as contradições impostas à essa modalidade de formação em serviço, que na gênese, teve sua constituição atrelado ao projeto revolucionário. Entretanto, na contemporaneidade, vem sofrendo inferências de teorias adaptativas e pós-modernas.

Notas

¹As Fundações Estatais de Direito Privado são dispensadas de licitação e da submissão da Lei de Responsabilidade Fiscal, assim como a Ebserh. Ressalva-se que ambos os mecanismos (FEDP e Ebserh) possuem em sua essência preceitos mercadológicos.

Referências bibliográficas

Andrade, R. T. 2015. Relação entre Trabalho e Educação na Formação Profissional: um estudo sobre a residência multiprofissional em saúde. 2015. 182p. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana). Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

Brasil. 1995. Ministério da Administração e Reforma do Estado. Plano Diretor de Reforma do Aparelho Estatal. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 16 de mar. 2017.

Brasil. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). 2018. História da empresa. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portalebserh/apresentacao1>>. Acessado em: 30 de maio de 2018.

Brasil. Ministério da Educação. Residência Multiprofissional. 2014. Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=34&data=10/11/2014>>. Acessado em 20 de set. De 2017.

Bravo, M. I. de. S.; Menezes, J.S.B. 2011. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões. In: Bravo, M. I S; M. J. S. B. (Orgs.). Saúde na atualidade: por um



sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius.p. 15-28.

Cardial, A. M. D. N. 2013. Novas Determinações Do Capital Na Saúde Brasileira: a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares em questão. 2013. 117f1. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal de Sergipe. Sergipe.

Correia, M. V. C. 2011. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: Bravo, M. I S; M. J. S. B. (Orgs.). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius. p. 43-49.

Druck, G. 2017. Terceirização no serviço público: múltiplas formas de precarização do trabalho. In: Navarro, V. L; Lourenço, E. A. S. (Orgs.). O Aveso Do Rablho Iv Terceirização: precarização e adoecimento no mundo do trabalho. São Paulo: Outras Expressões. p.59-87.

Gomes, K. K. de S. et al. 2014. Novo Modelo De Gestão Para Hospitais Universitários: Percepção Dos Profissionais De Saúde. Serv. Social & Saúde, [online], Campinas/São Paulo, vol. 13, nº 2, p. 283- 198. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634910/2803>>.

Acessado em: 04 de out. 2014.

*Junior, F.B. 2011.*Gestão do SUS: O que Fazer? Apud: Bravo. M.I, Menezes, J.S.B(Orgs). Cadernos de Saúde/ Saúde na Atualidade: Por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1. ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius.

Medeiros, K.T. 2010. Política de Saúde no Brasil: um balanço histórico. In: Cavalcanti, P. B; Carvalho, R. N; Miranda, A. P. R. S. (Orgs.). Saúde em Foco. João Pessoa: Editora Universitária UFPB. p. 29-66.

Rodrigues, T. de F. 2016. Residências Multiprofissionais em Saúde: formação ou trabalho? Serv. Soc. & Saúde. Campinas/São Paulo, v. 15, n. 1 p. 71- 82. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8647309>>. Acesso em: 08 ago. 2017.

Santos, F. A. 2010. Análise crítica dos Projetos Político-pedagógicos de dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. 2010. 103f. Mestrado (Dissertação em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz

Silva, A. J. S. 2015. Privatização: amplitude conceitual do termo na “Era Gerencial”. 106f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso em Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Administração. Rio Grande do Sul. 2015.



Silva, A. X. 2013. Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo da Reforma Sanitária Brasileira. 253f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco. Recife.

Silva, L.B. 2016. Trabalho Em Saúde E Residência Multiprofissional: problematização marxistas. 248f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016.

Silva, E. L. V da. 2017. Os novos modelos de gestão para saúde: resistências políticas. Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: desafios contemporâneos. III Seminário Nacional de Território e Gestão de Políticas Sociais. Congresso de Direito à Cidade e Justiça Ambiental. Londrina PR, de 04 a 07 de julho de 2017. p. 12.

Sodré, F. (et all). 2013. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? *Serviço Social & Sociedade*, v. 114, p. 365-380. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n114/n114a09.pdf>>. Acessado em 06 de jan de 2018.



Gestão de serviços e redes de atenção psicossocial no Brasil: análise a luz de revisão integrativa

Maria Erica Ribeiro Pereira¹
Grayceane Gomes da Silva²

Resumo

A Reforma Psiquiátrica Brasileira constitui-se a partir de denúncias aos maus tratos praticados nos hospitais. Esse processo tem base nas reivindicações por melhorias na saúde no bojo da Reforma Sanitária no País. Assim, essa pesquisa averigua estruturação da gestão das Redes de Atenção Psicossocial brasileira. Trata-se revisão integrativa, com abordagem quantitativa e qualitativa. Foram selecionados 12 artigos científicos entre 2009 a 2017, a partir de busca nas plataformas: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF). Os dados foram levantados em julho e agosto de 2018. As informações apontam que a gestão das redes e serviços de atenção psicossocial no Brasil, ainda está em processo de construção, o que há é ações pontuais que se direcionam a garantir o básico de funcionamento. Os autores apontam a necessidade de maior organização, comunicação e interação entre as equipes na busca de garantir os princípios de integralidade, universalidade e equidade na atenção aos usuários de forma individualizada e longitudinal. Desse modo, a partir desse estudo, concluiu-se que ainda há muito que se desenvolver em termos de conhecimentos e práticas em torno da gestão eficiente das redes e serviços de atenção psicossocial. Além disso, há falta de estudos e pesquisas sobre o tema que subsidiem melhores avaliações e orientações sobre a realidade da organização desses serviços, que permitam uso eficaz dos recursos, maior articulação entre as redes e garantia de atenção qualificada as pessoas com transtornos mentais.

Palavras-chave

Saúde mental. Atenção psicossocial. Gestão em saúde. Saúde Pública. Redes de Atenção.

Introdução

A atenção às pessoas com transtornos mentais é marcada pelo descaso e preconceito, tendo sido a internação em hospitais psiquiátricos até a década de 1990 no Brasil a principal forma de atendimento. A partir da Reforma Sanitária que trouxe a luta por uma atenção gratuita e de qualidade na forma do Sistema Único de Saúde (SUS), ganhou



força a Reforma psiquiátrica, que continua em curso e vislumbra uma atenção humanizada que preserve o convívio familiar e comunitário (Alves; Schechtman, 2014).

Todas as manifestações em torno de mudanças no paradigma de atenção às pessoas com transtorno mental culminaram na Lei 10.216/2001 que diz sobre os direitos desse público, na perspectiva de garantir atendimento humanizado, a partir do incentivo ao convívio em comunidade (Brasil, 2001).

A partir do entendimento de que a saúde mental perpassa os diversos níveis de atenção à saúde, de forma transversal e interdisciplinar, em 2011 foi regulamentada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria 3088/2011 do Ministério da Saúde. Assim, com a expansão da rede, a necessidade de gestão para a oferta de serviços de qualidade, além da estruturação recente dessa rede, faz com que o tema se coloque como relevante na perspectiva de estudos sobre a gestão em saúde.

Destarte, esse artigo averigua como se estrutura a gestão da RAPS a partir de revisão integrativa com base em artigos científicos sobre o assunto, identifica os artigos científicos produzidos sobre a gestão da RAPS e observa como o assunto vem sendo debatido no âmbito acadêmico.

Fundamentação teórica

O caráter complexo das ações de saúde mental exige que vários setores estejam envolvidos em sua operacionalização, tendo sido oficializado em 2011, através da Portaria do Ministério da Saúde nº 3088 de 23 de dezembro, a instituição a RAPS. Neste documento, são definidas as diretrizes, os objetivos e componentes desta rede, a fim de envolver todos os pontos de atenção do SUS na promoção de cuidado em saúde mental (Brasil, 2011b).

Segundo Mendes (2010), as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de serviços de saúde vinculados entre si com missão única e mesmos objetivos na perspectiva de ofertar atendimento contínuo e integral à população, em uma perspectiva longitudinal do cuidado, a partir da cooperação entre os níveis de atendimento, primário, secundário e terciário, e as diversas formas de tecnologias existentes. Também destaca que a coordenação destas redes deve partir da atenção primária, com vistas à integração entre ações preventivas, promocionais, curativas, reabilitadoras e paliativas.

Nesse caminho, Kuschnir, Chorny y Lira (2014) pontuam que as redes são conjuntos de unidades de diferentes funções e perfis que se articulam na garantia de cuidado integral



a população de sua região. Desse modo, a partir da observação de que a maioria dos casos é de baixa complexidade, a rede deve prover maior cobertura de ações e serviços para este tipo de atenção. Sendo consideradas questões centrais para efetividade da rede: "(...) a responsabilização pela atenção ao paciente e a articulação efetiva entre as unidades para garantir à população não apenas o acesso nominal, mas a continuidade do cuidado." (p. 50).

Desse modo, diante a fragmentação das ações e dos serviços ofertados e a necessidade de qualificar a gestão do cuidado, além das diferenças regionais e da hegemonia das ações de caráter assistencial curativo, o Ministério da Saúde lançou a portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, para definir as diretrizes para a organização das redes de atenção a saúde, na perspectiva de mudar as condições de oferta dos serviços de saúde a população, com vistas a promover a cooperação entre os pontos de atenção do sistema e promover a regionalização, para o alcance dos princípios de universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 2010a).

Cabe destacar o Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, tem como destaques a Rede de Atenção a Saúde como conjunto de ações e serviços articulados em níveis crescentes de complexidade na perspectiva de garantir a integralidade no atendimento; a Região de Saúde enquanto espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes que compartilham de identidade cultural, econômica, social, redes de serviço de transporte, com vistas à integração na oferta de ações e serviços; Portas de entrada como serviços que recebem para atendimento inicial; dentre outros dispositivos que configuram a organização das relações entre os elementos que compõem o SUS (Brasil, 2011a).

Nesse contexto, para a constituição de Regiões de Saúde para a oferta de serviços, é necessário haver ações e serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; vigilância em saúde, sendo os três primeiros, acrescido dos serviços especiais de acesso aberto considerados portas de entrada no acesso a saúde (Brasil, 2011a). Logo, a Atenção Psicossocial se coloca como de fundamental importância na composição das ações e serviços de saúde com vistas ao cuidado integral dos usuários do SUS.

Deste modo, a RAPS compõe essa integração entre redes na perspectiva de garantir um cuidado longitudinal às pessoas com transtornos mentais, na tomada de responsabilidade de atenção integral com vistas à garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Logo, como uma rede instituída recentemente,



os desafios de gestão e consolidação exigem que haja uma organização em torno da efetivação das ações propostas.

Souza (2016) entende que a constituição da RAPS e o fortalecimento dos serviços substitutivos em saúde mental, contou com a participação dos Estados, na perspectiva de formulação e adaptação regional da política. É a partir da organização desenvolvida pelos gestores, com a coordenação das ações no território e na melhoria das condições da oferta de serviços a nível local que a atenção psicossocial tem tomado forma e se fortalecendo para a consolidação do cuidado na comunidade, ao invés do modelo centrado nas intervenções hospitalares psiquiátricas.

A RAPS é, pois, integrada por todos os serviços que fazem parte do SUS, acrescido de dispositivos específicos na atuação de ações de reabilitação psicossocial e acolhimento às pessoas que se encontram com os vínculos familiares rompidos. Desse modo, para uma melhor organização e integração entre esses serviços, é necessário uma gestão organizada e em constante comunicação para que a atenção possa ser efetivada.

Metodologia

Essa é uma pesquisa do tipo revisão integrativa, sendo, portanto, um método de revisão amplo que permite incluir estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa). A busca foi realizada nos meses de julho e agosto de 2018.

A revisão integrativa da literatura consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos. O propósito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores (Mendes; Silveira; Galvão, 2008, p. 760).

A metodologia inicial para a composição da amostra foi conduzido a partir da leitura dos títulos e resumos e identificação dos estudos que atenderam aos objetivos estabelecidos para o estudo. Foram utilizados 12 artigos científicos nacionais e internacionais indexados na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), tendo como foco de análise artigos que tivessem como tema a gestão de redes e serviços de Atenção Psicossocial no período descrito acima, a partir do uso dos descritores gestão em saúde e saúde mental; além



de revisão da literatura sobre o assunto, para subsidiar as análises dos estudos encontrados.

O período em foco nesta pesquisa foi de 2009 a 2017, que marcam a consolidação das ações em prol da Reforma Psiquiátrica e expansão de serviços no âmbito da Atenção Psicossocial de forma humanizada, sem o viés da internação hospitalar como única opção. Sendo assim, pesquisamos sobre as legislações de tal período, empreendemos revisão de literatura e pesquisa nas plataformas de periódicos para estabelecer um estudo sobre a realidade.

Resultados e discussões

Os artigos escolhidos para realização desta revisão integrativa vislumbraram o cenário de gestão de redes e serviços de saúde mental em diversas vertentes, tendo como norte investigar a realidade vivenciada pelos serviços na consolidação das diretrizes preconizadas na Reforma Psiquiátrica.

É importante destacar que analisando os artigos no campo da produção acadêmica e desenvolvimento da pesquisa no campo da saúde, os estudos são de abordagem qualitativa e quantitativa. As pesquisas em sua maioria são de tipo exploratório a partir de análises sobre a estruturação de serviços e redes de atenção psicossocial.

Cabe destacar que as produções são principalmente a partir de 2011, sendo poucas as que contemplam análises de qualidade sobre gestão pública e/ou privada de serviços deste tipo de serviço, também observamos que a maioria dos artigos são produções sobre os municípios no nordeste, 5 artigos, e sudeste brasileiro, 4 produções, com destaque ao município de São Paulo. Sendo que as regiões centro-oeste e sul representaram uma produção cada, não sendo identificados artigos sobre a região norte. Isso nos mostra que há uma lacuna no interesse científico em pesquisar e construir considerações que melhorem as condições de gestão desses serviços a partir de estudos e pesquisas.

Esse contexto vem demonstrar que as determinações legais sobre a importância das pesquisas para o desenvolvimento das ações em torno das demandas de saúde mental não vêm sendo consideradas para o desenvolvimento de estudos sobre o assunto em tela. A Lei Orgânica da Saúde (LOS) preconiza que sejam desenvolvidos estudos e que o Ministério da Saúde contribua para o desenvolvimento de pesquisa sobre saúde, através também da formação dos recursos humanos para a saúde (Brasil, 1990a).



A construção das redes de atenção à saúde implica a necessidade de organização da gestão para a garantia de fluxos de atendimento que superem a fragmentação no atendimento as demandas da população, que se expressam na pouca resolubilidade, dificuldades no financiamento público, fragilidade no trabalho realizado. Desse modo, o Ministério da Saúde preconiza que as redes se organizem quanto à abrangência da atenção, utilização dos recursos disponíveis e integralidade do cuidado aos usuários (Brasil, 2010a).

Essa organização permite que os serviços se integrem a partir da participação dos trabalhadores de diversos serviços, no que tange a atenção as pessoas. No entanto, a organização dessas redes tem dificuldades em se consolidar, visto que, depende da consolidação de Estados como gestores da política de saúde, além de alocação de recursos para as ações (Neto, 2016).

Assim, temos que a organização das Redes em Atenção a Saúde, em especial a RAPS, ainda está aquém do preconizado, pois segundo os estudos averiguados ainda há pouca integração entre os serviços das redes de atenção a saúde, na perspectiva de comunicação para o efetivo atendimento às demandas dos usuários. Paes et al (2013) destacam as dificuldades de atendimento a população devido a falta de integração entre os diversos serviços, que sobrecarregam os serviços de saúde mental, além de duplicidade de atenção as demandas nos diversos pontos de atenção, que geram um não atendimento as demandas reais dos usuários.

As redes funcionam como organização de caráter horizontal, com a premissa de que sejam construídas relações de acolhimento e integração próximas, em que toda a rede com a coordenação da atenção básica, principal responsável pela população de determinado território, estará unida no cuidado com as pessoas, na garantia de acesso à promoção, proteção e recuperação à saúde (Brasil, 2010a).

O matriciamento desponta como estratégia de articulação em rede em que a atenção básica e a atenção psicossocial se relacionam na partilha do cuidado integral ao usuário, na perspectiva da responsabilização coletiva da atenção, com ações realizadas em conjunto, como consultas, visitas, discussão de casos. Desse modo, há uma real comunicação entre as equipes e busca coletiva de soluções para as demandas encontradas (Souza, 2016).

Ventura, Jorge y Moll (2014) sugerem como formas de melhoria da organização dos serviços de saúde mental: a maior articulação em rede, em especial com a Estratégia



Saúde da Família, fomentar a participação familiar na cogestão do cuidado aos usuários e oferecer ações aos familiares, supervisão e educação permanente para o suporte as equipes, ação integrada entre os dispositivos intersetoriais nos municípios, fomentar a autonomia e cidadania dos sujeitos na busca pela garantia de seus direitos.

Nesse contexto Junior et al (2013) trazem considerações acerca da elaboração e implementação de projeto de gestão das ações de saúde mental que devem ser desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica, com etapas a serem desenvolvidas pelos diversos atores profissionais que compõem a gestão e apoio assistencial dos serviços.

No campo da organização do trabalho em rede os artigos apontam que não há intersectorialidade e que as articulações entre os serviços de saúde para a materialização da atenção psicossocial na sua perspectiva de integralidade. Ventura et al (2012) destacam que as dificuldades de articulação entre os serviços que compõem a rede geram sobrecarga de trabalho aos profissionais dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), impossibilitando que os usuários sejam desvinculados dos serviços substitutivos ao modelo manicomial, fazem com que não se efetive a reinserção na sociedade. O CAPS, em suas várias modalidades, opera serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional, interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, e são substitutivos ao modelo asilar

Severo y Dimenstein (2011) identificaram em seu estudo as falhas de organização do trabalho em um ambulatório de saúde mental, que não tinha como direcionamento o trabalho interdisciplinar, havendo poucas iniciativas nesse sentido, predominando a fragmentação do atendimento por especialidades profissionais. Ainda neste sentido, a fragmentação da atenção nos serviços, gerou uma cronificação dos usuários nos serviços de atenção psicossocial, fazendo com que não acessem a rede e outros serviços como a assistência social, para suprir as diversas demandas psicossociais.

Esse tipo de organização sobrecarrega o serviço e os profissionais que por consequência não promovem a real participação dos familiares e usuários na promoção do cuidado. Nesse caminho, os autores sugerem que haja iniciativas que empoderem os atores implicados neste processo para que possam atuar politicamente nas decisões sobre a organização do serviço (Severo; Dimenstein, 2011).



De acordo com estas premissas, o estudo de Ventura, Araújo y Moll (2011) traz resultados que demonstram uma iniciativa de gestão horizontal do trabalho expressa no incentivo ao diálogo, através de reuniões periódicas que proporcionam as discussões e resolução de conflitos que melhoram as relações e conseqüentemente se configuram como espaços de debates sobre as demandas do serviço. No entanto, as dificuldades de interagir com as instituições que compõem a rede de políticas intersectoriais da região, para que os usuários possam acessar todo o potencial que a comunidade oferta.

Estamos falando do princípio da intersectorialidade, isto é, de estratégias que perpassem vários setores sociais, tanto do campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo. Em outras palavras, os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede do serviço e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes (...). (Amarante, 2007, p. 88).

Destacamos: a proposta da RAPS é articular e integrar o cuidado às pessoas com transtornos mentais e decorrentes do uso de álcool e drogas nos diversos pontos que compõem os níveis de atenção à saúde integral da população. Logo, o ponto crucial desta rede é a comunicação entre os serviços de saúde para a corresponsabilização na atenção a este público (Brasil, 2011b).

Quanto à gestão do trabalho nos serviços, é permeada pela falta de investimentos em melhores condições de trabalho, salariais e na forma de contratação, sem investimentos na qualificação dos profissionais através de educação continuada e acesso as informações que melhorem os conhecimentos inerentes ao atendimento aos usuários (Alves; Dourado; Cortes, 2013).

Sobre isso, as Diretrizes para Organização da Rede de Atenção a Saúde dispõem sobre a gestão do trabalho preconizando a criação de orçamento público para o Plano de Cargos e Carreiras dos Profissionais da Saúde, incentivar a elaboração de Política de Educação Permanente em saúde para mudanças das práticas profissionais. Além disso, salienta a necessidade de haver contrato entre gestão e profissionais para um planejamento das ações com vistas à avaliação do que é realizado e melhoria do serviço (Brasil, 2010a).

Nesse contexto, Hirdes (2009) pontua que o processo de substituição dos hospitais psiquiátricos pelos Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços de saúde, não deve se pautar somente nas mudanças legislativas, mas sim nas mudanças reais dos



ambientes e das atitudes dos profissionais quanto ao cuidado aos indivíduos com sofrimento mental.

Para isso, defende que haja uma preparação dos profissionais para que possam desenvolver estratégias e ferramentas para a atuação diante o paradigma de reinserção social, para o cuidado na comunidade (Hirdes, 2009).

Sobre isso, na construção de Linhas de Cuidado, também se preconiza a formação dos profissionais, para que tenham conhecimentos acerca da organização das redes de atenção a população e que haja melhor preparação para a atenção de qualidade aos usuários (Franco; Franco, 2003).

No processo de gestão o financiamento, também, é parte fundamental para que as ações possam ser efetivadas, desse modo, há um conjunto de legislações que dispõem sobre os valores destinados ao financiamento dos serviços de saúde mental, no entanto, prevalece o subfinanciamento desse campo, dentro do bloco de Média e Alta Complexidade (Trapé; Campos, 2017).

Ainda no campo do financiamento Lima, Lima y Marques (2017) reforçam que o subfinanciamento da atenção psicossocial impede que os serviços funcionem com melhor qualidade, devido à falta de recursos para os investimentos em infraestrutura, insumos e pagamento de pessoal.

O financiamento no âmbito da saúde mental se encontra distribuído nos diversos tipos de atenção ofertadas, desse modo, a partir da portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011, que trata do financiamento dos CAPS que é expresso de acordo com o tipo de serviços, através de valores mensais fixos; a implantação também recebe incentivo financeiro federal por tipo e as Unidades de Acolhimento, têm seus recursos expressos na Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012 (Brasil, 2011c).

Desse modo, podemos perceber que os recursos não dizem respeito às demandas e necessidades de acordo com a realidade dos serviços, sendo necessário haver o cofinanciamento dos demais entes federados, sendo que diante as demais demandas em saúde, se coloca ao gestor municipal a determinação das quantias destinadas aos serviços de saúde mental.

Lima, Lima y Marques (2017) dispõem em suas análises que com base em situação hipotética esses recursos não são suficientes para o custeio dos CAPS, levando em consideração as necessidades de compras de materiais, insumos, pagamento de



peçoal, sendo que os municípios têm dificuldades em financiar os serviços de saúde devido aos altos custos.

Costa y Dimenstein (2015) destacam a partir de estudo comparativo entre dois CAPS, um de gestão da administração pública e outro com gestão de privada por Organização não Governamental (ONG). O estudo aponta que a gestão privada oportuniza mais celeridade ao uso das verbas, com determinação do que deve ser comprado com decisão a partir das necessidades da equipe.

Por outro lado, no CAPS com gestão pública os profissionais e coordenadores não têm acesso às quantias destinadas ao serviço, sendo os insumos disponibilizados de acordo com o estoque da Secretaria de Saúde, que não refletem a necessidade do serviço, não há atuação ativa dos profissionais, usuários e coordenador na determinação de como os recursos serão utilizados. Isso gera uma escassez de recursos materiais que comprometem a execução das atividades (Costa; Dimenstein, 2015).

Silva, Lancman y Alonso (2009) também identificaram dificuldades na relação com a Secretaria de Saúde no sentido de obter materiais que atendam as demandas específicas das atividades realizadas nos CAPS, sendo recebido o disponibilizado pela administração.

Além disso, estes autores apontam que não há organização de planejamento das ações e dimensionamento do que é realizado para avaliação, monitoramento e determinação de gastos, resultados alcançados, se há efetividade nas ações propostas. O que se tem é o quantitativo de atendimentos, de prontuários cadastrados, mas falta monitoramento sobre quem efetivamente ainda é usuário do serviço e o que é necessário para melhorar as condições de planejamento do trabalho.

Destarte, Silva, Lancman y Alonso (2009) destacam que os CAPS são estruturas que têm como objetivos vislumbrar o contexto social e as necessidades individuais de cada pessoa na perspectiva de proporcionar uma mudança global na busca de novas inserções na comunidade. Para tanto esclarecem que "(...) também cabe ao CAPS se autogerir, atribuindo à equipe a responsabilidade pela construção da estrutura organizacional e gerencial interna, além das demais atividades" (p.40).

Assim o CAPS deve ter uma gestão de suas ações e equipe a fim de proporcionar maior organização e maior atenção aos usuários. A gestão vai desde as relações com gestores estaduais e federais, até a gestão municipal que organiza as relações entre a rede. No entanto, há que se ter em questão a microgestão dos serviços que deve



acontecer em cada unidade de saúde para proporcionar maior especialização e aproximação ao ambiente ao qual se encontram (Brasil, 2010a).

Outro ponto importante no processo de gestão dos serviços e políticas é o controle social a partir da participação social dos usuários que usufruem dos serviços públicos, na perspectiva de uma atuação ativa nas decisões que lhe dizem respeito. Desse modo, Detomini y Bellenzani (2015), relatam experiência de atuação de usuários de grupo terapêutico nas reivindicações por melhores condições de atendimento nos serviços. A partir da pontuação dos problemas encontrados no serviço, organizaram-se assembleias para construção das pautas que foram desde problemas de infraestrutura até questões de organização do trabalho.

No entanto, apesar dos esforços da equipe em incentivar e apoiar essa construção de participação social dos usuários como sujeitos de direitos e com capacidade de atuação, poucas reivindicações foram efetivamente atendidas, o que causa certa frustração e desfavorece a continuidade das ações (Detomini; Bellenzani, 2015).

A participação dos usuários é prevista na Lei nº 8.142/1990 que dispõe sobre o controle social que é expresso nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde que acontecem a cada quatro anos. Essas instâncias se configuram como espaços deliberativos e consultivos de fiscalização e controle das ações desenvolvidas no âmbito da saúde (Brasil, 1990b).

No âmbito da saúde mental, aconteceram conferências para tratar do assunto, sendo a última realizada em 2010, intitulada IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, cujas discussões focaram na organização das ações, com proposições sobre financiamento, organização dos serviços, participação social, intersetorialidade e fomento a organização em rede.

Sendo assim, no campo da participação social, foram propostas a capacitação da população para o exercício do controle social, além disso, que as deliberações da Conferências sejam acatadas pelos gestores políticos e os direitos dos usuários sejam amplamente divulgados (Brasil, 2010b).

Podemos perceber a partir dos estudos analisados que a construção da gestão como algo com etapas que devem ser seguidas para o bom desempenho das ações ofertadas pelos serviços, é desconhecida e pouco aplicada pelos gestores. Além disso, há pouca participação dos profissionais e usuários na tomada de decisões quanto à organização



dos serviços e principalmente o uso dos recursos financeiros destinados a Saúde Mental.

Os documentos oficiais preconizam a participação social e a gestão dos serviços em suas diversas nuances como essenciais para o alcance dos objetivos de cada serviço, no entanto, a realidade é permeada pela falta de comunicação e a hierarquização vertical no comando das instituições. Sendo assim fazem-se necessárias importantes mudanças para que a atenção psicossocial alcance o status de rede articulada com o objetivo de proporcionar o bem-estar da população.

Reflexões finais

A gestão dos serviços e das redes segundo os artigos analisados ainda é considerado inicial, apesar da portaria que estrutura a RAPS ter seis anos que foi publicada, ainda há desafios quanto ao conhecimento técnico que estruture administrativamente e tecnicamente os serviços e reúna os pontos de atenção com base na horizontalidade de relações entre os serviços.

É importante destacar que a produção acadêmica e pesquisas em torno da gestão dos serviços e redes de atenção à saúde mental têm pouca expressividade, sendo necessário haver mais pesquisas para que sejam sugeridas mudanças nessa realidade.

Portanto, o caminho é árduo, mas com a união dos diversos atores sociais e políticos que atuam na defesa e estruturação da saúde pública e atenção psicossocial a realidade tem chances de mudar e a atenção psicossocial proporcionar melhores condições de vida a população brasileira.

Notas

1 Mestra em Políticas Públicas e Sociedade pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Assistente Social no Instituto Dr. José Frota (IJF). Coautora na elaboração do artigo.

2 Mestra em Educação pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Assistente Social no Hospital Municipal Abelardo Gadelha da Rocha (HMAGR). Autora principal da pesquisa.

Referências

Alves, D.S.; Schechtman, A. A Organização da Política de Saúde Mental. In: JORGE. Marco Aurélio Soares; CARVALHO, Maria Cecília de Araújo; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da (2014). Política e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz.



Alves, H.M.C.; Dourado, L.B.R.; Cortes, V.N.Q. (2013). A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. *Ciênc. Saúde coletiva* [online], Rio de Janeiro, 18 (10), 2965-2975.

Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Brasil. (1990a). Lei n. 8080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília.

_____. (1990b). 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. Brasília.

_____. (2011a). Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília.

_____. (2001). Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, seção 1.

Brasil. (2011b). Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília.

_____. (2010a). Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília.

_____. (2010b). Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental intersectorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: CNAS/Ministério da Saúde.

_____. (2011c). Ministério da Saúde. Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília.

Costa, M.M; Dimenstein, M. (2015). CAPS com gerência pública e privada: estudo na rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Norte. *Revista de psicologia*, Fortaleza, 6(1), 7-18.

Detomini, V.C.; Bellenzani, R. (2015). Construindo a participação social junto a usuários de um grupo de apoio: desafios para a qualificação da atenção em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Cadernos de Terapia Ocupacional, USCAR, São Carlos*, 23(3), 661-672.



Franco, C.M; Franco, TB. Linhas do Cuidado Integral: Uma proposta de organização da rede de saúde. In: Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14 (1), 297-305.

Junior, J.M.P. et al. (2013). Gestão e saúde mental em um município de pequeno porte: uma experiência em um município de pequeno porte. *Revista APS*, 16(3), 328-332.

Kuschnir, R.C; Chorny, A.H.; Lira, A.M.L. (2014). *Gestão dos sistemas e serviços de saúde*. 3. ed. Florianópolis: Universidade Federal de São Carlos.

Lima, I.C.S.; Lima, S.B.A.; Marques, A.D.B. (2017). Desafios e avanços do processo de gestão de um centro de atenção psicossocial de um município do interior do nordeste brasileiro. *Revista Cuidado é fundamental*, Rio de Janeiro, 9(2).

Mendes, K.D.S.; Silveira; R.C.C.P.; Galvão, C.M. (2008). Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, 17(4), 758-64, Out.-Dez.

Mendes, E.V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 15(5), 2297-2305.

Neto, M.M.B. (2016). A implantação da RAPS em um Município de Grande Porte e poucos Recursos Financeiros. 2016. 199 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Paes, LG. et al. (2013). Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. *Trab. educ. saúde*, 11(2), 395-409.

Severo, A.K.; Dimenstein, M. (2011). Processos de trabalho e gestão na estratégia de atenção psicossocial. *Psicol. Soc.*, Florianópolis, 23(2), 340-349.

Silva, M.T.; Lancman, S; Alonso, CM.C. (2009). Consequências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. *Rev. Saúde Pública*, 43(1), 36-42.

Souza, N.P. (2016). O Apoio institucional na implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): o caso do estado do Rio de Janeiro. 2016. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Rio de Janeiro: Fiocruz.

Trapé, T.L.; Campos, R.O. (2017) Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismo de avaliação. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 19(51).



Ventura, C.A.A.; Araújo, A.S.; Moll, M.F. (2011). Dimensões organizacionais de um Centro de Atenção Psicossocial para dependentes químicos. *Acta paul. enferm.*, 24(5), 650-655.

Ventura, C.A.A. et al. (2012). Dimensões organizacionais de dois Centros de Atenção Psicossocial de uma cidade do interior de São Paulo. *Revista RAS*, 14(54), 65-70.

Ventura, C.A.A.; Jorge, M.S.; Moll, M.F. (2014). Análise das dimensões organizacionais do Centro de Atenção Psicossocial. *Journal of Nursing and Health, Pelotas*, 4(1).



Línea Temática 4.

Salud, previsión social, envejecimiento y discapacidades: Sociedad y las dimensiones del envejecimiento y la discapacidad. Efectos de la transición epidemiológica y demográfica. Análisis y debate acerca de las percepciones y concepciones que caracterizan el envejecimiento como sinónimo de enfermedad



La calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores de una población media de Jalisco, México

Isael Durán Jiménez ¹
Juan Patricio Castro Ibáñez ²

Resumen

Desde los setenta se viene prestando un creciente interés en el estudio de los determinantes de la calidad de vida. En años recientes, un número considerable de trabajos, se han preocupado por estudiar el concepto de calidad de vida (CV) y buscar su relación con la salud. La calidad de vida relacionada con la salud, se refiere a las dimensiones física, psicológica y social de la salud, y puede ser influida por las experiencias de la persona, sus creencias, sus expectativas y sus percepciones. El examen de la calidad de vida relativa a la salud cubre sólo aspectos de la vida que están dominadas por la salud personal. Metodología: Este estudio es de corte descriptivo y correlacional. Objetivo: Examinar la calidad de vida vinculada a la salud en personas mayores viviendo en una pequeña ciudad mexicana. Para ello se aplicó a 564 personas mayores un instrumento a través del cual el individuo autoevalúa su estado de salud general. Resultados y Discusión: Se revela que la autocalificación de este colectivo, de forma global, en cuanto a su estado de salud es aprobatoria y aceptable, lo que significa que básicamente no existe una problemática seria en este aspecto fundamental de la vida de estas personas. Conclusión: Sin embargo, las personas mayores de edad más avanzada, sí que presentaron más problemas de salud como era de esperarse, a las que los servicios sanitarios del Estado deberían prestar una mayor atención en aras del bienestar social de este vulnerable colectivo de la población.

Introducción

La pregunta de investigación que detona este modesto trabajo de investigación es: ¿Es buena la calidad de vida relacionada con la salud de las personas mayores de Ocotlán, Jalisco, México? El principal objetivo extrínseco de este estudio fue dar luz sobre esta particular problemática y tratar de incidir positivamente en las políticas públicas regionales destinadas a este grupo social especialmente vulnerable de la sociedad local. La importancia de llevar a cabo este análisis es enorme dado el número cada vez más creciente de individuos (y su peculiar problemática) en este colectivo en el marco de la transición demográfica actual. La factibilidad para la realización de este trabajo de investigación no tuvo ningún inconveniente de importancia. Asimismo, el vacío de



información que llegó a cubrir este estudio era tal que justificó plenamente su pertinencia.

En este orden de ideas, se tiene que desde la época de los setenta se viene prestando un creciente interés en el estudio de los determinantes de la calidad de vida por parte de los científicos sociales. En años recientes, un número considerable de trabajos, se han preocupado por definir o estudiar el concepto de calidad de vida (CV) y sobre todo buscar su relación con la salud. La calidad de vida no es un concepto nuevo, se ha venido aplicando a diversos campos, hasta el punto que hoy, el término se ha convertido en uno de los de mayor uso en el lenguaje común y se debe considerar como una entidad multidisciplinaria que es aplicable e inherente a todos los temas de la sociedad y no solo como factor psicosocial.

Fundamentación del problema

Alcedo, Aguado, Arias, González y Rozada (2008) señalan que el concepto de calidad de vida (CV), no es un concepto nuevo, ya se encuentra implícitamente en el pensamiento presocrático, aunque no surge de forma explícita hasta hace unos 40 años, aproximadamente. El carácter dinámico de este concepto y su conexión con diversos objetivos hacen que su definición constituya un difícil reto.

No existe una definición unánimemente aceptada de CV, sino multitud de ellas con diferentes puntos en común. Ya hace años se hablaba de la existencia de más de 100 formulaciones y medidas del constructo. Así, las distintas definiciones de este término tienen en común el recoger un amplio espectro de dimensiones de la experiencia humana, dimensiones que tienen que ver con aspectos variados, relativos a la relación del individuo con su vida (en qué medida las expectativas se aproximan a los logros conseguidos), a factores objetivos y subjetivos que impactan sobre la vida o ámbitos de la experiencia humana, y al grado de satisfacción con las circunstancias percibidas de la vida.

Durán, Salinas y Gallegos (2004) citando a la Organización Mundial de la Salud (1985) declaran que “la calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. Un aspecto importante a considerar es que



la calidad de vida depende de muchos otros factores además de la salud, por lo cual algunos investigadores prefieren usar en estos casos el término “Calidad de vida Relacionada con la Salud” (CVRS) (Health-Related Quality of Life).

Abrams (1973) aprecia que la calidad de vida se ha entendido como el grado de satisfacción o insatisfacción que sienten las personas con varios aspectos de su vida, pues incluye un amplio rango de conceptos personales y sociales. A su vez Cote, Gregoire y Moisan (2000) comentan que cuando se relaciona con la salud, la calidad de vida se refiere a las dimensiones física, psicológica y social de la salud, la cual puede ser influida por las experiencias de la persona, sus creencias, sus expectativas y sus percepciones. Guyyat, Patrick y Feeney (1991) observan que, por lo tanto, la calidad de vida es un término multidimensional en el que se integran buen funcionamiento físico, adecuada existencia psicosocial y de roles, además de percepciones sobre el estado de salud.

En lo que tiene que ver con los determinantes de la calidad de vida en las personas mayores tenemos que Durán et al. (2004) establecen que, a pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, hay algunos factores que permanecen constantes en los estudios sobre calidad; destacan entre ellos: 1. Soporte social, un elemento que con frecuencia aparece relacionado de forma positiva, independientemente del tipo de estudio o de la intervención médica de que se trate. 2. Edad, sexo, condición de salud y residencia. 3. Factores socioeconómicos y escolaridad (si bien tienen importancia, no son del todo determinantes). 4. Finalmente, el estado de salud, ya que cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida y en mayor medida los problemas de salud mental, como los desórdenes de ansiedad, depresivos y afectivos.

Peiró (2002) señala que la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es un concepto no unitario, difícilmente abordable desde una perspectiva unidimensional, que varía con el enfoque que se aplica a la medición y donde todavía existen importantes problemas para decidir qué dimensiones medir, qué peso otorgar a cada dimensión y como limitar la valoración –dentro del concepto CVRS- a los dominios que se encuentran afectados por la salud. Un término clave en la medida de la calidad de vida es el estado funcional, el cual es conceptualizado usualmente como la capacidad para procurarse los propios cuidados y desarrollar las actividades físicas y su restauración es un objetivo esencial de la atención sanitaria.



Las actividades de la vida diaria (AVD) fueron el primer parámetro funcional ampliamente aceptado y reconocido y se definen como aquellas funciones físicas, diarias y rutinarias, necesarias para vivir. Incluyen actividades de cuidado personal (vestido, baño, aseo personal, uso del retrete, transferencias, alimentación, continencia, movilidad en interiores) y, aunque existe un acuerdo general en lo que constituye el núcleo central de la AVD, las llamadas AVD básicas (AbVD), existen variaciones en las actividades incluidas en diferentes escalas. Aunque la capacidad para realizar las AVD se ha usado como sinónimo de función o rendimiento físico, solo supone una parte de la función global que abarcaría también las dimensiones mental, emocional y social.

Metodología

Se trata de un estudio de alcance descriptivo. El objetivo fue describir la calidad de vida relacionada con la salud de este colectivo de personas mayores. El universo de estudio lo constituyó el conjunto de personas con edad igual o mayor a los 65 años, residiendo en el Municipio de Ocotlán, Jalisco, México.

Participantes

Se seleccionaron dos submuestras. El tamaño de la primera submuestra, que fue probabilística estratificada y proporcional, fue de 364 personas mayores. En lo que respecta al segundo grupo, la muestra consistente en personas mayores no afiliados al IMSS, fue no probabilística y/o incidental cuyo número fue de 200 personas; la muestra total resultó en número de 564 personas mayores.

Técnica e instrumentos

Se realizó una encuesta para la que se utilizó el Cuestionario de Salud EuroQol-5D el cual es un instrumento genérico de medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que puede emplearse tanto en individuos relativamente sanos (población general) como en grupos de pacientes con diferentes patologías. El propio individuo valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) y luego en una escala visual analógica (EVA) de evaluación más general. Un tercer elemento del EQ-5D es el índice de valores sociales que se Para efectos de evaluar la confiabilidad del instrumento, se obtuvo el Alfa de Cronbach (0.81) que resultó apropiado.



Procedimiento

Las entrevistas fueron llevadas a cabo por un grupo de estudiantes de diferentes carreras del Centro Universitario de la Ciénaga de la Universidad de Guadalajara, que fueron entrenados apropiadamente.

Análisis estadístico

Se obtuvieron frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones típicas.

Resultados

Se despliegan a continuación los estadísticos descriptivos en general de la muestra en cuanto al comportamiento de las cinco variables que constituyen el instrumento. Estos resultados indican que el aspecto en el que tiene la muestra mayores problemas de salud es el de dolores o malestares corporales (a promedios más altos, mayor problema percibido, siendo la escala de 1-3); por el contrario, en el que menos impedimentos posee es en el de llevar a cabo actividades de cuidado personal. En la EVA (Escala Visual Analógica) se observa un puntaje medio que tiende de regular a bueno en general (recordamos que en esta escala las personas deben situarse en un continuo de 0 a 10 puntos según como se sienten el día de la evaluación).

(n = 564)	M	DE
Movilidad	1.47	0.54
Cuidado personal	1.28	0.51
Actividades cotidianas	1.47	0.59
Dolor / malestar	1.71	0.59
Ansiedad / depresión	1.43	0.63
Escala Visual Analógica	7.02	1.72

Tabla 1. Descripción general de variables descriptivas y EVA

Distribuciones del EuroQol 5-D

Cuando se suman las cinco cuestiones y se halla un índice general cuyo rango sería de 5 a 15 puntos, se obtiene un promedio de 7.35 (DE =2.16). La tabla siguiente muestra la distribución de esta variable así obtenida.



(n = 564)	Fr.	%
5	147	26.1
6	102	18.1
7	80	14.2
8	68	12.1
9	62	11.0
10	54	9.6
11	29	5.1
12	13	2.3
13	4	0.7
14	3	0.5
15	2	0.4
Total	564	100

Tabla 2. Distribución Niveles Puntaje considerando la suma de los cinco ítems.

Si se revisan las frecuencias y porcentajes resultantes para la totalidad de la muestra para cada ítem o dominio de cada una de las variables descriptivas del EuroQol 5-D, las cuales presentan todo un rango de puntos que va del 1 al 3 (sin problemas, algunos problemas, imposibilidad), se obtendrán las siguientes tablas descriptivas:

	Fr.	%
Sin problemas	312	55.3
Algunos prob.	241	42.7
Imposibilidad	11	2
Total	564	100

M = 1.47 D E = 0.53

Tabla 3. Distribución de Movilidad



La mayoría relativa de estas personas mayores no percibe problema alguno para caminar o moverse, mientras que un poco más de dos quintas partes dice tener algunos problemas de movilidad y una proporción mínima manifiesta sufrir una postración en cama.

	Fr.	%
Sin problemas	423	75
Algunos prob.	125	22.2
Imposibilidad	16	2.8
Total	564	100

$$M = 1.28 \quad D E = 0.50$$

Tabla 4. Distribución Cuidado Personal



Respecto de la variable descriptiva del cuidado personal, las tres cuartas partes de la muestra expresan no padecen ningún impedimento para realizar tal actividad; un poco



más de la quinta parte dice tener algunos problemas en este sentido y una muy pequeña parte expresa imposibilidad para atender su cuidado personal.

	Fr.	%
Sin problemas	328	58.2
Algunos prob.	208	36.9
Imposibilidad	28	5
Total	564	100

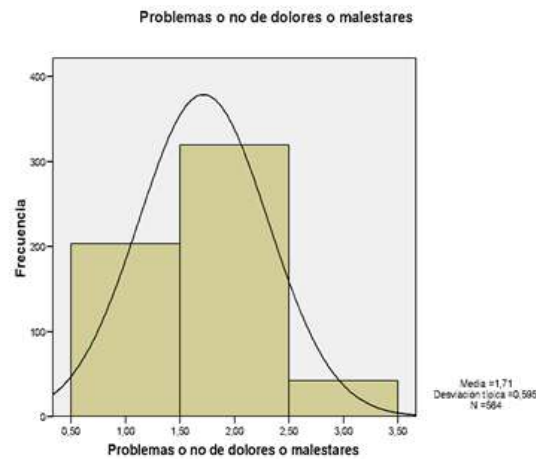
$M = 1.47$ $D E = 0.59$
 Tabla 5. Distribución Act. Cotidianas



La realización de actividades cotidianas no representa ningún problema; un poco más de la tercera parte de él presenta algunos problemas para la ejecución de estas actividades cotidianas y un pequeño porcentaje expresa no poder llevarlas a cabo de forma satisfactoria y normal.

	Fr.	%
Sin dolores	203	36
Algún dolor	319	56.6
Mucho dolor	42	7.4
Total	564	100

$M = 1.71$ $D E = 0.59$
 Tabla 6. Distribución Dolores / Mal.

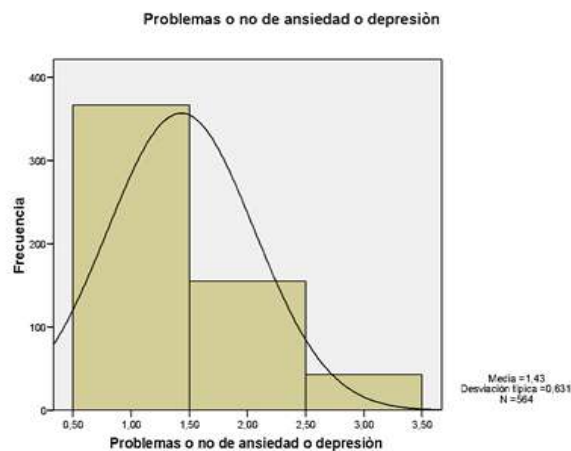


El experimentar dolores o malestares corporales no significa problema alguno para un poco más de la tercera parte de los sujetos en estudio, mientras que para un poco más de la mitad de ellos sí constituye cierto problema; y un poco menos de la décima parte sufre de muchos dolores y malestares en su cuerpo.

	Fr.	%
Sin ansiedad	366	64.9
Algo ansioso	155	27.5
Muy ansioso	43	7.6
Total	564	100

M = 1.43 DE = 0.63

Tabla 7. Distribución Ans. / Depresión



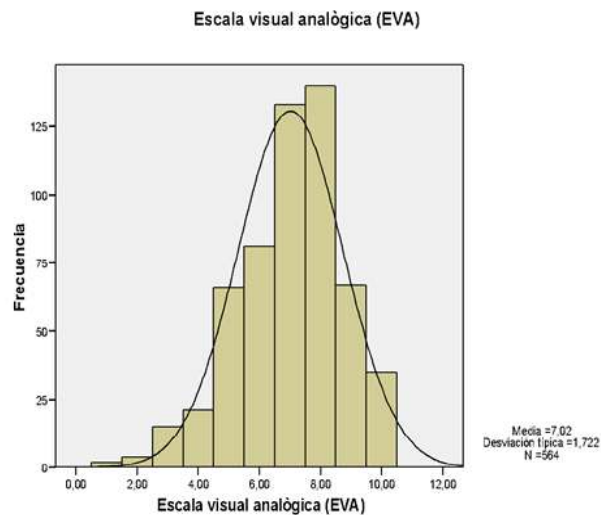
En lo que tiene que ver con la parte psicológica de estudio que aborda este instrumento, casi las dos terceras partes de este grupo de mayores manifestó encontrarse libre de



problema de ansiedad o depresión alguno, en tanto un poco más de la cuarta parte dijo si tener algunos problemas depresivos y un resto pequeño de la muestra dijo sufrir muchos problemas de ansiedad o depresión.

(n = 564)	Fr.	%
1	2	0.4
2	4	0.7
3	15	2.7
4	21	3.7
5	66	11.7
6	81	14.4
7	133	23.6
8	140	24.8
9	67	11.9
10	35	6.2
Total	564	100

M = 7.02 D E = 1.72
 Tabla 8. Distribución EVA



Por último, en referencia a la percepción del estado de salud global evaluado a través de la Escala Visual Analògica (EVA), se presenta una distribución un tanto sesgada de los resultados en la cual la gran mayoría de la muestra se agrupa en torno de los niveles que van de regular hacia arriba de dicha escala, en donde 1 es el peor estado de salud posible y 10 es el mejor estado de salud percibido.



Discusión

Los malestares de toda índole representan el mayor problema de salud que tienen estas personas mayores y las acciones tendientes al cuidado personal son las que les ocasionan menos problemas, lo que se puede interpretar como que a pesar de esos dolores sentidos en general por estos sujetos, ello no les impide realizar sus labores de autocuidado personal como asearse, alimentarse, etc., es decir lo que algunos especialistas en este tema como Corrales et al. (2000) denominan ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria), lo que parece normal hasta la edad de los 75 años que es cuando la actividad funcional de los individuos hace crisis y se empiezan a presentar problemas importantes de movilidad y autonomía personal, acorde a lo comentado en este sentido por Durán et al. (2004) que señalan que dentro del grupo de 75 años y más, la gran mayoría de la población sufre pérdidas en su capacidad para realizar actividades de la vida diaria, frecuentemente derivadas de problemas físicos serios y de enfermedades crónico-degenerativas lo que ocasiona una creciente dependencia del resto de los integrantes de la familia para el sostén y el cuidado de sus necesidades más básicas. Lo anterior a tono con Gutiérrez (2004) que comenta que la posibilidad de sufrir discapacidades importantes aumenta espectacularmente a partir de los 70-75 años.

Si el estado general de la salud de este colectivo auto evaluado a través de la Escala Visual Analógica (EVA) presentó un promedio que resultó por encima de la media en una escala de 10 puntos posibles como óptimo estado de salud, lo que en el contexto de la propia escala es una autocalificación aprobatoria y aceptable de su estado general de salud, significa que no existe una problemática seria o importante en este aspecto fundamental de la vida de estas personas, como era de esperar en una población sana relativamente o por lo menos así considerada a priori.

Lo anterior se presenta en sintonía con un estudio sobre autopercepción de la salud entre personas mayores derechohabientes del IMSS a nivel nacional por Beaman et al. (2004) con los siguientes datos obtenidos: el 2,4 % de los adultos mayores percibieron su salud como excelente, 44 % como bien, 35 % como de regular a pobre y 18,6 % como muy pobre. Si agrupamos bajo estos mismos criterios o parámetros (un tanto discrecionalmente) los resultados del estudio local, se presenta lo siguiente: el 6,2 % de las personas percibe como excelente (EVA = 10) su estado de salud global, el 36,7 % como bueno (EVA = 8-9), 38 % de regular a pobre (EVA = 6-7) y el restante 19,1 %



como muy pobre (EVA = 1-5), en una clasificación un tanto arbitraria de la EVA del EuroQol para adaptarla de alguna manera a la de aquel estudio de Beaman et al.

Los resultados obtenidos en cuanto al puntaje en las distribuciones derivadas de la aplicación del instrumento EuroQol 5-D suponen en general que es muy buena o muy favorable la percepción de su estado de salud subdividida en cinco distintos dominios: a) movilidad en donde la mayoría relativa no tiene ningún problema de movilidad y solo un sector regular reportó algunos problemas de movilidad, b) el cuidado personal que presentó los mejores resultado con la mayoría de la muestra (75 %) que dijo no tener ningún problema en este aspecto, contra un 66 % de sujetos independientes para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de un estudio llevado a cabo en Mieres, España (Corrales et al., 2000); solo una mínima parte manifestó tener algunos problemas para sacar adelante su autocuidado personal en c) actividades cotidianas con los siguientes números: sin problemas la mayoría relativa de los entrevistados (58%), contra el 50 % de personas mayores que no tenían problemas para realizar sus actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) del estudio de Mieres, España (Corrales et al., 2000); y con algunos problemas el resto de ellos (42 %), d) dolores/malestares con la mayoría relativa ellos padeciendo algunos problemas y una cantidad regular sin ningún tipo de dolor y, e) la ansiedad/depresión con la mayoría relativa de estas personas sin ningún problema de este tipo y algo de depresión manifestaron tener un número regular de estos sujetos en estudio.

Solo una mínima parte de la muestra sufre problemas importantes de salud física y mental que les impidan realizar sus actividades cotidianas con normalidad; en contraste la mayoría relativa percibe su salud como buena y/o aceptable. Así, resulta que en cuanto a la Escala Visual Analógica (EVA) la mayoría abrumadora se aglutina en torno de valores aprobatorios de calificación de su salud global lo que se traduce como que en general tienen una buena percepción/calificación de su estado de salud, tal cual se esperaría de una población considerada sana a priori, aunque esté compuesta por personas mayores.

Para contrastar un tanto los resultados obtenidos en el EuroQol, el 73,9 % de la muestra percibió tener algunos o muchos problemas en las cinco variables planteadas, no obstante, el 80,9 % califica en la EVA su estado de salud global como regular pasando por buena y llegando a excelente. Para tratar de conciliar esta aparente discrepancia, una explicación es que, a pesar de sufrir ciertas dolencias particulares, al final en una



especie de balance global de su estado de salud, éste resulta ser bueno y positivo, ya que aquellos achaques no les impide vivir con cierta normalidad. Y sin descartar de ninguna manera la existencia de un cristal benevolente en su psique que les hace ver su vida y salud de forma positiva.

Conclusiones

En la calidad como salud se encontraron diferencias en variables como actividades cotidianas, dolores/malestares y depresión/ansiedad a favor de los hombres; tal vez ello se corresponde con lo que hay escrito, en el sentido de que generalmente las mujeres presentan mayor sintomatología que los hombres en muchas sociedades y culturas. Las diferencias en nuestro estudio pueden deberse a que el promedio de edad de las mujeres es un poco más elevado que el de los hombres y a que tal vez las mujeres tienen una mayor sensibilidad respecto de la salud y son más propensas a la angustia, aunque al final en la escala global quizá se esfuercen en valorar más positivamente su salud como un todo.

Para finalizar cabe mencionar que, del total de la muestra, aproximadamente un 5 % de ella requeriría del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) dada su imposibilidad física y psicológica de realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Notas

¹ Profesor Titular “B”, Departamento de Desarrollo Rural Sustentable, Centro Universitario de Ciencias Biológicas y Agropecuarias, Universidad de Guadalajara, México; Miembro del Cuerpo Académico UDG-696 “Desarrollo Rural Sustentable “. Tel 3311532362, e-mail tabascozac15@gmail.com

² Profesor Titular “C”, Departamento de Desarrollo Rural Sustentable, Centro Universitario de Ciencias Biológicas y Agropecuarias, Universidad de Guadalajara, México. Miembro del Cuerpo Académico UDG 671 “Procesos organizacionales y formativos para el desarrollo regional “. Tel 37 771175. Correo electrónico: cij18361@gmail.com

Referencias bibliográficas

Abrams, M., (1973). Subjective social indicators. *Social Trends*, 4,35.

Alcedo, M.A., Aguado, A.L., Arias, B., González, M., Rozada, C. (2008). Escala de Calidad de Vida (ECV) para personas con discapacidad que envejecen: estudio



preliminar. En: *Intervención psicosocial, Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida*. 17 (2), 153-167. Ed. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Beaman, P., Reyes, S., García, C., Cortes, A.R. (2004). Percepción de la Salud entre los Adultos Mayores Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. En Muñoz, O., García, C., Durán, L. (eds.) *La Salud del Adulto Mayor*. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

Bulpit, C.J. (1997). Quality of life as an outcome measure. *Postgrad Med J.*; 73: 613-616.

Casas, F., (1996). *Bienestar Social. Una Introducción Psicosociológica*. Barcelona, España. Promociones y Publicaciones Universitarias.

Cote, I., Gregoire, J., Moisan, J. (2000). Health-related-quality-of-life measurement hypertension. A review of randomized controlled drug trials. *Pharmacoeconomics*, 18,435-50.

Durán, L., Salinas, G., Gallegos, K. (2004). Estudio sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud del Adulto Mayor en México. En Muñoz, O., García, C., Durán, L. (eds.) *La Salud del Adulto Mayor*. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

Glatzer, W. y Mohr, H.M. (1987). Quality of life: Concepts and measurement. *Social Indicators Research*, 19, (1), 15-24.

Guyatt, G., Patrick, D., Feeney, D., (1991). Proceedings of the International Conference on the measurement of Quality of Life as an outcome in clinical trials. *Controlled Clinical Trials*, 12, 266S-269.

Michalos, A. (1995). Introducción a la teoría de las discrepancias múltiples (TDM). *Intervención Psicosocial*, 11, 101-115.

Nord, E. (2001). *Measuring Population Health: An Organization for Economic Cooperation and Development Survey of Multi-Attribute Utility Instruments*. En: Pinto J.L., Lopez-Casanovas, Ortún V. (eds.). *Economic Evaluation: From theory to practice*. Spinger-Verlag Ibérica.

Peiró, S. (2002). La calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Revista Documentación Social* no. 127. Escuela Valenciana de Estudios para la salud.

Ruiz, M.A., Rejas J. (2009). Calidad de vida y otras medidas de salud informadas por el paciente. Departamento de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

Salazar, J.G., Colunga, C., Pando, M., Aranda, C., Torres, T.M. (2007). Diabetes y Calidad de Vida: Estudio comparativo en adultos con y sin diagnóstico tipo 2 atendidos



en centros de salud de Guadalajara. Revista Investigación en Salud, IX, 2. Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México.

Shumaker, S., Naughton, M. (2004). The international Assessment of Health Related Quality of Life. Theoretical Perspective.



Automonitoreo y calidad de vida: estrategias de comprensión y mantención del nuevo cuerpo en la vejez

Manuel Andrés Moya Muñoz

Resumen

Esta ponencia busca contribuir a la comprensión de la función que nuevas tecnologías digitales de monitoreo corporal adquieren en el proceso de reconstrucción identitaria que llevan a cabo personas mayores. Presenta los principales resultados de un estudio orientado a explorar el sentido que personas mayores dan a estas tecnologías en relación con nueve dimensiones de calidad de vida. Se basa en entrevistas fenomenológicas en profundidad realizadas a personas mayores residentes de la ciudad de Valparaíso, Chile, usuarias de una tecnología digital de automonitoreo corporal. Se propone que estas tecnologías ocupan una posición importante en el proceso de reconstrucción de la relación de las personas con sus propios cuerpos en esta etapa de la vida. Al mismo tiempo, ellas son un símbolo de las nuevas relaciones que establecen con la comunidad, constituyéndose como marcas identitarias de una vejez activa. Estos resultados contribuyen a comprender las tecnologías de salud digital desde la perspectiva y la experiencia de sus usuarios, con énfasis en la reconstrucción de la imagen de sí. Asimismo, estos resultados contribuyen a posicionar la implementación de estos dispositivos como promotores de autocuidado y como impulsores de una identidad activa. De esta manera, este estudio avanza en la comprensión del sentido que las nuevas tecnologías de salud digital tienen para personas mayores a la luz de sus proyecciones de calidad de vida.

Palabras clave

Tecnología de cuidado, automonitoreo, vejez, calidad de vida, identidad.

Introducción

Estamos frente un acelerado proceso de envejecimiento. La Organización Mundial de la Salud estima que para el año 2050 cerca de un 25% de la población mundial serán personas mayores de 60 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). En el caso de Chile, el Censo de 2017 indica que un 16% de la población del país es mayor de 60 años de edad (Instituto Nacional de Estadísticas, 2017). Y se espera que esta siga aumentando aceleradamente en las próximas décadas (Kornfeld, 2012).

Este proceso de envejecimiento poblacional presenta problemáticas en diversas áreas. Esta es una población vulnerable, que demandará y requerirá de mejores y más bienes



y servicios en salud, ingresos, pensiones, participación, además de aspectos personales como relaciones, afectos, autonomía, solo por nombrar algunos (Guzmán, 2002).

Bajo estos términos se hace necesario avanzar en mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores. Una encuesta de calidad de vida en la vejez concluyó que las principales problemáticas de las personas mayores en Chile se encuentran relacionadas a los ingresos y la salud (Programa Adulto Mayor UC y Centro UC Estudios de Vejez y Envejecimiento, 2017).

Particularmente en cuanto a la salud, algunos autores identifican que estamos frente a una crisis en el cuidado, desde la relación entre el aumento exponencial de la población adulta mayor (la principal que requiere o requerirá cuidados)- y la incorporación progresiva al mercado del trabajo de quienes eran las cuidadoras tradicionales (mayormente mujeres y familiares) (Sánchez y Domènech, 2015, p.106).

En este contexto, las tecnologías de cuidado han ido en aumento, basado en la promesa de ofrecer seguridad y cuidados, mejorando de este modo la calidad de vida de sus usuarios (Moya,2019). La OMS explica que los beneficios de estas tecnologías de asistencia “permite a las personas llevar una vida sana, productiva, independiente y digna y tomar parte en la educación, el mercado laboral y la vida social. La tecnología de asistencia reduce la necesidad de servicios oficiales de salud y apoyo y de atención crónica, así como la carga de trabajo que recae en los cuidadores” (OMS, 2016).

En síntesis, tenemos una creciente población de personas mayores, con su necesidad de mejores condiciones de vida, y una creciente aparición de tecnologías apuntadas a lograr resolver los problemas de cuidado en salud (Moya, 2019).

En razón de lo anterior, esta ponencia presenta los resultados de una investigación realizada durante 2017 y 2018 sobre adultos mayores usuarios de tecnologías de automonitoreo. En concreto el objetivo de esta investigación fue conocer de qué manera los adultos mayores usuarios de tecnologías de monitoreo para la salud valoran su calidad de vida y qué sentido adquiere este artefacto en relación con ella. Se pretendió en términos específicos: comprender como estos adultos mayores valoran su calidad de vida en referencia a las dimensiones estudiadas y comprender el sentido que le dan a su calidad de vida a la luz de esta tecnología de automonitoreo (Moya, 2019)



Marco conceptual

Existen múltiples definiciones sobre cómo abordar el envejecimiento: envejecer saludablemente, envejecer activamente, envejecer positivamente o envejecer productivamente (Miralles, 2010). Para Moya (2013) estas formas de entender y afrontar la vejez son “descripciones normativas y criterios políticos sustentados en un proyecto antropológico que, además, sedimenta el ejercicio del poder sobre la vida” (Moya, 2013, p. 444). En términos Biopolíticos, estas definiciones de gobierno sobre la vida son “materializadas en la diseminación, siempre en positivo, de discursos, prácticas de autocuidado y estilos de vida funcionales” (Moya, 2013, p. 442).

Considerando que las personas mayores están expuestas a discursos sobre cómo vivir su vejez, Rose (2012) plantea que estos criterios de cómo envejecer se han convertido en regímenes éticos sobre la conducción de sí mismo. Son valores asumidos, que intervienen en conductas y expectativas, Esto Rose lo define como Ethopolítica “la política del cómo debemos conducirnos en relación con nosotros mismos y respecto de nuestras responsabilidades hacia el futuro” (Rose, 2012, p. 67).

En el mismo sentido, así como está la conciencia ética de la conducción de la propia vejez, existe también una autoconciencia de la corporalidad en la utilización de tecnologías de cuidado. Mol y Law (2004) analizaron que el cuerpo no debe entenderse como solo como una conjunción de tejidos, el cuerpo es vivido, sobre él se articulan decisiones para mantener un todo corporal. Es decir, el cuerpo es objeto, cuando por ejemplo se analiza sus signos vitales, y sujeto cuando es vivido, cuando se siente dolor, frío, etc. En tal sentido la clave de este tipo de tecnologías de automonitoreo, radica en como el cuerpo objeto es explicado al cuerpo sujeto a través de estas tecnologías. Las sensaciones corporales son detectadas por estos dispositivos, un dolor de cabeza, es explicado por un medidor de presión y el sujeto asimila la información que llevo a esa alza en la presión. Pero esta explicación del cuerpo objeto, se transforma a su vez en prácticas en la vida cotidiana, el cuerpo no solo es explicado, también se toman decisiones que son reproducidas en la práctica por los sujetos, una presión alta después de tomar cafeína, implica estar consciente y condicionar el consumo frecuente de esta (Mol y Law, 2004).

Por otro lado, en cuanto a la calidad de vida este estudio como referencia las dimensiones estudiadas por Fernández-Ballesteros (1997) quien, desde la multidimensionalidad del concepto, analiza cuales son las dimensiones que las



personas mayores identifican como más relevantes para su calidad de vida. Descubrió que existen 9 dimensiones para analizar la calidad de vida en la vejez: salud (tener una buena salud), habilidades funcionales (valerse por sí mismo), condiciones económicas (tener una buena pensión y/o renta), relaciones sociales (mantener relaciones con la familia y los amigos), actividad (mantenerse activo), servicios sociales y sanitarios (tener buenos servicios sociales y sanitarios), calidad en el propio domicilio y del contexto inmediato (tener una vivienda buena y cómoda y calidad de medio ambiente), satisfacción con la vida (sentirse satisfecho con la vida) y oportunidades culturales y de aprendizaje (tener la oportunidad de aprender nuevas cosas) (Fernández-Ballesteros, 1997, p.94). Estas dimensiones han sido validadas y reconocidas a través de un instrumento metodológico y por lo tanto fueron utilizadas en esta investigación para analizar la calidad de vida de los sujetos estudiados (Moya, 2019).

Metodología

Para el estudio presentado se utilizó una metodología de tipo cualitativa con un enfoque fenomenológico. Esta decisión se basó en la dificultad para encontrar tecnologías de monitoreo utilizadas por adultos mayores. En base a esto se decidió optar por una muestra no representativa, pero con un mayor grado de profundidad en cada caso (Moya, 2019).

Por lo anterior, se utilizó el proceso fenomenológico propuesto por Seidman (2006) que plantea una secuencia de 3 entrevistas semiestructuradas en profundidad, utilizando una muestra pequeña, pero logrando un grado de profundidad mayor. Es así, que la primera entrevista apuntó a generar un contexto histórico-personal del entrevistado, la segunda apunto a comprender los usos y experiencias actuales con estas tecnologías. Y finalmente, la tercera entrevista se enfocó en las reflexiones intelectuales y emocionales con respecto a estas tecnologías. A estas se le sumo una cuarta y última entrevista de seguimiento un año después, ellos producto de un error y perdida de dos entrevistas realizadas en la primera etapa y la consecuente falta de material de análisis (Moya, 2019).

En consecuencia, se entrevistó a 3 sujetos de estudio usuarios de tecnologías de automonitoreo (Ángela, Andrea y Alonso), cada uno pasando por un proceso de al menos 4 entrevistas en profundidad: Historia de vida, actualidad, reflexiones y seguimiento (Moya,2019).



Finalmente se analizó esta información siguiendo en la línea de lo que propone Seidman (2006), se realizaron bibliografías personales en primera persona de cada uno de los entrevistados, para posicionar al investigador desde la óptica de los sujetos. Posteriormente, se procedió a analizar en detalle las entrevista en relación a las dimensiones estudiadas, se seleccionaron citas según cada dimensión y estas fueron sistematizadas para analizarlas (Moya,2019).

Resultados

Los resultados obtenidos muestran que la vejez aparece como una etapa nueva y cambiante, donde las personas mayores articular múltiples estrategias para sobrellevar su propia vida (Moya, 2019).

Partiendo por la dimensión salud, el cuerpo de pronto se vuelve extraño y frágil, este cuerpo objeto se asume como consecuencia del Yo pasado, de los procesos previos a la vejez. Esta fragilidad transforma a su vez al cuerpo en objeto de cuidado y mantención. Entonces el cuerpo se hace visible, se conoce y se monitorea. En esto último el reloj adquiere vital importancia, pues es quien permite conocer el propio cuerpo, es un objeto que traduce la corporalidad, sobre esta cuantificación se toman decisiones de autocuidado. Este objeto pasa a ser una de las estrategias para comprender el nuevo cuerpo (Moya,2019).

Sobre la dimensión habilidad funcional, esta adquiere sentido para los mayores desde la diferenciación con los “otros”. En esta dicotomía están los adultos mayores responsables que cuidan de su propia salud y ejercen acciones para mantenerla, en este caso ellos mismo, y están los “otros” mayores, que son aquellos que han sido irresponsables con su propio cuerpo y por eso no han logrado mantenerse funcionales (Moya, 2019)

En relación a la dimensión educación, si bien los sujetos no tienen variaciones en su nivel de estudio, presentaron un gran interés en participar de espacios educativos (charlas, seminarios, cursos, etc.). Las áreas temáticas de estos espacios se relacionaban con beneficios y derechos, salud e ingresos, que son componentes importantes de la calidad de vida. Este último punto es particularmente relevante, cuando el conocimiento en salud, se concretiza como una estrategia de autocuidado (Moya, 2019).



En cuanto a la dimensión ingresos, esta se basa en la relación entre los bajos ingresos y los altos costos. Los ingresos son un aspecto negativo en la calidad de vida de los adultos mayores, estos deben generar estrategias de administración de sus recursos. Es tan desgastante esta dimensión que genera problemas de depresión. La vejez para ellos significó cambiar sus gustos, su alimentación, sus prioridades y en general todos sus gastos para acomodarse a la nueva situación (Moya, 2019).

Sobre los servicios sociales, estos están directamente relacionados con la dimensión ingresos, pues al bajar los ingresos algunos servicios sociales aparecen como un apoyo necesario para cubrir estos espacios. Desde este punto, los servicios sociales se hacen visibles como medios estratégicos para apalear los gastos, pero esta misma visibilización hace evidente sus desventajas (Moya, 2019).

La dimensión calidad ambiental, que se relaciona con el ambiente en que deben desenvolverse los mayores, reflejó que existe una amplia variedad de problemas ambientales para los mayores que confluyen principalmente en una ciudad poco amigable. Los cerros porteños y la dificultad de recorrerlos, las estructuras poco accesibles de la ciudad: calles, escaleras, barandas, medios de transporte, etc. Y finalmente los cambio socio-culturales que muchas veces van en contra del pensamiento de los mayores (Moya, 2019).

En cuanto a la dimensión integración, estos adultos mayores son personas altamente integradas socialmente, participan activamente en juntas de vecinos, en reuniones locales y con grupos de otros mayores. Pero esta integración también les genera conflictos, disputas sobre sus propios tiempos, entre el estar con la familia o asistir a un seminario. Pero esto mismo genera nuevas estrategias de los adultos para negociar tiempos entre las familias y las actividades. Así mismo, detrás de la idea de integrarse a distintas actividades existe una estrategia que busca beneficios como compararse con otros, conocer personas, recibir regalos, mantenerse activos (Moya, 2019).

Sobre la dimensión actividades y uso del tiempo libre, estos son adultos muy activos, entre las actividades sociales, les queda muy poco tiempo para el ocio, son en su mayoría dirigentes sociales de juntas de vecinos y grupos locales (Moya, 2019).

Finalmente, en cuanto a la dimensión satisfacción con la vida, buena parte de la satisfacción de ellos, pasa por el aporte o el legado que puedan dejar a la sociedad, es



fundamental para ellos, no solo participar de reuniones para mantenerse autovalentes, sino también de entregar en términos altruista algo a la comunidad (Moya, 2019).

Conclusiones

En síntesis, la vejez es una etapa nueva y cambiante. En esta etapa se deben articular múltiples estrategias para lograr mantener la propia calidad de vida. El reloj aparece explicando el cuerpo deteriorado, los cambios corporales son explicados, la cantidad de actividades son cuantificadas a través de los pasos. Pero también es un dispositivo de identidad, los mayores constituyen formas de acción relacionadas con él, se identifican como personas activas y autovalentes, por su uso, este instrumento construye la identidad de los adultos mayores (Moya, 2019).

Notas

¹ Sociólogo, Universidad Andrés Bello, Chile - manuel.moya.muoz@gmail.com

Referencias

- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, (73), 89-104.
- Guzmán, J. M. (2002). Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe (Vol. 28). Cepal/Celade. Santiago, Chile.
- Instituto Nacional de Estadística (2017). Primera entrega de resultados definitivos Censo 2017 cantidad de personas por sexo y edad [Base de datos]. Recuperado el 2 de mayo de 2018 de: <http://www.censo2017.cl/descargue-aqui-resultados-de-comunas/>
- Miralles, I. (2010). Vejez productiva. El reconocimiento de las personas mayores como un recurso indispensable en la sociedad. *KAIROS Revista de Temas Sociales*. 14(26).
- Mol, A. y Law, J. (2004). Embodied action, enacted bodies: The example of hypoglycaemia. *Body & society*, 10(2-3), 43-62. Traducción Propia.
- Moya, M (2019). Automonitoreo y calidad de vida: estrategias de comprensión y mantención del nuevo cuerpo en la vejez (Memoria de Título de pregrado), Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile.
- Moya, M. (2013a). Genealogía de una vejez no anunciada: biopolítica de los cuerpos envejecidos o del advenimiento de la gerontogubernamentalidad. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 12(36).
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). 10 datos sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado el día 3 de mayo de 2017 de: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>



Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016). Centro de prensa: Tecnología de asistencia. Recuperado el 20 de julio de 2017 de la web: <http://apps.who.int/mediacentre/factsheets/assistive-technology/es/index.html>

Programa Adulto Mayor UC y Centro UC Estudios de Vejez y Envejecimiento. (2017). Chile y sus mayores. 10 años de la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez UC – Caja Los Andes. Resultados IV Encuesta Calidad de Vida en la Vejez. Santiago: Fyrma Gráfica. ISBN N° 978-956-14-2059-5

Rose N. (2012). Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. La Plata, Argentina: UNIPE: Editorial Universitaria.

Sánchez, T. y Domènech, M. (2015). ¿Personas mayores en autonomía conectada? Promesas y retos en la tecnologización del cuidado. Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS), 152(1), 105-119.

Seidman, I. (2006). Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences. Teachers college press.



Reforma da previdência social no Brasil: a situação da mulher frente as reconfigurações sociais

Elizania Caldas Faria
Lúcia Cortes da Costa

Resumo

O Brasil passou por reformas previdenciárias nas últimas 5 décadas. As mudanças são justificadas no déficit no financiamento do sistema e na impossibilidade de manutenção da solidariedade. Entretanto, os fatores endógenos do sistema são dependentes dos fatores exógenos, e não a causa principal para as modificações dos sistemas de Previdência Social. As mudanças sociais, especialmente relacionadas a mulher no mercado de trabalho, na família e o aumento da longevidade, são fatores que impactam na Previdência Social que foi organizada a partir do modelo bismarkiano de seguro social, voltado para o homem trabalhador, família nuclear e numa sociedade com menor longevidade.

Palavras chaves

Reforma da previdência, proteção previdenciária da mulher, mudanças sociais.

Introdução

O Brasil passou por reformas previdenciárias nas décadas de 80 e 90. Recentemente, foi promulgada pelo Congresso Nacional, a Emenda Constitucional nº 103/2019, originária da PEC nº 6/2019, que modifica o sistema de Previdência Social brasileiro. O impacto das reformas é suportado de maneiras distintas nos grupos específicos de segurados. Às mulheres, por exemplo, tem sido significativo. Além de receberem valores inferiores na inatividade, serem a maioria na informalidade e em cargos de menor remuneração, as constantes interrupções em razão de maternidade e outras necessidades, postergam ou a impedem do recebimento de benefícios decorrentes das próprias contribuições.

A estrutura de previdenciária do país se constituiu no perfil familiar pós-guerra, delineado pela mulher, cuidadora da casa, e o homem, trabalhador da indústria, responsável da renda familiar. No entanto, a sociedade, a família e o mercado de trabalho sofreram grandes alterações no decorrer dos tempos, reduziu-se a capacidade de suprimento de bem-estar e potencializaram-se os riscos sociais. Assim, o presente estudo se destina a analisar a situação da mulher na reforma previdenciária brasileira, considerando seu papel na família e no mercado de trabalho nacional, uma vez que as



recentes reformas são decorrentes das mudanças sociais sofridas nas últimas décadas, principalmente as modificações de composição familiar, a inserção da mulher no mercado de trabalho, a queda da taxa de fecundidade, e o envelhecimento populacional.

Para cumprimento dos objetivos do trabalho será utilizado o método de abordagem qualitativo, com o método de análise de levantamento bibliográfico, técnica de coleta documental com o uso de fontes primárias e secundárias junto ao Ministério da Previdência Social, IPEA e IBGE.

O sistema previdenciário brasileiro e a mulher

A Previdência Social brasileira é um sistema contributivo destinado à proteção de indivíduos, que, em razão de contingências sociais (doença, morte, incapacidade, acidente, idade avançada), não consigam prover o próprio sustento, ou de seus dependentes. Desde sua origem, assumiu a finalidade de substituir a renda do trabalhador em momentos de incapacidade laboral, tornando-se a principal forma de se assegurá-lo dos infortúnios que acarretam a perda de geração de renda. É uma política ligada ao mercado de trabalho, logo, as mudanças nele ocorridas, impactam diretamente e de maneira proporcional, a cobertura previdenciária. Nos regimes Geral e Próprio, ambos de gestão pública, a filiação é compulsória e o financiamento é mútuo, oriundo de contribuições sociais dos empregadores, trabalhadores e do próprio Estado.

O Regime Geral brasileiro, posterior a Constituição Federal de 1988, é integrante da Seguridade Social, compreendida “como o conjunto de seguranças sociais que uma sociedade, de forma solidária, garante a seus membros” (Sposati, 2013, p. 652). Em razão do princípio da universalidade da Previdência Social, os benefícios podem ser concedidos a todos que a contratarem, não apenas empregados, consolidando-se a previdência social como direito de cidadania.

Considera-se a legislação destinada as empresas ferroviárias da década de 1920, o marco inicial da Previdência Social brasileira, embora já existissem anteriormente, de forma esporádica e assistemática, outros poucos regramentos sobre o assunto. Em 1923 foi aprovada a denominada Lei Elóy Chaves, (Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923) que criou a primeira caixa de aposentadorias e pensões do país, para os empregados das empresas ferroviárias.

A segmentação das caixas e dos institutos de aposentadorias e pensões caracterizou a primeira fase da previdência brasileira, nitidamente corporativista, vinculada ao mercado



de trabalho, mantinha qualquer um que não pertencesse a um ramo de atividade ou não possuísse vínculo formal de trabalho fora da proteção social. Camarano e Pasinato (2002, p. 3) observam que nesta época a participação da mulher no mercado de trabalho era insignificante pois suas atividades eram restritas aos cuidados domésticos ou a atividades relacionadas à saúde, educação ou assistência social, muitas vezes sem a contrapartida de remuneração. Da mesma forma, sua participação na Previdência Social era muito inferior a participação do homem, pois sua inserção na previdência, como contribuinte, aconteceu em decorrência de sua entrada no mundo do trabalho.

A estruturação familiar, nos anos de 1930, era configurada pelo varão provedor das necessidades econômicas, e a mulher cuidadora da casa e dos membros da comunidade familiar. Assim, considerando que a proteção social decorria das relações e vínculos de trabalho, a mulher era encontrada na previdência como dependente do homem responsável pela vinculação previdenciária. O benefício de pensão por morte, por exemplo, criado em 1923, era destinado para proteção das esposas e filhos menores de 18 anos, o homem poderia recebê-lo, de eventual segurada falecida, apenas se fosse inválido (Brasil. Decreto 4.682, 1923, art. 26).

O legislador da época tinha a intenção de proteger pessoas em provável situação de vulnerabilidade, após a perda empregado falecido. Além disso, a lei negava expressamente o direito à pensão caso a viúva estivesse divorciada à época do falecimento do trabalhador. Percebe-se que a lei previa proteção específica para herdeiras do sexo feminino, que perderiam o direito se casassem novamente, pois, com isso o dever de sustento passaria para o novo cônjuge.

Matijascic (2016, p. 17) explica que, até 1960, quando entrou em vigor a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), os benefícios não tinham distinções de gênero e “o acesso a benefícios de um modo quase hegemônico para as mulheres se dava na forma de dependente dos homens enquanto esposa, sobretudo ou filha”. A partir da década de 1960 surgiram as primeiras distinções, na legislação previdenciária, acerca do gênero dos contribuintes e segurados, dentre elas tempo de serviço reduzido, idade inferior para aposentadoria e licença maternidade.

Em 1972, em continuidade ao processo ampliação dos benefícios, a Lei 5.859, de 11 de dezembro, eleva os empregados domésticos à condição de segurados obrigatórios. Considerando que a maior parte dos trabalhadores doméstico formais é composto por



peças do sexo feminino, essa medida representou uma importante conquista para as mulheres (Camarano; Pasinato, 2002).

No aspecto previdenciário, a década de 1980 foi significativa. Foi nesta década que se encerrou o modelo instituído na década de 1930. A Constituição Federal de 1988, assegurou a pensão por morte ao cônjuge ou companheiro viúvo, e dependentes, independentemente do sexo feminino ou masculino, previu a concessão de aposentadorias aos contribuintes de formas distintas, a depender da questão de gênero, inclusive, para profissões e situações específicas, como professores e aposentadorias especiais, garantiu a todas as trabalhadoras rurais, em regime de economia familiar, o direito a percepção de benefícios previdenciários, independentemente de serem chefes ou arrimo de família, ou de terem realizado contribuições previdenciárias, e ainda, manteve a proteção à licença maternidade, ampliando a concessão de benefício para 120 dias (antes fixada em 90 dias), estendendo-o às mulheres empregadas domésticas e trabalhadoras rurais.

A Seguridade Social foi organizada em 1991, pela lei nº 8.212, de 24 de julho, que também instituiu o novo Plano de Custeio. Também em 1991, a lei nº 8.213, de 24 de julho, instituiu o Plano de Benefícios da Previdência Social. Ambas as legislações são os regramentos atuais do regime geral da Previdência Social Brasileira, com reformas pontuais, decorrentes de alterações legislativas posteriores e de Emendas Constitucionais, além das normas regulamentadoras administrativas, editadas por órgãos responsáveis. As duas leis, originariamente, mantiveram as disposições constitucionais acerca das distinções de gênero, para fins da aposentadoria por idade, por tempo de contribuição e especiais.

Considerando que o modelo de proteção previdenciária do regime geral, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, foi organizado como sistema contributivo de seguro social, as mudanças no mercado de trabalho têm impacto diretamente proporcional à cobertura previdenciária. Assim, a inserção da mulher no mercado de trabalho gera mudanças na dinâmica familiar, na demografia, na configuração do mercado e, por consequência, na Previdência Social. Tem-se que, com as mudanças sociais na família, na demografia e no mercado de trabalho, os riscos sociais se alteram e as políticas públicas de Previdência Social são impactadas.

O Brasil também passou por modificações sociodemográficas desde a criação de seu sistema previdenciário e essas modificações geram impactos na proteção previdenciária



da mulher. Essas mudanças sociais contribuíram para a mudança dos riscos sociais existentes, uma vez que, não apenas o exercício do trabalho do homem necessita de proteção, tal como previa o modelo bismarckiano, mas todos, dada universalização da Proteção Social pela instituição da Seguridade Social. Cumpre-nos, desta forma, analisar qual a situação da mulher na Previdência Brasileira e qual a sua importância na reforma da previdência social brasileira.

A mulher e as mudanças sociais

Conforme Esping-Andersen (2002), o perfil familiar do pós-guerra se baseava na mulher que realizava serviços domésticos não remunerados e o homem trabalhador assalariado, numa economia de mercado. No mercado, com o crescimento do setor industrial, muitos postos de trabalho eram na indústria, ocupados pelos homens. O bem-estar do início do século XX se constituiu com base nesta estrutura familiar. Entretanto, a sociedade, a família e o mercado de trabalho mudaram na sociedade pós-industrial, a mulher passou a realizar trabalhos remunerados, a dinâmica familiar modificou, e a economia de serviços propiciou o aumento dos postos de trabalho femininos.

A Previdência Social brasileira é construída na década de 1930 a partir do perfil do homem trabalhador na indústria e a mulher responsável pelas atividades domésticas e de cuidados. A configuração social existente naquela época é diversa da configuração social atual. O censo demográfico de 1940 demonstra que, as mulheres tinham menor escolaridade do que os homens e também eram em maior número no analfabetismo, eram a minoria no mercado de trabalho, em todas as categorias, exceto domésticos e inativos. Ainda, é possível se verificar que a categoria de “atividades domésticas ou atividades escolares” não se refere a atual concepção de trabalho doméstico, mas sim, atividades do lar, não remuneradas. Nesta categoria se encontravam a maior parcela das mulheres.

As mulheres, em especial a partir da década de 1970, integraram o mercado de trabalho com mais participação que em décadas anteriores. O censo demográfico demonstra que, em 1970, apenas 18,5% das mulheres eram economicamente ativas. Em 2010, este percentual subiu para quase 50% (LIMA JUNIOR *et al*, 2014, p. 592). Pelos dados coletados é possível verificar que até pouco tempo atrás, a cobertura previdenciária das mulheres era muito inferior à dos homens. Em 1977, representavam 26,8% do total de filiados da previdência, em 1999 passaram a 38,8% (MPAS, 2001), em 2009 -36,6% (AEPS, 2010), e em 2014 - 44,3% (AEPS, 2015).



As categorias de trabalho responsáveis pelo surgimento do sistema previdenciário no Brasil - atividades industriais, comércio, transportes e administração pública – eram eminentemente masculinas, na década de 1940. Dentre as pessoas que possuíam atividade principal nestas categorias, 86% eram homens, conforme nos demonstram os dados do Censo de 1940:

	Total	Homens	Mulheres
População Brasileira			
	41.236.315	20.614.088	20.622.227
Grau de Instrução			
Sabem ler e escrever	13.292.605	7.344.772	5.497.383
Não sabem	21.295.490	9.908.255	11.387.235
Atividade principal			
	29.037.849	14.434.611	14.603.238
Agricultura e similares	9.453.512	8.183.313	1.270.199
Indústria extrativa	390.560	345.202	45.358
Indústria de transformação	1.400.056	1.107.371	292.685
Comércio de mercadorias	749.143	698.202	50.941
Comércio de imóveis e valores imobiliários	51.777	48.229	3.548
Transportes e comunicações	473.676	459.758	13.918
Administração pública, justiça e ensino público	320.726	227.341	83.385
Defesa nacional e segurança pública	172.212	170.827	1.385
Profissões Liberais	118.687	78.731	39.956
Atividades sociais	899.774	461.621	438.153
Atividades domésticas ou atividades escolares	11.909.514	1.184.239	10.725.275
Inatividade ou atividades não compreendidas nos outros ramos	3.108.212	1.469.777	1.638.435

Tabela 1: População de fato, por sexo, e pessoas de 10 anos e mais, por sexo, segundo o ramo da atividade principal exercida – Censo Demográfico de 1940. Fonte: IBGE, 1940, p.6 e 34. Organização da pesquisa.

Nas últimas décadas do século XX, presenciamos a inserção, cada vez mais crescente, da mulher no campo do trabalho brasileiro, fato que pode ser explicado pela combinação de fatores econômicos, culturais e sociais. Em razão do avanço e crescimento da industrialização no Brasil, ocorreram a transformação da estrutura produtiva, o contínuo processo de urbanização e a redução das taxas de fecundidade nas famílias, proporcionando a inclusão das mulheres no mercado de trabalho.

O Censo Demográfico de 1980 (IBGE, 1980, p. 25) traz uma nova realidade. As mulheres continuam sendo a maioria da população, mas o grau de escolaridade é muito maior do que em 1940. Os números em valores absolutos podem não demonstrar grandes mudanças, além da quantificação, contudo, em relação às categorias, à população brasileira, e ao Censo de 1940, tornam-se muito significativos.

Em 1940, 51% da população declarou não saber ler. Em 1980 esse percentual caiu para 26% da população. Dentre as mulheres, 55% delas não sabiam ler ou escrever, em 1940 e, em 1980, apenas 28%. A redução no analfabetismo feminino pode ter



contribuído para sua colocação no mercado de trabalho. As mulheres, antes inseridas quase que integralmente nas atividades domésticas e escolares sem expressão econômica (73% delas), passaram a integrar outras categorias além destas:

	Total	Homens	Mulheres
População Brasileira			
	119.070.865	59.146.099	59.924.766
Grau de Instrução			
Sabem ler e escrever	69.703.993	34.841.503	34.862.490
Não sabem	32.731.347	15.900.859	16.830.488
Atividade principal			
	88.149.948	43.454.590	44.695.358
Economicamente ativas	43.796.783	31.757.833	12.038.930
Atividades Agropecuárias de extração vegetal e pesca	13.109.415	11.376.454	1.732.961
Indústria de Transformação	6.858.598	5.180.545	1.678.053
Indústria da Construção	3.151.094	3.095.756	55.338
Outras atividades industriais	665.285	609.651	55.634
Comércio de mercadorias	4.111.307	2.941.586	1.169.721
Transportes e comunicações	1.815.541	1.670.831	144.710
Prestação de serviços	7.089.709	3.113.769	3.975.940
Atividades sociais	3.044.909	886.998	2.157.911
Administração pública	1.812.152	1.430.058	382.094
Outras atividades	1.255.815	861.346	394.489
Pessoas não economicamente ativas	44.353.185	11.696.757	32.656.428

Tabela 2: População de fato, por sexo, e pessoas de 10 anos e mais, por sexo, segundo o ramo da atividade principal exercida – Censo Demográfico de 1980. Fonte: IBGE, 1980, p. 25. Organização da pesquisa.

Em 1940 a categoria com maior representação feminina estava na realização de atividades domésticas e escolares sem expressão econômica, 73% das mulheres se inseriam nessa categoria. Em 1980, as mulheres estavam inseridas na prestação de serviços, nas atividades sociais e no comércio. Entretanto, o número de mulheres consideradas economicamente inativas é expressivo, 54% delas. Neste período, foram definidas como pessoas não economicamente ativas aquelas que, nos 12 meses antes da realização do censo eram do lar, estudavam ou “viviam de rendimentos de aposentadoria ou de aplicação de capital; estavam detidas cumprindo sentença; doentes ou inválidas sem serem licenciadas do trabalho; não desejavam trabalhar ou, desejando, deixaram de procurar trabalho porque não encontravam” (Ibge, 1981, p. XXXV).



Dentre as mulheres, foram consideradas economicamente ativas 12.038.930, o que representava 26% do total de mulheres recenseadas acima de 10 anos de idade. Dentre os homens eram 31.757.833, o que correspondia a 73% dos homens recenseados. Do total de pessoas economicamente ativas, 72% eram homens e 28% mulheres. Nota-se que o perfil do trabalhador na década de 1980 ainda era masculino, entretanto, a participação feminina no mercado de trabalho era mais expressiva e mais diversificada do que a década de 1940. Isso se reflete na previdência social das épocas, composta por 71.284 mulheres e 89.019 homens, dentre eles: 42.355 homens aposentados e 6.594 mulheres, 17.249 homens pensionistas e 54.169 mulheres (Ibge,1940, p. 50).

Do total de contribuintes para a previdência em 1940, apenas 18% eram mulheres. Dentre os beneficiários da previdência, no entanto, elas representavam 44%, sendo 76% delas na qualidade de pensionistas e 9% de aposentadas. Dentre os homens 48% eram aposentados e 19% pensionistas (IBGE,1940, p. 50). Isso demonstra que a previdência social da época se destinava às mulheres somente enquanto dependentes pensionistas e não como contribuintes ou beneficiárias. Naquele período a previdência era destinada apenas a categorias específicas, além de ser inexpressiva diante da quantidade total da população.

Em 2017 (AEPS, 2017) a previdência social brasileira contava com 50.250.273 contribuintes empregados. Dentre eles, 28.654.343 identificados pelo sexo masculino e 21.492.201, feminino. Os valores das remunerações de contribuição somavam R\$ 790.611.563,00 para homens e R\$ 468.686.579,00 para mulheres. Embora o número de contribuintes empregados tenha diferença de apenas 14% entre homens e mulheres, o valor da remuneração é muito distante entre eles. Os contribuintes masculinos somam 57% do total de contribuintes e os femininos 43%, já a remuneração total das mulheres contribuintes é 59% menor que a dos homens. Acerca dos beneficiários ativos do regime geral da previdência social, em 2017, eram 27.727.250. Dentre eles, 12.013.752 homens e 15.689.759 mulheres.

Além da inserção da mulher no mercado de trabalho, outros fatores importantes que impactam a previdência social são as modificações nas dinâmicas familiares e as mudanças demográficas. As modificações familiares e a inserção da mulher no mercado de trabalho são importantes fatores exógenos, pois, resultam num paradigma que precisa ser considerado pelo sistema de Bem-Estar: as mulheres conquistaram



autonomia financeira, inseriram-se no mercado de trabalho e possibilitaram dupla fonte de renda às famílias (o que resulta no aumento do poder de consumo).

A saída das mulheres do âmbito do lar para inserção no mercado de trabalho gerou mudanças profundas no ambiente doméstico, embora signifique aumento do poder de compra familiar, implica na ausência da responsável pelos cuidados da família. Crianças, idosos, aposentados ou incapazes, permanecem sob a responsabilidade das mulheres da família quando necessitados – esposas, filhas, ou parentes mais próximas. Com o deslocamento da mulher para o mercado de trabalho, essa situação se agrava e passa a ser necessário que este tipo de serviço seja prestado às famílias pelo Estado ou pelo mercado. Considerando que muitas das famílias não têm condições de arcar com os serviços prestados pelo mercado, surgem vulnerabilidades, tais como ausência de condições para conciliação dos cuidados familiares e o trabalho; redução da taxa de natalidade, em razão da redução da taxa de fecundidade e ainda, em dificuldade de saída da condição de pobreza, pelo aumento do número de famílias monoparentais femininas (intensificando a vulnerabilidade das mulheres que chefiam as famílias).

Segundo o IBGE (2015, online) a taxa de fecundidade no Brasil da década de 1980 era de 4,06 e decresceu nas décadas seguintes para 2,39 em 2000, 2,09 em 2005, 1,87 em 2010, 1,56 em 2015. Santos (2009, p. 63) ressalta que a taxa de fecundidade poderá atingir 1,50, em 2030. Essa taxa é calculada pelo número médio de filhos que as mulheres, entre 15 a 49 anos, têm. Para o IBGE (Simões, 2016 p. 46) as maiores transformações no perfil demográfico do país se iniciaram na década de 1940, quando se percebe queda dos níveis de mortalidade, ocasionado, principalmente “o impulso dado ao sistema de saúde pública, à previdência social, à infraestrutura urbana, e à regulamentação do trabalho nas principais regiões do País a partir dos anos 1930”. A taxa de fecundidade decaiu, entretanto, décadas depois, entre 1960 e 1970 (Simões, 2016 p. 47).

As mudanças na taxa de fecundidade, mortalidade e expectativa de vida também inferem impactos na previdência social. A redução da taxa de natalidade e mortalidade, a diminuição da fecundidade, propiciam o envelhecimento populacional e o aumento de custos na previdência social voltada para o custeio de idosos. No Brasil, a esperança de vida elevou-se de 41,5 anos em 1930 para 73,9 anos em 2010. Além disso, a pirâmide etária mudou consideravelmente:

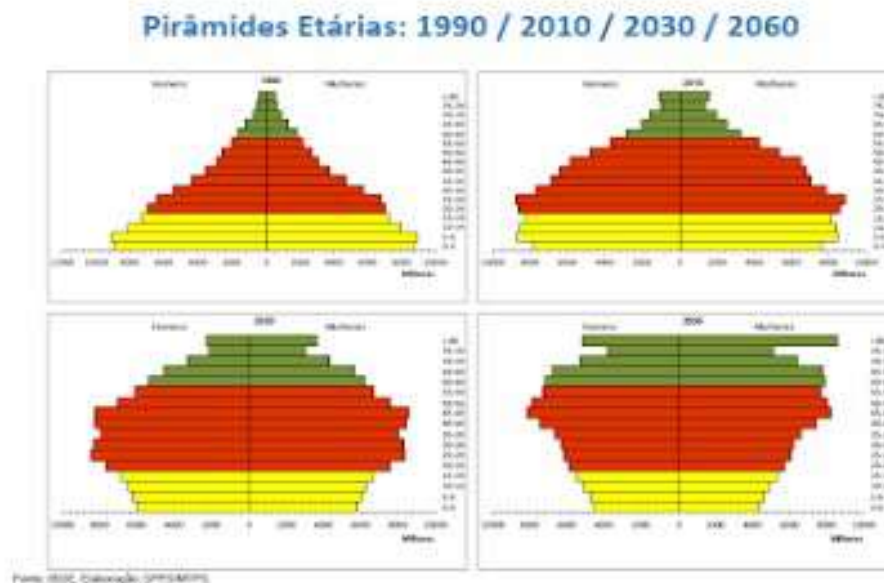


Imagem 3: Pirâmide etária 1990 e 2010. Fonte: SIMÕES, 2016, p. 51

A pirâmide populacional mudou. Sua base larga, representante da população mais jovem, está em processo de estreitamento, característica de sociedade em processo de envelhecimento. O envelhecimento da população ocasiona mudanças na estrutura etária e, conseqüentemente, na idade ativa, aumentando as despesas com a população adulta, especialmente idosos. Desta forma, a ação estatal deveria ser direcionada a medidas que promovam o bem-estar da sociedade. Contudo, isso nem sempre ocorre. O Brasil, diante da mudança etária tem reagido com reformas previdenciárias de redução de benefícios e aumento dos requisitos para concessão de benefícios.

As reformas previdenciárias brasileiras

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, a Previdência Social já passou por 7 Emendas Constitucionais e diversas Leis que a alteraram e complementaram. Recentemente, em 12 de novembro de 2019, foi promulgada pelo Congresso Nacional, a Emenda Constitucional nº 103-2019, originária da PEC nº 6-2019, que modifica o sistema de Previdência Social brasileiro. A reforma da Previdência foi definitivamente aprovada no Senado, no dia 23 de outubro de 2019, por votação unânime de 79 votos, depois de tramitar por nove meses no Congresso Nacional. Segundo o Governo Brasileiro, o objetivo da medida, é reduzir o déficit nas contas da Previdência Social.

A Emenda Constitucional nº 20, aprovada em 15 de dezembro de 1998, extinguiu a aposentadoria por tempo de serviço do trabalhador passando a considerar a aposentadoria por tempo de contribuição. O período estabelecido foi de 30 anos para



as mulheres e 35 para os homens. Em 1999 houve a aprovação do fator previdenciário, criado para desestimular as aposentadorias precoces. Em dezembro de 2003 foi promulgada a Emenda Constitucional nº 41-2003, durante o Governo Lula, que teve como principal objetivo alterações na previdência dos funcionários públicos.

Recentemente foi promulgada a PEC nº 103-2019, cujas principais mudanças impactam no regime de repartição da previdência social, até então, protegido pela Constituição Federal de 1988. A aprovação da PEC implicará em instituição de novo regime de previdência social baseado no sistema de capitalização, com contribuição definida e obrigatória, em substituição do regime geral de previdência social. A justificativa reside no envelhecimento populacional, que, de acordo com a exposição de motivos da PEC transfere valores dos trabalhadores ativos para inativos que se tornará um “peso insustentável para as gerações futuras” (Exposição de motivos, 2019, p. 54).

Ocorre que até então as reformas brasileiras até não foram de caráter substitutivo, o sistema se manteve com alterações substanciais, mas sem rompimentos abruptos ou instituição de contas de contribuição individualizadas. O sistema previdenciário prosseguiu baseado nos princípios da solidariedade entre as gerações e da repartição, que faz com que os riscos inerentes ao mercado de trabalho e à evolução demográfica sejam diluídos dentre os contribuintes.

De acordo com a nova Emenda Constitucional haverá o estabelecimento de uma nova lógica “mais sustentável e justa de funcionamento para a previdência social” (p. 42). A justificativa de déficit está colocada como o principal fator de modificação do sistema, juntamente com o combate às fraudes e irregularidades. Ocorre que as modificações sociais ocorridas desde o estabelecimento da previdência social brasileira no modelo bismarckiano impactam a previdência também:

Vivenciamos tipos simultâneos de transição: demográfica, caracterizada por baixas taxas de mortalidade, diminuição da fecundidade e esperança de vida mais longa, resultando no processo acelerado de envelhecimento populacional e socioeconômica (caracterizada pelas mudanças nas relações de mercado de trabalho, novos arranjos familiares, mudança de valores, melhora da inserção da mulher no mundo laboral e revolução tecnológica com substituição de postos de trabalho que exigem menor qualificação ou maior esforço físico por novas tecnologias como, por exemplo, a mecanização na agricultura) (Exposição de motivos, 2019, p. 46)



Além do envelhecimento populacional e das modificações sociais familiares, a mudança demográfica ocasionada pela redução da taxa de fecundidade e o aumento da longevidade, ocasionaram o que se denomina o fim do “bônus demográfico”, ou seja, o fim da evolução em relação à participação da população em idade ativa que, a partir de 2017, passará por constantes reduções de acordo com o IBGE.

Diante de tantas mudanças sociais, o Estado de Bem-Estar Social brasileiro tem reagido com política de cortes sociais, reforma previdenciária e congelamento de despesas. Contudo, diante da reforma ocorrida recentemente, as mulheres serão atingidas em grande parte delas. A elevação da idade para aposentadoria, por exemplo, se deu apenas para as mulheres que deverão atingir 62 anos de idade e 20 anos de contribuição. A idade anterior foi elevada em apenas 2 anos, contudo, o tempo de contribuição se elevou em 5. Os homens tiveram a idade mantida em 65 anos e o tempo de contribuição elevado em 5 anos. A aposentadoria por idade rural manteve a redução de idade em relação a aposentadoria urbana, contudo, ambos os sexos terão como requisito a idade mínima de 60 anos para aposentadoria. Novamente a mulher é mais atingida.

Há que se observar, contudo, que a partir da aprovação da PEC a idade poderá ser regulada por lei complementar. Assim, os parâmetros estabelecidos poderão sofrer alterações, conforme o aumento na expectativa de sobrevida da população aos 65 anos. Atualmente, a sobrevida das mulheres, aos 65 anos é superior aos homens em aproximadamente 10 anos. Além disso, elas são a maioria das beneficiárias na aposentadoria por idade e na pensão por morte, maiores impactados pela reforma aprovada.

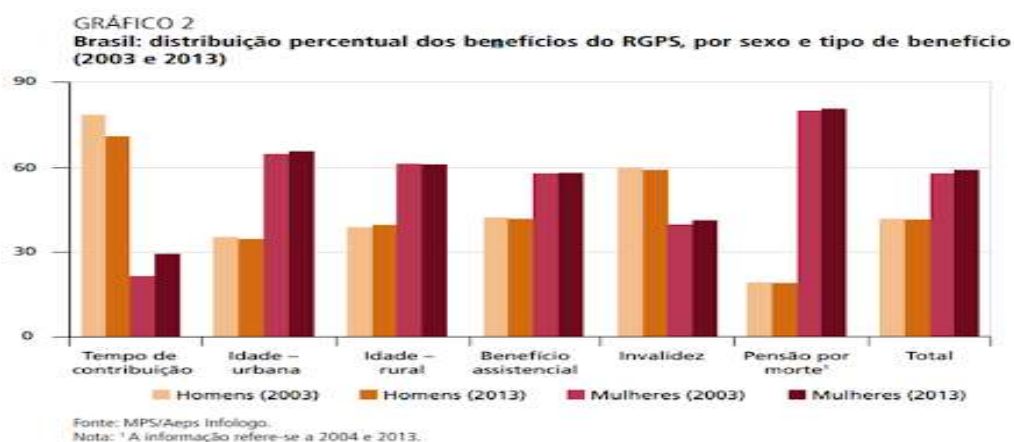


Imagem 4: distribuição percentual dos benefícios do RGPS, por sexo e tipo de benefício – 2003 a 2013. Fonte: Simões, 2016, p. 51.



A pensão por morte deixará de ser paga de forma “integral” e passará a ser devida uma cota familiar de 50% do valor da aposentadoria que o segurado receberia se fosse aposentado por incapacidade permanente, acrescida de cotas de 10 pontos percentuais por dependente, até atingir 100%. Além disso, foi vedada a conversão das cotas dos dependentes que perderem a condição de dependentes.

Considerações Finais

A Constituição Federal de 1988 é um marco na construção da Proteção Social e no estabelecimento do Estado de Bem-Estar social brasileiro. Nela foram reconhecidos, como direitos sociais, o acesso à saúde, previdência, assistência, educação e moradia. A mudança da concepção de Seguro para a noção de Seguridade instituiu um modelo de Proteção Social ampliado, universal e de responsabilidade do Estado. O estabelecimento do Estado de Bem-Estar no Brasil gerou necessidade de o Estado participar ativamente na promoção de benefícios sociais.

O sistema previdenciário brasileiro, instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8213/1991, fundamenta-se nos princípios do Estado de Bem-Estar e dos direitos sociais como consequência da cidadania. No entanto, a idealização inicial e as mudanças ocorridas nesse sistema não acompanharam as mudanças da sociedade, implicando seu colapso com crescentes despesas. A política de bem-estar vem sendo ameaçada e os ajustes tornaram-se necessários. Entretanto, as mulheres se tornaram um dos principais “alvos” das reformas da previdência.

As mulheres passaram a integrar o mercado de trabalho com mais participação, conforme verificado anteriormente, a partir da década de 1970. Com isso, tiveram maior projeção na previdência social como contribuintes e seguradas. No entanto, também se tornaram “as vilãs” da previdência. Embora tenham se inserido no mercado de trabalho, passaram a ter maior expectativa de vida depois de aposentadas (11,5 para 20,1 anos), elevando a duração dos benefícios de aposentadoria, e de pensão por morte, por elas recebidos. Mesmo que tenham se tornado contribuintes, ainda são menos remuneradas e a maioria da informalidade ou nos cargos de menor significância, implicando em menor contribuição total à previdência.

Notas

¹ Autoria

² Coautoria



Bibliografia

Anuário estatístico da previdência social. Ministério da Fazenda, Secretaria de Previdência, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência. Brasília: DATAPREV, 2010. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/dados-abertos-previdencia-social/>. Acesso em: 12 ago. 2016.

Anuário estatístico da previdência social. Ministério da Fazenda, Secretaria de Previdência, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência. Brasília: DATAPREV, 2015. Acesso em: 22 set. 2018.

Brasil. Lei 3.807, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1950-1969/L3807.htm. Acesso em: 05 maios. 2019.

Brasil. Constituição Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 05 maios. 2019.

Brasil. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados (sic). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/dpl4682-1923.htm. Acesso em 05 maio. 2019.

Camarano, Ana Amélia. Pasinato, Maria Teresa. Texto para discussão nº 0883: Envelhecimento, condições de vida e política previdenciária: Como ficam as mulheres? Rio de Janeiro: IPEA, 2002. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2728>. Acesso em 29 abril. 2019.

Costa, Lucia Cortes da; Del Valle Alejandro Hugo (orgs.). A Seguridade Social no Brasil e na Argentina. Guarapuava: UNICENTRO, 2017.

Delgado, Guilherme. Jaccoud, Luciana. Nogueira, Roberto Passos. Seguridade Social: Redefinindo o alcance da cidadania. In: Brasil, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Políticas Sociais – acompanhamento e análise – 20 anos de Constituição Federal. v. 1, n. 17, Brasília: 2009. p. 17-37. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4347/1/bps_n17_vol01_seguridade_social.pdf. Acesso em 29 abril. 2019.

Esping-Andersen, Gosta. The New gender contract. In: ESPING-ANDERSEN, Gosta. Why we need a New Welfare State. New York: Oxford University Press, 2002, p. 68-95. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatísticas. Recenseamento Geral do Brasil – 1 de setembro de 1940. População e Habitação. Quadro de totais para o conjunto da união



e de distribuição pelas regiões fisiográficas e unidades federadas. Rio de Janeiro: IBGE, 1950. Disponível em:

https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/CD1940/Censo%20Demografico%201940%20VII_Brasil.pdf. Acesso em: 02 nov. 2019

Intituto Brasileiro De Geografia E Estatísticas. Dinâmica demográfica e a mortalidade no Brasil no período 1998-2008. Rio de Janeiro, 2009.

Intituto Brasileiro De Geografia E Estatísticas. Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>. Acesso em: 03 março. 2019.

Intituto Brasileiro De Geografia E Estatísticas. Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira 2018. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso em: 03 março. 2019.

Intituto Brasileiro De Geografia E Estatísticas. Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Estatísticas Sociais. 2018. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>. Acesso em 03 março. 2019.

Lima Junior, Antonio Teixeira, *et all*. Políticas Sociais: acompanhamento e análise. 22. Brasília: IPEA, 2014, p. 553-612.

Ministério da previdência e assistência social. A mulher na Previdência Social. Informativo. Brasília, nº 3, março de 2001, vol. 13. Disponível em: http://sa.previdencia.gov.br/site/arquivos/office/3_081014-104624-816.pdf. Acesso em 12 junho. 2017.

Matijascic, Milko. Previdência para as mulheres no Brasil: Reflexos da Inserção no mercado de trabalho. Texto para discussão 2206. Brasília: IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/> Acesso em 12 out. 2018.

Presidência da República. Proposta de Emenda à Constituição. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=A01FDD2DCE2512822FC09037B25EE343.proposicoesWebExterno2?codteor=1712459&filena me=Tramitacao-PEC+6/2019. Acesso em 30 abril. 2019.



Simões, Celso Cardoso da Silva. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes de envelhecimento da população. Estudos e Análise: informações demográficas e socioeconômica 4. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

Sposati, Aldaíza. Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. Serv. Soc. Soc. [online]. 2013, n.116, pp.652-674. ISSN 0101-6628. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282013000400005>>. Acesso em 26 nov. 2016.

Vianna, Maria Lúcia Teixeira Werneck. O silencioso desmonte da seguridade social no Brasil. In: Bravo, Maria Inês Souza. Pereira, Potyara A. P. (orgs.). Política Social e Democracia. Rio de Janeiro: Cortez, 2002, p. 173-195.



Crise previdenciária: o histórico pinochetista da ditadura chilena e suas conexões com o avanço neoliberal no Brasil de hoje

William Santos de Mello

Resumo

O objetivo do artigo proposto é se debruçar na compreensão do modelo previdenciário constituído no Chile pós Ditadura Militar, identificando suas especificações econômicas, os resultados de tais medidas na esfera pública e como o novo modelo privatizado apresentado se configurou na vida prática dos aposentados. A análise do bem-estar dessa camada da população é posta em cheque na medida que as resultantes decorrentes se consagram como insatisfatórias, bem como a necessidade de se fazer um paralelo com o método Neoliberal imposto em uma realidade política antidemocrática.

Palavras-Chave

Previdência social, privatização, Estado, poder público, neoliberalismo, aposentadoria, reformas.

Considerações Iniciais

No intuito de compreender as possíveis problemáticas sociais advindas das reformas de estado, engendradas por agentes políticos em respaldo da necessidade sistêmica do capital em financeirizar áreas como a da seguridade social, se faz pertinente a análise histórico-política dos processos de dissolução de um direito social, até então resguardado pela esfera de financiamento público no Chile pré-ditadura militar, e como tais processos culminaram no esfacelamento da previdência pública a partir do ano de 1980. O contexto utilizado para analisar tais aspectos circunda a ditadura Pinochet e a incisão da Escola de Chicago na esfera econômica do país, ao trazer planos efetivados de transição dos recursos públicos para o setor privado na previdência social.

No intuito de compreender a dinâmica social vivida e a eclosão de crises advindas das tensões sociais presentes, a análise desse campo, para além de uma construção de reconhecimento do idoso enquanto indivíduo pertencente, partirá dos princípios de correlações econômicas engendradas no neoliberalismo que se deu em um processo histórico conjuntural da crise capitalista pré década de 1970, baseado em um padrão de acumulação fordista-keynesiano. A análise desse contexto se dá na esfera de degradação social e econômica orquestrada por grupos privados e pelo alto escalão da ditadura chilena entorno da utilização dos recursos públicos voltados para a



administração da previdência social que até então era pública. Os resultados desse processo se alinham como esperado da transposição dos objetivos sociais pelos objetivos financeiros e especulativos pré-desenhados pelo modelo sistêmico neoliberal.

O paralelo se dá na análise da trajetória semelhante pela qual passa o Brasil nos dias atuais, em um processo de correlações de forças políticas de um país que passara recentemente por uma conjuntura de ruptura democrática a partir do ano de 2016 com o impeachment de Dilma Roussef. Os resultados se constroem hoje na face de políticas austeras e perspectivas de reformas centrais, a exemplo da previdenciária, que remontam o objetivo do capital financeiro em enxugar direitos sociais pré-estabelecidos pela constituição de 1988 no intuito do acúmulo e especulação do capital, o que tende a resultar, se efetivadas, na degradação social e econômica das camadas mais vulneráveis da sociedade em um processo cíclico de “desreconhecimento” social.

O Chile de Pinochet: Impactos das privatizações na reforma previdenciária

Na busca por mecanismos adequados a formulação de programas previdenciários, que intercedam nos conflitos provenientes desse debate entorno dos seus resultados práticos na sociedade, a discussão temática – em âmbito global – se debruça sobre aspectos que de fato se opõem em suas finalidades. O embate que permeia as atribuições administrativas sobre a seguridade por vias do Estado ou da esfera privada, bem como a construção por objetivos sociais de direito assegurado ou enquanto campo puramente econômico e de interesses financeiros, são exemplos do tamanho da importância dessa área quando se pretende pensar uma sociedade salubre.

O caso chileno, a ser abordado, traz consigo características ímpares para a compreensão de como o modelo de seguridade por lá se transformou a partir dos fatos políticos que entraram em cena, diga-se de passagem, por vias autoritárias e antidemocráticas. A partir de meados da década de 1970, o debate político sobre os rumos da previdência social adentra questionamentos a respeito das possibilidades de novas formulações no processo de financiamento desses recursos, tendo em vista o momento político-econômico pelo qual passavam os países latinos, cujo a fragilidade de atuação social se fazia presente na era das ditaduras. Na América Latina, ainda nesse período, tínhamos modelos previdenciários que, a grosso modo, se alinhavam entorno do sistema de repartição, onde a arrecadação de fundos – administrados pelo poder público – é organizada de modo em que a geração ativa contribua para que a inativa tenha possibilidade de acesso ao benefício.



A tendência a se configurar após o debate dessa temática, levou o Chile a se reformular, tendo enquanto base a necessidade de redefinir o papel do estado nesse campo. As questões que abrangem os ajustes fiscais e os declínios macroeconômicos, com objetivo no corte orçamentário e redução do déficit público, traçaram a linha em direção à transferência da responsabilidade estatal. Sendo assim, o projeto que entrou em curso para embasar tais reformas, deixou de lado a lógica de benefícios definidos financiados pelo regime de repartição e administrados pelo estado, ao colocar em pauta o modelo de contribuição previamente definida, financiado pelo sistema de capitalização e regidos pelo setor privado.

No início da década de 80, auge da ditadura militar, que anos antes - em setembro de 1973 – destituiu do poder o presente socialista eleito Salvador Allende, o Chile irrompe no mundo como primeiro país a conceber e desenvolver o processo de transição para a privatização total de seu sistema previdenciário. No ano de 1981, pelo Decreto de Lei N°3500, nasce o novo sistema de capitalização individual entregue a grupos privados, cujas novas atribuições proibiriam o ingresso de novos trabalhadores iniciantes do seguro social a se associarem ao antigo modelo de repartição, a partir do ano de 1983. É importante salientar que desse processo, excluiu-se dos novos encargos toda as Forças Armadas, do qual o regimento é específico a classe.

A justificativa para tais medidas se fez justamente na representação do dever do Estado em responder ativamente ao suposto déficit econômico, que posteriormente se mostrariam enquanto medidas de resultantes positivas para a sociedade como um todo. A premissa de que os investimentos advindos da capitalização e especulados no mercado financeiro trariam, para todo o fundo de pensão, ganhos percentuais de ativos, seguiu como exemplo do possível potencial econômico e social da reforma, que haveria de solucionar diversos problemas colocados, tais como o crescimento demográfico e a elevação da expectativa de vida, resultantes de um futuro colapso a ser sanado.

Neste contexto, a fórmula econômica a ser inserida no Chile pinochetista para se desfazer da centralidade política – assim compreendido o governo Allende – foi justamente importar teórica e ideologicamente dos EUA as formulações neoliberais de regimento da economia, centradas academicamente na então chamada Escola de Chicago. Para Milton Friedman, um dos mentores teóricos do Neoliberalismo e economista influente na era Pinochet, o grande milagre na conjuntura chilena para que os ideais teóricos dos “Chicago Boys” tivessem êxito em sua prática no país, foi a grande



abertura que tiveram por parte dos militares, que concederam terreno e apoio para a incisão deste método, cujo aspecto central tinha enquanto objetivo romper com o estado garantidor de direitos e instaurar o estado subsidiário que não mais teria em mãos a responsabilidade de promover o bem-estar social.

Na realidade da América Latina, o Neoliberalismo surge enquanto reformulação nos âmbitos da acumulação capitalista, a partir da década de 1970 há uma necessidade estrutural do capitalismo em reestruturar a produção, mundializar o capital e reduzir o papel do Estado. Segundo Oliveira (2011) A reestruturação produtiva não deve ser entendida apenas como um processo de reestruturação econômica e tecnológica do capital, nestes termos não seria possível apreender o verdadeiro sentido da acumulação capitalista, que é a reprodução da totalidade da vida social. É um processo que tem uma dimensão política, social e cultural, visto que o capital diante de um quadro de crise se vê desafiado a engendrar uma nova correlação de forças para a sua sobrevivência e reprodução. E no que condiz a realidade previdenciária, a perspicácia do neoliberalismo se dá ao impor uma falsa prerrogativa com base nas liberdades individuais, e para Gago (2014) o que em um primeiro momento se mostra de maneira sedutora aos indivíduos, ao passar a ideia de um desprendimento burocrático das instituições estatais, torna-se uma forma sofisticada e complexa de articular uma série de tecnologias, procedimentos e afetos que incentivam a livre-iniciativa, a autoempresarialidade e a autogestão.

Pode-se afirmar, com base nos dados a serem apresentados sobre realidade social vivida após as medidas serem concretizadas, que o modelo constituído não trouxe os resultados práticos e teóricos dos quais se esperava a partir da constatação de renda atribuída pelos novos cidadãos aposentados, mesmo que existisse, no dado momento, um período de economia fiscal superavitária e tenha sido utilizada para facilitar a transição da reforma. A partir dela, toda a esfera administrativa – com ressalvas para uma mínima participação do Estado nas garantias e regulamentação – estava alocada nas mãos das Administradoras de Fundos de Pensão, chamadas AFPs. No novo modelo, o trabalhador poderia escolher em qual AFP se filiaria, tendo a possibilidade de trocar a administradora caso desejasse. Apesar de todo um projeto construído no objetivo de agregar equilíbrio social e nas contas públicas – pelo nível de cobertura ou pelo valor base do benefício oferecido – esperava-se do novo sistema privatizado uma elevação na taxa de cobertura, que antes variava entorno dos 60%. Entretanto, indo a revés do esperado, ocorreu de fato uma queda nos níveis de cobertura após a reforma. As cifras disponíveis para o sistema privado dão conta de que, em 1990, apenas 42%

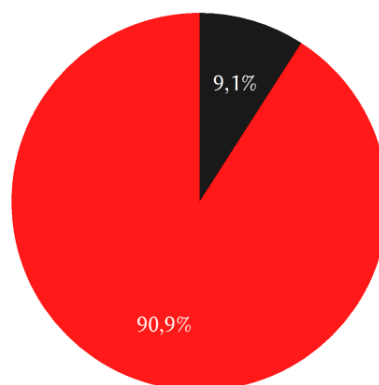


da força de trabalho estavam protegidos pelo sistema, enquanto, em 1991, esse percentual era de 52% (Azeredo, 1994, Apud Marcel, Arenas, 1991, P.1; Mujica, 1993, p.53).

Um paradigma a ser incorporado na análise, é o fato de que um sistema privado de capitalização individual só funciona a contento para aqueles cuja a renda permite uma capacidade de poupança (Azeredo, 1994, p. 9). Sendo assim, ficam em risco os trabalhadores com renda insuficiente para capitalizar e em condições de vulnerabilidade no mercado de trabalho formal e informal, fator que põe em cheque a seguridade dessa camada social em caso de inatividade, apontando para necessidade de manutenção do estado no benefício social dessas pessoas, tendo em vista o caráter obrigatório constitucional do seguro previdenciário. O gráfico abaixo, da Fundação Sol, com dados importantes sobre a situação previdenciária do Chile em 2015, mostra como os indivíduos – mesmo aqueles que contribuíram com tempo mínimo de vinte anos – hoje recebem benefícios irrisórios e incabíveis as suas necessidades básicas diárias:

Porcentaje de jubilados con pensiones menores a \$149.435

Modalidad Vejez Edad Retiro Programado (pensiones pagadas por las AFP)



Fuente: Fundación SOL, datos SAFF, Mayo de 2015, publicados el 18/06/2015

Segundo o gráfico, mais de 90% dos aposentados no Chile recebem aposentadorias com valores equivalentes a 694,00 reais por mês, que é praticamente metade do salário mínimo chileno de 264 mil pesos (cerca de 1.226,00 reais). Embora os estudos voltados para a previsão do retorno efetivo dos investimentos privados na aposentadoria sugerirem que os aposentados receberiam 100% do valor de seus vencimentos em período de inatividade, o contexto observado se mostrou destoante dessas perspectivas e metade dos que contribuíram entre os 25 e 33 anos receberá pensões equivalentes a 21% dos seus proventos. Essa realidade chocou a população do país, cujo movimentos



sociais contrários ao sistema privado chamados “NO +AFP” insurgiram levantes de protestos massivos pela revogação do mesmo.

Um estudo do Ministério da Saúde chileno, em parceria com o Instituto Nacional de Estatística (INE), revelou que o resultado das diminuições dos valores das aposentadorias chegou a graus de calamidade na saúde física e mental dos idosos. Entre os anos de 2010 e 2015, 936 adultos maiores de 70 anos retiraram a própria vida, no caso da taxa de suicídios entre idosos maiores de 80 anos, 17,7 a cada 100 mil habitantes recorreram ao mesmo fim e esses dados correspondem justamente as dificuldades de se consolidar direitos sociais em contraposição ao poder econômico. Axel Honneth constrói, em seus escritos sobre a Teoria do Reconhecimento, o conceito de desrespeito vinculado a dinâmica social que atinge, além do caráter físico, o fator psíquico dos indivíduos em contexto de conflito social decorrente das problemáticas ali vividas. Desse modo, é totalmente cabível discorrer sobre as esferas de desrespeito que entram na contramão do processo de reconhecimento enquanto sujeito de direitos e de pertencimento social, que irrompe segundo formas de maus tratos práticos, em que são tiradas violentamente de um ser humano todas as possibilidades da livre disposição sobre seu corpo e representam a espécie mais elementar de rebaixamento pessoal (Honneth, 2003, p. 215).

A relação entre o não reconhecimento e as possibilidades negadas de livre disposição sobre os corpos, abordados nos escritos de Honneth, compreendem um elo significativo na correlação das estruturas de degradação impostas por um modelo previdenciário socialmente excludente. A concepção de desrespeito relaciona a desvalorização social de indivíduos ou grupos com a privação de direitos em um processo histórico de modificações, baseadas no enfraquecimento do caráter solidário da interdependência entre os sujeitos que compõem estruturalmente uma sociedade. A inatividade trabalhista – decorrente de fatores como idade avançada ou incapacidade física – de pessoas economicamente vulneráveis, deve ser assegurada enquanto direito social constituído e de acesso a todos os cidadãos sem distinção. Entretanto, na contramão do combate às desigualdades, o sistema previdenciário privatizado se configura entorno de uma lógica individualista e anti-solidária, que impõe barreiras sociais e econômicas para uma gama majoritária de trabalhadores, dos quais não estão inseridos nas categorias resguardadas do modelo vigente. Esse contexto de privação de direitos denega ao indivíduo um certo estágio que o impossibilita de enxergar a si mesmo enquanto sujeito comum, segundo Honneth (2003) as formas de desrespeito social



estão ligadas a camadas de sintomas que de certo modo chama a atenção do sujeito atingido para seu próprio estado, cujo as reações emocionais negativas se expressam nos sentimentos de vergonha social.

É nesse sentido que os movimentos populares contrários ao modelo, insurgem enquanto representação de uma camada populacional, que apesar de atingir diretamente um grupo central em determinado período, atinge também a sociedade como um todo tendo em vista o decorrer temporal da vida. Os movimentos “NO + AFP”, citados anteriormente, se enquadram na luta de trabalhadores que se sentem precarizados com a conjuntura atual do sistema de aposentadorias, essa experiência de constatação do desrespeito social pode motivar o sujeito a entrar numa luta ou num conflito prático, que conduz do mero sofrimento a ação ativa. Essa correlação da ação prática com a percepção de que algo não está de acordo com as situações normais e esperadas da vida pode engendrar uma ação coletiva, onde o silêncio perante tais injustiças geralmente não é mantido e o momento do dar-se conta dos tais ocorridos é, na maioria das vezes, aquele em que percebe não poder mais suportar esse estado das coisas.

Brasil: A escalada neoliberal rumo ao desmonte da Seguridade Social

No Brasil, configura-se atualmente uma retomada da escalada neoliberal que, a modo relativamente surpreendente, não conseguiu se consolidar com seu modus operacional nas décadas de forte inserção destas políticas econômicas na América Latina, a exemplos de Chile e Argentina, que presenciaram a partir dos anos de 1980 e 1990 respectivamente, processos de financeirização de suas economias e consideráveis retiradas de áreas e empresas antes regidas pelo Estado. O processo antidemocrático de reformas constitucionais que traçam reformulações nas bases de diretrizes sociais e econômicas engendrados pelo Estado nos dias atuais, abrem mão de um diálogo devidamente organizado no âmbito da sociedade como um todo para colocar na agenda de ações a cartilha especulativa e individualizante dos interesses de mercado.

Os grandes especuladores financeiros nacionais, sejam eles indivíduos ou organizações, abriram mão da introdução de alguns princípios base da social-democracia que lá no final da década de 1980 foram tidos enquanto fundamento dos constituintes com respaldo no êxito dessa política e experiência internacional de 1945 a 1970, quando políticas econômicas visando ao pleno emprego e instituições do Estado de bem-estar social passaram a ser aceitas como instrumentos para lidar com



disfunções decorrentes da economia de mercado. A realidade se mostra latente ao constatarmos o esgotamento da social-democracia enquanto política de estado e de mercado em uma conjuntura de acirramento das relações de trabalho e produtividade, com mais pressão sobre a redução de direitos correlacionados com umas perspectivas globais de mais acumulação e por conseguintes precarizações das condições. Apesar das contradições, é nessa tendência que se faz a constituinte de 1988, com a restauração da democracia e uma perspectiva de políticas cidadãs de amparo aos direitos individuais e coletivos e investimento consolidado nas diretrizes econômicas nacionais.

No campo previdenciário, o que está colocado em jogo hoje é uma mudança estrutural nas bases da seguridade social proposta pela constituição de 1988 que tem enquanto sustentação um vínculo de repartição contributiva entre a camada populacional ativa e não ativa. Para que se haja um processo de tamanha magnitude em caráter reformista, se faz necessário a apresentação de um diagnóstico técnico qualificado especificando todas as problemáticas atuais e futuras de não se concretizar tais medidas. Porém, a narrativa construída entorno da reforma se apega não a relatórios concretos de um provável déficit nas contas públicas referentes ao sistema de aposentadorias – afinal ajustes sistêmicos devem ser feitos mediante necessidades apresentadas – entretanto, a jogada para consolidação da opinião pública em favor da proposta de reforma se dá em um processo de alarmismo demográfico, financeiro e econômico com respaldo em um possível crash na economia nacional caso a reforma não seja efetivada.

O alarmismo financeiro e demográfico utilizado para dar respaldo favorável as reformas neoliberais encontram sustentação não apenas na conjuntura interna nacional, mas principalmente em medidas econômicas engendradas por organismos financeiros internacionais, em uma perspectiva de efetivação dos interesses macroeconômicos do capital financeiro mundial. Desse modo, faz-se necessário o retrospecto político-econômico nacional, desde os governos Collor e FHC que culminaram na neoliberalização da economia, algo que não foi deixado de lado até mesmo pelos governos Lula-Dilma, que traziam em suas trajetórias sociais uma perspectiva de rompimento com essas medidas, mas que por outro lado se consolidou em planos de governo social-liberal, sem rompimento com a cartilha neoliberal. Os governos petistas legitimaram a política econômica neoliberal de FHC, conferindo papel central à estabilidade monetária como requisito indispensável ao crescimento econômico estável. Para isso, mantiveram intactas sua política de ajuste fiscal e de juros altos, dando total



liberdade de movimentação de capitais, ao mesmo tempo em que, como forma de compensação por sua opção em não fazer as reformas necessárias à distribuição da riqueza socialmente produzida, possibilitou o acesso aos programas sociais de uma parcela significativa da classe trabalhadora que se encontrava em situação de extrema pobreza (Iamamoto, 2008).

Por outro lado, observa-se a partir do golpe de 2016, contra a presidente eleita Dilma Roussef, uma quebra na trajetória democrática construída no país a partir da constituinte de 1988 e a formação da chamada “Nova República” pós período ditatorial militar. O cenário político atual traz novas perspectivas de atuação política em uma conjuntura de acirramento das tensões macroeconômicas globais que abrem novamente a possibilidade da construção efetiva do neoliberalismo atuante no Brasil e que traz consigo um caráter factual autoritário da não necessidade de um panorama social e político democrático. O neoliberalismo sistêmico, que funciona enquanto desdobramento do capitalismo financeiro atual, passou a afetar tão amplamente os modos de pensamento que se incorporou as maneiras cotidianas de muitas pessoas interpretarem, viverem e compreenderem o mundo. Para Harvey (2008), o processo de neoliberalização envolve muita destruição criativa não somente dos antigos poderes e estruturas institucionais – chegando mesmo a abalar as formas tradicionais de soberania do estado – mas também das divisões do trabalho, das relações sociais, da promoção do bem estar social, das combinações de tecnologia, dos modos de vida, das atividades reprodutivas e das formas de ligação a terra, na medida em que julga a troca de mercado uma ética em si capaz de servir de guia a toda ação humana. Segundo Dardot e Laval (2016), o Brasil esvaziou a substância de sua democracia sem extingui-la formalmente, em um processo que os autores colocam como a desdemocratização. O golpe constitucional sofrido pela ex-presidente Dilma Roussef em 2016 corrobora com o resultado dramático das contradições políticas do capitalismo financeiro engendrados no neoliberalismo, que em seu estágio atual não compreende ceder a ampliação de políticas públicas, resultando na crise do governo que se entendia até então enquanto conciliatório.

No que condiz ao alarmismo referente às pressões internacionais advindas de instituições financeiras como o FMI, abre-se um alerta quanto aos interesses colocados por tais grupos que compõem o processo de neoliberalização engendrados em países de capitalismo periférico como é o caso do Brasil. O Banco Mundial apresenta seu diagnóstico favorável a reforma previdenciária com base na inviabilidade de sistemas



previdenciários públicos, um dos pontos de sustentação se dá justamente no suposto problema demográfico, onde o banco vê com “muita preocupação” a queda da taxa de natalidade e o crescimento da população idosa – acima de 60 anos – no mundo. Sua previsão toma o ano de 2030 como o ano da “catástrofe”: o mundo terá cerca de 1 bilhão e 400 milhões de idosos. Para o BM, os recursos dos assalariados devem subvencionar as necessidades dos idosos e como o número de assalariados é cada vez menor, a alternativa sugerida é o corte de direitos. Entretanto, A longevidade humana não pode ser compreendida como um problema. A possibilidade de poder viver mais do que há alguns séculos atrás é uma conquista. Ademais, a produção de riquezas jamais foi tão intensa e monumental como o é em nossa época. A proteção previdenciária só está em questão porque a lucratividade do capital, produzida pelos trabalhadores, não é dividida entre os próprios trabalhadores (Granemann; Saldanha, 2003).

Apesar de toda a narrativa do mercado especulativo, com obvias intenções de lucros em cima da retirada de direitos de milhões de idosos que se tornariam subjugados ao sistema de capitalização dos fundos de pensões privados, a realidade é uma só: A seguridade é o principal mecanismo brasileiro de proteção social. A previdência social (urbana e rural) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) protegem e provêm renda próxima do piso do salário mínimo para 82% dos idosos brasileiros, fomentam a agricultura familiar, combatem o êxodo rural e regional e promovem a economia local. Segundo o Ipea, em 2014 apenas 8,8% das pessoas com 65 anos ou mais viviam com renda menor ou igual a meio salário mínimo, o que demonstra que a pobreza entre idosos é hoje praticamente residual no país. Caso não houvesse a previdência e o BPC, o percentual de idosos pobres aos 75 anos superaria 65% do total (Fagnani, 2019). Desse modo, a reforma tende a excluir uma massa considerável de trabalhadores, pois além de criar regras severas que desconsideram a realidade do mercado de trabalho, também tende a desconstruir garantias sociais referentes as realidades vividas pelos indivíduos em fase de vulnerabilidade.

Portanto, as prerrogativas acerca da necessidade de tal reformulação, com ares de desmonte da seguridade social, deve perpassar o entendimento do avanço das ofensivas contemporâneas do capital contra a classe trabalhadora brasileira e seus direitos. O que fica colocado por debaixo dos panos é de onde sairia o montante economizado especulado em mais de 1 trilhão de reais, que serão retirados das contribuições de trabalhadores rurais e urbanos inscritos na previdência social e dos beneficiados pelo BPC. A saída para arrecadação sem prejuízo aos trabalhadores



passaria pela necessidade de rever as isenções fiscais e sonegações de impostos que trazem danos abissais aos cofres públicos todos os anos. Sendo assim, nota-se que não há uma necessidade latente para uma tramitação e efetivação de um projeto marginalizante, cujo os resultados catastróficos puderam ser testados em outros países.

Considerações Finais

É notável a complexidade de debruçar-se sobre as problemáticas que envolvem os sistemas previdenciários de nações como o Chile e Brasil, tendo em vista a necessidade da análise de diferentes aspectos, sejam eles sociais, econômicos, históricos ou culturais. O objetivo deste artigo se deu em fazer um panorama histórico e teórico de forma concisa e abrangente do contexto estudado. Ao observar os procedimentos referentes a privatização do sistema previdenciário, percebe-se que os interesses do campo econômico foram centrais no processo de mudanças, das quais tiveram impactos latentes na vida dos cidadãos chilenos, que tiveram especificidades sociais secundarizadas. Apesar das reformas trazerem argumentos de melhorias e benefícios, os dados apresentados mostram uma realidade a médio e longo prazo destoante com as oferecidas no planejamento inicial do novo sistema previdenciário.

Os resultados dessas medidas se mostraram enquanto perversas e mal vistas entre as camadas mais desfavorecidas da sociedade chilena, ou seja, toda a gama de trabalhadores formais e informais em estado de vulnerabilidades sociais e econômicas, dos quais não dispõem de poder econômico suficiente para se assegurarem no momento de inatividade futura. Desse modo, fica claro que os interesses das elites que se apossaram do controle do sistema de seguridade não visavam conceber um cenário de segurança mínima para o beneficiário, mas sim a obtenção de lucros exorbitantes engendrados na especulação financeira e alocados nas economias de capitalismo central. Essa realidade se mostra enquanto exemplo estratégico para países em processos semelhantes de reformas previdenciárias, a exemplo do Brasil, que hoje segue caminhos semelhantes e de enfoque na agenda da administração pública. Sendo assim, é de suma importância e de interesse popular averiguar em quais medidas tais propostas estão sendo configuradas para que problemas estruturais como os sofridos no Chile possam ser evitados no tempo presente.

Referências Bibliográficas

Honneth, Axel. Luta por reconhecimento, a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Editora 34, 2003.



- Dardot, Pierre; Laval, Christian. A nova razão do mundo. Boitempo Editorial, 2016.
- Gago, Verónica. La razón neoliberal. Economías barrocas y pragmática popular. Buenos Aires: Tinta Limón, 2014.
- Harvey, David. O neoliberalismo: história e implicações. Loyola, 2008.
- Hujo, Kátia. Novos Paradigmas na Previdência Social: Lições do Chile e da Argentina. Planejamento e Políticas públicas, n.19, jun. 1999.
- Azeredo, B. A previdência privada no Chile: um modelo para a reforma do sistema brasileiro? Indicadores Econômicos FEE. V. 22, n. 2, 1994.
- Amaro, M. N. (2000). Previdência Social na América do Sul. Consultoria Legislativa do Senado Federal. Brasília. Set/2000.
- Kritzer, Barbara E.; Kay, Stephen J.; Sinha, Tapen. Reformas previdenciárias na América Latina: a nova geração de sistemas de contas individuais. 2012.
- Oliveira, Rodrigo Ferreira. A contra-reforma do Estado no Brasil: uma análise crítica. Revista Urutágua, n. 24, p. 132-146, 2011.
- Granemann, Sara; Saldanha, José Miguel Bendrao. Os fundos de pensão e a acumulação capitalista. Seção Sindical da ADUFRJ. Encarte previdência, 2003.
- Fagnani, Eduardo. O propósito velado da "reforma" da Previdência. Le Monde Diplomatique Brasil: Reforma da Previdência, São Paulo, ano 12, n. 141, p. 4 - 5, abril 2019.
- Iamamoto, Marilda V. Classes trabalhadoras e política social no Brasil. In: Boschetti, Ivanete et al. Política social no capitalismo: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008, p. 13-43.



Conductas Sexuales de Riesgo: Ideología y Sexualidad en Adolescentes Indígenas

Rosario de Jesus Zamora Pérez
Ma del Rocío Figueroa Varela

Resumen

Objetivo

Realizar una revisión sistemática de estudios en relación a conocimientos y percepción que tienen los adolescentes sobre las conductas sexuales de riesgo que originan el embarazo adolescente en la población indígena.

Problemática

En México, los y las adolescentes inician una vida sexual entre los 15 y los 19 años. El embarazo en adolescentes representa uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, siendo uno de los detonantes las conductas sexuales de riesgo a las que se enfrentan los y las adolescentes principalmente en las comunidades indígenas (UNICEF, 2012); siendo las adolescentes las principales afectadas situándolas en desventaja social a diferencia de las adolescentes de las zonas urbanas; al ser mujeres, adolescentes, vivir en una comunidad rural y ser indígenas (Valdivienzo, 2014).

Metodología

Para la realización de esta investigación se realizó una revisión bibliográfica de artículos relacionados con el tema.

Resultados

Se obtuvo un total de 1019 artículos sobre el tema, solo 15 de ellos en México en el periodo 2012-2018.

Discusión

La manera en que se vive la sexualidad entre un hombre y una mujer es diferente, pues mientras las mujeres le otorgan un significado, los hombres lo ven como la manera de obtener un reconocimiento social; impidiendo mediante las conductas sexuales la percepción de riesgo, a diferencia de las mujeres.

Conclusiones

Las conductas sexuales de riesgo en los y las adolescentes son propias de la adolescencia, y si bien no se pueden evitar, sí se puede dotar de herramientas adecuadas para disminuir riesgos por sus prácticas. Es necesario efectuar mayor



número de investigaciones sobre esta temática en México debido a la escasez de estudios.

Palabras Claves

Conductas sexuales, indígenas, salud sexual, adolescentes, conocimientos.

Introducción

Dentro de las sociedades y las culturas ha sido común que los procesos psicosociales se construyan a partir de las costumbres, tradiciones y las propias construcciones que se van realizando de acuerdo a los roles de género. En este sentido, el tránsito que se vive entre el ser niño y ser adulto se encuentra enmarcado en un cambio de expectativa las cuales no solo se relacionan con las funciones sexuales; sino también con el status social, comprendiendo una variedad de ritos y creencias los cuales tratan de diferenciar socialmente la etapa conocida como adolescencia (Rosabal, Romero, Gaquín y Hernández, 2015).

La adolescencia es conocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de crecimiento y desarrollo humano el cual se encuentra comprendido desde la niñez hasta antes de la edad adulta entre las edades de 10 y los 19 años (OMS, 2018). En esta etapa se constituye el desarrollo del ser humano, además de los cambios psicológicos, biológicos y sociales que no se hacen esperar y son evidenciados; esto les ocasiona cierta ansiedad, intranquilidad e inquietud a los y las adolescentes.

Así mismo, se concentran cambios sociales como la adquisición de la autonomía y se adopta el papel de adulto, en donde los adolescentes adquieren responsabilidades como trabajador y reproductor, así como la independencia de los padres (Mier, 2007). Por lo tanto, es considerada como una fase de preparación para que los y las adolescentes entren a la siguiente fase de desarrollo humano, ya que durante esta fase pueden surgir experiencias consideradas de suma importancia en el desenvolvimiento de la edad adulta.

Cada vez suele ser más evidente que el inicio de la actividad sexual y reproductiva ya sea temprano o tardío trae consecuencias a largo y mediano plazo (Ballinas-Urbina, Evangelista-García, Nazar-Beautelspacher y Salvatierra-Izabal, 2015) pues lleva a la juventud a “estrenarse” o iniciar las relaciones sexuales y esta iniciación puede terminar convirtiéndose en una maternidad/paternidad a edades tempranas, marcando así su vida presente y futura.



Lamentablemente, como menciona Mora y Oliveira (2009) estos procesos no son llevados a cabo de la misma manera en todos los sectores sociales, debido a la inequidades sociales que estructuran la vida desde edades tempranas lo que ocasiona que las oportunidades y construcciones a las que se enfrentan los y las adolescentes procedentes de lugares distintos, edad, género y ubicación territorial no solo suelen ser distintas, sino muy diversas, pues los elementos que constituyen la manera de moldear, orientar y modular el proceso a la adultez no ocurren de la misma manera, como es el caso de los contextos indígenas. Convirtiéndose en condiciones de desventaja para los adolescentes indígenas rurales (Pacheco-Ladrón de Guevara, 2016).

Durante la etapa de la adolescencia existen diferencias sutiles en cuanto al género, para las mujeres el inicio de la vida sexual es asociado a un proyecto de vida que se encuentra vinculado de alguna manera al matrimonio y a la maternidad; para los varones en cambio, es visto como un reconocimiento a su masculinidad por parte de sus pares así como una muestra de virilidad lo cual no se relaciona con un proyecto de vida (Ballinas-Urbina, Evangelista-García, Nazar-Beutelspacher y Salvatierra-Izabal, 2015).

En este periodo en particular, es cuando las conductas sexuales de riesgo pueden tener mayor incidencia, llevándolos a realizar acciones voluntarias o involuntarias que pueden ser realizadas por los individuos o la comunidad, subestimando el riesgo de acuerdo a la circunstancia en la que se encuentre sin tomar en cuenta las consecuencias que se pueda tener (Rosabal, Romero, Gaquín y Hernández, 2015).

No obstante, las conductas sexuales de riesgo no se consideran como un producto del desconocimiento por parte de los y las jóvenes sobre la manera en que deben protegerse, pues la información es otorgada, por lo general mediante instituciones estatales encargadas de dichos programas, con una visión occidentalizada, adultocéntrica y biomédica de la sexualidad, por ello no es de sorprender el bajo índice uso de preservativos en estas comunidades y el alto índice de relaciones sexuales a edades tempranas, incrementando así la vulnerabilidad de la problemática.

Fundamentación del Problema

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) año tras año en el mundo 16 millones de adolescentes que oscilan entre los 15 y los 19 años y 1 millón de adolescentes menores de 15 años dan a luz. Estas adolescentes mayormente radican en países donde las oportunidades de desarrollo no son favorables, pues sus ingresos



son medios y bajos. Del total de embarazos mencionados el 90% ocurre en los países que se encuentran en desarrollo; mientras un 38% en América Latina y el Caribe.

Cada vez son más los adolescentes a nivel global que dan inicio a una vida sexualmente activa antes de cumplir los 20 años de edad; sin tomar en cuenta las conductas sexuales de riesgo a las cuales se encuentran expuestos, pues alrededor del 60% no utiliza ningún método de protección para prevenir un embarazo, lo que tiene como consecuencia el aumento de los índices de natalidad asociado principalmente a las desigualdades, la pobreza y la inequidad de género; así como el desuso de los métodos anticonceptivos (UNFPA, 2018).

En México, el 97% de los adolescentes menciona conocer alguno de los métodos anticonceptivos existentes; pero más de la mitad no ha utilizado ninguno de los métodos que conoce durante su primera relación sexual, dando lugar a que del total de nacimientos registrados el 17.4% se presente en menores de 20 años, donde entre el 60 y 80% no son planeados (UNFPA, 2018).

El embarazo en adolescentes ha llegado a consolidarse como uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, esto lo ha llevado a convertirse en uno de los detonantes de las conductas sexuales de riesgo a las que se enfrentan los y las adolescentes principalmente en las comunidades indígenas (UNICEF, 2012); siendo las adolescentes las principales afectadas situándolas en desventaja social a diferencia de las adolescentes de las zonas urbanas; pues se tiene la carga de ser mujeres, adolescentes, vivir en comunidad rural y ser indígenas (Valdivienzo, 2014).

Las poblaciones indígenas presentes en México cuentan con una gran variedad de usos y costumbres que los distinguen entre sí; debido a que poseen distintas maneras de comprender el mundo e interactuar en él, esto es tienen una cosmovisión determinada que les permite una perspectiva específica para aprehender su realidad, ofreciendo así un marco de referencia en donde se abrevan las creencias, nociones, imágenes y conceptos que les relaciona entre sí y sus circunstancias. En México, actualmente existe la presencia de 67 pueblos indígenas (SIC, 2019) y 7 millones 382 mil 785 personas de 3 años y más que hablan alguna lengua indígena, según el INEGI, el ser hablante de estas lenguas les confiere una base étnica (INEGI, 2015), pero también se reconoce que estas poblaciones son las que tienen más problemas de pobreza y falta de acceso a los servicios básicos tanto de salud como de educación e infraestructura para alcanzar índices adecuados de desarrollo humano (Karver, Sorhaindo., Wilson y Contreras,



2016) o bien tener acceso a su derecho a la salud sin discriminación, por lo que se han puesto en marcha políticas que buscan reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones puntuales y focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, para evitar el empobrecimiento mayor por cuestiones de salud (CNDH, 2015).

El gobierno de México, a través de la Secretaría de Salud, ha lanzado diversas políticas y acciones con el fin de minimizar los riesgos en la salud sexual y reproductiva. El más reciente es el denominado Programa de Acción Salud Reproductiva. En este programa se revisa una visión de la salud reproductiva en el marco del respeto a los derechos sexuales y reproductivos, haciendo énfasis en el componente de planificación familiar. El objetivo general se centra en incrementar la información y educación para promover los derechos sexuales y reproductivos.

Al hacer una revisión somera de este programa se revisa la mirada adultocéntrica, esto es que desde los adultos se juzga aquello que debe ser o hacerse en relación a la sexualidad y sus prácticas; tiene una perspectiva biomédica, puesto que se mira la salud como ausencia de enfermedad sin considerar la diversidad de cosmovisiones y significados de bienestar; y en su búsqueda de disminuir desigualdades no retoma aquellos determinantes sociales de la salud que precisamente impiden el desarrollo de aquellos indicadores que se pretenden resolver.

En esta medida, el que los jóvenes tengan acceso a la información les brinda la libertad y capacidad de discutir aquellos discursos tradicionales sobre los comportamientos sexuales que los llevan a poner en riesgo su salud; otorgándoles nuevos significados que se puedan orientar a nuevas prácticas emergentes, las cuales pueden repercutir en un cambio cultural que brinde forma y contenido a las relaciones inequitativas en cuanto a la construcción del género presente en las comunidades marginadas.

Metodología

El objetivo planteado de investigación fue realizar una revisión sistemática de estudios en relación a conocimientos y percepción que tienen los adolescentes sobre las conductas sexuales de riesgo que originan el embarazo adolescente en la población indígena.

Se incluyó un enfoque de género y cultural, por lo tanto, se eligieron palabras claves desde esta intersección, y fue necesario realizar una sistematización utilizando como



herramienta los operadores booleanos de OR y AND, utilizando el motor de búsqueda de Ebscohost a través de la plataforma del Consorcio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica (Conricyt), y Google Académico.

Las palabras claves fueron Adolescencia, indígenas, Conducta sexual, género, salud pública y salud sexual. Derivado de esta búsqueda se encontraron 1019 documentos en inglés y español, de los cuales solamente 15 eran investigaciones realizadas en México en el periodo 2012-2018.

Resultados

Esta revisión permitió dar cuenta de las investigaciones y publicaciones realizadas sobre la adolescencia y conductas sexuales de riesgo, en adolescentes y jóvenes indígenas, mostrando cómo el género se encuentra de una manera transversal e invisible en la apropiación de las representaciones sociales adquiridas por los y las jóvenes, otorgándole significados distintos a la feminidad, masculinidad, las prácticas sexuales y el contexto social propio de cada individuo.

La mayor producción se encontró en países como Nueva Zelanda y Australia. También se encontró producción en Estados Unidos de América y por supuesto en diversos países de Latinoamérica, especialmente en Colombia, Brasil, Guatemala y Perú.

Resalta en la tabla 1, que la producción mayor es en el ámbito de la salud pública, en donde las publicaciones tendían a enfocarse en la morbi-mortalidad relacionada con riesgos reproductivos.

En la tabla 2, se enlistan las investigaciones realizadas en diversas zonas de México, en el análisis se destacan las observaciones sobre la manera en que vive la sexualidad un hombre y una mujer joven indígena, tiene que ver con la realidad en la cual se encuentran inmersos, pues mientras para unos es el hecho de ser superior y obtener un reconocimiento social, para las adolescentes se trata de cumplir con las expectativas y roles que se esperan de ellas, ya que serán las encargadas de cuidar del hogar y la crianza de los hijos colocándolas en un papel de subordinadas y sujetas incluso a violencia (Karver, Sorhaindo, Wilson, y Contreras, 2016).

En este sentido se revisa que, por los roles establecidos por la sociedad, los hombres muchas veces hacen uso de sustancias psicoactivas al momento de tener relaciones sexuales con su pareja lo que genera que la percepción acerca de los riesgos que



pueden surgir sean ignorados, aunque las mujeres pueden saberse en alguna situación de riesgo prefieren seguir calladas y evitar los cuestionamientos que generen situaciones de incomodidad a su pareja.

Palabras Claves	Total de Artículos	Total de Artículos en México
Salud sexual e indígenas	8	8
Conducta Sexual and Indígenas	2	0
Riesgo Sexual e Indígenas	1	1
Adolescentes e Indígenas	5	0
Género e Indígenas	242	0
Género, Indígenas, Sexual	37	4
Indígenas, Salud Pública	279	1
Riesgo sexual and Adolescente	111	0
Creencias, Sexualidad, Indígenas	1	1
Jóvenes, indígenas, riesgo sexual	333	0

Tabla 1. Artículos en bases de datos publicados en el periodo 2013-2018, sobre conductas sexuales de riesgo en jóvenes indígenas, según palabras claves utilizadas
Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenido



Año	Referencia	Población	Metodología
2018	Bautista, E. (2018). Reflexiones acerca de la diversidad sexual entre jóvenes indígenas en México. <i>Revista de Estudios Sociales</i> , 63, 100-109. Recuperado de https://dx.doi.org/10.7440/res63.2018.08	Varones indígenas pertenecientes a comunidades indígenas de México.	Consulta bibliográfica y se discute a partir de planteamientos derivados de los estudios de la diversidad sexual, como referentes para la argumentación.
2016	Karver, T., Sorhaindo, A., Wilson, K y Contreras, X. (2016). Exploring intergenerational changes in perceptions of gender roles and sexuality among indigenous women in Oaxaca. <i>Culture, Health & Sexuality</i> , 18 (8), 845-859	Dos generaciones de mujeres que viven en comunidades indígenas en Oaxaca.	Entrevistas en profundidad semiestructuradas con 19 mujeres de dos cohortes generacionales en 12 comunidades. Las opiniones comparativas de estas dos cohortes sugieren que las normas culturales de género continúan gobernando cómo las mujeres expresan y experimentan su sexualidad.
2012	Castillo-Arocs, L y Benavides-Torres, R. (2012). Modelo de resiliencia sexual en el adolescente: teoría de rango medio. <i>Chía Colombia</i> , 12 (2), 169-182	Adolescentes	Se utilizó el método de derivación teórica de Fawcett para realizar la estructuración conceptual-teórica-empírica de la teoría propuesta.
2016	Ravelo, P. (2016). Cuerpos marcados por la violencia sexual. Niñas y mujeres jóvenes migrantes en la frontera norte. <i>Sociológica</i> , 32 (91).	Niñas y mujeres migrantes.	Revisión Sistemática sobre los crímenes y desapariciones de mujeres, relacionadas con la misoginia, la impunidad, el crimen organizado, la pornografía sádica, la trata de personas, asesinos seriales y psicópatas, entre otras causas.
2015	Solis, D y Martínez, C. (2015). Género, sexualidad y cuerpo. Campo juvenil y jóvenes universitarios indígenas de San Luis Potosí, México. <i>Cuicuilco</i> , No. 62	Jóvenes estudiantes universitarios nahuas, de la Huasteca Potosina en México.	El diseño metodológico se perfila desde bases cualitativas y socio-antropológicas. Técnicamente se privilegiaron dos estrategias: entrevistas y trabajo de campo etnográfico.
2012	González, H y Vega G. (2012). Problemáticas del comportamiento sexual y reproductivo de las jóvenes inmigrantes de baja california. <i>Frontera Norte</i> , 25 (30). Pp. 131-154.	Mujeres Inmigrantes de Baja California.	Encuesta sobre salud sexual y reproductiva
2013	Fernández, T. (2013). La educación sexual y de género vs el maltrato en la pareja. Escenario sobre la violencia en jóvenes de Baja California. <i>Estudios Fronterizos, nueva época</i> , 15 (30), 73-95.	Adolescentes	Metodología de Búsqueda documental y un método deductivo.
2015	Loredo-Abdalá, A., Vargas-Campuzano, E., Casas-Muñoz, A., González-Corona, J y Gutiérrez-Leyva, C. (2015). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. <i>Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social</i> 55 (2), 223-229.	Adolescentes	Artículo de opinión que describe causas de la problemática
2016	Palacios, O., Méndez, S y Galarza, D. (2016). Promoción de la Salud Sexual ante el riesgo del virus del Papiloma humano en adolescentes. <i>Hacia promoción de la salud</i> . 21 (2), 74-88	Adolescentes	Se realizó un estudio de investigación acción participativa. En la primera fase se delimitaron temas y estrategias para la promoción de la salud sexual y evitar el riesgo de VPH, en grupos de discusión. En segunda fase se realizó un programa de intervención con sesiones informativas a cargo de instituciones, organizaciones no gubernamentales y profesionales de la salud sexual, así como actividades dirigidas a promocionar la salud sexual para evitar el riesgo del VPH
2017	Muñoz-Vilugrón, K y Osses-Bustingory, S. (2017). La salud sexual y reproductiva como reflejo de inequidad en mujeres indígenas de la región de la Montaña de Guerrero, México. <i>Salud Pública de México</i> , 59 (4).	Mujeres Indígenas y no indígenas	Estudio Epistemológico Retrospectivo
2013	Jiménez, E. (2013). Género, etnia y globalización: Identificación y análisis de tres estrategias que realizan las mujeres yaquis dentro de sus hogares para ganar autonomía. <i>Frontera Norte</i> , 25 (49).	Mujeres Yaquis de dos comunidades indígenas de Sonora	Técnicas etnográficas consistentes en observación participante, no participante, entrevistas semiestructuradas y a profundidad a hombres y mujeres yaquis
2017	Rangel-Flores, Y y Martínez-Ledezma, A. (2017). Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México. <i>Revista Conamed</i> , 22 (4).	Las mujeres Indígenas de San Luis Potosí	Estudio de tipo cualitativo-etnográfico en el que se condujeron entrevistas grupales y se aplicó análisis crítico del discurso.
2017	Urbidía, A., Vázquez, A y Cázarez, I. (2017). Expresión y trabajo de los Muxe' del Istmo de Tehuantepec, en Juchitán de Zaragoza, México. <i>Nova Scientia</i> , 9 (2) 502-527.	Grupo indígena zapoteco-hablante.	La metodología empleada retoma el estudio de caso crítico con una perspectiva cualitativa. Los ejes de análisis fueron los cambios económicos en la región y la construcción de la masculinidad en la comunidad de Juchitán.
2012	Pavía-Ruz, N., Góngora-Biachi, R., Vera-Gamboa, L., Moguel-Rodríguez, W y González-Martínez, P. (2012). Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán, México. <i>Revista Biomédica</i> , 23 (2), 53-60.	Adultos de comunidades rurales de Yucatán.	Estudio cuantitativo de corte descriptivo; Muestreo probabilístico utilizando la fórmula de proporciones, considerando los 38 albergues escolares distribuidos en cuatro centros coordinadores.
2014	Rangel Flores, Y.Y. (2014) Practicas de autocuidado sexual y reproductivo en mujeres 'parejas de' migrantes Internacionales de San Luis Potosí, México. <i>Cultura de los cuidados (Edición digital)</i> 13 (40). Disponible en: http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.11	Mujeres parejas de migrantes Internacionales	Se trató de una aproximación de tipo cualitativo con 20 mujeres "de migrantes", a través de entrevistas a profundidad que focalizaron en las esferas de "percepción del riesgo" y "Autocuidado sexual y reproductivo".

Tabla 2. Documentos publicados en el periodo 2012-2018 sobre salud sexual y reproductiva en jóvenes y adolescentes indígenas mexicanos. Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos

Reflexiones finales

La revisión efectuada indica que existe una necesidad de autorreconocimiento por parte de las y los adolescentes, con la finalidad de conocer y reconocer su corporalidad, su sexualidad y la manera en que pueden desarrollarla de una manera sana, placentera y responsable.



Si la construcción genérica se encuentra invisibilizada en la cosmovisión de los pueblos originarios o indígenas, es necesario identificarla y recuperarla, a fin de que el sistema socio-cultural reafirme la deconstrucción y reconstrucción de los nuevos significados de la feminidad y masculinidad que se confrontan ante la presencia de los programas gubernamentales en donde se les brinda el conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, sin poder ser apropiados a cabalidad puesto que no existe una apropiación de la propia corporalidad y subjetividad, entendiéndose que estos conocimientos difundidos se repelen por la coraza que el propio sistema comunal efectúa para proteger su identidad de los embates de la occidentalización y prácticas integracionistas que no respetan la diversidad cultural.

A través de esta reconstrucción de la diversidad femenina y masculina, se podrá incidir en otras problemáticas asociadas, como el uso sustancias lícitas o ilícitas para buscar autoafirmación o reconocimiento por parte de las demás personas de la comunidad, de esta manera resulta necesario buscar estrategias de acción pertinentes mediante la salud pública alejada de modelos biomédicos deterministas, y por el contrario buscar nuevos modelos multideterminados en donde el respeto a las culturas y sus condiciones sean una aproximación básica para la creación de programas específicos para cada grupo poblacional.

Es menester también reconsiderar la perspectiva adultocéntrica, proponiéndose que los y las adolescentes tomen voz y expresen sus propias necesidades y deseos para poder así incidir en problemática de salud o incluso de reproducción.

Finalmente se encuentra que este es un campo de estudio que merece la atención de las ciencias sociales, desde un enfoque de lo juvenil, interculturalidad, transdisciplinariedad, igualdad de género y garantía de los derechos humanos.

Fuente de Financiamiento

Beca CONACYT de estudios de Posgrados

Referencias bibliográficas

Ballinas-Urbina, Y., Evangelista-García, A., Nazar-Beutelspacher, A., y Salvatierra-Izabal, B. (2015). Condiciones Sociales y Comportamientos Sexuales de Jóvenes en Chiapas. *Papeles de Población*. 21 (83), 253-286.

CNDH. (2015). El Derecho a la Salud de los pueblos indígenas. Servicios y atención en las clínicas de las comunidades. Recuperado desde



<https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/04-Salud-Pueblos-Indigenas.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. (2015). Encuesta Intercensal 2015. México: Autor. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/>

Instituto Nacional de las Mujeres. (S/f). Breve análisis de la Situación de Salud reproductiva de mujeres de habla indígena y no Indígena. Resultados de la Encuesta Nacional sobre la dinámica demográfica 2006 y 2009. Mexico: Autor. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101214.pdf

Karver, T. Sorhaindo, A., Wilson, K. y Contreras, X. (2016). Exploring intergenerational changes in perceptions of gender roles and sexuality among Indigenous women in Oaxaca_ *Culture, Health & Sexuality* 18 (8), 845–859.

Mier, M. (2007). Transición a la vida adulta. Experiencias de las jóvenes rurales y urbanas. En P. Chávez, P. Uribe e Y. Cabrera, (Coordinadores). *La salud reproductiva en México, análisis de la encuesta nacional de salud reproductiva 2003*. 1, UNAM, Centro regional de Investigaciones Multidisciplinarias, México. Recuperado desde <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20100428102507/saludreproductiva.pdf>

Mora, M y Oliveira, O. (2009). Los jóvenes en el inicio de la vida adulta: Trayectorias, transiciones y subjetividades. *Estudios sociológicos*. XXVII (79), 269-289.

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Adolescentes: Riesgos para la salud y soluciones*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

Pacheco-Ladrón de Guevara, L.C. (2016). Para ayudar a mi comunidad: adolescencia indígena y telesecundaria. México: Universidad Autónoma de Nayarit: Juan Pablo Editor.

Rosabal, E., Romero, N., Gaquín, K y Hernández, R. (2015). Conductas de Riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44 (2), 218-229.

SIC. (2019). Pueblos Indígenas. Disponible en: http://sic.gob.mx/index.php?table=grupo_etnico

UNFPA. (2018). Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes y Jóvenes. Disponible en <https://mexico.unfpa.org/es/topics/salud-sexual-y-reproductiva-en-adolescentes-y-j%C3%B3venes>

UNICEF. (2012). Panorama de la Adolescencia Indígena en México desde la Perspectiva de Derechos. México: Autor. Disponible en <https://www.inee.edu.mx/wp->



content/uploads/2019/01/unicef-panorama-adolescencia-indigenas-mexico-derechos.pdf

Valdivienzo, N. (2014). Embarazo en Adolescentes Indígenas de Oaxaca, México, 2004-2008. Elementos para una discusión desde la salud sexual y reproductiva, y los derechos humanos. Trabajo presentado en el VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Lima, Perú. Disponible en: http://www.alapop.org/Congreso2014/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2014_FINAL578.pdf



Línea Temática 5.

Las barreras sociales discapacitantes: Modelo social de la discapacidad y la situación de las personas con discapacidad a nivel nacional e internacional. La inclusión social de las personas con discapacidad, así como la accesibilidad de la ciudad tanto arquitectónica, urbanística, comunicaciones y transporte; educación inclusiva y educación especial; formación laboral e inserción laboral



Implementación de estrategias educativas a través de un rincón lúdico para el desarrollo de habilidades sociales en los estudiantes del nivel de inicial, en el patio de la “Unidad Educativa Especial del Azuay”

Gabriela López
Margarita Calderón

Resumen

La atención educativa en los primeros años de la vida del ser humano, se convierte en lo más importante para las acciones educativas en el nivel Inicial, debido a que el desarrollo de los niños y niñas depende de múltiples condiciones que deben ser potencializadas. Por tanto, es indispensable tomar como punto de partida las necesidades, intereses y capacidades para brindarles experiencias de aprendizaje que estimulen sus capacidades físicas, intelectuales y afectivas.

En el ámbito de la educación especial, la implementación de estrategias educativas que aporten al desarrollo de habilidades adaptativas como habilidades sociales básicas, se constituye en un objetivo fundamental. La presente investigación se realiza en una institución especial de la ciudad de Cuenca (Ecuador), y tiene como objetivo la implementación de estrategias educativas para el nivel inicial, dirigidas a desarrollar estas habilidades. Se asume desde un enfoque cualitativo y se estructura desde la técnica de estudio de caso; los datos se recolectaron a través de observaciones, entrevistas a profundidad y análisis de documentos institucionales y expedientes estudiantiles.

Los resultados obtenidos determinaron que la estrategia educativa utilizada, rincón lúdico, tuvo impacto positivo en el proceso de enseñanza – aprendizaje de los niños con discapacidad intelectual, evidenciado en el desarrollo de habilidades sociales básicas en los niños, que les permite ser cada vez más independientes y sociables.

Palabras claves

Rincón lúdico; educación inicial; educación especial; estrategias educativas; habilidades sociales

Introducción

El desarrollo de los niños en sus primeros años de vida depende de múltiples condiciones que deben ser potencializadas a través de la atención temprana y la educación inicial. Por tal motivo, en los niños y niñas con algún tipo de discapacidad que



concurrer al nivel inicial, se deben desarrollar diversas estrategias metodológicas y acciones específicas acordes al grado de discapacidad que presentan.

Tomando en cuenta que, la implementación de estrategias educativas que aporten al desarrollo de habilidades adaptativas se ha convertido en un ámbito de vital importancia dentro del nivel inicial y la educación especial; la presente investigación se orienta a desarrollar habilidades sociales básicas en los estudiantes del nivel inicial en la Unidad Educativa Especial del Azuay, mediante la implementación de estrategias educativas en un rincón lúdico denominado “Jugando Aprendo y me Divierto” en el patio institucional.

Por tanto, la investigación se plantea como objetivo, implementar estrategias educativas a través de un rincón lúdico para el desarrollo de habilidades sociales del estudiante del nivel inicial en el patio de la Unidad Educativa Especial del Azuay; tomando como unidad de análisis el aula de educación Inicial, que cuenta con cinco (5) estudiantes matriculados en la jornada matutina.

La recolección de información, se realizó desde un enfoque cualitativo utilizando la técnica de estudio de caso en el lapso de dos meses, durante el transcurso de las prácticas educativas ejecutadas en la Unidad educativa. Como conclusión fundamental del estudio, se identificó las mejoras obtenidas a partir de la implementación de estas estrategias en el rincón lúdico.

EL documento está estructurado de la siguiente manera en el primer apartado encontramos la fundamentación del problema con la respectiva contextualización, unidad de análisis y referentes teóricos. En el segundo apartado encontramos los referentes metodológicos que se usó para la investigación y en el tercer apartado la propuesta con los resultados de la implementación. Finalmente se presenta las conclusiones finales.

Fundamentación del problema

Nuestra unidad de análisis es el aula de educación Inicial, que cuenta con 5 estudiantes matriculados en la jornada matutina con características particulares como: discapacidad intelectual profunda, Síndrome de Down y discapacidad visual. Quienes en su mayoría presentan un retraso moderado en su desarrollo intelectual, con referencia a su edad cronológica; lo cual afecta sus habilidades adaptativas sociales y emocionales, su autocontrol e impide que ellos cumplan los requisitos para avanzar en su desarrollo.



La docente encargada del aula, trabaja con planificación curricular anual (PCA) para el nivel inicial que cuenta con varios criterios de que orientan en el Currículo Ecológico Funcional; el cual establece áreas de dominio para el nivel inicial. Por lo cual no se realizan actividades de ámbito académico en las clases y no se revisa un contenido específico acorde al nivel de escolarización, lo que conlleva a que la mayor parte del tiempo los niños se encuentran jugando con los materiales del aula.

A pesar de que en los documentos institucionales se establece que todos los niños deben desarrollar sus diferentes habilidades a través de la educación funcional de calidad, se ha evidenciado que hace falta emplear nuevas estrategias educativas que potencien estas habilidades básicas.

En las prácticas pre-profesionales se ha podido constatar que, en cuanto a los hábitos de higiene, como el control de esfínteres, se encuentran en proceso de instauración, los estudiantes avisan ya sea con gestos o palabras cortas como "popo" o "pipi" que necesitan ir al baño; a excepción de una estudiante que aún utiliza pañal.

En la interacción social y los hábitos de convivencia, el saludo y la despedida, son habilidades muy importantes para trabajar con los estudiantes de inicial, debido a que desde los hogares no se da mucha importancia a la dimensión social ni a la autonomía, lo cual complica el trabajo de éstas dentro del aula debido a la carencia de lenguaje de los estudiantes.

En el reconocimiento de emociones propias y las de los demás compañeros, se evidencia que los niños son muy poco expresivos, a excepción de una estudiante que algunas veces pregunta que les sucede a los demás compañeros. Esto debido a que la mayoría de niños no tiene desarrollado el habla por su corta edad y la falta de terapias de lenguaje; sin embargo, suelen expresarse mediante gestos o palabras cortas. Según la docente "la mayoría de los niños no pueden reconocer ni expresar sus propias emociones y mucho menos reconocer la de los demás compañeros, ya que es algo que depende también de su discapacidad". De la expresión de la docente y las observaciones realizadas se infiere que una característica típica de los niños con Discapacidad Intelectual es la falta de habilidades sociales.

Por otro lado, es necesario que la institución brinde a los estudiantes, especialmente a los más pequeños, espacios de recreación fuera del aula, para que, en sus primeros años de escolarización, puedan desarrollar sus habilidades sociales principalmente. De



acuerdo con estas dificultades encontradas como producto de las observaciones en las prácticas pre profesionales, se plantea el siguiente problema de investigación: ¿Cómo contribuir al desarrollo de habilidades sociales de los estudiantes del nivel inicial de la Unidad Educativa Especial del Azuay?

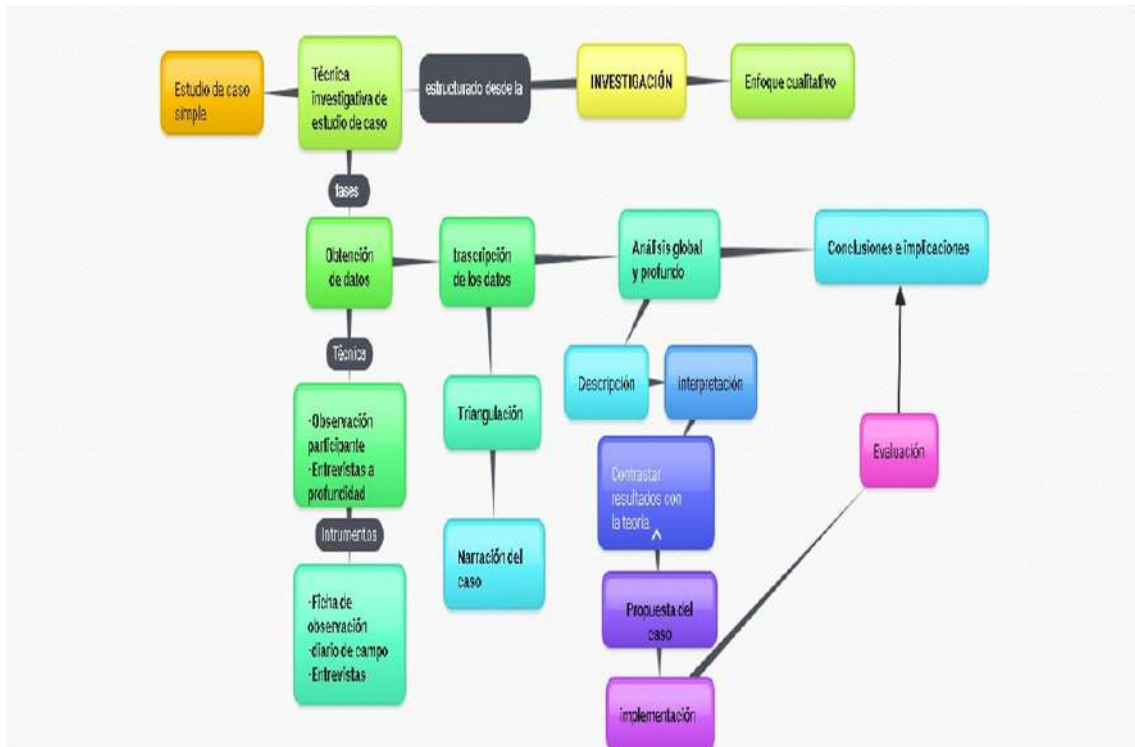
Metodología

La recolección de información, se realizó desde un enfoque cualitativo en el lapso de dos meses, durante el transcurso de las prácticas educativas ejecutadas en la Unidad educativa. La investigación ha sido estructurada desde la técnica investigativa de estudio de caso, de la cual Díaz menciona: “Es una técnica de investigación sobre un inter/sujeto/objeto específico que tiene un funcionamiento singular, como un sistema integrado; es decir, como una unidad que es objeto de indagación” (1998, pg.88). El tipo de caso que se eligió es simple porque la unidad de análisis es un solo caso que corresponde al aula de Inicial.

Los datos para este estudio enfatizaron en la comprensión de la realidad educativa; para ello se combinaron las observaciones y entrevistas en profundidad, además, del análisis de documentos institucionales como: Plan Curricular Anual (PCA), Expediente Escolar, entre otros. Con la finalidad de recolectar datos relevantes que permitan caracterizar los ambientes aprendizaje y cómo estos se concretan en el aula de clase. Para obtener un diagnóstico de necesidades y problemáticas a partir de las cuales se realizará la investigación.

Por último, se realizó la triangulación. Denzin menciona: “la triangulación como la aplicación y combinación de diferentes metodologías de análisis en el estudio de un mismo fenómeno” (1970, pág.79). Para nuestra investigación se realizó una triangulación cualitativa de distintos datos.

A continuación, se presenta un mapa conceptual que orienta los referentes metodológicos que dirigen la investigación:



Fuente: Elaboración propia

Propuesta

La metodología empleada y el análisis realizado permitió generar una propuesta de solución tomando en cuenta que el juego es una actividad innata en los niños pequeños, se propuso trabajar las habilidades sociales en los niños de inicial, a través de un rincón lúdico y la metodología del juego y trabajo; con el objetivo de generar las habilidades sociales mediante una estimulación basal, sensorial y emocional; partiendo del concepto de multifuncionalidad y del aprendizaje a través del juego, mediante material motivador que despierte el interés de los niños.

Se tomaron en cuenta algunos criterios dentro del currículo de educación inicial para la implementación de estrategias dentro de este rincón que son:

- Estimulación visual y física: mediante el juego se pretende favorecer al desarrollo del niño, potenciar su autoestima y autonomía personal.
- Estimulación Somática: se pretende contribuir a la percepción de los sentimientos y las emociones. Asimilando los estímulos del entorno.
- Estimulación Táctil: se pretende despertar distintas sensaciones en partes del cuerpo (cara, las manos, los brazos y las piernas).



- Estimulación Social: se pretende despertar las habilidades sociales del niño al interactuar con otros a través de los juegos de construcción y manipulación.

En correspondencia con estos criterios se organizaron: dimensiones, objetivos, estrategias y recursos:

Dimensión

Habilidades para Interacciones Sociales Básicas

Saludar y Despedirse

Objetivo

Desarrollo de habilidades para interacciones sociales básicas, de saludo y despedida, y fortalecer los pasos de subirse a un bus urbano, mediante la utilización de un juego de madera denominado “bus urbano”.

Estrategias

Aprendizaje Cooperativo

Recurso

El bus urbano, la casa de madera y el aula de clases con sticker

Dimisión

Buenos Hábitos alimenticios

Alimentación: Pasos para alimentarse (proceso)

Objetivo

Desarrollo de habilidades para Hábitos sociales básicos, de alimentación, para fortalecer los pasos a la hora de alimentarse, y también sobre los diferentes momentos de higiene antes y después de la comida.

Estrategia

Aprendizaje cooperativo. Para el desarrollo de esta habilidad a través de procesos, se utilizarán pictogramas con los pasos para la alimentación, para que al mismo tiempo que aprenden e interactúan, también puedan jugarán entre sí y divertirse.

Recursos

Simulador de un comedor en el rincón lúdico



Materiales

Mesa, sillas, pintura, utensilios de cocina.

Dimensión

Socio - Afectivo - Reconocer las Emociones

Expresar e Identificar Emociones

Objetivo

Desarrollar habilidades socio afectivas básicas de reconocimiento de emociones, con el objetivo de que el estudiante exprese e identifique las diferentes emociones, mediante la pared sensorio motriz de las emociones. A la vez se fortalecerá la motricidad fina de los estudiantes.

Estrategia

Aprendizaje cooperativo. Para el desarrollo de esta habilidad, se utilizará una pared sensorio motriz con diferentes emociones, para que al mismo tiempo que aprendan e interactúen, también puedan jugarán entre sí e identificar las emociones de los diferentes personajes de material reciclado. Recurso: Pared de las emociones, esta consiste en crear caras con diferentes emociones con materiales reciclados

Materiales

Cierres, cordones, timbres, tapas, etc.

Actividades que se desarrollaron

Sistema alternativo de comunicación

Se desarrolló un sistema alternativo de comunicación para los estudiantes que no se expresan de manera verbal oral que consistió en el uso de un llavero con diversos pictogramas con el cual el niño pueda comunicar sus necesidades, emociones o deseos, y se utilizaron tablas con stickers para implementar el saludo y la despedida antes de ingresar a los juegos y al aula de clase.

Bus Urbano en el rincón lúdico

Mediante el un juego llamado “el bus urbano”, el niño aprendió su función, utilidad e importancia. Este juego proporcionó un aprendizaje significativo innovador, ya que contribuyó al desarrollo de la creatividad, observación, manipulación, relaciones sociales y experiencias.



Pared sensorio motriz de las emociones

La pared de la utilizó para la identificación de las emociones de diversos personajes y también para la realización de acciones de coordinación sensorio motriz de manos y dedos.

Estudiante: M. O.	
ANTES	DESPUÉS
El estudiante se comunica a través de gestos o palabras cortas; sin embargo, no saluda ni se despide al llegar o salir de la escuela.	La Habilidad de saludar y despedirse se ha logrado con gran éxito, lo que permite que interactúe con sus compañeras y otros niños de la escuela. Al estudiante le encanta jugar con los títeres y siempre antes de dar su función saluda y se despide.

La implementación de las actividades se realizó en dos y tres clases por actividad; a través de la repetición, el cumplimiento de los procesos y el uso de recursos innovadores se cumplieron los objetivos planteados, que fueron constantemente evaluados con una ficha de evaluación y seguimiento.

Resultados y discusión

Para la exposición de los resultados obtenidos con la aplicación de la propuesta solución, se hizo uso de una ficha de observación final que permito la contratación de información a nivel grupal e individual con la información recolectada antes de la aplicación de la propuesta solución y después de la aplicación de la misma; con el objetivo de analizar lo logrado con lo aplicado.



A continuación, se expondrán los logros alcanzados a nivel individual:

<p>El estudiante es capaz de sacar la lonchera y los implementos alimenticios de la mochila, pero requiere de ayuda para trasladar la comida del pozuelo al plato. Al comer coge la cuchara con la mano izquierda y aún no aprende a cerrar la boca mientras come.</p>	<p>El estudiante ha asimilado todo el proceso de alimentación, pues realiza los pasos de forma ordenada, pero aún tiene algunas dificultades para comer con la boca cerrada.</p>
<p>El estudiante tiene dificultades en el desarrollo motriz grueso y fino.</p>	<p>El niño expresa e identifica sus emociones y reconoce las de sus demás compañeras. Además ha mejorado su motricidad fina y gruesa.</p>
<p>El estudiante no es muy sociable con sus demás compañeros de clase, prefiere jugar y realizar las actividades solo.</p>	<p>Uno de los mayores logros que se ha tenido es que el niño interactúa con el resto de sus compañeras dentro del rincón lúdico o en la aula de clase.</p>

*Tabla 1. Resultados estudiante M.O
Nota. Elaboración Propia.*



Estudiante: D. L.

ANTES	DESPUES
<p>La estudiante se comunica a través de frases cortas; sin embargo no saluda ni se despide al llegar o salir de la escuela o del aula.</p>	<p>La Habilidad de saludar y despedirse se ha logrado con gran éxito, la niña realiza todo el proceso que conlleva la actividad autónomamente. Es la primera en saludar a sus compañeros y profesora la entrar al aula.</p>
<p>La estudiante es capaz de sacar la lonchera y los implementos alimenticios de la mochila, pero requiere de ayuda para el momento de la comida, pues se distrae con facilidad y no es de buen apetito.</p>	<p>El estudiante ha asimilado todo el proceso de alimentación, pues realiza los pasos de forma ordenada, pero tiende a ensuciar su ropa a la hora de comer lo que no permite un buen aseo personal.</p>
<p>La estudiante tiene dificultades en el desarrollo motriz grueso y fino. Además, reconoce las emociones, pero las confunde.</p>	<p>La niña expresa e identifica sus emociones y reconoce la de los demás. Se puede evidenciar en unas de las clases donde la estudiante consolaba a su compañera que se encontraba llorando. Con las actividades motoras propuestas en la pared de las emociones la niña ha mejorado su motricidad fina y gruesa.</p>
<p>La estudiante no es muy sociable con sus demás compañeros de clase, es muy temerosa y prefiere quedarse en el aula con la maestra durante la hora de receso.</p>	<p>Uno de los mayores logros que se ha tenido es que la niña ya no les tenga miedo a los niños más grandes como "Justin" ahora lo saluda y comparte con él.</p>

Tabla 2. Resultados estudiante D.L

Nota. Elaboración Propia.



Estudiante: T. P.	
ANTES	DESPUES
La estudiante se comunica a través de frases cortas; sin embargo no saluda ni se despide al llegar o salir de la escuela o del aula.	La Habilidad de saludar y despedirse se ha logrado con gran éxito, aunque algunas veces se le ha tenido que recordar hacerlo, pero suele ser muy cariñosa y la mayoría de veces saluda con un abrazo y se despide moviendo su mano.
La estudiante es capaz de sacar la lonchera y los implementos alimenticios de la mochila, pero requiere de ayuda para el momento de la comida.	El estudiante ha asimilado todo el proceso de alimentación, pues realiza los pasos de forma ordenada; es capaz de sacar la lonchera y los utensilios de la mochila y además se lava las manos antes y después de comer.
La estudiante tiene dificultades en el desarrollo motriz grueso y fino. Además, reconoce las emociones, pero las confunde.	La estudiante puede expresar e identificar sus emociones propias y reconoce la de los demás con éxito Con las actividades motoras propuestas en la pared de las emociones la niña ha mejorado su motricidad fina y gruesa.
La estudiante no es muy sociable con sus demás compañeros de clase.	La estudiante actualmente se relaciona perfectamente con los niños más grandes de la escuela y con sus compañeros de aula

Tabla 3. Resultados estudiante T.P
Nota. Elaboración Propia.

Como se puede notar tanto a nivel individual y a nivel grupal, se obtuvo resultados satisfactorios a través de la aplicación de la propuesta de solución, evidenciados en la mejora en la interacción y socialización de los estudiantes del nivel. La mayoría de los estudiantes desarrollaron y potencializaron sus habilidades sociales enfocadas en: el reconocimiento de las emociones propias y las de sus demás compañeros, la asimilación del proceso de alimentación e higiene y la asimilación de la importancia del saludo y despedida al entrar y salir de un lugar. Además, cabe recalcar que los



estudiantes se mostraron motivados e interesados en realizar todas las actividades propuestas y su grado de participación fue alto.

De esta manera el rincón lúdico permitió que el estudiante juegue mientras aprende, contribuyendo de esta manera a la expresión, la creatividad, la interacción y el aprendizaje, ya que contribuye al desarrollo del seguimiento de instrucciones, el compromiso para cumplir reglas y convivencia con los otros (García Ramos, 2011, pg.11). Además, el componente lúdico y creativo de los rincones lúdicos contribuye al aumento de autoestima y habilidades sociales.

Según Caballo: “las habilidades sociales son el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas” (1993, p. 6). Por ello, Luckasson menciona: “para favorecer la adquisición de habilidades sociales, es muy importante fomentar el contacto con otras personas, a través de actividades deportivas y lúdicas. Las personas con Síndrome de Down tienen una imagen positiva, es más fácil su integración y participación en entornos normalizados” (1992, pg. 104).

Puesto que las habilidades sociales se ponen en práctica en diferentes ocasiones de la vida diaria. Por ellos uno de los principales lugares para fomentar estas habilidades es en la escuela, la misma que debe proveer de recursos, espacios tales como un rincón lúdico que permita mediante el juego desarrollar estas habilidades. Pues los rincones lúdicos son: “espacios físicos concebidos para que el niño desarrolle habilidades, destrezas y formen sus propios conocimientos a partir de las actividades lúdicas y la interacción libre” (Antuña, 2011, pg. 95).

El desarrollo social de un niño es un proceso complejo, ya que en él intervienen una serie de factores; los cuales permiten que los niños/as interactúen y se relacionen con los demás de forma eficaz. Según Roca (2017): “permiten a las personas a relacionarse de manera eficaz y satisfactoria, a la vez que les permiten sentirse bien y lograr nuestras metas y objetivos sin que nadie lo pueda impedir” (pg.133).

En tal sentido, se considera que la implementación de un rincón lúdico de aprendizaje, proporciona aprendizajes significativos que parten del juego, la experimentación y la creatividad de acuerdo a las potencialidades de los niños. Por tal motivo, la importancia



de esta investigación radica, en el impacto que se obtiene con la implementación de la propuesta denominada “Jugando Aprendo y me Divierto”.

Conclusiones y reflexiones finales

En el presente trabajo investigativo se determinaron fundamentos teóricos relacionados con el desarrollo de habilidades sociales en los estudiantes del nivel inicial, los cuales se tomaron como referencia para la operacionalización de conceptos y categorías de investigación.

Además se caracterizó el desarrollo de habilidades sociales en los estudiantes del nivel inicial como punto de partida para la generación de estrategias educativas a través de un rincón lúdico en el patio en la Unidad Educativa Especial del Azuay; con lo cual se realizó un diagnóstico general que permitió la elaboración de un informe de evaluación individual, con los cuales a más de recolectar la información necesaria, se diseñó una propuesta de solución que aporte al desarrollo de las habilidades sociales de los estudiantes del nivel.

Finalmente se implementaron estrategias educativas en un rincón lúdico en el patio institucional, para el desarrollo de habilidades en los estudiantes del nivel inicial y se evaluaron los resultados obtenidos con la implementación de estrategias educativas, para analizar y contrastar los resultados y la información recolectada con el informe de evaluación inicial y el informe de evaluación final.

De esta manera se contribuyó al desarrollo de las habilidades sociales básicas de los estudiantes del nivel inicial de la Unidad Educativa de esta manera dando así correspondencia a la pregunta de investigación y los objetivos planteados inicialmente.

Con todo ello, se concluye que a pesar de que las clases impartidas en el rincón lúdico fueron exitosas, se identificaron aspectos que pueden ser mejorados y repensados en beneficio de los estudiantes como:

- Vinculación de otras materias en este espacio.
- Aprovechamiento de todos los recursos que nos provee el rincón lúdico y de los recursos del aula de clase.
- Aprovechamiento de otros espacios del rincón lúdico, los cuales también están equipados para el aprendizaje.
- Mejor organización del tiempo para ejecutar las clases.



- Vinculación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) con el proceso de enseñanza - aprendizaje, puesto que las mismas pueden complementar, enriquecer y transformar la educación.
- Implementación de alternativas metodológicas diversificadas que permitan la que permita un mejor aprendizaje en los estudiantes, proponiendo actividades creativas en las cuales los niños puedan aprender mientras se divierten.
- Vinculación de los padres en las actividades escolares (dentro y fuera del aula).
- Impartir las clases de manera creativa, procurar generar interés en ellos por aprender los diversos temas, por lo cual sugerimos utilizar preferiblemente material gráfico para ilustrar los diferentes conceptos o procesos que debe realizar (láminas, videos, dibujos, etc.).

Referencias Bibliográficas

Del Carmen, M. & Viera, A. (s.f): La atención a la diversidad en educación infantil: los rincones. Sevilla. Consejería de Educación y Ciencia.

Vidal, C. (1987): Rincones de actividad en la escuela infantil. Barcelona. Grao (6a ed. 1999).

Piaget, J. (1959): La formación del símbolo en el niño. México. Fondo de Cultura Económica.

Calameo. (s.f). Unidad 3: Intervención Educativa En El Aula Inclusiva.

Recuperado de:

<http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/72/cd/curso/pdf/3.pdf>

Sampieri, R. (2010). Metodología de la Investigación. México. Mc Graw - Hill Education.

Mendoza, L. & Arcos, N. (2015). La aplicación del curriculum con enfoque ecológico funcional en la formación laboral de las personas con discapacidad. Ecuador. EFDeportes.com, Revista Digital.

Salas, M. & Muñoz, M. (2017). Enfoque Ecológico funcional en una escuela especial de discapacidades múltiples. Chile. Perspectiva Educativa.

García, M. (s.f). Habilidades Sociales en niños y niñas con discapacidad intelectual.

Recuperado de: <http://www.eduinnova.es/monografias2011/ene2011/habilidades.pdf>

Artiagas, M. (s.f). Síndrome de Down (Trisomía 21). Recuperado de:

<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/6-down.pdf>

Delgado, A. & Galan, E. (1998). Patología Cromosómica. Grandes Síndromes en Pediatría. Volumen 8. Bilbao.

Montero, D. (s.f). Conducta adaptativa: situación actual y escenarios posibles. Una visión global. Deusto. Facultad de Psicología y Educación.



Jara. M. (2009). Propuesta curricular de habilidades adaptativas para la estimulación temprana de niños y niñas de 0 a 3 años de edad, con discapacidad cognitiva. Costa Rica. Revista Electrónica@ Educare Vol. XIV.

MINEDUC (2018). Guía de Desarrollo Humano Integral Dirigida a docentes para la implementación de Habilidades para la Vida en el Sistema Nacional Educativo. Ecuador.



¿Educación para todos? Alternativas educativas para la población con discapacidad en México a nivel bachillerato

Belén González Ibarra¹

Resumen

En la presente ponencia se propone un análisis de las adversidades a las que se enfrenta la población con discapacidad en México para acceder, permanecer y concluir estudios de nivel medio superior dentro de la oferta educativa gubernamental dispuesta a su servicio.

Si bien, existe el reconocimiento oficial del potencial de la educación para el desarrollo de la equidad y el desempeño ciudadano; para este sector de la población, los cambios curriculares y el desarrollo de nuevas propuestas pedagógicas devenidos de las reformas educativas han demostrado favorecer su deficiente o nula inclusión, en donde la condición de “diferencia” ha impedido marcar las líneas respecto a las oportunidades frente a la oferta curricular de la educación que requieren.

La información empírica expuesta se construyó partiendo del enfoque metodológico mixto, es decir, se rescataron las voces de los sujetos que participan en dicho proceso educativo administrado desde los Centros de Atención a Estudiantes con Discapacidad (CAED) entre asesores, estudiantes y padres de familia a partir de la observación participante desde las aulas; asimismo se recuperan elementos estadísticos referentes a la deserción escolar, el ausentismo y el índice de rezago educativo que manifiestan una sistemática invisibilización de sus necesidades educativas específicas y de toda planificación curricular, posicionándolos en la antesala de la deserción escolar.

Palabras clave

Discapacidad, educación, bachillerato, rezago educativo, deserción escolar.

Introducción

El sistema educativo es objeto de una serie de cambios, nuevas dinámicas organizacionales y curriculares, con el propósito de adecuarlo a la dinámica económica, social, cultural, educativa y política que prevalece en la sociedad, tanto a nivel nacional como internacional.

En este sentido, las políticas educativas en México han hecho énfasis en la temática de atender a la diversidad de educandos que asisten a las escuelas, de tal manera, que



puedan aprender juntos en un ambiente de convivencia e igualdad y sin exclusiones con el apoyo de la comunidad educativa.

Pese a este ambicioso proyecto, el contexto social de exclusión que atraviesan las personas con discapacidad en México por acceder, permanecer y concluir sus estudios en el nivel medio superior, visibiliza el desinterés de las autoridades educativas por eliminar las brechas de desigualdad, marginación y rezago educativo que presenta este sector poblacional.

La presente ponencia explica de manera breve las condiciones educativas de la población con discapacidad a nivel bachillerato y los factores internos y externos que enfrenta su educación frente a la única opción educativa a nivel federal dirigida a este sector.

El reto de la universalización educativa frente a la atención de la diversidad

El final del siglo XX e inicio del siglo XXI estuvo marcado como un periodo histórico de severas fracturas al interior de las instituciones responsables de cohesión social, (Estado); en las relaciones entre economía y sociedad (crisis del trabajo) y en los modos a través de los cuales se forman las identidades individuales y colectivas; (crisis del sujeto) como lo afirman Fitoussi y Rosanvallon (1996).

En este panorama social carente de certezas, el conocimiento y la información mantienen su relevancia como variables clave en la cimentación de relaciones de poder profundamente desiguales que articula el modelo de producción capitalista.

En este contexto, la educación no sólo puede ser entendida como una institución de intervención social y política que impacta en la competitividad económica, como lo propone la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 1992); sino también como un medio generador de cambio y una herramienta valiosa para el desarrollo de la equidad y el desempeño ciudadano.

Sin embargo, para que la educación pueda jugar un papel democratizador y no excluyente y marginador, es primordial que el proceso de su universalización implique un real avance hacia una educación para todos, capaz de dotar al conjunto de los ciudadanos de los instrumentos, así como de las competencias cognitivas necesarias para un desempeño activo. (Tedesco, 2000 p. 73; UNESCO, 1990).



Para el logro de este ambicioso objetivo, a partir de la década de 1990, se impulsan una serie de transformaciones al interior del sistema educativo en su conjunto, manifiestas en acuerdos, declaraciones y reformas educativas cuyo imperativo central se fundamenta en la calidad-equidad; y buscan apuntalar la universalización de la educación no sólo en el nivel básico sino a nivel medio superior.

La Declaración Mundial sobre Educación para Todos y el Marco de Acción para Satisfacer las Necesidades Básicas de Aprendizaje, aprobados por la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos en 1990, (UNESCO, 1990), representó un hito importante en el diálogo internacional sobre el lugar que ocupa la educación en la política de desarrollo humano.

Sumado a ello, en la II Conferencia Iberoamericana de Educación, a través de la Declaración de Guadalupe (OEI, 1992) se resalta la relevancia que el papel de la educación adquiere al servicio de una comunidad que se asienta en la democracia, el respeto a los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Enmarcada en esta misma lógica universalizadora de la educación, en 1994 se formularía la Declaración de Salamanca y el Marco de Acción para las Necesidades Educativas Especiales aprobada por la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales, (UNESCO, 1994) Iniciativas que marcarían la pauta en la retórica inclusiva e integradora en el ámbito educativo, mismas que habilitarían un sistema educativo con una perspectiva inclusiva e integradora en función de supuestos coeficientes intelectuales o determinadas potencialidades.

El documento que recoge las conclusiones de la Declaración de Salamanca, fue ampliamente difundido en todo el mundo y contribuyó en la adopción de dicha declaración, sin embargo, en pleno siglo XXI, su aplicación muestra deficiencias graves manifiestas en importantes déficits en materia de inclusión educativa específicamente para la población con discapacidad.

Dicha población sigue enfrentándose a históricas problemáticas educativas, como la falta de recursos para la formación de profesores e infraestructuras adecuadas, y sobre todo a la ausencia de adaptaciones de los programas escolares (currículos) a las necesidades específicas de los estudiantes, lo que ha favorecido su segregación dentro del sistema escolarizado.



Este intento de inclusión educativa, ha sido estructurado desde la disyuntiva de la integración de estudiantes con discapacidad, sea de manera parcial o total en el aula regular o su atención en escuelas de educación especial que procuran normalizar su presencia en la escuela.

Sin embargo, cabe preguntarse ¿cómo estas acciones globales han impactado en realidades educativas locales? En el siguiente apartado se exponen algunas reflexiones que aporten a responder esta pregunta desde la experiencia mexicana.

La inclusión de estudiantes con discapacidad en México. Las barreras que implica ser estudiante.

En el caso mexicano, las políticas educativas han recuperado los principios rectores de las citadas declaraciones y con ello se ha reafirmado la necesidad de realizar una reforma curricular “profunda” en la educación básica y la renovación total de programas de estudio y libros de texto, además de la reformulación de contenidos y materiales educativos, encaminados a fortalecer diversos aprendizajes.

Pese a ello, las últimas reformas educativas en México se han establecido con miras a desarrollar modelos curriculares que giren en torno al aprendizaje de competencias discretas y habilidades básicas. Bajo este marco, el nivel medio superior adquirió mucha mayor relevancia para el sistema productivo que seguía las directrices del Banco Mundial, lo que produjo la creación de la Subsecretaría de Educación Media Superior en 2005 y la posterior Reforma Integral de la Educación Media Superior (RIEMS) que complementariamente pretendía impulsar una mayor matriculación y posterior certificación del nivel medio superior.

Posteriormente, como parte conclusiva de esta agenda, en 2011 el Congreso modificó los artículos 3º y 31º que elevaran a rango constitucional la obligatoriedad de este nivel educativo. (Weiss,2014).

A partir de entonces, el Estado mexicano se comprometió a una gradual y creciente cobertura a partir del ciclo escolar 2011-2012 que pretendía alcanzar su totalidad en el ciclo 2021-2022 con la concurrencia presupuestal de la federación y las entidades federativas. (Weiss, 2014).

Si bien la cobertura del bachillerato se ha ampliado de manera acelerada, el logro de esta meta sigue dependiendo de varios factores entre los que podemos distinguir: la



mejora en el acceso, la culminación y la calidad de la formación lograda en la educación básica; así como de la deficiente atención a la que se encuentran expuestos los sectores con mayor marginación y vulnerabilidad socioeconómica.

Para la población estudiantil con alguna discapacidad en México, la falta de opciones educativas que se adapten a sus necesidades, ritmos y estilos de aprendizaje son una realidad que parecen no encontrar alternativas ante las serias dificultades para acceder, permanecer y concluir sus estudios, posicionándolos en la antesala del rezago educativo y del abandono escolar.

Si bien, la lucha por erradicar las prácticas excluyentes hacía las minorías con discapacidad y/o alguna dificultad socio-cognitiva se replanteó con el nuevo modelo de atención para la diversidad, que pasara de la reeducación y rehabilitación de la discapacidad a una educación inclusiva, ésta ha mostrado argumentos debatibles y débiles desde el fomento de la coexistencia y la tolerancia, más que en la convivencia, el diálogo y el fortalecimiento de las diferencias. (Bello, 2019).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la asistencia escolar entre adolescentes con discapacidad de 12 a 14 años es de 80.3% mientras que de 15 a 17 años es de 55.8% y de 18 a 22 años el 19.2%. (INEGI: 2015) lo que muestra la sensible disminución de acceso a servicios educativos por parte de dicha población que es objeto de un profundo flagelo en su derecho a la educación. De esta forma, la disponibilidad de servicios de atención a las personas con discapacidad se asocia estrechamente con el tamaño de la localidad de residencia.

Con lo que respecta al abandono escolar, un diagnóstico elaborado por el gobierno de la Ciudad de México y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Bolaños, 2016) reveló que la población en condiciones de abandono educativo ascendía aproximadamente a 347 mil niños entre 5 y 18 años, de los cuales la mayoría se encontraba en el rango de 15 a 18 años.

Como consecuencia de la exclusión educativa de esta población, el reducido número de años de escolaridad que logran acumular en su trayectoria, suele convertirse en un lastre que impide superar la pobreza, el acceso a puestos de trabajo dignos y productivos reproduciendo círculos de desigualdad.



Con referencia al rezago educativo, el Instituto Nacional de Evaluación de la Educación (INEE); indica que el 65.6% de los estudiantes con discapacidad muestran algún rezago educativo mientras que solo el 30.4% del conjunto de estudiantes sin discapacidad, es decir, solo 3 de cada 10 estudiantes con discapacidad muestra avances regulares en su trayectoria escolar.

Como menciona Bello (2019), frente a esta realidad educativa y social, el reto de la inclusión consiste en desarrollar procesos educativos y culturales que la población con alguna discapacidad, constituida como una comunidad, reconozca como legítimos y les asegure la construcción de su experiencia social e histórica dentro de la coyuntura política, económica y cultural mexicana.

La única política educativa específica de atención para esta población la constituyen los Centros de Atención para Estudiantes con Discapacidad (CAED) cuya operación es muestra fiel de la planeación simuladora que sirve como discurso paliativo ante las apremiantes necesidades educativas antes mencionadas. A continuación, un esbozo general de dicha modalidad educativa.

Centros de Atención para Estudiantes con Discapacidad (CAED)

¿Modelo o alternativa educativa?

Para enfrentar el desafío relacionado con cobertura, acceso y permanencia de la población con discapacidad a nivel bachillerato, en 2009 surgen los Centros de Atención para Estudiantes con Discapacidad (CAED) los cuales, según lo establecido en el Programa Sectorial de Educación 2013-2018, responden al principio básico de “impulsar nuevas formas y espacios de atención educativa para la inclusión de personas con discapacidad”, frente a la necesidad de desarrollar nuevas estrategias metodológicas y materiales educativos apropiados para la atención de los diversos tipos de discapacidad.

Esta modalidad es la única alternativa educativa federal con que hasta el momento cuenta este sector para acceder a estudios de nivel medio superior y que surgió como alternativa para el acceso de alumnos que no estaban considerados en escuelas regulares.

La operación de los CAED tiene como marco legal una serie de disposiciones nacionales e internacionales vertidas en el Programa para la Inclusión y la Equidad Educativa para el ejercicio fiscal 2016. Véase esquema 1.1.



Esquema 1.1

Se establecen en Planteles federales de las direcciones generales adscritas a la Subsecretaría de Educación Media Superior (SEMS), de forma centralizada, mediante la transferencia de recursos amparados por un Convenio de Coordinación para el equipamiento tecnológico y de aportaciones a los planteles para gastos de operación, y para el establecimiento y operación de los CAED, cuyo servicio educativo estará sujeto a los Convenios de Transferencia de Preparatoria Abierta.

El Plan de Estudios que se utiliza en CAED se basa en la modalidad no escolarizada misma utilizada en Preparatoria Abierta el cual tiene un enfoque educativo basado en el constructivismo que apunta a la estricta organización de las situaciones de aprendizaje.

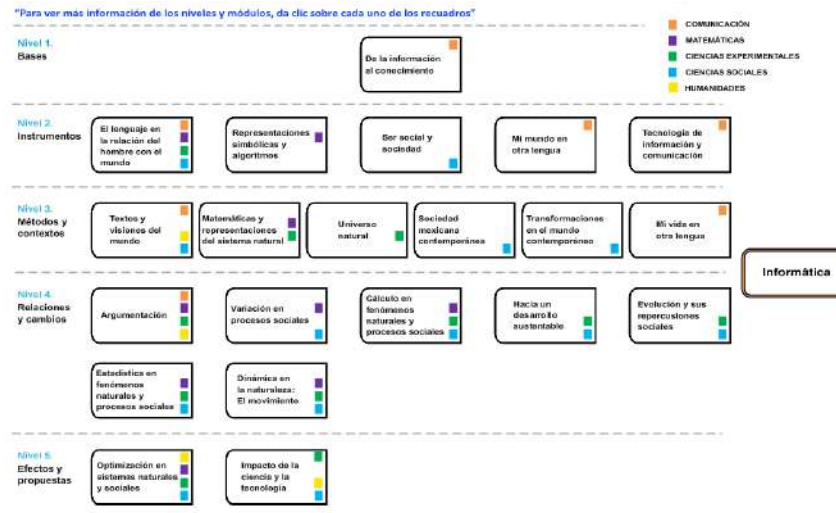
El Marco Curricular Común del Sistema Nacional de Bachillerato tiene como base en el enfoque por competencias (genéricas, disciplinares y profesionales), establecido en el Acuerdo 444 por el que se establecen las competencias que constituyen el marco curricular común del Sistema Nacional de Bachillerato.

El Plan de Estudios modular consta de 22 módulos divididos en dos componentes: Básico y profesional. El primero de ellos constituye por 21 módulos con los que el estudiante adquiere conocimientos y habilidades de los siguientes campos disciplinares:

- Comunicación
- Matemáticas
- Ciencias Experimentales
- Humanidades y Ciencias Sociales



El módulo restante, corresponde al componente profesional en materia de informática, al cursar este módulo se desarrollan habilidades y conocimientos que pueden ser necesarios para mejorar el desempeño laboral. Véase esquema 1.2.



Esquema 1.2

En teoría, en los CAED se dispone de diversos recursos didácticos, como hojas para imprimir en Braille, regletas, punzones, materiales educativos termo formado para alto y bajo relieve, recursos multimedia sobre diversos temas y software especializado. El material con el que cuenta CAED es el siguiente:

- Libros correspondientes a los módulos del plan de estudios
- Audiolibros correspondientes a los módulos del plan de estudios
- Glosario de lengua de señas mexicanas (LSM) correspondientes a los módulos del plan de estudios.
- Plataforma de aprendizaje y/o asesoría en línea.
- Los asesores académicos diseñan materiales para la mejor enseñanza a los estudiantes con discapacidad de los temas que integran el Plan de Estudios.

En esta modalidad educativa el alumno estudia por su cuenta apoyándose en los libros de Preparatoria Abierta, los alumnos pueden acudir a las asesorías académicas, que se imparten en los CAED. La asesoría académica es un apoyo que se le brinda al estudiante para orientarlo en el desarrollo de habilidades de estudio y competencias, en ella se resuelven dudas y se acompaña la adquisición del conocimiento, respondiendo a las necesidades del alumno según su tipo de discapacidad.



Sin embargo, ¿Cuáles son los principales defectos e imprecisiones con que opera dicha modalidad? Y, por otro lado, ¿Qué obstáculos han acechado su operación desde su fundación? Y ¿qué problemas encuentra para su exitosa operación?

Inoperancias y dificultades en los CAED

El reto que representa esta modalidad educativa planteada desde la iniciativa del Sistema de Educación Media Superior (SEMS), presenta varios desafíos que tanto profesor como alumno deben afrontar:

Inicialmente habría que cuestionarse la pertinencia de un modelo educativo no escolarizado aplicado a estudiantes con discapacidad en sustitución del bachillerato escolarizado como espacio de aprendizaje colaborativo y de sociabilidad entre pares.

Sumado a ello, la confrontación a un marco curricular común establecido con la Reforma Integral de la Educación Media Superior “basado en competencias”, es decir, en un marco que parte del desarrollo de sus capacidades y habilidades competentes en lugar de partir desde el desarrollo de sus habilidades para la vida.

La invariabilidad del criterio de evaluación utilizado para la Preparatoria Abierta Regular (aplicación de los mismos exámenes tanto a alumnos con y sin discapacidad); si bien desde el año 2017 se está trabajando en la adaptación de exámenes por tipos de discapacidad, actualmente, estos resultados no se han visto reflejados en la modificación de las evaluaciones parciales.

La ausencia de modificaciones y adaptaciones de los libros de texto y contenidos académicos cuando se requiera en un caso particular ya que elimina el goce o ejercicio en igualdad de condiciones con los demás estudiantes.

Finalmente, una de las deficiencias más preocupantes la constituye la falta de formación pedagógica, didáctica y específica del personal docente que imparte asesoría en los CAED.

De acuerdo con Weiss (2014), las escuelas donde se encuentran los estudiantes más pobres y con mayor vulnerabilidad se concentran también las peores condiciones del trabajo docente. En este tipo de modalidades, abundan *profesores taxi*, (con tiempos parciales en diferentes escuelas o trabajos); que, al encontrar condiciones laborales precarias, ofrecen un servicio educativo igual de precario delegando la única



responsabilidad de éxito académico a la institución y a los funcionarios que lo administran.

La mala planeación se complementa con la inexistencia de tiempos de formación, planes de capacitación cercanos a las diversas necesidades didácticas que se presentan en el aula de clases frente a estudiantes que comparten grupo y presentan discapacidades diversas.

En tales circunstancias, la práctica docente acumulada durante la década de existencia de los CAED, se ha concentrado fundamentalmente en contener a los alumnos y a proveerles de aquello a lo que no acceden en el sistema escolarizado: a una inclusión educativa, aunque esta sea simuladora.

Metodología

El estudio que se emprende se lleva a cabo desde un enfoque cualitativo interpretativo, en donde se da cuenta de la atención educativa ofertada a estudiantes con discapacidad en los Centros de Atención para Estudiantes con Discapacidad en la Ciudad de México. Para ello, hacer referencia a la investigación de corte cualitativo es explicitar el análisis de lo humano, de lo subjetivo en tanto producción de significados y sentimientos de los sujetos de estudio.

Debido a ello, se considera fundamental rescatar las voces de los sujetos que participan en los procesos. En este caso es necesario conocer las prácticas desarrolladas por los docentes para atender a estudiantes con discapacidad, así como los saberes empleados por los mismos para llevar a la práctica sus procesos de enseñanza en el nivel medio superior.

Reflexiones finales

Tal como lo muestra la realidad educativa de los estudiantes con discapacidad en México, no bastan propuestas pedagógicas y proyectos alternativos emergentes y prospectivos, que se caractericen por tener buenas intenciones institucionales, pero limitados en su acervo conceptual y metodológico. Mientras no se consideren las necesidades educativas de la población con discapacidad, la educación formal que se oferta como parte de una política general al conjunto del país se reducirá a programas educativos de bajo impacto.



Para lograr el objetivo que planteó el enfoque incluyente centrado en formar ciudadanos libres, participativos, responsables e informados; no es suficiente posibilitar la presencia física del alumnado a las escuelas regulares, sino promover el ejercicio de la libertad cultural y educativa para habilitar el diálogo y la convivencia de la población con discapacidad en escenarios que respondan a sus necesidades y expectativas sociales, políticas, culturales, laborales y profesionales.

Es indispensable que más jóvenes que forman parte de esta población en condición de discapacidad accedan a la educación media superior, pero también se requiere que su paso por la escuela se constituya como una experiencia valiosa y significativa en el desarrollo de saberes dispuestos en una vida independiente.

Notas

¹ Lic. En Sociología - Universidad Autónoma de México - Facultad de Estudios Superiores Aragón - México

Bibliografía

Bello J. (2011). Educación inclusiva. Una aproximación a la utopía. México: Castellanos Editores. Pp. 38-39.

Bello J. (2019). Educación e inclusión entre las políticas compensatorias. En Domínguez J. y Guillén G. (coord.). Educación inclusiva. Un debate necesario. (pp.30-36). Ecuador: Azogues.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL. (1992). Educación y conocimiento. Eje de la transformación productiva con equidad. Santiago de Chile. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2130/S9250755_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Dirección General de Bachillerato. DGB. (2017). Mecanismos operativos CAED. pp. (8-14). Centros de Atención para Estudiantes con Discapacidad. DGB. México: Secretaría de Educación Pública. SEP.

Durán L. (2019). Modelos de atención frente a la diversidad educativa. Camino hacia las barreras. En Domínguez J. y Guillén G. Educación inclusiva. Un debate necesario. (84-94). Ecuador: Azogues.

Fitoussi, J. y Rosanvallon, Pierre. (2003). *La Nueva Era de las desigualdades*. Buenos Aires: Manantial.



INEGI. (2015). Encuesta Intercensal 2015. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

INEE. (2015). Panorama Educativo de México 2014. Indicadores del Sistema Educativo Nacional. Educación Básica y Media Superior. Ciudad de México: Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación.

OEI. (1992). II Conferencia Iberoamericana de Educación con la Declaración de Guadalupe referida a la Cooperación Iberoamericana en el Campo de la Educación. España, 21 de junio de 1992.

Tedesco J. (2000). Los desafíos de las reformas educativas en América Latina. En Revista Pedagogía y Saberes, 14, 5-14. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional.

Unesco. (1990). Conferencia mundial sobre educación para todos y marco de acción para satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje. Nueva York: Unesco. Recuperado de: http://www.unesco.org/education/pdf/JOMTIE_S.PDF

Unesco. (1994). Declaración de Salamanca. Recuperado de: http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_S.PDF

Weiss E. (2014). La educación media superior ante el reto de la obligatoriedad. México. CINVESTAV. Recuperado de: https://www.academia.edu/7264767/La_educaci%C3%B3n_media_superior_ante_el_reto_de_la_obligatoriedad

Weiss E. (2015). El abandono escolar en la educación media superior: dimensiones, causas y políticas para abatirlo. En Rodolfo R. (coord.). pp. (81-95). Desafíos de la educación Media Superior. México: Senado de la República. Instituto Belisario Domínguez.



Jóvenes con discapacidad intelectual forjando un camino laboral

Michelle Patricia Marín
Adrián Simbaña

Resumen

Las escuelas especiales brindan una formación integral a niños, niñas y jóvenes con necesidades educativas especiales asociadas a la discapacidad intelectual, empleando para este fin el currículo ecológico funcional con el propósito de prepararles para la vida diaria, siendo una alternativa los pre-talleres y talleres ocupacionales. En base a ello, en la presente investigación se realizará micro proyectos como estrategia de orientación laboral para los jóvenes con discapacidad intelectual, que participó de sus intereses, características y necesidades. Se diseñaron dos micros proyectos: el de manualidades y el huerto escolar, orientados en el diseño, elaboración y distribución del producto. Cabe especificar que esta indagación se basa en la metodología cualitativa, con su método el estudio de caso de tipo múltiple, que permite estudiar las características desde diversas perspectivas, explorar en profundidad y dar respuesta a la problemática. En medio de cada micro proyecto se realizan evaluaciones, se consideran aspectos simples como seguir un patrón en el recorte, organizar productos, cuidar la naturaleza, manejo de dinero, atención, memoria, ritmo de trabajo, orden, dirigirse ante el público, secuenciación, expresión verbal y no verbal, entre otros; generando logros en aspectos relacionados con la comunicación fluida, motivación, higiene, tiempo empleado, autonomía y creatividad; esenciales para la orientación laboral.

Palabras clave

Jóvenes, discapacidad intelectual, trabajo.

Introducción

Las escuelas especiales son instituciones que tienen por misión formar integralmente estudiantes con discapacidades, cumpliendo el rol de desarrollar habilidades y conocimientos necesarios para el desenvolvimiento de la vida diaria. Por ello, algunas de estas instituciones trabajan con un currículo ecológico funcional priorizando los pre-talleres y talleres ocupacionales. Para ello, en esta investigación se ha considerado relevante abordar los micros proyectos como estrategia de orientación laboral en la Unidad Educativa Especial del Azuay. El propósito es guiar a los estudiantes a la vida laboral mediante varias actividades que prioricen el desarrollo o potencien diversos aspectos como: la atención, la organización, destrezas motoras, el ritmo de trabajo, orden, secuenciación, autodirección y la comunicación; de una forma dinámica, creativa



e innovadora. La importancia de estimular los aspectos anteriores, permite a los estudiantes tener una orientación clara de un trabajo laboral, por la que, las actividades recaen en la autonomía, en la responsabilidad del proceso de aprendizaje, trabajos entre pares y sobre todo en la creatividad.

Los micros proyectos están conformados por varias actividades y adicionalmente actividades complementarias para la orientación laboral. El primer micro proyecto está orientado en actividades manuales y el segundo basado en la agricultura de hortalizas. Las actividades complementarias aplicadas es el emprendimiento de manualidades a través de la página web de Facebook: “El mundo de las manualidades”; la entrevista de trabajo y la autoevaluación de los micros proyectos. Cabe mencionar que las diversas actividades aplicadas, van de acuerdo a los intereses y potencialidades de los estudiantes contrastando con la literatura indagada.

Para el proceso de investigación, lo primero es la indagación de diversas fuentes bibliográficas, las cuales, abordan temáticas como: la orientación laboral y los micros proyectos. Así, definiendo a la Orientación laboral como un transcurso de acompañamiento para desarrollar diversas competencias personales, sociales y laborales que sitúen a la persona en una posición favorable ante el empleo y posibiliten el acceso de un puesto de trabajo. Los micros proyectos son actividades realizadas en un corto tiempo y determinado lugar y recursos; con la finalidad de lograr objetivos y metas establecidas. En base a la recolección de la literatura, dentro de las prácticas pre profesionales realizadas en la Unidad Educativa Especial del Azuay se observó y analizó las necesidades, potencialidades, el proceso de ambiente de aprendizaje, los resultados de los mismos y mediante el breve análisis que se realiza, esta investigación tiene el propósito de alcanzar la orientación laboral a través de los micro proyectos. Esta investigación cualitativa se desarrolló mediante varias técnicas e instrumentos, como: la observación participante con el diario de campo, la guía de observación y la evaluación inicial; la entrevista, por medio de la guía de entrevista a profundidad y por último el análisis de documentos (PCP y expedientes); y para la recopilación de datos se utilizó una matriz de triangulación finalizando con conclusiones y contrastando la literatura con las características de los estudiantes resultando las actividades propuestas.

Fundamentación del problema

La Unidad Educativa Especial del Azuay UNEDA es una institución que tiene el propósito de formar a estudiantes con discapacidad intelectual en el desarrollo



autónomo de la vida diaria. Por ello, se ha establecido un aula orientada a la preparación de habilidades y destrezas en el ámbito laboral brindándoles talleres de cocina y asignaturas enfocadas en el desarrollo social y de higiene.

Durante las prácticas realizadas en esta aula, se identificó varias potencialidades y dificultades en el desarrollo del proceso formativo y en algunos casos en la comunicación de los estudiantes, por lo cual, la docente ejecuta diferentes actividades según el progreso o nivel del estudiante, así realizando Planes Curriculares Personales (PCP) con la finalidad de desarrollar o potencializar habilidades o destrezas que deben adquirirse durante el año; este plan consta de varios aspectos tanto de las cualidades personales, los avances de cada estudiante y para este nivel se especifica las orientaciones laborales en la vida futura. Lo cual, se ha apreciado mediante un conversatorio que la mayoría de estudiantes no tienen orientado su propósito de vida ni están motivados para ejercer un trabajo; lo cual ha llevado a plantearnos la siguiente interrogante científica: ¿Cómo orientar laboralmente a los estudiantes de la Unidad Educativa Especial del Azuay?

Metodología

Estudio de caso

En el proceso de investigación se ha considerado necesario recurrir al método de estudio de caso con un paradigma cualitativo. Este método facilita el estudio de una temática específica y como lo menciona el autor Chetty (como se citó en Martínez 2006) permite estudiar los fenómenos desde múltiples perspectivas, explorarlo en profundidad y dar respuesta a cómo y por qué ocurren estos fenómenos.

Para la ejecución de la misma se asume el estudio de caso múltiple, esta consiste en el grupo de los siete estudiantes que conforman el Aula talleres de la Unidad Educativa Especial del Azuay.

Fases del método de estudio de caso

En este método cualitativo comprende cuatro fases según Rodríguez (2011) mencionando la fase de diseño de caso, recopilación de la información, análisis de la información y redacción del informe.

La fase del diseño de caso consiste en estandarizar la orientación y el enfoque del caso, los procesos de recolección y análisis de la información, en esta fase se establece los siguientes apartados: antecedentes, propósito, pregunta de reflexión, las unidades de



análisis, los métodos e instrumentos de recolección de datos y los métodos para analizar e interpretar la información.

La segunda fase es la recopilación de información la cual ayuda a responder las preguntas planteadas del caso.

La siguiente fase es el análisis de la información donde se categoriza o tabula la información recogida, el análisis de contenido, categorizar la información y buscar e identificar patrones.

La última fase que menciona Rodríguez (2011) es la redacción del informe el cual consta en la redacción del caso considerando la audiencia del mismo, utilizando un lenguaje claro y simple.

Diseño del caso

Unidad de análisis de caso

La unidad de análisis comprende 7 estudiantes que poseen discapacidad intelectual de nivel leve y moderado; sus edades oscilan entre los 17 y 21 años. Este nivel se caracteriza por estudiantes con varios valores, fortalezas, preferencias, destrezas, actitudes y habilidades prevaleciendo en ellos la amistad, la curiosidad, lo cooperador, solidarios y empáticos fuera y dentro del aula. Además, cada día se visualiza el desenvolvimiento de cada estudiante dentro del contexto escolar, evidenciando las cualidades que resaltan de cada uno de ellos.

M.M es una adolescente que tiene 20 años, demuestra su afectividad con todas las personas, le gusta bailar y es sociable; ella posee síndrome de Down con una discapacidad de 71%. X.P posee una discapacidad leve del 42%, tiene 21 años es una estudiante participativa, colaboradora, empática con los demás, responsable y dedicada en todo lo que se propone. Las afinidades que posee son la pintura y la danza; y siempre está dispuesta a ayudar a los demás. J.M tiene una discapacidad leve del 59% tiene 19 años, es una persona participativa, colaboradora y empática; le gusta la danza, realizar manualidades, pintar y jugar fútbol. N.N es una persona que posee una discapacidad de 30% tiene 18 años es un poco tímida, poco participativa; le gusta cantar, pintar y bailar. M.N es una joven que posee discapacidad intelectual del 42%, es una persona poco tímida, se considera paciente, amable, ordenada y puntual y le encanta realizar manualidades, pintar y sembrar. L.D es un joven carismático le gusta la danza, le gusta jugar fútbol, ama cocinar, es participativo y le encanta sembrar. Se preocupa demasiado



por las demás personas, es colaborador en clases. B.N es una persona que posee una discapacidad del 90% y tiene síndrome Down. Le gusta la danza y aprender todo en la escuela, es cariñoso con todos y ayuda a los demás.

Unidad de contexto de caso

La Unidad Educativa Especial del Azuay “UNEDA” lleva laborando actualmente en Azuay – Cuenca, durante tres años, la cual es un centro educativo especial y fiscal. Esta institución brinda una atención especializada y/o funcional en niños/as y jóvenes con discapacidad intelectual, tanto en las jornadas matutinas y vespertinas. Esta unidad educativa cuenta con 9 niveles según las edades cronológicas de los estudiantes y por ello no se da pérdidas de años. Además, cuenta con 100 estudiantes, 12 profesores y un equipo multidisciplinario quienes valoran y realizan un seguimiento a los estudiantes que ingresan a la institución y durante el proceso formativo en algunos casos. La institución trabaja con un currículo ecológico funcional con el objetivo de formar estudiantes independientes y productivos en la vida diaria, además, cuenta con sus respectivas planificaciones semanales, anuales y realizan Planes Curriculares Personales (PCP), la cual, se enfatiza en las necesidades de los estudiantes. También, la institución para lograr el respectivo proceso formativo funcional en los estudiantes se proponen talleres de cocina, carpintería y manualidades; y dentro del pensum se brindan materias dedicadas a temas de higiene personal, cuidado y habilidades básicas.

Recolección de la información

En la recolección de las fuentes de información se diseñaron varios instrumentos con el objetivo de identificar, registrar, describir las cualidades de cada estudiante dentro y fuera del aula. Los aspectos que se consideraron relevantes para este análisis corresponden a la operacionalización de conceptos basado en la definición de orientación laboral que es “un proceso de ayuda y acompañamiento en el desarrollo de competencias personales, sociales y laborales que sitúen a la persona en una posición favorable ante el empleo y posibiliten el acceso y mantenimiento de un puesto de trabajo” (Bernal, s.f., p.3). Para ello, las dimensiones que se consideró indispensable son: competencias personales, competencias sociales y competencias laborales.

Técnicas e instrumentos

Las técnicas e instrumentos que se utilizaron para la presente investigación consisten en la observación participante, la entrevista y el análisis de documentos. En la técnica de observación participante se recopiló información mediante el diario de campo con el



objetivo de registrar la actividad diaria de forma descriptiva e interpretativa de lo que ha ocurrido. En esta descripción se analizó cada día las fortalezas, debilidades, actitudes y comportamientos de los estudiantes dentro y fuera del aula. Otro de los instrumentos utilizados es la guía de observación estructurada con la finalidad de registrar las destrezas adquiridas y las que están en proceso de desarrollo. Además, se realizó una guía de evaluación inicial, el cual orienta a analizar las distintas cualidades y competencias de cada estudiante de una manera descriptiva, con la finalidad de proponer estrategias o recursos necesarios según el apoyo que necesite el estudiante. La segunda técnica que se utilizó es la entrevista para la docente, para la cual, se diseñó un cuestionario estructurado con el propósito de recopilar información, definir problemas y conocer la perspectiva de la docente. La entrevista consistía en las expectativas de los estudiantes, el desarrollo en el proceso de enseñanza-aprendizaje, las actitudes y las potencialidades de cada estudiante. Por último, en la recopilación de información de documentos del aula, se revisó los diagnósticos individuales de los estudiantes y las Planificaciones para cada persona que realiza la docente del aula (PCP), con el propósito de constatar las diversas cualidades, fortalezas y debilidades de cada estudiante.

Resultados y discusión

Análisis de la información recopilada

En el análisis de documentos dentro del método de estudio de caso se considera tres fases según Shaw (como se citó en Martínez 2006), las que consisten en:

Transcripción de los datos

En esta fase se inicia el proceso de estructuración y organización de los datos que puede ser por dimensiones, variables y categorías. Para la cual, la estructura de los instrumentos diseñados se consideró las dimensiones de competencias personales, competencias sociales y competencias laborales y con los respectivos indicadores de cada una. Para este contraste de la información se ha realizado una matriz de triangulación con cada uno de los instrumentos analizados (diario de campo, guía de observación y entrevista a la docente), concluyendo las siguientes características y cualidades en cada dimensión:

Competencias personales

En el análisis de las competencias personales se ha constatado varios aspectos determinando que los estudiantes se caracterizan por ser jóvenes responsables,



dedicados en las actividades, cariñosos, colaboradores, comunicativos, tranquilos, empáticos, participativos, amigables, tolerantes, solidarios y atentos creando un ambiente armonioso y afectuoso dentro y fuera del aula. Además, destaca en ellos la responsabilidad con las tareas o actividades propuestas, demostrando perseverancia y motivación en las mismas, pero cada estudiante tiene su propio ritmo de aprendizaje y en ocasiones algunos necesitan apoyo y motivación por parte de la docente. Se caracterizan por ser estudiantes tranquilos que actúan correctamente en situaciones negativas, así decidiendo de mejor manera actuar frente a varias circunstancias. Son estudiantes participativos, con diferentes intereses tanto en actividades manuales, culinarias, deportivas, de teatro, baile, canto y por aprender cada día actividades nuevas.

Competencias sociales

Los estudiantes se caracterizan por apoyarse y ayudarse mutuamente entre ellos, viendo el bienestar de los demás compañeros/as dentro y fuera del aula. Se respetan y escuchan las opiniones de sus compañeros y a la vez dan a conocer su punto de vista. Además, son jóvenes que tratan de resolver conflictos de la mejor manera como separándolos o necesitando de otro estudiante para resolverlo o de la docente. Pero, en algunas ocasiones reaccionan de una manera un poco agresiva, como: un tono de voz alta, agrediendo físicamente (manotazos o puñetes). Por último, son estudiantes que asumen responsabilidad en las actividades y responsabilidad por sus demás compañeros, así, demostrando que cuando un compañero no realiza correctamente su actividad, le explica la manera adecuada de hacerlo.

Competencias laborales

Los estudiantes son activos, colaboradores y participativos y siempre tienen ánimos de aprender cada día más. Los estudiantes cuando trabajan en equipo realizan su tarea y algunos estudiantes no se integran en las actividades por lo cual los mismos estudiantes deciden qué puede hacer esa persona para concluir pronto la actividad. Algunos son autónomos en sus actividades académicas como las actividades cotidianas, mientras que los demás necesitan apoyo externo para resolverlo. Se puede apreciar que algunos jóvenes son inseguros de sí mismos, así necesitando motivación por parte de la docente para realizar las actividades, ya que los estudiantes se frustran fácilmente. Una de las características relevantes es la comunicación efectiva con la docente como con sus compañeros, existiendo un lazo de amistad y familiar, lo cual, conlleva a formar un buen clima áulico.



Foco del análisis

Consiste en las diferentes áreas de interés relacionados a la comprensión del problema y la comparación de los datos recolectados con la literatura. Para lo cual, se ha realizado una contrastación de lo descrito, interpretado con la información recolectada resultando los siguientes aspectos:

Competencias personales

Las competencias personales son factores que condicionan y determinan la manera de comportamientos, así lo menciona Goleman (como se citó en Monsalve, 2013). Esta competencia está integrada por la conciencia de uno mismo la autorregulación y la motivación aspectos que se han considerado indispensables analizar en el Aula talleres, resultando, que la mayoría de los estudiantes se autorregulan frente a las diversas situaciones de sus entornos, así mostrándose un poco enojadas, pero no pasa a mayores inconvenientes; pero hay una estudiante que tiende a enojarse y frustrarse con las situaciones, no busca soluciones y se centra en una situación negativa. Dentro de otras características observables fue que algunos estudiantes necesitan un apoyo o motivación extrínseca por parte de la docente para poder motivar y realizar mejor las cosas, lo cual, mediante la literatura, menciona que se debe tener una motivación intrínseca por el logro realizado, con la iniciativa y el optimismo que pone en cada actividad.

Competencias sociales

Las competencias sociales permiten organizar proyectos empresariales, según Goleman (como se citó en Monsalve, 2013). Dentro de estas competencias este autor cita varios aspectos como es la empatía, conocimiento de las convenciones. Para lo cual, se ha visto conveniente analizar al estudiante aspectos relevantes a lo empresarial, concluyendo que la mayoría de los estudiantes asumen responsabilidades por los trabajos, comprenden a las demás personas y brindan sus consejos o en algunas ocasiones piden ayuda a personas que confían. Además, se ha visualizado que son estudiantes respetuosos frente a los comentarios de los demás y son participativos y otra de los aspectos que resaltan de ellos es el apoyo hacia los demás.

Competencias laborales

Según Ministerio de Educación Colombia (2003) la competencia laboral es un grupo de conocimientos, habilidades y actitudes puestas en el ámbito de la producción. Para ello, las empresas consideran relevante algunas características que deben poseer sus



trabajadores, entre ellas tenemos: la autonomía, la creatividad, la organización, la toma de decisiones, el trabajo en equipo y las actitudes. Para ello, estos aspectos indispensables en la formación laboral se han evidenciado minuciosamente resultando, que la mayoría de los estudiantes poseen algunas destrezas y habilidades para desempeñar un trabajo, entre ellas son: colaboración al trabajar en equipo, la participación dentro de las actividades académicas y extracurriculares. Pero falta por potenciar y desarrollar en algunos estudiantes la organización, la autonomía, la creatividad y la comunicación. Con la finalidad de lograr un desempeño en función productiva en plazas laborales.

Análisis profundo de la información

Se interpreta la información contrastada y se logra comprender el fenómeno estudiado. Para lo cual, se realizó una contrastación entre la información recolectada con las características de los estudiantes logrando plantearnos diferentes estrategias y recursos educativos. La información recolectada de los diferentes documentos y el análisis de los mismos, brindan una clara idea de los aspectos que se deberían potenciar o desarrollar en el grupo de estudiantes, como las características personales, fortalezas y debilidades para un buen desempeño laboral. Esta información recolectada de cada estudiante se contrastó con la literatura investigada resultando dos micros proyectos enfocados en el diseño, producción y distribución de los productos. Para ello, se consideró indispensable algunos posicionamientos de los autores, resultando fundamental el cuestionamiento que realiza Bravo & Pallais (2008), el cual menciona que es fundamental desarrollar en los estudiantes las capacidades, técnicas, habilidades y destrezas, con la finalidad de desempeñar un puesto laboral y así, poder potenciar autonomía, autoestima positiva, capacidades para el autoempleo, perseverancia, trabajo en equipo, etc. Por medio de este posicionamiento, esta investigación se enfoca en indagar los intereses, fortalezas y habilidades de los estudiantes dentro del marco laboral y lograr que las competencias aun no desarrolladas o por adquirir se potencialice de una manera creativa, innovadora y que el estudiante aprenda haciendo. Por lo cual, los micro proyectos son diferentes actividades que van acorde a los intereses y habilidades de los estudiantes con la finalidad de lograr motivarlos a emprender por sí solos, ser autónomos en la vida laboral y que logren las metas que se propongan.

Propuesta de mejora: los micro proyectos

La propuesta de mejora que se ha considerado en el marco de la orientación laboral son los micros proyectos que guían un proceso de actividades durante un corto tiempo,



logrando en el estudiante potenciar o desarrollar conocimientos o habilidades adaptativas sociales y manuales. La finalidad de los mismos es desarrollar interés, autonomía y procesos de producción en el marco laboral con los jóvenes con discapacidad intelectual. Dentro de cada uno se realiza diferentes actividades con el propósito de diseñar, elaborar y distribuir el producto.

Microproyecto: Manualidades: “El alma de los niños en la fantasía de las manualidades”

Dentro del micro proyecto de manualidades se llevó a cabo diferentes actividades, las mismas que tienen el propósito de desarrollar o potenciar la imaginación, creatividad, habilidades sociales y manuales. Las actividades que se ejecutaron dentro del proceso de diseño y producción, se encuentran:

Diseño y producción

Cuadros en relieve

Descripción

En esta actividad lo que se realiza es la elaboración de papel maché con su debido proceso. Luego modelar la figura que desee el estudiante y esperar que se seque. Al finalizar la pieza se pinta y se le coloca en una tabla; con el objetivo de desarrollar el modelado de figuras para perfeccionar la precisión en las actividades manuales y procesos de orden para fortalecer la organización en las actividades.

Porta bombones

Descripción

Esta actividad consiste en diseñar pequeñas bolsas de foami de distintas figuras según la ocasión de la fecha. Primero se copiará el modelo en distintos colores de foami. Luego recortarán y al finalizar formarán la figura; con el objetivo de potencializar la motricidad fina, el orden y la limpieza del producto.

Figuras de cerámicas pintadas

Descripción

Esta actividad consiste en pintar las figuras de cerámica con diferentes técnicas, siguiendo el proceso adecuado, con el objetivo de potencializar procesos en las actividades.



Floreros de paletas

Descripción

En esta actividad se dividió en grupos, el primer grupo formaba los floreros de paletas de distintos diseños. El otro grupo, se encargaba de realizar flores de cartulina, papel crepé y otro grupo pintaban los palillos de colores. Finalmente, se formó los floreros; con el objetivo de potencializar el trabajo en equipo y el desarrollo de la motriz fina.

Microproyecto: Huerto escolar: “Un corazón de oro en el mundo maravillo de las plantas”

Para el micro proyecto del huerto escolar se llevó a cabo una serie de procesos, el cual los padres de familias y los estudiantes hicieron partícipes de la creación de un ambiente productivo para la siembra y cosecha. Es un espacio destinado a la siembra de hortalizas, tubérculos y plantas medicinales. Este tiene la finalidad de establecer procesos de seguimiento en la siembra y la cosecha además del cuidado de la naturaleza.

Lluvia de ideas para la creación del título del micro proyecto

Descripción

La actividad consta de realizar una lluvia de ideas para el tema del micro proyecto, finalizando con el título; con el objetivo de generar ideas grupales, además de potencializar la creatividad.

Proceso de siembra. Descripción: La actividad consiste en que cada estudiante de Aula Talleres explique el proceso de siembra a un representante de un nivel; con el objetivo de seguir procesos y comunicarlo.

Macetas decoradas

Descripción

Cada estudiante debe traer una planta con la maceta decorada con la ayuda de los padres de familia, con la finalidad de adornar el huerto. Además, a todos los estudiantes de la institución; con el objetivo de cumplir la tarea como también potencializar la creatividad.

Distribución de los productos

Venta de productos

Descripción

Para la venta de los productos finalizados, se consideran diversos aspectos como: el dirigirse ante el público, para algunos estudiantes que tienen dificultades en la



comunicación se realizará pictogramas relevantes al saludo, las gracias, perdón y por favor. También, para la ejecución de la venta del producto cada estudiante tendrá un registro de venta, donde contabilizarán los productos vendidos.

Actividades complementarias

Página web de Facebook: “El mundo de las manualidades”

Descripción

Esta página fue creada para comercializar productos manuales en ocasiones especiales o fechas, donde el cliente se comuniquen a través de mensajes y el grupo de estudiantes realicen el pedido, según el diseño puesto en la página; con el objetivo de desarrollar una microempresa de arte y manualidades, donde el estudiante obtenga sus ingresos.

Entrevista de trabajo

Descripción

La actividad consistía en simular una entrevista de trabajo, para ello, se le entregaba a cada estudiante un periódico, donde revisarían los empleos que deseen y marquen para agendar una cita. Además, se les dio consejos que deben tomar en cuenta en una entrevista. En el día de la cita debían ir con el atuendo adecuado y cómodo; estar puntual con su respectiva carpeta. Durante la entrevista se les realizaba preguntas personales, de formación y de lo laboral.

Autoevaluación

Descripción

La autoevaluación es una actividad donde el estudiante se autoevalúa y evalúa las actividades que ha realizado en un corto tiempo, dando una pauta de las actividades que más les gustaron y no les gustaron; además, las actividades que puede realizar sin complicaciones conociendo así las fortalezas y debilidades; con el objetivo de autoconocerse en las actividades y destrezas que posee cada estudiante.

Resultados

Dentro de la evaluación final se ha considerado indispensable valorar aspectos relevantes para ingresar a un trabajo, tomando como referencia a la Fundación Iberoamericana Down 21 (2019), por lo cual, la siguiente evaluación es una síntesis de las evaluaciones que se ha recopilado durante el proceso de los micros proyectos. Los aspectos indispensables en esta evaluación se dividen en 4 partes: habilidades sociales, aspectos funcionales, aspectos de personalidad, entre otros. Para lo cual, se utiliza



niveles de frecuencia, como: siempre, a veces y nunca en cada indicador. Así, finalizando con los siguientes resultados de las actividades realizadas:

Habilidades sociales

Dentro de esta dimensión lo que se observó fueron las formas de cortesía como el saludar, la escucha activa, control postural, contacto ocular, si realiza preguntas y si solicita ayuda cuando lo necesita; resultando que la mayoría de los estudiantes manifiestan estos comportamientos de una manera adecuada y cortes. Así, concluyendo que durante las conversaciones se puede constatar que algunos estudiantes interrumpen las conversaciones o no prestan atención a las preguntas y sobre todo no establecen contacto ocular con las personas (mirada al piso, al techo, a los lados), constatando estos aspectos en la simulación de la entrevista de trabajo. Mientras, que el control postural que mantuvieron durante las actividades son correctos, pero, uno que otro estudiante tienden a recostarse sobre la mesa al realizar actividades, colocar la quijada en la mesa y los codos.

Aspectos funcionales: en estos aspectos se considera fundamental el desarrollo de la motricidad fina, el ritmo de trabajo, la secuenciación, la resistencia y el orden/ limpieza; concluyendo que estos aspectos en las actividades realizadas tuvieron un mayor desempeño y fortaleza en estos aspectos. Así, manifestando que la mayoría de los estudiantes tienen desarrollado su motricidad fina, pero en algunos estudiantes no domina esta habilidad presentando en los trabajos dificultad en los dobleces y recorte; como también, en el modelado de la figura colocando la masa fuera de la línea o solo colocando bolitas en el centro de la figura. Por otra parte, la mayoría de los estudiantes si siguió un proceso adecuado en la ejecución de las actividades, realizan las actividades por el procedimiento indicado según la actividad, pero otros no ejecutan nada hasta que lo ayuden a realizarlo, además, en las actividades presentan un buen ritmo de trabajo por lo cual no desmaya su forma de trabajar y es constante con buena actitud y entusiasmo en lo que realizaban; y con limpieza y buena presentación.

Aspectos de personalidad

En esta dimensión lo que se procura fue evidenciar la actitud y seguridad de los jóvenes frente a las actividades realizadas; concluyendo que la mayoría de los estudiantes, en las actividades planteadas estuvieron seguras de sí mismos/as, muestran satisfacción de la tarea realizada y autonomía frente a las actividades. Así, manifestando una buena actitud frente a un trabajo extenso y a la crítica constructiva de su trabajo; además,



manifiesta satisfacción de sus tareas realizadas resultando unos buenos trabajos en manualidades como en el huerto escolar.

Otros

Otros indicadores que se consideraron relevantes dentro de las actividades realizadas fueron la responsabilidad, el concepto de trabajo, la motivación y la participación; donde se puede destacar que la mayoría de los estudiantes tienen intereses hacia un trabajo, se motivan, son participativos y entusiastas en cualquier actividad. Por lo cual, manifestaron motivación por aprender algo nuevo, son colaboradores y buscan nuevas tareas para realizar, formando un buen equipo de trabajo, con esfuerzo por hacer las actividades realizarla de mejor manera mostrando empeño y motivación en ello.

Conclusiones

En base a la indagación teórica de varios autores se concluye la importancia de orientar laboralmente a los estudiantes con NEE y observar las potencialidades de cada uno de ellos, para poder indagar actividades laborales considerando los intereses, capacidades y habilidades de cada estudiante; y mediante los mismos se consideró indispensable la implementación de los micros proyectos con el objetivo de diseñar, desarrollar y distribuir el producto final, los cuales, engloban varias actividades que fueron atractivas, dinámicas y creativas, logrando en el estudiante motivarlo y apoyarlo en su formación laboral, de una manera práctica y a la vez se familiariza con la realidad laboral.

El primer micro proyecto está orientado a las artes manuales y el segundo a la agricultura de hortalizas, los mismos que se ha desarrollado con los estudiantes, la docente del aula y el apoyo de los representantes de familia, tanto en los materiales como en la construcción del huerto escolar. Lo cual, se observó que al principio les costaba aportar ideas, pero, al paso del tiempo iban tomando mayor iniciativa de cada una de las actividades, con sus ideas de que nomás quieren realizar y aprender; de igual manera en un principio la mayoría de los estudiantes no tenían bien definido su orientación laboral y a través de los micro proyectos se han dado cuenta de sus potencialidades y en las actividades que pueden laborar. Por otra parte, cada actividad que se realizaba tenían mayor movimiento, prestan más atención a las indicaciones de lo que tienen que realizar, por lo cual necesitan concentrarse en lo que hacen ya que tiene como objetivo ofrecer su producto final en diferentes lugares que se pueda comercializar; así mismo las actividades que realizan van reforzando sus aprendizajes previos a través de la organización, la clasificación, contabilizando (el número de productos que tienen, cuanto se ha invertido, cuánto se ha vendido y cuál ha sido su



ganancia), con algunos estudiantes se trabaja su motricidad fina; y sobre todo que todos los estudiantes participen en cada una de las actividades de uno u otra forma, y que sean responsables del trabajo que realizan. Por último, se evaluado cada uno de sus procesos en la realización de los micro proyectos, para lo cual se ha realizado una autoevaluación, entrevista de trabajo, y sobre todo la observación de ¿cómo han progresado?

Referencias bibliográficas

AIE Artistas Intérpretes o Ejecutantes S.G.E (2018) Guía de orientación laboral. Recuperado de: https://www.aie.es/wp-content/uploads/GuiaAIE-Orientaci%C3%B3n-Laboral-2018_10Abril.pdf

Ascue & Pallais (2008). Inclusión laboral para personas con discapacidad. Recuperado de: <https://www.mecd.gob.es/dms-static/a02e4690-1159-49a5-95955ca7c92aeaca/2009-inclusion-laboral-pdf.pdf>

Bernal (s.f) Orientación Laboral. Recuperado de: <http://www.inefop.org.uy/docs/Orientacion%20laboral%20SERVEF.pdf>

Martínez (2006) El método de estudio de caso: Estrategia metodológica de la investigación científica. Redalyc. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>

Monsalve (2013) Jóvenes, talento y perfil emprendedor. Injuve. Recuperado de: http://www.injuve.es/sites/default/files/guia_jovenes_talento_perfilemprendedor_3.pdf

Rodríguez (2011) Pautas para la elaboración de Estudios de Caso. BID. Recuperado de: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Pautas-para-la-elaboraci%C3%B3n-de-estudios-de-caso.pdf>

Ministerio de Educación de Colombia (2003). Competencias laborales: base para mejorar la empleabilidad de las personas. Recuperado de: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85777_archivo_pdf2.pdf

Fundación Iberoamericana Down 21 (s.f). Necesidades de formación para el empleo. Recuperado de: <https://www.down21.org/component/content/article/97-empleo/personas-con-discapacidad-intelectual-y-el-empleo/391-necesidades-de-formacion-para-el-empleo.html>



Un habitar invisible. Vivir la ciudad de Montevideo desde la discapacidad

Sofía Angulo Benítez¹

Resumen

La forma de usar la ciudad está vinculada a la movilidad y ésta, a su vez, habilita y constriñe posibilidades de interacciones y de encuentros. Se despliegan así un conjunto de desigualdades que adquieren una particularidad cuando el habitar está transversalizado por la discapacidad. El objetivo es comprender la forma en la que transitan, se mueven y usan la ciudad los habitantes con discapacidad de Montevideo. Para ello se utilizan seis grupos de discusión conformados por: personas sordas, personas con Síndrome de Down, personas usuarias de sillas de ruedas, personas con movilidad reducida y personas ciegas. El análisis permite identificar circuitos “forzados” y desplazamientos “condicionados”, los movimientos en la ciudad son limitados en función de la accesibilidad. Las vivencias están determinadas por sus recorridos habituales, por lo que se reducen las posibilidades vinculadas al uso y apropiación de la ciudad, incidiendo en las concreciones de proyectos laborales, educativos y personales. Asimismo, se distinguen experiencias similares vinculadas a la discriminación y la segregación que se encarnan en cada uno de ellos a través de la mirada “ajena” de los otros. Se destaca también la necesidad de repensar el diseño de la ciudad incorporando la voz de los habitantes con discapacidad para disminuir las barreras materiales y relacionales. Finalmente se entiende imprescindibles políticas públicas que interpelen y desnaturalicen dichas situaciones de desigualdad.

Palabras clave

Discapacidad – Movilidad – Segregación Urbana

Introducción

La forma de usar la ciudad, de acceder a sus múltiples espacios, está estrechamente vinculada a la movilidad y ésta, a su vez, habilita y constriñe posibilidades de interacciones y de encuentros entre unos y otros. De modo que una mayor posibilidad de movimientos habilita un mayor acceso a bienes y servicios, al tiempo que las restricciones en este sentido disminuyen la estructura de oportunidades y las posibilidades de concretar proyectos de vida. Se despliegan así un conjunto de desigualdades sociales que generan y reproducen brechas entre unos y otros. En este trabajo interesa abordar las vivencias en la ciudad desde las experiencias de las personas con discapacidad, lo cual implica adoptar una perspectiva anclada en las



relaciones sociales, trascendiendo la noción de la ciudad como mero encuadre físico y geográfico de relaciones sociales. Esta perspectiva, al mismo tiempo, requiere de la incorporación de las nociones de barreras relacionales y materiales que adquieren una particularidad específica en los sujetos que están transversalizados por la discapacidad.

Las barreras en la ciudad, tanto materiales como relacionales, inciden en las formas de vivir la ciudad de las personas con discapacidad. Las barreras materiales están vinculadas con elementos que obstaculizan el uso, acceso y tránsito en el espacio urbano, son aquellos factores de los espacios públicos que restringen y limitan las actividades de la vida cotidiana. Estos pueden ser de tipo urbanísticos vinculados a la vía pública, los espacios públicos; arquitectónicas como el acceso a edificios públicos; y de transportes en referencia a los medios de transporte y la inaccesibilidad. Este tipo de barreras responden a problemas estructurales que se derivan, principalmente, de unos imaginarios y estereotipos que colocan a la persona con discapacidad como “dependiente” de otros sin discapacidad para su traslado y movimiento en la ciudad. A su vez, estos traslados son, casi exclusivamente, hacia sitios de “rehabilitación” (centros educativos “especiales”, centros de salud) sin dejar siquiera margen para que las propias personas con discapacidad decidan sobre su movilidad en la ciudad. Este imaginario está estrechamente vinculado a otro tipo de barreras, las relacionales, que refieren a actitudes y comportamientos que colocan el énfasis en la alteración de la función corporal que provoca la deficiencia. De la misma manera que sucede con las barreras materiales, las barreras relacionales se producen y reproducen generando unas representaciones e imaginarios sociales que identifican a la discapacidad con el sujeto, tomando la parte por el todo (Angulo, 2018).

Resulta pertinente destacar que, lejos de ser un atributo neutral, la discapacidad es un producto social que responde a un determinado contexto en el que se despliegan relaciones sociales, histórica y culturalmente determinadas (Brognia, 2009, 2006; Ferrante, 2015, 2014, 2009; Oliver, 1998, 1990). La discapacidad trasciende las fronteras de las representaciones e imaginarios sociales para incorporarse en los propios sujetos portadores de un cuerpo “deficitario”. El hecho de tener alguna deficiencia es un motivo suficiente para estar situadas en una posición de desventaja con respecto al resto. Poseer un cuerpo “incapaz”, “deficitario”, “diferente” alcanza para que las personas queden situadas hacia los márgenes, cuando no por fuera, de la vida social. Esto genera que las personas con discapacidad se encuentren con escasas posibilidades de decidir sobre su propia vida, pues generalmente éstas quedan



destinadas a las decisiones de un otro sin discapacidad. Lo que, de forma simultánea, legitima el hecho de que las personas con discapacidad no se encuentren “aptas” para tomar decisiones sobre su propia vida (Angulo, 2018; Míguez, 2017, 2012, 2009).

En el caso de las personas con discapacidad el acceso a la ciudad trasciende su concepción inherente. La noción de accesibilidad va más allá del hecho de acceder a un lugar o a un bien, implica una acción reivindicativa dado que está relacionada a la inclusión de un colectivo con participación en la vida social y en igualdad de oportunidades. Está vinculada a la existencia de posibilidades y oportunidades para todos los sujetos, sin distinción y en igualdad de condiciones para su acceso (desde un espacio público a un producto o servicio), mediante diseños, planes y programas que tengan en cuenta la diversidad y un enfoque desde la accesibilidad universal. Este enfoque procura superar la asociación directa entre discapacidad y accesibilidad, propone una forma de abordaje e intervención que conjugue la eliminación de las barreras, materiales y relacionales, y el diseño universal.

A medida que aumenta el espacio en el que una persona no solo se desplaza, sino que lo usa y se apropia, el acceso a las oportunidades (ofertas laborales, culturales, educativas, sociales, deportivas e incluso de diversión) que ofrece su ciudad se ve también en aumento. De modo que la falta de accesibilidad a los espacios, lugares, productos y servicios de la ciudad se convierte en uno de los obstáculos que pone en tensión el ejercicio de sus derechos (derecho a la educación, al trabajo, a la recreación, a la ciudad). Esto genera que el nodo central se encuentre en la accesibilidad, volviéndose trascendental detectar y conocer las barreras materiales y relacionales, a los efectos de lograr su eliminación o al menos su disminución.

La segregación urbana es vivida por las personas con discapacidad y ésta es solapada con las diferentes formas de marginalización, discriminación y exclusión, y tiene consecuencias no solo en la vida cotidiana de los sujetos sino también en los procesos de segregación de la ciudad. Una aproximación a la segregación urbana es posible realizarla a través de las fronteras desplegadas en la ciudad entre habitantes con discapacidad y habitantes sin discapacidad, en sus movimientos y en su acceso a la ciudad, las cuales inciden en las formas de vivenciar la ciudad. De modo que problematizar y volver visibles las barreras relacionales y materiales que aún persisten en Montevideo se vuelve fundamental.



En este contexto resulta de interés abordar la forma en la que transitan, se mueven y usan la ciudad los habitantes con discapacidad de Montevideo. Se procura contribuir en dos sentidos, por un lado, en torno a la reflexión más general sobre la segregación urbana en Montevideo, y por otro lado, sobre la movilidad cotidiana, el acceso y el uso de la ciudad de las personas con discapacidad. Para ello se utilizan seis grupos de discusión, realizados entre el 2017 y el 2018, uno conformado por personas sordas, uno constituido por personas con Síndrome de Down, otro conformado por personas usuarias de sillas de ruedas, otro por personas con movilidad reducida y finalmente dos grupos constituidos por personas ciegas. Este análisis permite colocar evidencia en torno a las fronteras, los límites, los circuitos, los usos de la ciudad de Montevideo desde la perspectiva y vivencia de sus propios habitantes. Al tiempo que contribuye en la problematización de las distancias sociales entre habitantes con discapacidad y sin discapacidad que no hacen más que reproducir procesos de segregación y fragmentación en la ciudad.

La movilidad en la ciudad (i): “Si me muevo tengo vida”

En función del análisis de los discursos de los grupos de discusión realizados por personas con discapacidad en la ciudad de Montevideo es posible distinguir la centralidad que adquiere la movilidad en sus cotidianidades. Es sabido que la movilidad es un elemento central en la vida cotidiana de los sujetos, permitiendo recorridos, acercando a unos y distanciando a otros. En este escenario los medios de transporte adquieren especial relevancia para las personas con discapacidad, dado que además de permitir el desplazamiento de un lugar a otro de la ciudad, “algo súper necesario porque es lo que te va a llevar a cualquier lado, a estudiar, a trabajar, a consumir”, poseen una connotación simbólica vinculada a la autonomía del sujeto: “me gusta viajar sola en los ómnibus”, “poder moverte es calidad de vida”, “si me muevo tengo vida”.

En los diferentes grupos de discusión se manifiestan las barreras que existen en torno a los medios de transporte, tanto público como privado. Por un lado, los medios de transporte públicos y accesibles presentan horarios reducidos: “pueden pasar cuatro ómnibus sin accesibilidad y por allá te pasa uno”, “estuve tres horas no pasaba ninguno con rampa y si no tenían rampa no me dejaban subir”. Se plantea la escasa frecuencia de las líneas de los ómnibus accesibles (“si bien hay más frecuencias que antes”), la poca visibilidad de tales líneas (“tengo que estar atento porque vienen rapidísimo y cuando les haces seña te paran allá, a las cansadas, y no podés subir y se van”) y el relacionamiento con los choferes (“te paran dónde quieren y cómo quieren”).



La movilidad en la ciudad es “forzada”, “condicionada”, “guiada”, por la gestión municipal y las empresas de los medios de transporte públicos. Las personas con discapacidad identifican su movilidad “súper determinadas”, “tenés ciertos recorridos o lugares más frecuentes porque sabés que podés llegar”. Se realizan unos movimientos “determinados” ya que se identifican como la única vía de acceso y circulación, reduciéndose así la posibilidad de generar movimientos y circuitos en la ciudad que respondan a intereses propios. Es una movilidad “limitada” y “reducida” que además de impactar en recorridos específicos, tiene implicancias prácticas para el ejercicio de la autonomía de las personas con discapacidad. De modo que la movilidad lejos de ser elegida es exigida, estructurando a las personas con discapacidad “lejos de todo y de todos”.

Con respecto a los espacios públicos, se identifican un conjunto de lugares que presentan dificultades para el acceso y uso, teniendo implicancias en la forma de usar y transitar la ciudad, así como también en el relacionamiento con los otros. Se mencionan las plazas como “el” espacio público por excelencia, sin embargo, identifican un uso restringido por la falta de accesibilidad. Asimismo, otro espacio público de la ciudad que identifican como lugar de encuentros es el shopping, sin embargo, es vivido como un “lugar hostil”: “son enormes, hay mucha gente, no hay referencia ninguna”, “no tienen referencia de nada solo te podés guiar por algún olor de alguna tienda en particular”. Luego de mencionar a los grandes centros comerciales como espacios adversos y desfavorables para su uso, identifican a los supermercados como otro lugar que, si bien no es un espacio público, presenta barreras en el acceso y uso. No sólo no existen referencias claras ni señalizaciones, sino que la movilidad se ve reducida: “por ejemplo cómo ponen las cajas o el acceso a las góndolas, me pasa que hay muchas góndolas y no puedo entrar, además ponen todas las cajas en el medio y vos no pasas por ahí”. Las posibilidades de consumo en estos locales se ven disminuida y la decisión del consumo se desplaza hacia otro sin discapacidad: “son otros que eligen qué voy a comer y hasta qué papel higiénico voy a usar”.

La ciudad de Montevideo, desde el discurso de las personas con discapacidad, es clasificada en función de su centro, como nodo que cuenta con un conjunto de servicios, bienes y espacios accesibles, y su periferia, que presenta una serie de problemáticas asociadas a la accesibilidad y generadas, principalmente, por los medios de transporte. En el centro encuentran mayor oferta de servicios (comercios, restaurantes, espectáculos, servicios públicos) y de espacios públicos (plazas): “nosotros estamos



acostumbrados a andar por 18 que es un lugar bastante accesible”, “los lugares más accesibles están en el centro”. Sin embargo, el “problema principal” es la movilidad, la forma de llegar al centro: “si el transporte no es accesible, si los barrios están hechos bolsa al punto de que no son accesibles no hay manera de llegar al centro” (Grupo de discusión de personas ciegas). Mientras que hacia la periferia de la ciudad se encuentran los mayores obstáculos y barreras: “voy caminando por la calle porque no hay veredas y las veredas que hay están rotas” (Grupo de discusión de personas ciegas). No sólo la movilidad se ve ampliamente reducida sino también los espacios públicos y servicios accesibles: “no puedo salir ni de mi casa”. Los hogares de las personas con discapacidad que se encuentran hacia la periferia se vuelven un confinamiento, las personas con discapacidad se encuentran encerradas en sus propios hogares debido a las barreras que el entorno urbano despliega. Sobre esta misma línea sostienen que “Montevideo no es sólo el centro”, se pone en tensión la relación centro-periferia que se establece en función de la accesibilidad, la ciudad “es mucho más”. En este sentido, reivindican un mayor uso de la ciudad, exigen una ciudad accesible más allá de los límites establecidos por los “barrios del centro” (Centro, Cordón, Ciudad Vieja).

La movilidad en la ciudad (ii): “Te miran mal”

Hasta acá el foco ha estado, principalmente, en las barreras materiales que se transforman en obstáculos al momento de usar la ciudad. Estas barreras han sido identificadas principalmente por las personas usuarias de sillas de ruedas y personas ciegas. Ahora bien, las personas con Síndrome de Down colocan el énfasis en las barreras relacionales, aparece una problemática que surge de la cotidianeidad en la ciudad y adquiere notoria relevancia durante sus discursos. Es la discriminación que vivencian en los distintos espacios públicos: “siempre te miran mal”. Esta mirada del otro sin discapacidad es una mirada que juzga, que sitúa a la persona con Síndrome de Down como portadora de un cuerpo “inadecuado”, alejado de los estándares del cuerpo “legítimo” que responde a un determinado deber ser. Un comportamiento que bien podría considerarse como pasivo, exento de vínculo, dominado por la lejanía, sin embargo, esta “indiferencia social” adquiere relevancia a través de la mirada: “no te hacen nada, pero te miran como un extraño”, “nos dicen cosas con los ojos”, “nos miran mal”, es una mirada que condena a partir de la distancia social. Si bien “antes se veía menos gente con discapacidad, ahora ves mucha más gente con discapacidad en la calle, pero la gente te dispara igual como si fueras un bicho”. Esta conducta reiterativa y cotidiana desprende, de forma implícita, una condena por el hecho de poseer un



cuerpo que difiere de la norma, un cuerpo “diferente” y unas representaciones asociadas a tales cuerpos: “nos miran mal sólo por eso”. Una discriminación que se vivencia “en cualquier lugar” de la ciudad, en los espacios públicos, como en los medios de transporte y en la vía pública, pero también en ámbitos privados, como en los lugares de trabajo y en centros educativos: “en la calle hay gente de todo tipo, pero la mayoría se abre, se va para otro lado, dan vuelta la cabeza”. Esta idea de “abrir el paso”, de dar una pisada distinta al “mirarlas” para marcar la diferencia, al “verlas” la gente se va para “otro lado”, para un lugar distinto al que están, para evadir el contacto visual “dan vuelta la cabeza” y evitan así el contacto con “lo extraño”.

Del análisis se desprende que estas experiencias vividas en la ciudad surgen, según las propias personas con Síndrome de Down, por la falta de información. Si bien sostienen que “la mayoría de las veces la gente no se da cuenta cómo ofende o hace daño a una persona”, esta falta de información produce dolores, “te dejan mal”, “no es una sensación que guste”. Se suele confundir al Síndrome de Down con una enfermedad, considerando las marcas corporales en términos de secuelas de la enfermedad. En este sentido, el sujeto portador del síndrome carga con unos atributos asociados a roles victimarios, infantiles, teológicos o mágicos. Se les suelen atribuir nociones como: “pobrecito”, “no tienen maldad”, “son ángeles”, “son unos niños toda la vida”. De modo que es el sujeto, al poseer un cuerpo alejado de la norma, quien debe adecuarse para participar de la vida en sociedad, depositando exclusivamente en el sujeto la responsabilidad de su situación de marginalización, vulnerabilidad y segregación. Sin embargo, ha de considerarse desde la discapacidad, “hay gente que piensa que el Síndrome de Down es una enfermedad y no es así, es una discapacidad”. Desde este enfoque se deja de entender como un “problema de salud” o como una “tragedia personal”, el foco no está puesto en las condiciones biológicas sino en el contexto social, considerando que es el entorno el que produce, genera y consolida la exclusión hacia los márgenes de la sociedad a partir de la posesión de cuerpos “deficientes”.

A partir del grupo de discusión de las personas con Síndrome de Down es posible resaltar la reflexividad que poseen sobre su situación de discapacidad y el cuestionamiento en torno a las barreras a las que se enfrentan cotidianamente, lo que les permite desnaturalizar sus experiencias y comprender cómo es el entorno el que “discapacita” y los sitúa hacia los márgenes de la ciudad.



La participación en la ciudad: “¿Por qué estás solo?”

Desde los discursos de los grupos de discusión se distinguen preguntas que son recurrentes en la cotidianidad de cada uno: “¿por qué estás solo?”, “¿no viniste acompañado?”, “¿podés hacerlo vos solo?”. Estas interrogantes responden a aquel imaginario social donde la persona con discapacidad “es enfermita”, “no puede hacer nada sola” y por lo tanto “es una carga” para la familia que tiene que estar “siempre” para resolver sus asuntos. Se la considera “una persona que hay que hacerse cargo”, “es discapacitado entonces pobrecito”. Esta mirada responde a una perspectiva individual de la discapacidad que considera a la persona exclusivamente desde su deficiencia, colocando la responsabilidad de “su problema” como una situación exclusivamente individual. De este modo se convierten en objetos de asistencia que deben ser “curados”, “tratados” y “normalizados”, se deben adaptar a las exigencias y los requisitos del contexto. Esta visión, con una fuerte impronta reduccionista, reproduce el estereotipo de la persona con discapacidad como dependiente, pues la mirada se coloca en el déficit, en la falta, en la imposibilidad, reduciendo al sujeto según el estado de sus funciones corporales. De esta manera se reproduce y consolida el estereotipo que asocia la dependencia, la ayuda y la protección a las personas con discapacidad, dejando a un lado las implicancias de las barreras materiales y relacionales en la discapacidad.

Consideran que el nudo de la problemática se encuentra en los bajos niveles educativos que alcanzan, debido a las dificultades que presenta el acceso a la educación. Incluso aquellos que logran acceder y permanecer en el sistema educativo, se enfrentan a centros educativos “segregacionistas”: “no sé qué hacer con él entonces para afuera del salón o para afuera de esta escuela”. Si bien “se supone que estamos en un país inclusivo”, pues existe un marco normativo que establece determinados derechos y obligaciones para las personas con discapacidad, su implementación está lejos de generar un contexto social donde estén dadas las garantías para generar espacios y lugares inclusivos y accesibles. Las situaciones de exclusión y de segregación en los centros educativos son similares a las que se producen en la ciudad. De modo que terminan accediendo a lugares, actividades, determinados por los otros: a las escuelas que les “permiten” el acceso, a los trabajos que los “aceptan”, a los espacios “que pueden entrar y moverse” y “sentirse bien”. Esto sucede incluso en aquellas actividades que se suponen son de recreación y tiempo libre, las cuales están institucionalizadas y reguladas por organizaciones de la sociedad civil vinculadas a la discapacidad. Se genera un círculo cuasi cerrado entre personas que ya están vinculadas a la institución,



que son del entorno más próximo, disminuyendo la posibilidad del encuentro con otros. No se democratiza la recreación, el uso del tiempo libre está condicionado por la accesibilidad y el recurso monetario: “hacer un deporte es sólo para algunos”, “para moverte precisás plata”. Estas situaciones no hacen más que tensionar la distancia social, generando círculos donde se vinculan entre similares y se alejan de los diferentes.

La información y la formación sobre discapacidad como motores del cambio

Si bien se identifica “una mayor visibilidad de las personas con discapacidad en la ciudad” y se distingue como “uno de los mayores cambios” aún se consideran “marginados” en el uso de la ciudad, “condicionados” por los espacios “más o menos” accesibles y por los circuitos generados por los medios de transporte. Para las personas con discapacidad las barreras a las que se enfrentan de forma cotidiana son derivadas de la falta de información y de conocimiento sobre la discapacidad. Por un lado, se encuentra el ciudadano, el otro que, sin discapacidad, no sabe “cómo encarar una situación distinta”, “no sabe” cómo reaccionar, “mira de reojo”, de ahí que aparezcan situaciones donde se coloca a la persona con discapacidad en “minusvalía” y “dependiente”. La distancia social se amplifica debido a las escasas interacciones entre unos y otros. Estas situaciones de marginalización son desnaturalizadas por las personas con discapacidad quienes sostienen que la responsabilidad “no es de ellos”, “no los culpo”, si “nunca nos ven” ni en las escuelas, ni en los trabajos, ni en las plazas, “es evidente que no sepan cómo acercarse”, “que no sepan qué es lo que sabemos hacer”.

Las vivencias de las personas con discapacidad en la ciudad se ven influenciadas por las escasas interacciones, “no nos ven”, “es como que no existiéramos”, “como que no estuviéramos”. Estas barreras relacionales tienen implicancias en las formas de vivir la ciudad, “la gente no toma conciencia cómo puede perjudicar”, “afectan” la movilidad produciendo círculos cuasi cerrados y circuitos restringidos, “forzados” y “exigidos” en función de la accesibilidad. Las barreras, en este caso materiales, comienzan desde la “puerta de casa”: “los obstáculos principales son el “no-no” desde el vamos que no podés salir de tu propia casa”, “para que podamos salir de nuestras casas es necesario tener lugares”. Los no-lugares son espacios que por su falta de accesibilidad se vuelven “impensados”, “improbables”, imposibles de usar, de transitar, de ser apropiados. La escasez de lugares accesibles y la abundancia de no-lugares disminuyen la interacción entre unos y otros, aumentando la distancia y tensionando la brecha.



Pese a ello, se destaca la “gente que quiere aprender”, los que “tienen empatía” que “intentan darte una mano”, “con buena voluntad”. Esto es la base para la transformación, sostienen, por lo que hay que otorgar buenas referencias, indicaciones de cómo pueden colaborar ante el contexto que coloca obstáculos. Sin embargo, no alcanza con la “buena voluntad” de algunos, es necesario, según los discursos de los grupos de discusión, revitalizar el papel de la Intendencia en la concientización de la temática no sólo a los ciudadanos en general sino también a sus funcionarios públicos: “que sepan quiénes somos”. Consideran que las barreras relacionales son “las más necesarias” en derribar, pues a partir de la transformación de “lo que piensan” y de “lo que saben de nosotros” es posible “pensar en una ciudad accesible”.

Para alcanzar esa ciudad se coloca la responsabilidad, fundamentalmente, en la gestión municipal. Se destaca la incorporación temprana de la institucionalidad de la discapacidad y la creación de políticas públicas vinculadas a la temática en la gestión municipal, siendo pionera a nivel nacional. Para realizar las transformaciones, según los discursos de los grupos de discusión, la Intendencia debería “tener oídos para escuchar a los colectivos que tienen discapacidad y generar distintas redes y estrategias para difundir sobre la discapacidad”. Los diferentes equipos de trabajo que “piensan en la ciudad” deberían “tener a una persona con discapacidad o por lo menos una persona que esté capacitada en accesibilidad y discapacidad”, para desnaturalizar las deficiencias e incorporar a la discapacidad en sus agendas, esto “cambiaría mucho toda la estructura de la ciudad”. La Intendencia debería, en tanto actor clave de esta transformación, incorporar en sus discursos y en sus políticas una perspectiva que supere las miradas “de reojo” que “infantilizan” y “victimizan” a las personas con discapacidad.

Si bien la Intendencia tendría un papel preponderante en “la gestión del cambio” vinculado a la mirada de la discapacidad, sostienen que no se lograría “sin nosotros”: “nada de nosotros sin nosotros”. Aparece en los discursos este lema histórico mediante el cual manifiestan sus reivindicaciones sociales y políticas: “va en nosotros también el hecho de romper con un montón de barreras”, “nosotros, aunque somos minoría, somos personas”, “el hecho de que haya gente con discapacidad en todos lados al menos sirve para que se vea la necesidad de que esto se transforme.”. De forma paralela se distingue la “necesidad” de “salir”, “si salimos se logra el cambio”, una transformación que los saque de la invisibilidad, pasividad y dependencia para situarse como agentes del cambio: “- estamos saliendo y se están modificando las cosas, yo creo que no estamos



en cero, vamos en camino... - Ojalá que el camino no sea tan largo” (Grupo de discusión de personas con Síndrome de Down).

Reflexiones finales

A partir de los discursos de los grupos de discusión de personas con discapacidad es posible sostener que, si bien se manifiestan singularidades propias de marcas biográficas, las personas con discapacidad comparten similares experiencias y vivencias al transitar, recorrer y usar la ciudad de Montevideo. El análisis permite evidenciar en torno a los procesos de segregación que se encarnan en las personas con discapacidad, desnaturalizar aquellos circuitos “cerrados” entre el hogar y los centros de salud o las escuelas especiales, problematizar la mirada del otro y reivindicar el derecho a la ciudad desde la perspectiva y vivencia de sus propios habitantes con discapacidad. En primer lugar, se destaca el alcance de la accesibilidad y la necesidad de trascender la colocación de rampas de acceso en las esquinas de las veredas. Se requiere repensar el diseño de la ciudad incorporando la voz de los habitantes con discapacidad para disminuir los obstáculos a los que se enfrentan al transitar la ciudad. De forma paralela se manifiestan circuitos “forzados”, desplazamientos “guiados”, “condicionados” por la accesibilidad de los espacios públicos, la frecuencia y las líneas de ómnibus accesibles. De modo que se realizan unos movimientos limitados, reducidos y exigidos en la ciudad, disminuyendo la posibilidad de generar movimientos y circuitos elegidos por las personas con discapacidad. Lo que reduce no solo las posibilidades vinculadas al uso y apropiación de la ciudad, sino que además incide en las concreciones de proyectos laborales, educativos y personales.

Con respecto a los espacios públicos, se identifican un conjunto de lugares que presentan dificultades para el acceso y uso (plazas, shoppings, terminales de ómnibus, restaurantes, supermercados). Por un lado, se mencionan las plazas como “el” espacio público por excelencia, sin embargo, se identifica un uso restringido por la falta de accesibilidad. Mientras que la rambla se distingue como el espacio “más” accesible de Montevideo. Por otro lado, si bien destacan la accesibilidad que presenta el centro de la ciudad, sostienen que “Montevideo no es sólo el centro”. En la periferia de la ciudad encuentran mayores obstáculos y barreras, no sólo la movilidad se encuentra reducida sino también la oferta de espacios públicos y servicios accesibles. En este escenario los medios de transporte adquieren especial relevancia, dado que además de permitir el desplazamiento de un lugar a otro de la ciudad, poseen una connotación simbólica



vinculada a la autonomía de la persona con discapacidad: “si me muevo tengo vida”, la movilidad se vuelve un elemento central.

En el uso de la ciudad se dan unas determinadas experiencias que son compartidas por las personas con discapacidad, pero son más notorias en las experiencias vividas por las personas con Síndrome de Down, es la discriminación que vivencian en “cualquier lugar de la ciudad” donde “siempre te miran mal”. Esta mirada del otro sin discapacidad es una mirada que juzga, que sitúa al cuerpo “inadecuado” alejado de los estándares del cuerpo “legítimo” que responde a un determinado deber ser. Estos imaginarios sociales responden a la idea de que la persona con discapacidad “es enfermita”, “no puede hacer nada sola”, se la infantiliza y se la vuelve “una carga” para la familia. Es una mirada que considera a la persona desde su deficiencia, colocando la responsabilidad de “su problema” como un asunto exclusivamente individual. De esta manera se reproduce y se consolida el estereotipo que asocia la dependencia, la ayuda y la protección a las personas con discapacidad, naturalizando los procesos de segregación y las situaciones de desigualdad.

Es posible sostener que la ciudad es vivida de forma similar por las personas con discapacidad, se restringe casi exclusivamente a los circuitos y desplazamientos que han sido planificados como accesibles, al tiempo que la discriminación y la segregación a través de la mirada “ajena” de los otros se encarna en cada uno de ellos. Consideran que las barreras materiales y relacionales a las que se enfrentan de forma cotidiana son derivadas de la falta de información y de conocimiento de la discapacidad. En este escenario entienden imprescindible el rol de la Intendencia de Montevideo en la desnaturalización, problematización y deconstrucción de los procesos de segregación que vivencian las personas con discapacidad en la ciudad. La “gestión del cambio” de enfoque de la discapacidad en la ciudad implica superar aquellas miradas del Montevideo “que mira de reojo a la discapacidad”, habilitando nuevos contextos a los efectos de democratizar la movilidad en la ciudad.

Si bien todo cambio social es parte de un proceso de largo plazo, lento y paulatino, se perciben tendencias que pueden avizorar transformaciones futuras, aunque hoy día se mantienen aquellas condiciones objetivas que constriñen las posibilidades de participación social, de desarrollo de actividades cotidianas y de uso de la ciudad. Es preciso continuar con la identificación de las lógicas de la discriminación y de la segregación urbana para luego abordar las estrategias de intervención desde políticas



públicas orientadas al reconocimiento simbólico y material de las personas con discapacidad. Se vuelve imprescindible modificar los imaginarios sociales y los estereotipos, mediante políticas públicas orientadas a acciones de visibilización y concientización a través de la desnaturalización de las situaciones de desigualdad en las que se encuentran las personas con discapacidad. Se requieren prácticas y comportamientos sociales que amplíen las posibilidades y fomenten proyecciones a través de estrategias que permitan que las personas con discapacidad transiten, se muevan, usen y se apropien de la ciudad. Volver accesible una ciudad implica no sólo la eliminación de las barreras materiales y relacionales sino también la transformación en las formas de abordar a la discapacidad.

Notas

¹ Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, sofia.angulo@cienciassociales.edu.uy

Referencias bibliográficas

Angulo, S. (2018) Jóvenes silenciados. Situación, condición y posición de discapacidad de los jóvenes sordos y su vínculo con el trabajo. Tesis de Maestría en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

Brogna, P. (2009) (Comp.) Visiones y revisiones de la discapacidad, Fondo de Cultura Económica, México.

Brogna, P. (2006) La discapacidad: ¿una obra escrita por los actores de reparto? el paradigma social de la discapacidad: realidad o utopía en el nuevo escenario latinoamericano, Tesis de Maestría en Estudios Políticos y Sociales, Universidad Autónoma de México, México.

Ferrante, C. (2015) “Políticas de los cuerpos, discapacidad y capitalismo en América Latina. La vigencia de la tragedia médica personal” en Revista Inclusiones, Volumen Especial, pp. 33 – 53, Chile.

Ferrante, C. Venturiello, P. (2014) “El aporte de las nociones de cuerpo y experiencia para la comprensión de la ‘discapacidad’ como asunto político” en Revista Chilena de Terapia Ocupacional, vol. 14, n° 2, pp. 45 – 59, Chile.

Ferrante, C. (2009) “Las nuevas aportaciones del modelo social de la discapacidad: una reflexión sociológica crítica”, en Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico, vol. 3, pp. 59 – 66, España.

Míguez, MN. (coord.) (2017) Cuidados en el Uruguay: entre subjetividades y objetividades en el primer año de implementación del Programa de asistentes



personales: setiembre 2014 - noviembre 2015, Estudios Sociológicos Editora, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Disponible en: https://issuu.com/cieseditora/docs/cuidados_en_el_uruguay

Míguez, M. (2012) Del dicho al hecho. Políticas sociales y discapacidad en el Uruguay progresista, Estudios Sociológicos Editora, Buenos Aires, Argentina.

Míguez, M. (2009) La construcción social de la discapacidad, Ediciones Trilce, Montevideo.

Oliver, M. (1998) “¿Una sociología de la Discapacidad o una sociología discapacitada?” en Barton, L. (Comp.). Discapacidad y Sociedad, Editorial Morata, Madrid, España.

Oliver, M. (1990) “The Individual and Social Models of Disability”, Joint Workshop of the Living Options Group and the Research Unit of the Royal College of Physicians, United Kingdom.



“La crianza de personas con síndrome de Down. La familia, una puerta hacia la sociedad”. Una presentación de avances preliminares

Araya Castro, B.

Resumen

Las familias con integrantes con síndrome de Down se ven enfrentadas a lo largo de sus vidas a una serie de situaciones estresantes y problemáticas como el diagnóstico, la juventud, el envejecimiento de los padres y las posibilidades educacionales y de inclusión laboral. Para las cuales deben reorganizarse para lograr una adaptación positiva, las cuales dependen del apoyo del núcleo familiar, la familia extensa, los/as amigos/, las redes de apoyo institucional, sus valores y creencias y el impacto económico que genere. En Chile, la valoración positiva de las situaciones por las que deben pasar las familias con integrantes con trisomía 21 no estaría garantizada dados los altos niveles de desigualdad socioeconómica y de discriminación social, en la cual se considera como sujetos inferiores a las personas en situación de discapacidad. Por lo que las familias no tienen las herramientas necesarias para propiciar al máximo las potencialidades de sus hijos/as, teniendo que cargar emocional y económicamente solos con todas las acciones que deciden emprender para el desarrollo de su familiar. En este contexto se revisa los resultados preliminares de la reconstrucción de la historia de vida de una familia de Santiago de Chile, lo que realizó mediante un enfoque cualitativo, con el método biográfico para indagar desde las mismas vivencias la realidad de las personas con síndrome de Down y la de sus familias.

Palabras claves

Prácticas de crianza, síndrome de Down, situación de discapacidad, situación de discapacidad cognitiva.

Introducción

El síndrome de Down o trisomía 21 (en adelante, SD) es una condición genética, que se manifiesta mediante una serie de síntomas y signos durante todo el desarrollo de quien la posea (Fundación Catalana del Síndrome de Down, s.f.), de los cuales algunos se encuentran en todas las personas, así como otras pueden estarlo o no. Estos se caracterizan por presentar un crecimiento físico más lento (Departamento de Salud del Estado de Nueva York, 2006; Bravo, 2001), y retrasos en sus desarrollos cognitivos, psicomotores, comunicacionales, en el comportamiento social y el adaptativo (Departamento de Salud del Estado de Nueva York, 2006), de los cuales los dos



primeros son constantes. Estos desarrollos son las bases para el desenvolvimiento de las personas durante sus vidas y se asientan principalmente durante la niñez (Giovagnoli, 2014), etapa en la que exploran su mundo al igual que el resto, pero a medida que crecen y pasan a la juventud su desarrollo en estos aspectos comienzan a ser más lentos (Beltrán, 2011).

El SD es la condición genética que a más personas pone en situación de discapacidad intelectual (Yang, y otros, 2002), lo que varía considerablemente (Kaminker y Armando, 2008), de un grado leve a moderado (Departamento de Salud del Estado de Nueva York, 2006), siendo posible no alcanzar un grado grave mediante la estimulación adecuada. Por tanto, no se debe reducir su grado de desarrollo mental de estas personas sólo tener trisomía 21 (Sánchez, s.f.), debido a que este depende del coeficiente intelectual y la escolaridad de sus padres (Kaminker & Armando, 2008).

Todas estas características particulares del SD, tanto las físicas como las cognitivas muestran que requieren de una atención médica y de servicios de estimulación temprana y de inclusión educativa a lo largo de toda su vida, ámbitos en los que gracias a sus diversos avances han sido esenciales en el mejorando de su salud, el aumento de su esperanza de vida (Departamento de Salud del Estado de Nueva York, 2006), el desarrollo al máximo de sus capacidades y potenciales, el superamiento de sus límites, de su desarrollo cognitivo y del lenguaje (Roizen & Patterson, 2003). Además, estos avances han ido permitiendo que las personas con SD no se conviertan una carga para sus familias, ya que, al percibir los progresos, se dan cuenta de las potencialidades que su integrante tiene (Giovagnoli, 2014), pudiendo así adaptarse e integrarse perfectamente a diversos grupos y/o comunidades, debido a su alto coeficiente social, apoyado por su imagen social más favorable que otras situaciones de discapacidad, así como también, participar autónomamente – si es que se les prepara sistemáticamente- en diversos actos sociales y recreativos, utilizar el transporte público y desplazarse por la ciudad (Giovagnoli, 2014).

A pesar de todos estos avances, el nacimiento de un hijo/a y/o un familiar con SD sigue siendo una noticia shockeante que produce desconcierto, rechazo, incredulidad, angustia y temor (De la Rosa 2006), lo que está dado por encontrarse ante una situación desconocida e indeseable, al romperse las expectativas y las representaciones mentales que se generan durante el embarazo, sobre los atributos familiares que podrían heredar y los cánones establecidos de normalidad (Aramayo,



1996). Por tanto, estas emociones estarían dadas por el desconocimiento del como deberán sobrellevar el futuro y por el miedo a la reacción de los demás (Mulcahy y Savage, 2016), lo que está atravesado por la conciencia de las familias que las personas con SD se encuentran en situación marginal en la sociedad, de ahí la incertidumbre del cómo serán tratados y de si su familiar tendrá las capacidades para enfrentarse a ella, inquietudes que surgen a partir de las ideas que socialmente hay sobre las personas con trisomía 21 y en situación de Discapacidad.

Por tanto, una vez conocido el diagnóstico las familias pasarían un estresante período de afrontamiento, dentro del cual sería fundamental el apoyo mutuo de la familia nuclear y extensa, amigos, los grupos de apoyos y la información de los expertos (Yildirim, et al., 2012). A medida que la familia considera y valora a su hijo /a como enriquecedor del núcleo familiar y de la sociedad, se irían desarrollando las adaptaciones más positivas (Skotko et al., 2011), dentro del cual cumpliría un rol fundamental el cambio de visión de mundo, de los valores y prioridades familiares, basado en la esperanza y las clarificaciones de las posibilidades que existen hacia el futuro (King, y otros, 2006) y el contacto con otras familias y niños/as que comparten la condición congénita, que les permite comprender las habilidades y los logros de las personas con SD y que estas no son todas iguales (Ruiz, 2012). El diagnóstico no sería la única situación estresante por la cual deben pasar, sino que también lo son las posibilidades escolares, el afrontamiento del inicio de la juventud, la revisión de posibilidades para la inserción laboral y el envejecimiento de los padres, situaciones en las cuales deben reconfigurarse como familias para lograr adaptarse a las nuevas situaciones (Powell y Ahrenhold, 1985), a las que estas familias a menudo se adaptarían bien (King, y otros, 2006).

Lo que según (Huiracocha, y otros, 2017) no estaría garantizado cuando se consideran los aspectos del entorno social y político que median las experiencias familiares de crianza de una persona con discapacidad intelectual, debido a que en sociedades como las latinoamericanas, en donde hay una tendencia a reproducir las desigualdades socioeconómicas, las actitudes estigmatizante son comunes, las familias se ven expuestas a muchas más dificultades (Lam y Mackenzie, 2002), lo que no se daría tan solo en el acceso a los servicios, sino que también habría una influencia de las normas y los valores sociales en la adaptación a la crianza de personas en situación de discapacidad intelectual



(O'Shea et al., 2012). Por lo que la adaptación no depende tan solo de las características familiares individuales, sino que también de las influencias de la sociedad (Huiracocha, y otros, 2017).

Por lo que, a pesar de que existan políticas que fomenten la inclusión las familias aún se deben enfrentar a las actitudes negativas que predominan en las sociedades latinoamericanas, como los estigmas y la exclusión hacia las personas en situación de discapacidad, las que inhiben su desarrollo y limitan las capacidades familiares de resiliencia y de acción en su crianza (Ídem).

Situaciones de adaptación que se pueden comprender desde las prácticas de crianza, en tanto que estas son las acciones que buscan garantizar la supervivencia, fortalecer el crecimiento, el desarrollo psicosocial y el aprendizaje de conocimientos, en los niños y niñas, para que estas puedan así reconocerse e interpretar su entorno. Estas prácticas son las que permitirían la incorporación a la vida social de sus miembros al transmitir los valores y las formas de pensar y actuar que son socialmente esperados (Aguirre, 2000).

En el proceso de crianza se desarrollan tres componentes fundamentales e inseparables a las acciones que se emplean durante el cuidado de los/as niños/as, que afectan su estilo y la calidad del cuidado (Myers, 1994), las prácticas, las pautas y las creencias, siendo las segundas las formas socialmente esperadas sobre atención y cuidado de subsistencia, en las que se enmarcan las acciones de crianza, que responden a ciertos modos de justificación de acción y de relacionamiento con los niños y niñas, dado por creencias y valores que le dan sentido a una determinada sociabilización (Aguirre, 2000).

Fundamentación del problema

Las posibilidades de que las familias chilenas puedan tener una adaptación positiva ante la llegada de un integrante con SD están dadas bajo condiciones de alta desigualdad socioeconómica, la cual se evidencia en los ingresos, el empleo, la educación, el acceso a la salud, la política y en el respeto y dignidad con que son tratadas las personas (PNUD, 2017). En ello el Estado ha sido parte fundamental en la reproducción y persistencia de las desigualdades sociales, en particular en las personas en situación discapacidad, en tanto que los escasos recursos que este pone a disposición para estas personas y sus familias para sobrellevarla se encuentran enmarcadas bajo normativas en las que persisten en el uso del modelo médico como referencia a las situaciones de discapacidad y en el uso términos peyorativos como “invalidez”, “incapaces” y



“dementes” para referirse a las personas en estas situaciones. Por tanto, el Estado sigue manteniendo una visión sobre estas personas en función de sus deficiencias, no tomando en cuenta las barreras a las que se enfrentan, las que son las que perpetúan e interacciones en la constitución de la situación de discapacidad. Lo que ocasiona un desconocimiento de los derechos de las personas en situación de discapacidad, con lo que se hace latente la violación de estos, sobre todo en ámbito de situación de discapacidad cognitiva y psicosocial (Naciones Unidas, 2016).

En general, las normativas existentes en Chile para las personas en situación de discapacidad condicionan la igualdad ante la justicia y su posibilidad de tener igualdad de oportunidades y de ser incluidos socialmente, de hecho, no existen que leyes que permitan denunciar y sancionar adecuadamente la incurrancia en la discriminación y la vulneración de derechos. Además, la normativa jurídica aún permite la declaración de incapacidad legal de estas personas, yendo así en restreñimiento de su capacidad para tomar decisiones con autonomía y según sus voluntad y preferencias, lo cual permite que sean vulnerados sus derechos sexuales y reproductivos. En cuanto a las políticas de igualdad de oportunidades y de inclusión social ha existido un escaso avance, falta información para las personas y sus familias, persiste la necesidad de sistemas de apoyo, los espacios públicos siguen siendo y no existen las condiciones económicas para la mitigación al empobrecimiento ante las situaciones de discapacidad. Los cuales condicionan las posibilidades de desarrollo de una vida independiente y autónoma, de inclusión social, comunitaria y familiar, y finalmente al acceso a los servicios básicos, condicionantes que soterrarían su institucionalización y sus condiciones de vida precarias.

Los esfuerzos del Estado Chileno en la erradicación de los prejuicios y estereotipos negativos y en cobertura para la rehabilitación, según la ONU (2006) han sido insuficientes, dado que ha habido un reforzamiento constante mediante la utilización de recursos públicos, de la perspectiva de atención caritativa y asistencialista, dadas por campañas publicitarias como la Teletón, el cual es el enclave visible bajo el cual el Estado se preocupa por estas personas, institución con la cual también es posible dar cuenta de los problemas de cobertura de la rehabilitación, en tanto, que su financiamiento a este tipo de servicios no son dirigidas a todas las situaciones de discapacidad, y su atención es segregada por edad. Enfoques de atención que claramente no contribuyen a la inclusión social y comunitaria de estas personas.



Este es el marco normativo en la cual las familias deben desarrollar las prácticas a sus hijos/as, pero además se ven enfrentadas en una serie de problemas y crisis en diversos ámbitos como los laborales, de salud, educacionales, de integración normativa los que surgieron a raíz de la implementación del modelo neoliberal, el que tiene un carácter individualizador, privatizador y desregularizado, lo que hizo que las familias debieran asumir una serie de responsabilidades de las cuales ya el Estado ni la sociedad se harían cargo, haciendo así que sus problemas giraran sobre sí mismos, debilitando además el apoyo que podrían prestarle ciertas redes y vínculos de personas. En esta ruptura el Estado y la Sociedad dejaron de generar los mecanismos de contención que permitían la integración de las familias con el resto de la sociedad, lo que constituye una amenaza, dado que las familias no cuentan con los recursos ni cognitivos, ni materiales ni de sociabilidad. Lo que ha hecho que estas presenten mayores dificultades para superar sus problemas y crisis, debido a que la relación entre familia y sociedad es la que les permite a las familias ante las crisis hacer más probable su superación y recomposición de los recursos de acción que estos despliegan aumentando así su capacidad de actuación familiar, en tanto, que estas son dos esferas que se condicionan, en su necesidad de producirse y de estructuración de un determinado orden social (Güell, 1999)

En este contexto se planteó el estudio de las prácticas de crianza que despliegan las familias para criar a las personas con SD, en las que se busca develar la influencia de diversos factores socioculturales, así como también las visiones de la discapacidad, en la articulación de las acciones que son empleadas por las familias para orientar el desarrollo de sus hijos/as, y hermanos/as, para asegurar su sobrevivencia e integración social (Aguirre, 2000). Lo que se revisó en función del siguiente objetivo: Analizar las prácticas de crianza que adoptan las familias con un integrante con síndrome de Down para orientar su desarrollo.

Marco metodológico

Esta investigación se está realizó bajo un enfoque cualitativo, en tanto nos permite reproducir a un colectivo de hablantes de una lengua común para analizarlos y comprenderlos, desde el orden de sus significados y reglas de significación, a través de la estructura de observación de otro (Canales, 2006). Esto a través de una estrategia de investigación biográfica, en la cual se despliegan sucesos de vida y experiencias dadas a lo largo del tiempo, que se encuentran vinculadas con un contexto inmediato y con las historias de las personas con las que se relacionan. De las que se pueden desprender



las oportunidades y limitaciones socioculturales en los que conviven, las que son otorgados por la sociedad y el tiempo. Por lo que estaríamos conociendo una historia de un yo ubicado en un contexto histórico y social, de un yo individual y colectivo a la vez, de los que mediante la interpretación subjetiva de sus experiencias se pueden desprender valores, normativas, creencias, percepciones, estereotipos y visiones de mundo (Saeta & Bechis, 2004). Es por esto, que la información analizada fue producida mediante un taller de Reconstrucción de la historia de vida familiar tras el síndrome de Down, en la cual se buscó la experiencia familiar durante el proceso de crianza de su integrante, mediante la Identificación de hitos y de las prácticas desarrolladas en cada una de ellas. La aproximación a la familia de la cual se analizarán resultados preliminares fue mediante un informante clave, del cual, su amiga tenía un hermano con SD y su familia se encontró dispuesta a exponer su experiencia biográfica. La familia, es nuclear y está compuesta por 6 integrantes, en donde el integrante con SD es el menor con 9 años, con una diferencia importante de edad con el resto de los hermanos, quienes son jóvenes, dos hombres y una mujer. Los padres se encuentran casados hace al menos 22 años, los que se encuentran cercanos a los 50 años. Viven en un barrio acomodado de Puente Alto, en la ciudad de Santiago de Chile. La información proporcionada fue analizada mediante la sistematización de la gráfica desarrollada por ellos en la reconstrucción de la experiencia familiar, acompañado por el análisis de contenido de los discursos que iban sustentado la reconstrucción.

Resultados

La familia en el taller diferenció al menos seis hitos como significativos durante los 9 años de desarrollo y crianza de su integrante con la condición, entre las cuales se encuentran, el nacimiento del nuevo integrante, el ingreso a un centro de estimulación temprana, las dificultades al acceso al jardín infantil y su experiencia en el que logró ingresar, la exclusión en el aula ante la primera de oportunidad de integración en el sistema regular de educación, y finalmente, las dificultades para la efectiva inclusión en la han visto en su actual establecimiento educacional.

El nacimiento del “conchito” de esta familia fue un hecho caracterizado por ser un momento de incertidumbre, incomodidad, preocupación, pero a la vez marcado por la aceptación, el cariño inconmensurable y el autocuidado emocional. La aceptación a la condición del nuevo integrante fue innata en todos los miembros de esta familia ante la premisa de que el síndrome de Down debía ser considerado una más de las diversas características particulares que tenemos como sujetos, lo que no quitó que existiera una



preocupación ante esta nueva situación familiar, pero estas se centraron básicamente en los problemas de salud que se encuentran asociados a esta condición, así como también en las posibilidades de desenvolvimiento social que podría llegar a tener el nuevo integrante. Por esto mismo, el anuncio de la noticia a la familia extensa se tornó altamente incómodo debido al estigma que tenían sobre la situación de estas personas, teniendo que la familia directa contenerlos emocionalmente. Ante esta situación fueron visionarios y desde un principio definieron que se debían tomar la situación con la mayor tranquilidad posible, por lo que instaron en ir formándose e informando sobre el tema de una forma que no les aumentara su preocupación.

En este hito además la madre decidió dejar su trabajo dependiente, a las semanas de haber finalizado su post natal y levantó una peluquería para así poder administrar sus propios tiempos para dedicarle el cuidado y la estimulación necesaria para su hijo, cambió que si bien en un principio fue por la aprehensión de la madre hacia a su hijo, permitió mayor afato entre la familia, dado que también pasó a tener más tiempo para el resto de sus hijos e hija, lo que es visto de forma positiva por ellos.

El ingreso del recién nacido al Centro de estimulación temprana Edudown, a los tan sólo 3 meses de su nacimiento es algo que ha marcado profundamente la vida de esta familia, en tanto que reconocen que esta desde un inicio fue la que les ha permitido llevar las nuevas situaciones a las que han debido ir enfrentado con la menor ansiedad posible, en tanto, que esta institución es la que en cada etapa de los niños va guiando a los padres y sus familiares en cuanto a las necesidades de apoyo que requieran, brindándoles asesorías, herramientas e información así como también un espacio de contención y de generación de redes con el resto de las familias que se encuentran en la misma situación.

En el tercer hito, la familia relató las dificultades a las cuales se vieron enfrentados para conseguir un jardín infantil que les permitiera matricularlo, por lo que tuvieron que consultar en varios jardines ya que estos decían no estar preparados para aquello, aunque ellos consideran que aquello era discriminación, de hecho, la mamá lo relata cómo la primera vez que le hicieron sentir que su hijo era diferente. A pesar de aquellas situaciones persistieron en la búsqueda de un establecimiento regular, en la que finalmente se encontraron con el Jardín Jirafita, que si bien reconocieron no estar preparados decidieron asumir el desafío, de lo cual resultaron dos años de una bonita



experiencia familiar, en tanto que le permitió que su hijo se disolviera normalmente como cualquier niño, además por haber sido una experiencia educativa efectiva.

En los siguientes dos hitos las familias describieron las experiencias educativas ante el ingreso a la educación pre – escolar de su familiar. En su primer intento ingresaron a un colegio de administración municipal con Programa de Integración Escolar (PIE), en el cual no duró más de 15 días, debido a la desatención evidente de las educadoras de párvulo, lo cual afectó severamente la emocionalidad tanto del niño, a quien se le cayó el pelo y mostraba claros signos de no querer ir a aquel lugar, ante lo cual sufría su madre, y la preocupación del resto de los hermanos. Luego matricularon al niño en la Escuela Los Andes, de las mismas características del establecimiento anterior, pero en el que a diferencia del anterior se mostraba una mayor intención por incorporarlo a las dinámicas educacionales logrando así avanzar del nivel de prekínder a segundo básico. A pesar de aquello, ha habido situaciones puntuales ante las cuales los padres han decidido intervenir decididamente para que su hijo reciba su educación considerando las adaptaciones necesarias, las cuales gracias a su insistencia constante han logrado que sean consideradas en el proceso educativo y se establezcan relaciones afectivas entre la comunidad educativa, el estudiante y su familia.

En esta reconstrucción de la historia de vida familiar tras el síndrome de Down es posible evidenciar una rápida adaptación positiva ante aquellas situaciones estresantes, con un marcado compromiso de cada integrante de la familia, en la readaptación de las dinámicas familiares para superar aquellas situaciones. Principalmente reconfigurando roles de cuidado, de atención, reforzamiento, estimulación, entretenimiento y de contención emocional, que les permitieron resolver rápidamente y de buena manera aquellas situaciones. Si bien, la familia y el niño son los involucrados directos en las situaciones de crisis, la reorganización para la superación de estas no se da principalmente en las familias, sino que más bien la familia ha apostado por una readaptación de las instituciones en donde éstas se originan, en tanto entienden que muchas veces estas situaciones de crisis no tienen que ver con alguna de las diferencias que presenta su familiar, sino que comprenden que estos surgen porque son ellas quienes no se preocupan de reducir aquellas barreras que no permiten que el niño pueda estar en igualdad de condiciones que el resto de los niños/as.

De aquella reconstrucción histórica es posible identificar una serie de prácticas de crianza, las cuales son las que han permitido la rápida adaptación positiva, y si bien



cada una es propia de cada una de esas situaciones estresantes la mayoría de ellas se han transformados en acciones que cotidianamente están presentes como lo son el empoderamiento, la autoformación y el reconocimiento de los logros de su integrante. El empoderamiento es uno de los recursos que los integrantes debieron emplear ante la negación constante de normalidad de su niño, y por las barreras que eran impuestas por las personas y las instituciones que no otorgaban daban las condiciones para el acceso en igualdad de condiciones a sus derechos. La autoformación apareció como una práctica desde el nacimiento del niño, ante la necesidad de comprender las nuevas situaciones por las cuales deberían pasar y así como también para enfrentar con las mayores herramientas y con la mayor autonomía cada uno de los nuevos retos. Finalmente, destaca el reconocimiento de los logros y dificultades de su integrante, lo que ha sido central para que la situación de discapacidad del niño no sea vista como una situación negativa. En este tipo de prácticas juega un rol importante el reconocimiento de las dificultades y de las habilidades del niño, lo que evita la generación de falsas expectativas y lo que vendría luego la frustración. Este conjunto de prácticas refiere a la celebración de cada acto, participación y logro del integrante, lo cual es visto necesario para que este tenga claro todas las potencialidades que el posee, considerando la desvaloración social constante que hay en la sociedad hacia las personas en situación de discapacidad cognitiva.

Estas prácticas se enmarcan en las pautas y creencias de crianza están asociadas principalmente al cómo ellos consideran que las personas en situación de discapacidad deban desplegarse y relacionarse en la sociedad, con los mismos derechos, oportunidades y deberes. Es por esto, que por un lado siguen pautas de crianza que les permita otorgarles la mayor estimulación posible y todos los apoyos necesarios posible a su hijo para que este pueda desarrollar al máximo todas sus potencialidades y así pueda participar en igualdad de condiciones en los ámbitos que él decida ser parte. Mientras que la otra creencia que le otorga sentido a los tipos de prácticas descritas anteriormente es el considerar que este integrante es igual al resto de sus hijos, por tanto, de esa forma define el seguimiento de las pautas de crianza tradicionales, evitando la sobreprotección de están conscientes que eso podría llegar a restringir las posibilidades para que su familiar pueda desarrollar una vida independiente y autónoma.

En conclusión, se evidencia que en la historia de esta familia tras el nacimiento de su integrante han sido las actitudes discriminadoras y estigmatizadoras las que han dificultado la adaptación familiar, apareciendo así en todos los hitos identificados,



llegando incluso a ser considerados por ellos a estas actitudes como la causa real de estas situaciones de crisis. Estas situaciones se han presentado principalmente en el contexto educativo, en donde al menos en tres situaciones se le negó el acceso al jardín infantil sólo por el hecho de los estigmas asociados a que las personas con síndrome de Down, entre los cuales se piensa que estos deben asistir a escuelas especiales y/o que para tenerlos en aulas regulares se requieren más elementos de los que ya se encuentran presentes en las instituciones educacionales. Una vez superado esta situación crítica y habiendo sido incluido en el sistema educacional regular se debieron enfrentar a la persistencia de la exclusión educacional, pero ahora en el aula, en donde hubo reticencias de una educadoras/as a enseñarle porque según ella estos niños no serían capaces de aprender, o lo que también se dio cuando el niño ingresó a primero básico en donde no se consideraron las adaptaciones y los apoyos necesarios para que este se pudiese desenvolver y rendir ante las dinámicas de aquel nivel educacional, lo que produjo nuevamente una caída de pelo y activó una situación de crisis, la que no se resolvió hasta final de año cuando recién hubo un compromiso real por parte del establecimiento para brindarle la atención adecuada y pertinente a su situación.

Este hallazgo no hay que perderlo de vista, en tanto que constituye una vulneración al derecho a la educación de los niños, niñas y jóvenes, debido a la persistencia de ciertas barreras que condicionan sus posibilidades de acceso, que cuando se incluye no se les está educando en igualdad de condiciones, los que hace poner en riesgo su permanencia y así su posible egreso. Lo que nos invita a reflexionar si es posible que la inclusión educativa sea efectiva en el marco del actual sistema educacional, el cual ha sido históricamente segmentada y desigual (Núñez, 2015). Lo que requiere una pronta respuesta en tanto que la educación marca diferencias significativas en el nivel de desarrollo que puedan llegar a alcanzar las personas en situación de discapacidad cognitiva.

Notas

¹ Lic. en sociología de la Universidad de Chile

Bibliografía

- Aguirre, E. (2000). Sociabilización y prácticas de crianza.
- Aramayo, M. (1996). La persona con síndrome de Down. Hechos, mitos, problemas, sugerencias. Caracas: Fondo Editorial Tropykos.



- Beltrán, M. (2011). Actitudes de la sociedad hacia las personas con síndrome de Down y su relación con los medios de comunicación. Tesis doctoral. Universidad de Extremadura.
- Canales, M. (2006). Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios. Santiago: LOM.
- De la Rosa, V. (2006). Vivencias de madres cuyos hijos nacen con Síndrome de Down. Tesis para optar al grado de Licenciada en Enfermería, Universidad Austral de Chile, Valdivia.
- Departamento de Salud del Estado de Nueva York. (2006). Normas de práctica clínica. Guía rápida de consulta para padres y profesionales. Síndrome de Down, Evaluación e intervención para niños pequeños (desde el nacimiento hasta los 3 años). Nueva York.
- Giovagnoli, S. (2014). La discriminación en el Síndrome de Down. Tesis para optar a la Licenciatura en Psicología, Universidad Abierta Interamericana.
- Güell, P. (1999). Familia y Modernización en Chile. Santiago de Chile
- Huiracocha, L., Almeida, C., Huiracocha, K., Arteaga, J., Arteaga, A., & Blume, S. (2017). Parenting children with Down Syndrome: Societal influences. *Journal of Child Health Care*, 21(4), 488–497.
- Kaminker, P., & Armando, R. (2008). Síndrome de Down. Primera parte: Enfoque clínico-genético. *Archivos argentinos de pediatría*, 106(3), 249-259.
- King, G., Zwaigenbaum, S., Baxter, D., Rosenbaum, P., & Bates, A. (23, de junio de 2006). Cambios en los sistemas de convicciones/valores de las familias de niños con autismo y síndrome de Down. *Revista síndrome de Down Volumen*, 51-58.
- Lam, L., & Mackenzie, A. (2002). Coping with a child with Down syndrome: the experiences of mothers in Hong Kong. *Qualitative Health Research*, 12(2), 223-237.
- Mulcahy H., & Savage, E. (2016). Uncertainty: a little bit not sure. Parental concern about child growth or development. *Journal of Child Health Care*, 20(3), 333-343.
- Myers, R. (1994). Prácticas de crianza. Santa Fe de Bogotá: Celam-Unicef
- Naciones Unidas. (2016). Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre el informe inicial de Chile. Observaciones finales sobre el informe inicial de Chile sobre el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad, Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad.
- Núñez, I. (2015). Educación chilena en la República: Promesas de universalismo y realidades de inequidad en su historia. *Psicoperspectivas. Individuo y sociedad*, 14(3), 5- 16.



- O'Shea, M., Girón, J., Cabrera, L., & e. a. (2012). Public perceptions of intellectual disability in a shantytown community in Lima, Perú. *International Health*, 4, 253-259.
- PNUD. (2017). *Desiguales: Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile*. Santiago de Chile: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Powell, T., & Ahrenhold, P. (s.f.). *El niño especial. El papel de los hermanos en su educación*. Bogotá.
- Roizen & Patterson (2003) Down's Syndrome. *The Lancet*, 361, 1281-1289.
- Ruiz, E. (2012). Percepciones, estereotipos y prejuicios: Su influencia en el Síndrome de Down. *Propuesta de Intervención. Revista Síndrome de Down*, 29, 110-121.
- Sautu, R., & Bechis, M. (2004). *El método biográfico: La reconstrucción de la sociedad a partir del testimonio de los actores*. Buenos Aires: Ediciones Lumiere.
- Skotko, B., Levine, S., & Goldstein, R. (2011) Having a son or daughter with Down syndrome: perspectives from mothers and fathers. *American Journal of Medical Genetics A* 155A (10): 2335–2347
- Yang, Q., Rasmussen, S., & Friedman, J. (2002). Mortality associated with Down syndrome in the USA from 1983 to 1997: A population-based study. *Lancet*, 1019-1025.
- Yildirim, A., Asılar, R., & Karakurt, P. (2012). Effects of a nursing intervention program on the depression and perception of family functioning of mothers with intellectually disabled children. *Journal of Clinical Nursing*, 251-261.



La exclusión es más discapacitante que la misma naturaleza: caminos y tropiezos en la búsqueda de atención

Cristian David Osorio Figueroa
Ivonne Solórzano
Lidia Morales

Resumen

Guatemala, país heterogéneo, donde cada uno de sus pueblos y, aún dentro de ellos, existen diferencias significativas en su forma de vivir, entender el mundo, organizarse socialmente y realizar sus actividades productivas. A pesar de esta heterogeneidad, y las múltiples inequidades por diferencias étnicas y de género, existen puntos en común, como la búsqueda de atención a la salud. Dicha búsqueda, en un contexto de un sistema de salud fragmentado y segmentado, excluyente en sí mismo, lo realiza con mayor vehemencia hacia las personas con alguna discapacidad.

La presente investigación tuvo como objetivo indagar sobre mecanismos de exclusión social expresados en el acceso y prácticas de atención en los servicios de salud por personas con discapacidad en dos regiones rurales del departamento de Sololá en Guatemala.

Se realizó una investigación cualitativa exploratoria con entrevistas semi-estructuradas, utilizándose la teoría fundamentada como marco teórico de análisis, realizando dos unidades hermeneúicas de codificación para un análisis cruzado por dos investigadores.

Se evidenció que dicha exclusión se expresa en múltiples dimensiones, principalmente en el acceso a la asistencia médica que de por sí reduce a la persona en condición de discapacidad a una “deficiencia”, dejando por un lado la subjetividad, su búsqueda de autonomía, necesidades diferenciadas y también de manera aislada no como miembro de una familia y de una comunidad, y menos desde una perspectiva de atención ampliada longitudinalmente que genere oportunidades de emancipación en el contexto discriminatorio actual al cual se enfrentan dichas personas en el día a día.

Palabras clave: Personas con Discapacidad, Accesibilidad a los Servicios de Salud, Exclusión Social, Guatemala, Derecho a la Salud.



Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (2011), se estima que el 15% de la población mundial tiene alguna discapacidad, y que, de ese porcentaje, el 3% tiene alguna discapacidad grave.

En América Latina, la población con discapacidad en su mayoría se caracteriza por vivir en extrema pobreza, un ambiente social excluyente que genera un círculo vicioso de pobreza y enfermedad, además de poseer un estatus social y cultural marginado, donde sólo el 2-3% tienen acceso a servicios de rehabilitación (OMS, 2011).

Datos censales revelan que las mujeres registran una tasa de prevalencia de discapacidad más alta que los hombres, especialmente a partir de los 60 años; son ellas quienes dedican más tiempo al cuidado de un familiar con discapacidad y quienes tienen mayor riesgo de adquirir el síndrome del cuidador (OPAS, 2014).

Según el informe de la II Encuesta Nacional de Discapacidad en Guatemala (ENDIS), realizada en 2016, la prevalencia de personas con discapacidad fue 10.2% en todas las edades, mayor en mujeres y personas mayores de 50 años del área urbana, siendo las limitaciones más frecuentes ansiedad y depresión, movilidad y visión. Con menos probabilidades de haber asistido a la escuela y tener más probabilidades de ser analfabetas (Dionicio et al., 2016).

Cuando se analiza la calidad de vida, se ve que es menor en el grupo más pobre, rural, regiones del noreste y sureste, aún mayor en dominios físico, cognitivo, de ansiedad/depresión y de comunicación (Dionicio et al., 2016).

Además, existen algunas barreras que agravan aún más esa situación como reacciones negativas por otros niños en la escuela, ausencia de profesores entrenados para atender la diversidad funcional, barreras arquitectónicas e incluso la sobreprotección de los padres (Grech, 2008).

Un paso importante para la agenda pública de la discapacidad en Guatemala fue la aprobación de la Política Nacional en Discapacidad para personas con discapacidad, mediante Acuerdo Gubernativo 91-2007. La política describe las múltiples entidades estatales que deben atender a la población con discapacidad, señalando con ello que su atención debe ser intersectorial.



Este trabajo pretende indagar sobre mecanismos de exclusión social expresados en el acceso y prácticas de atención en los servicios de salud por personas con discapacidad en dos regiones rurales del departamento de Sololá en Guatemala.

Metodología

Corresponde a un recorte de una investigación cualitativa exploratoria, más amplia. Fue realizada en dos distritos municipales de salud adscritos a la Dirección de Área de Salud de Sololá en Guatemala.

Inicialmente, las personas participantes fueron identificadas por medio del registro en Sistema de Información en Salud del Modelo Incluyente de Salud (SIMIS), sin embargo, se encontró un bajo registro de estas por lo cual se recurrió a trabajar con el personal de salud para rastrear a las familias.

Fueron realizadas 16 entrevistas semiestructuradas. Siendo participantes una persona directiva del Área de Salud de Sololá; coordinadores de los dos distritos municipales de Guineales y Nahualá; personal de apoyo a la atención en salud de ambos territorios, personal auxiliar de enfermería que presta atención en las áreas de adscripción y cinco familias con personas con discapacidad entrevistadas. Además, se entrevistaron abuelas comadronas por medio de la metodología de encuentro. Cada una de las personas participantes firmó un consentimiento informado, libre y esclarecido.

Las entrevistas fueron transcritas y analizadas utilizando como herramienta el software NVivo versión 10.0.641.0. Fueron realizadas dos unidades hermenéuticas de codificación para un análisis cruzado por dos investigadores. Fueron utilizadas la teoría fundamentada como marco teórico de análisis (Coffey & Atkinson, 2003).

Resultados y discusión

Idas y regresos en la búsqueda de atención

Las personas que se encuentran viviendo con discapacidad poseen mayor probabilidad de informar que padecieron de alguna enfermedad grave en los últimos doce meses cuando se compara con una persona que no posee ninguna (Dionicio et al., 2016).

El acceso a los servicios de salud va mucho más allá de un ámbito geográfico, incluye el aspecto cultural y su adecuación de los servicios de salud, y el aspecto funcional, que constituye la oferta de servicios adecuados a las necesidades de la población, pero recogiendo también el aspecto humano y el acogimiento por el profesional, esto en la



búsqueda de dar resolución a los problemas de salud en los diferentes niveles de atención existentes en el sistema (Assis & Jesus, 2012). A continuación, se analiza la accesibilidad desde esas dimensiones teóricas con fines de sistematización.

Dimensión organizacional y económico-social

En el camino por la búsqueda de atención las personas con discapacidad encontraron dos escenarios principales, el primero, la existencia de servicios de salud que no son identificados como resolutivos y, el segundo, la ausencia de un servicio de salud especializados localmente que les permita satisfacer su necesidad de atención, por lo cual deben recurrir a la búsqueda de otros servicios fuera del contexto local.

Allá nos dan algo, lo que tienen, eso sí. Tienen acetaminofén, trimetoprim, eso es lo que nos dan comúnmente. Creo que una vez aquí arribita, en el puesto de salud, nos dieron metronidazol. Y, cuando no tienen, pues nos mandan a comprar. Eso sí, si tenemos lo compramos inmediatamente y si no pues no (Entrevista cuidador 5).

El acceso a los medicamentos es importante en los servicios de salud públicos y se constituye como uno de los cinco indicadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de garantía del derecho de la salud, como parte del enfoque de derechos humanos aplicados a la salud y que son susceptibles de inequidad y discriminación (Hogerzeil & Mirza, 2011).

En contextos de pobreza de Guatemala, se observó una utilización de servicios de salud privados muy alta por la ausencia de la respuesta del estado.

[...] ella dice que igual consultó al centro de salud y le dijeron que si podían atenderla, pero bien que le pueden entregar cualquier medicina, pero puede ser que no le hace efecto porque desconocen la enfermedad, en cambio en el privado la atendieron, la evaluaron y si dieron el diagnóstico (Entrevista PCD2).

Partiendo del principio de un sistema de atención básica y, por lo tanto, de la disponibilidad de medicamentos existentes en los servicios de salud acordes a determinada demanda, debemos discutir a este punto las capacidades diferenciadas de atención, evaluación y diagnóstico, percibidas que hacen buscar la atención diferenciada que permita sentirse satisfechos con el servicio recibido.

Se evidenció como la atención primaria se constituye como una puerta de salida, mediante una referencia informal y nula contrarreferencia, creando mecanismos directos



desde la condición de daño a la búsqueda de servicios diferenciales, aun existiendo barreras geográficas y de transporte importantes.

[...] consultó al CAP, pero no le, o sea que no le hicieron nada, que saber qué es lo que tiene, la refirieron al Hospital de Xela, la misma cosa dice que no la atendieron que saber porque te pasa eso (Entrevista PCD2).

El hecho anterior agravado por la necesidad de recurrir al transporte privado, aumentando el gasto de bolsillo en hogares de contexto de vulnerabilidad económica, recurriendo a préstamos familiares, a terceros o inclusive, caridad, permaneciendo la condición de exclusión social de la persona con discapacidad como apuntado por Martínez Martínez & Salvador Carulla (2005).

Costo, falta de servicio en la región y transporte también han sido apuntados como barreras en otros estudios realizados en otras latitudes (Castro et al., 2011; OMS, 2004), así como otras publicaciones en territorio nacional (Grech, 2008, 2016), colocando en la mesa la falta de articulación intersectorial en la formulación y creación de espacios que consideren la diversidad funcional de sus habitantes.

Como bien descrito por Syed et al, (2013), debe existir una coordinación entre planificadores urbanos, expertos en transporte y formuladores de políticas para crear soluciones activas, sin embargo, en el contexto guatemalteco, debe considerarse la organización local, comités entre otras organizaciones a fin de contrarrestar la barrera de acceso por variabilidad geográfica, disminuir costos de transporte para las familias.

Dimensión simbólica

La calidad expresada desde la concepción clásica (Ayanian & Markel, 2016; Donabedian, 1990) de siete pilares, como la adecuación sociocultural de los servicios de salud que permitan mayor acceso, buenas relaciones humanas y excelencia profesional, puede ser el punto de partida para garantizar dicha atención de calidad en los servicios de salud, que tiene que ver además con el grado de satisfacción del usuario.

Para las personas prestadoras de servicio de salud las personas no poseen atención, debido a que no acuden a los servicios, ignorando así la realidad vivida en el día a día por estas personas. Esto coloca la responsabilidad por cualquier daño únicamente sobre el individuo, y se exenta a los servicios de salud de cualquier responsabilidad. Además,



excluye a personas que, dada su capacidad funcional, les es imposible acudir a un servicio de salud:

Sucede que aquí, al servicio, no vienen muchas personas con discapacidad. Han venido personas que están en silla de ruedas y que por estar ahí han tenido lesiones en la piel y cosas así, pero es gente que el personal ya conoce, no hay una reacción mayor; realmente no vienen muchos discapacitados al servicio (Entrevista PS4).

E incluso consideran y minimizan el impacto que la discapacidad posee en las vidas de las personas con alguna discapacidad, al naturalizarlo como algo normal, viendo al individuo desde su capacidad individual y no el impacto que puede tener en lo familiar, comunitario, y aspectos de prevención y promoción de la salud, y no a nivel mental y energético. Esto además se ve reflejado en cómo es tratada la discapacidad desde el punto de vista biomédico e intervenciones puntuales que no permiten la continuidad del cuidado en salud,

[...] hay pacientes como este mudito que cuando llegaba siempre él quería una inyección y entonces decía ((realiza sonidos con la boca)) entonces uno siempre ahhh y como acarrea bultos allí en el mercado y decíamos él seguro se cansa mucho y pues la inyección le ayuda (PS4).

Observándose además una asociación espuria y sin necesidad de expresar por medio de sonidos lo que la otra persona quiere decir, dejando de lado la realización de una consulta integral. Por otra parte, mientras los profesionales de salud esperan la consulta desde los servicios responsabilizando al individuo por la falta de asistencia, las reflexiones de los usuarios son diferentes y afectan la utilización de los servicios,

[...] la recomendación al personal de salud de los puestos, del centro, de los hospitales (es) que tuvieran la conciencia de que no estar cambiando bebés porque ha habido casos que lo cambian [...] (PS1, palabra nuestra).

yo pienso deberían de capacitar, así como nos capacitan a nosotras como las comadronas, hay que informar a los familiares de los problemas, porque no informan ellos en el hospital [...] entonces yo pienso que la persona que atienda ya sea médica, ya sea enfermera, ya sea auxiliar de enfermería, debe informar, no solo que ellos hacen preguntas [...] (PS2).

De tal manera que, experiencias anteriores condicionan la confianza existente en los servicios de salud. Por lo que la falta de adecuación de los servicios de salud a las



lógicas socioculturales locales, así como la falta de capacidad resolutive se constituye como una barrera de acceso. La concepción maya del proceso de salud-enfermedad, mucho más amplio al no maya, considera desequilibrios por factores de orden social, ambiental y espiritual, aunque esta concepción no excluye la utilización de otros modelos, sino existe un pluralismo en la utilización de ambas formas en demanda de servicios (PNUD, 2005).

Asimismo, lo anterior se ve permeado por imaginarios sociales locales, contruidos a lo largo de una tradición racista de Estado-nación, que generaliza y perpetúa la exclusión por razones de etnia, sin considerar otros aspectos que pueden encontrarse inmersos, como el machismo, la pérdida de autonomía de la mujer al encontrarse en constante desventaja frente al hombre,

[...] por ser área rural, área indígena no hay un valor a la vida porque este una mujer embarazada mire se va a morir el niño, y no les da pena, no se va al hospital, pero no se va, pero se va a morir el niño ellos creen que se va a embarazar otra vez y puede tener otro niño (PS5).

Cabe destacar que ambos modelos no son excluyentes, sino existe un pluralismo en la utilización de ambas formas de demanda de servicios (PNUD, 2005). Desde la perspectiva del MIS, la pertinencia intercultural se refiere al

[...] proceso de adecuación de las intervenciones sanitarias a la cultura local, con perspectiva a desarrollar un proceso de complementación-articulación de los diferentes marcos conceptuales y prácticas en salud que existan tanto en el ámbito institucional como en el comunitario (INS, 2002, p. 8).

Sin embargo, realizar dicha adecuación en un Estado-nación que no logra reconocer, legitimar y ampliar garantías a la población maya guatemalteca por medio de sus leyes promulgadas en su mayoría por población mestiza con poca consulta a los pueblos mayas (Barié, 2003), es lo que genera mayor foco de atención, y un desafío por enfrentar.

Aún dentro de los servicios se logra percibir actitudes dadas las barreras lingüísticas existentes, que desvalorizan al individuo y su capacidad cognitiva por medio de otorgar la mínima información al usuario, generando una atención deshumanizada, poco integral y desconfianza.



Dimensión Técnica

Consideramos como parte de esta dimensión la integralidad de la atención, el desarrollo de competencias, existencia de un proyecto terapéutico y la calidad de la atención (Assis & Jesus, 2012).

Existe una rápida referencia por parte de los servicios básicos, justificados por la ausencia de medicamentos por parte de los prestadores del servicio a los usuarios, pero que podría deberse a la formación de competencias y herramientas básicas para poder orientar la atención integral, así como percepciones personales de miedo, frustración al no poder atender a la población con alguna discapacidad, lo cual genera mayor exclusión de los servicios públicos, siendo empujados a la atención privada enfocado al daño y atención clínica individual.

[...] por eso es bonito si pudiéramos hacer protocolos y rutas de abordaje porque eso tal vez nos ayudaría, nos daría más caminos que seguir [...] para poder apoyar más a este tipo de pacientes (Entrevista PS5).

Yo sí le tuve miedo porque estaba sola ahí, rápidamente llamé a la enfermera profesional y ella me explicó que es una persona con discapacidad, en ese momento ya se me fue el miedo y empecé a platicar con él [...] (Entrevista PS1).

Existen ventanas de oportunidad como la sensibilización del personal de salud para la atención adecuada como la empatía de los equipos de salud, creando confianza por parte de las personas atendidas, y la continuidad del seguimiento y adherencia terapéutica.

Es necesario repensar hasta qué punto los mecanismos de consumo de recreación son negados e invisibilizados y colocados en las manos solo de aquellos que son “normales” y aún dentro de ellos, aquellos con posibilidades económicas,

[...] por ejemplo, si no puede dar la vuelta, o no se puede sentar, que uno le dice a una persona normal “síntese, le voy a oír sus pulmones” [...] (Entrevista PS4).

[...] me inspira un poco más de ternura porque no son capaces de desenvolverse en la manera que una persona normal lo puede hacer. [...] Es una satisfacción plena que uno siente, una alegría, mucho más que cuando uno atiende a una persona normal (Entrevista PS2).



El observar para una persona con discapacidad como alguien infantil es muy común, como esa idea de ternura, porque en general, se relacionan a la dependencia aspectos como la inmadurez emocional y la infantilidad. Esto genera una pérdida de la autonomía, limitación de sus capacidades de consumo, pues precisa ser controlado por otra persona con sus capacidades “normales”.

De tal manera que, al considerar una persona con discapacidad como alguien asexuado, por ejemplo, se negligencia cuidados contra situaciones de abuso y se omite a estas personas el derecho al acceso a orientación/educación sexual. Esto es problemático, ya que personas con alguna discapacidad son propensas a casos de violencia, de embarazos no deseados y hasta enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, aún se piensa que tocar esos temas estimula a la persona a vivir una vida sexual plena, por lo tanto, riesgos de embarazos y probabilidad de nacer un hijo o hija con “deficiencia”, lo cual no es aceptable desde el punto de vista higienista predominante de la sociedad actual.

Es necesario repensar cual es el papel de la formación occidental adecuada, que permita contemplar la diversidad funcional de los individuos en una sociedad, donde además se abre un panorama a la existencia de espacios como la familia y la comunidad.

[...] no tenemos el recurso humano o la especialidad en el recurso humano para apoyar a ese tipo de pacientes (Entrevista PS4);

[...] en el tema de discapacidad solo intervienen especialidades y las especialidades están centradas, en la ciudad, entonces como le hacemos para trabajar este tema (Entrevista experto 1, negrita nuestra);

[...] dentro de esto debería de tener por lo menos [...] una evaluación por algún especialista para que dijera de que problema se trata y cuál es la ruta de o tareas que debe de generarse en el primer nivel (Entrevista PS3).

Así como el cuerpo no puede, ni debe ser visto como un aspecto meramente material, y exclusivamente biológico, sino por su condición que configura su compleja identidad, por lo tanto, una atención sumamente especializada descarta por completo la intervención en variables sociales, económicas, simbólicas familiares y comunitarias.



Dimensión política

Cuando se habla de la dimensión política, es imposible no direccionarlo, además, a la fragmentación de los sistemas de salud como consecuencia de la alta especialización, por medio de la creación de programas verticales, que focalizan en el daño y en el individuo. Cuya propuesta para transformar los sistemas de salud, requiere de una integración programática (Morales & Seminario, 2013).

Algunos autores defienden la existencia de programas o políticas que visibilicen los problemas de salud de poblaciones específicas, bajo la lupa de la equidad, es decir la discriminación positiva, con el fin de superar la desigualdad injusta a través de formulación e implementación de determinadas acciones, que poseen como objetivo ofrecer un tratamiento jurídico diferenciado (más ventajoso), a quien se encuentra en situación de desventaja (Rothenburg, 2009).

La realización de acciones afirmativas hacia dicho grupo, deben garantizarse en el marco de una atención integral, a nivel comunitario, familiar e individual, que permitan aplicar los enfoques de promoción y prevención compartiendo un medio ambiente sano, dando como menciona Morales y Seminario (2013, p. 63), “el justo peso a la salud restando la centralidad de la enfermedad”.

Bajo ese marco conceptual, la Iniciativa de Ley 5125, denominada Ley de Personas con Discapacidad, con Dictamen Favorable (Comisión de Asuntos sobre Discapacidad, 2016, p. 24), pero pendiente de su aprobación, contempla dentro de su artículo 62, sobre el acceso a servicios de salud.

Sin embargo, en la práctica se observa una tendencia neoliberal de disminución del campo del Estado, cuya función debe reducirse al plano económico, desregularización del mercado laboral y liberalización del mercado (Álvarez Leguizamón, 2002; Tobar, 2011).

Esto se traduce en la formulación de focopolíticas suplantando al Estado de Bienestar conforme el principio de subsidiariedad, a través del traspaso de las responsabilidades hacia la comunidad, que refuerzan y resignifica las viejas formas de beneficencia religiosa y filantropía asistencial (Álvarez Leguizamón, 2002).

En el caso guatemalteco, es posible identificar la delegación al Comité Pro-Ciegos y Sordos, que se define como privada no lucrativa, en usufructo la Lotería Nacional, y así



otras instituciones, retirándose el Estado de la escena, al igual en el caso de otras fundaciones, por ejemplo, la rehabilitación por medio de FUNDABIEM, con todas las dificultades que las familias presentan:

[...] ya no lo aguanta para ir hasta allá, y sí le complicó mucho con que se tiene que quedar después de Las Rosas y pasar esos cuatro carriles, y hacer la subida- que tenía que hacer toda la subida como 10 a 15 minutos la subida para FUNDABIEM con el pesor de él, ya no aguanta (Entrevista cuidador 5).

después recuerdo vino FUNDABIEM a Panajachel, como 2 años después empieza a trabajar una organización en San Juan que se llama Candela, [...], y ahí vino una organización española conocida como SENDEROS DE MAIZ, como 5 años después senderos de maíz empezaron a ayudar a San Juan La Laguna [...], más o menos hemos impulsado la creación de otras organizaciones [...] (Entrevista experto 2).

Como resultado entonces de la implementación de esas políticas de rezago y delegación a otras organizaciones debido que el Estado no asume sus compromisos de bienestar, produce campos de inoperancia y coloca la responsabilidad sobre el individuo sobre costos de bolsillo, contraproducentes con el derecho a la salud,

[...] qué hacer dentro de la comunidad para que haya, incluso, centros de rehabilitación; tal vez estamos yendo muy lejos, pero si hay un grupo de niños que va a FUNDABIEM, por ejemplo, que la comunidad se organice para tener un medio de transporte, o los padres de familia a través de la organización comunitaria [...] (Entrevista PS4).

Por lo tanto, la persona es colocada en situación de vulnerabilidad al no garantizar la satisfacción de ciertos derechos, orillada a la búsqueda de protección y atención privada, perpetuando la exclusión social y el empobrecimiento de la persona (Tobar, 2011), además, prácticas privadas poco fiscalizadas y con poca o nula evaluación de calidad.

Reflexiones finales

Deben considerarse la organización comunitaria, redes intersectoriales y fomentar el empoderamiento para garantizar la modificación de determinantes y condicionantes del proceso salud-enfermedad. El derecho a la salud debe concretarse en el Estado como portador de obligaciones, reconocer a todas las personas como sujetos de derechos y el impulso de acciones concretas para la reducción de riesgos y mejora en la condición de vida. Generando una red intersectorial que considere el sistema médico occidental y el maya como complementarios.



Referencias

- Álvarez Leguizamón, S. (2002). La transformación de las instituciones de reciprocidad y control, del don al capital social y de la "biopolítica"; a la "focopolítica". *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, 8(1), 57–89.
- Assis, M. M. A., & Jesus, W. L. A. de. (2012). Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 2865–2875. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>
- Ayanian, J. Z., & Markel, H. (2016). Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality. *New England Journal of Medicine*, 375(3), 205–207. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1605101>
- Barié, C. G. (2003). Pueblos indígenas y derechos constitucionales en América Latina: un panorama. Instituto Indigenista Interamericano.
- Castro, S. S., Lefèvre, F., Lefèvre, A. M. C., & Cesar, C. L. G. (2011). Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 99–105. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000048>
- Coffey, A., & Atkinson, P. (2003). Encontrar sentido a los datos cualitativos: estrategias complementarias de investigación (Editorial Universidad de Antioquia (ed.)). Sage.
- Dionicio, C., Grech, S., Mactaggart, I., Naber, J., Salazar, A. R., Rota, G., & Polack, S. (2016). II Encuesta nacional de discapacidad en Guatemala.
- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114, 1115–1118.
- Grech, S. (2008). Living with disability in rural Guatemala: exploring connections and impacts on poverty. *International Journal of Disability, Community and Rehabilitation*, 7(2). http://www.ijdc.ca/VOL07_02_CAN/articles/grech.shtml
- Grech, S. (2016). Discapacidad y pobreza en la Guatemala rural: intersecciones conceptuales, culturales y sociales.
- INS. (2002). Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente: bases y lineamientos. Instancia Nacional de Salud.
- Martínez Martínez, J. L., & Salvador Carulla, L. (2005). Exclusión social y discapacidad. Universidad Pontificia Comillas.
- Morales, L., & Seminario, G. (Coord). (2013). Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina. Bolivia, Guatemala y Perú: tres experiencias, una sola acción integral e incluyente en Atención Primaria de Salud. *Medicus Mundi Navarra*.
- OMS. (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_2004.pdf



- OMS. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad.
- OPAS. (2014). CD53/7, Rev. 1. Plano de ação sobre deficiências e reabilitação.
- PNUD. (2005). El acceso y la pertinencia cultural de los servicios de salud. In Informe Nacional de Desarrollo Humano (pp. 170–194). PNUD. <http://www.url.edu.gt/PortalURL/Archivos/49/Archivos/ca8.pdf>
- Rothenburg, W. C. (2009). Igualdade material e discriminação positiva: o princípio da isonomia. *Novos Estudos Jurídicos*, 13(2), 77–92. <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/32745-40386-1-PB.pdf>
- Syed, S. T., Gerber, B. S., & Sharp, L. K. (2013). Traveling Towards Disease: Transportation Barriers to Health Care Access. *Journal of Community Health*, 38(5), 976–993. <https://doi.org/10.1007/s10900-013-9681-1>
- Tobar, A. (2011). El campo de atención a la discapacidad en Guatemala. Sus efectos de exclusión y empobrecimiento. FLACSO Guatemala.



Acceso a la Educación Universitaria. Barreras discapacitantes en contextos educativos

Andrea Verónica Perez
Andrea Lorena Camun
Andrea Elena Gaviglio

Resumen

El siguiente trabajo se desarrolla en el marco de los Proyectos Orientados a las Prácticas Profesionales a través del Observatorio de la Discapacidad de la Universidad Nacional de Quilmes, se propone estudiar experiencias pedagógicas en torno a la discapacidad en contextos universitarios a la luz de las políticas públicas puestas en marcha de la última década en la Argentina. En este contexto, el proyecto prevé el desarrollo de un trabajo empírico en distintas instituciones universitarias públicas ubicadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el conurbano bonaerense.

El equipo de trabajo ha realizado entrevistas a informantes claves de universidades que cuentan con una comisión de Discapacidad. Los ejes sobre los cuales se realizó la indagación giraron en torno de reglamentaciones y estrategias institucionales específicas relacionadas con el ingreso, la permanencia y el egreso de estudiantes universitarios 'con discapacidad', atendiendo particularmente a los modos de superación institucional de los obstáculos presentados como así también a los 'apoyos' concretados en línea con la accesibilidad.

Se espera que el proyecto aporte ideas y recomendaciones en pos de la accesibilidad universitaria a partir de la sistematización y análisis de las experiencias indagadas, considerando que si bien existe un marco legal que aborda los derechos de los/as estudiantes con discapacidad en contextos educativos, la Argentina no cuenta aún con una tradición institucional que disuelva las barreras (actitudinales, edilicias, comunicacionales, etc.) que obstaculizan el ingreso, la permanencia y el egreso universitario de las personas con discapacidad.

Palabras clave

Acceso, educación universitaria, barreras.

Introducción

Los debates y los estudios críticos sobre discapacidad en las ciencias sociales forman parte, en nuestro país, de un proceso relativamente reciente. Tanto las históricas reivindicaciones de distintos sectores sociales como los aportes críticos provenientes de



algunos espacios y corrientes académicas, han contribuido a que esto ocurra, junto con el logro de ciertos avances en materia jurídica. En tal sentido, en la Argentina los derechos de las Personas con Discapacidad están establecidos en el texto de la Constitución Nacional Argentina, por algunos tratados internacionales de derechos humanos incluidos explícitamente en el articulado constitucional y por convenios internacionales que fueron firmados por el Poder Ejecutivo y aprobados por el Congreso de la Nación a través de leyes nacionales. La Convención de los Derechos de la Personas con Discapacidad, ratificada por el Congreso de la Nación Argentina en mayo de 2008, es ante todo un tratado de derechos humanos que tiene por objetivo, promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente (art.1). El derecho a la educación está reconocido en esta norma, como también por el derecho interno, en la Ley de Educación Nacional 26.206 y la Ley de Educación Superior 24.521 actualmente vigentes.

En este marco, el siguiente trabajo expone algunos avances del proyecto titulado “Políticas Universitarias, Prácticas Institucionales y Discapacidad” cuyo objetivo es estudiar experiencias pedagógicas en contextos universitarios en las que participen estudiantes ‘con discapacidad’ en el marco de las políticas públicas puestas en marcha en la última década en la Argentina. Esta labor forma parte de las actividades académicas promovidas por el Observatorio de la Discapacidad de la Universidad Nacional de Quilmes, espacio dedicado a la reflexión y la producción académica en torno a la discapacidad en el campo de las ciencias sociales.

Aspectos metodológicos

El proyecto “Políticas Universitarias, Prácticas Institucionales y Discapacidad” viene desarrollando, de acuerdo a lo pautado inicialmente, un trabajo empírico centrado en la realización de entrevistas semi estructuradas llevadas adelante en distintas instituciones universitarias públicas ubicadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el conurbano bonaerense y la ciudad de La Plata. Se entenderá por 'experiencias pedagógicas' a aquellas narraciones que puedan elaborarse a partir de las observaciones y entrevistas, y que pongan las trayectorias educativas de estudiantes con discapacidad en el centro de la atención.

Concretamente, el trabajo empírico apunta a una aproximación a seis instituciones universitarias ubicadas en CABA y el conurbano bonaerense. Se seleccionaron 3 (tres)



‘generaciones’ diferentes de universidades: dos de ellas son universidades decimonónicas tradicionales; otras dos son universidades creadas en la década de los noventa; finalmente, dos de ellas fueron creadas en la última década a la luz de las ‘políticas de inclusión educativa’ desarrolladas en la Argentina durante el gobierno kirchnerista. Estas instituciones son las siguientes, respectivamente: la Universidad Nacional de Buenos Aires, la Universidad Nacional de La Plata (se tienen en cuenta facultades que cuenten con una ‘Comisión de Discapacidad’); la Universidad Nacional de San Martín, y la Universidad Nacional de Quilmes; la Universidad Nacional Arturo Jauretche y la Universidad Nacional de Avellaneda. Si bien las seis son geográficamente cercanas entre sí, tienen tradiciones claramente diferentes dadas las trayectorias de cada una, el contexto social y político en el que se crearon, las particularidades territoriales en las que se encuentran, la población que reciben, etc. Y lo que más nos interesa destacar es nuestro supuesto de que al haber sido creadas en el marco de políticas educativas tan distintas entre sí, difieren entre ellas en términos de hospitalidad/apertura para romper con ciertos esquemas tradicionales productores de barreras y desigualdades.

Hasta el momento, el equipo de trabajo conversó con distintos referentes de universidades que cuentan con un espacio/equipo dedicado específicamente a discapacidad y/o accesibilidad, como así también con estudiantes de dichas universidades. Los ejes sobre los cuales se realizó la indagación giraron en torno de reglamentaciones y estrategias institucionales específicas relacionadas con el ingreso, la permanencia y el egreso de estudiantes universitarios ‘con discapacidad’, atendiendo particularmente a los modos de superación institucional de los obstáculos presentados como así también a los ‘apoyos’ concretados en línea con la accesibilidad. Más específicamente, las conversaciones se vincularon con los siguientes aspectos: accesibilidad, discapacidad, barreras, derechos, políticas públicas, políticas institucionales, estrategias pedagógicas, diferencias humanas.

Se espera que el proyecto aporte ideas y recomendaciones en pos de la accesibilidad universitaria a partir de la sistematización y análisis de las experiencias indagadas, considerando que si bien existe un marco legal que aborda los derechos de los/as estudiantes con discapacidad en contextos educativos, la Argentina no cuenta aún con una tradición institucional que disuelva las barreras (actitudinales, edilicias, comunicacionales, etc.) que obstaculizan el ingreso, la permanencia y el egreso universitario de las personas con discapacidad.



Algunos avances

Entre las entrevistas realizadas, se advierten tensiones que consideramos clave a la luz de la tradición universitaria, históricamente pensada, en nuestro país, en tanto pública y gratuita, aunque orientada a la formación de las generaciones jóvenes que llegaban a culminar sus estudios secundarios, generalmente provenientes de las elites.

Haremos referencia a los espacios/áreas/modos de abordaje con los que cuentan las universidades para el trabajo con estudiantes con discapacidad o con la accesibilidad en general. Entre las conversaciones mantenidas, nos interesa destacar, lo comentado por una referente que trabaja en una de las universidades, quien explica la relevancia de que existan referentes de todas las áreas de la universidad en contacto frecuente con quienes se dedican más cotidianamente a cuestiones de accesibilidad. Aun cuando no participan todos/as de todas las reuniones, es claro que el hecho de que haya algún modo de contacto entre todas las partes genera la posibilidad de apoyo o acompañamiento a las distintas decisiones tomadas. Por su parte, el hecho de contar con cursos de Lengua de Señas Argentinas para la comunidad en general, contribuye a romper barreras actitudinales y culturales típicamente instaladas en la tradición institucional. Según explica la entrevistada, es importante:

"que todos sepan algunas cuestiones básicas, hasta que aprendan la lengua: cómo comunicarse, mirar de frente a la persona, que (cuando hablamos de LSA hablamos de) lengua y no lenguaje, que (hablamos de) sordo y no sordomudo, esas cosas...".

La referente de otra universidad, también enfatizó que el hecho de formar parte de una institución nueva ha colaborado en abrir ciertos caminos hacia la accesibilidad en virtud de experiencias previas de universidades con mayor historia, como también en línea con las 'políticas de inclusión educativa'. No obstante, destaca que son pocas las personas que se pueden dedicar a estos temas al interior de la universidad.

Entre los entrevistados se encuentran dos comentarios que dan cuenta de procesos graduales relativos a los avances en sus respectivas facultades en relación a la accesibilidad física en un caso, el referente afirma:

"Hoy la facultad cuenta con muy pocos recursos como para hacer que la facultad sea accesible para personas con movilidad reducida, o con problemas de audición o visión. La facultad no está preparada para nada en ese sentido. Se trabajó sobre todo en (una)



sede (...): accesibilidad para gente con silla de ruedas: se acondicionó un baño para discapacitados, muy limitado, porque está dentro del baño de hombres en planta baja. Pero hay muchísimas aulas que son inaccesibles para gente con silla de ruedas. Se trata de trabajar para que todas las obras nuevas que se hagan sean accesibles. Mientras tanto, si hay gente que tiene problemas de movilidad, se habla con el Departamento para que se asignen aulas que lo sean, que no son tantas. (...) Para ingresar a casi todas las aulas, siempre hay 2-3 escalones”.

Por su parte, el otro caso, da cuenta que los asuntos más visibles en términos de discapacidad han sido, históricamente, vinculados con barreras físicas:

“la primera barrera era la física, porque era como la que visualmente te identificaba. Una vez que están las personas adentro, empiezan a aparecer otras barreras.”.

En otra de las instituciones, el relato muestra también la necesidad de participación de distintas áreas de la universidad, aunque explica que la normativa exige que haya alguien que sea responsable en el tema de la accesibilidad por contrato (no en planta permanente).

“Por una disposición (...), tiene que haber una persona por Facultad encargada de las cuestiones de accesibilidad.”

En definitiva, tanto en estos como en otros fragmentos de las entrevistas realizadas, parece quedar claro que la participación de distintas áreas en lo que respecta a la accesibilidad genera mayor responsabilidad institucional y mayor compromiso de parte de los diferentes actores. Pero también se advierte que la cuestión normativa no alcanza, y que el compromiso y la participación se logran a través de procesos complejos, cotidianos, que demandan recursos como también un claro posicionamiento político y un respeto por ‘lo común’ que suele desvanecerse cuando no hay lineamientos claros en esa línea.

“Nosotros seguimos más que nada el acompañamiento de la discapacidad severa. Allí entra la discapacidad motriz severa, que no sólo involucra el desplazamiento en silla de ruedas sino también lenguaje, manos y desplazamiento. Esos son los que seguimos



“muy personalmente”. A pesar de que después hay un sinnúmero de chicos que no pueden subir (las escaleras) y ese es uno de los severos problemas, que no tenemos ascensor. Y es una pelea en cada una de las inscripciones. Pero tampoco pueden anotarse en cualquier materia, porque si están las aulas en el cuarto piso, ¿qué hacemos? Entonces, por más que queramos hacerlos autónomos, nosotros dependemos que nos den las aulas abajo...”

Por otro lado, entre las voces de los entrevistados se marca un continuo planteo respecto al nivel de accesibilidad educativa y arquitectónica en el contexto universitario. Garantizar la accesibilidad física y comunicacional a través de la creación de espacios físicos y socialmente inclusivos suele interpretarse como una llave que abre la posibilidad de ejercitar otros derechos (Coriat 2008). La norma más importante orientada a garantizar la Accesibilidad en la Argentina es la Ley 24.314, de “Accesibilidad de las Personas con movilidad reducida” sancionada en el 94’. El nuevo articulado establece la prioridad de la supresión de barreras físicas en los ámbitos urbanos arquitectónicos y del transporte..., con el fin de lograr accesibilidad para todas las personas con movilidad reducida (art. 20). La ley entiende por accesibilidad “la posibilidad de las personas con movilidad reducida de gozar de las adecuadas condiciones de seguridad y autonomía como el elemento primordial para el desarrollo de las actividades de la vida diaria sin restricciones derivadas del ámbito físico, urbano, arquitectónico o del transporte, para su integración y equiparación de oportunidades”.

Asimismo, las voces de los entrevistadas/os muestran la ambivalencia existente en la comunidad universitaria respecto al imperativo de la ‘inclusión’ y la incertidumbre, temor y/o rechazo hacia lo desconocido, hacia lo que no se puede controlar. En el siguiente relato se expresa claramente:

“Y después bueno, es esto, básicamente empezamos con cuestiones que son de sentido común, porque hay muchas cosas que están instaladas sobre la PCD, entonces es “bueno, no.” A ver... tenés una persona delante... No es un discapacitado, es una persona. Entonces cuestiones como “necesito que me des tips, a ver cómo me manejo con...” Bueno. En principio: te tenes que manejar igual con todos y todas las estudiantes, porque hay cosas que desconocés, hay gente que tiene un certificado de discapacidad, o hay gente que no lo tiene y no hay una discapacidad o una cuestión visible. Y vos venís preocupada porque hay una persona que te dijo que tiene esquizofrenia y no sabes qué hacer, y la verdad yo te puedo preguntar cuántos tenes con esquizofrenia en el aula y



no tenes idea, porque sabés del que te dijo, del que no te dijo no sabés. Y lo mismo pasa con educación virtual (...) y bueno, fijate... porque detrás de la pantalla podés tener una persona que le falta un brazo, una persona que le falta una pierna, ciega, con alguna otra situación, con síndrome de Down, y es una situación que no sabés, entonces tenés que ser cuidadoso con todos, y con todas...”

Aquí también podemos apreciar la caracterización social de los rasgos relacionados a las cualidades anatómo-patológicas en el cuerpo discapacitado legítimo. Se pondera positivamente la ‘mente sana’, el ‘cuerpo sano’ como destinatario de la educación. Esta apreciación da cuenta de algunas formas de concepción que la comunidad educativa todavía tiene acerca de la persona con discapacidad. No sólo existe una habitual asociación entre discapacidad y enfermedad “cuántos tenes con esquizofrenia” ... (conceptos que no necesariamente representan la situación de una misma persona), sino que, además, se vincula a ambos con la naturalización de la exclusión de los espacios académicos.

Respecto de cuestiones más estrictamente académicas, la misma entrevistada afirma:

“Luego está lo académico y todo lo que tiene que ver con las estrategias, la capacitación docente.: “...Estamos en un momento donde los docentes nos piden que le anticipemos si sabemos si la persona tiene discapacidad. Y nosotros estamos planteándonos, si hay que anticipar o no. Yo creo que tiene que ver con los distintos criterios de formación docente. Nosotros ahora estamos discutiendo en poner la Comisión Intrauniversitaria de Discapacidad, con representación de todos los institutos, para aunar criterios; porque pareciera que pasa por la decisión de uno y no es así. Bueno, discutamos los criterios...”

Estos procesos presentan características particulares en cada universidad. Sabemos que las razones de la complejidad descripta se vinculan a aspectos histórico-culturales de nuestros sistemas educativos, asociados a las concepciones sobre la normalidad, a los procesos de homogeneización, al carácter elitista de la educación tradicional en los niveles secundario y universitario, entre otras cuestiones íntimamente relacionadas entre sí.



Reflexiones finales

Consideramos que no bastan los cambios de orden normativo para que las transformaciones educativas sociales se produzcan y en esta línea sostenemos que es necesario replantear no solamente nuestras posiciones en torno de la discapacidad, sino también de nosotros mismos. Mas allá de la discusión conceptual –necesaria- en torno a las categorías de inclusión y educación inclusiva, sostenemos la necesidad de desarrollar nuevas indagaciones que profundicen los conocimientos específicos en torno a la pregunta por el diseño universal que torne accesibles los espacios educativos en general, interpelando las tradiciones elitistas, conservadoras, coloniales de las instituciones educativas de nivel superior. Creemos interesante valorar que el proceso concerniente a la accesibilidad en las universidades, ha trastocado los sentidos fundantes de las universidades, recuperando ese espíritu crítico y reformista que la atravesó, de manera clave, en otros períodos. En parte, porque a medida que los procesos institucionales se han visto en la obligación de repensarse, han inaugurado la posibilidad de hacerlo a partir del aporte y/o experiencia de las personas con discapacidad. La posibilidad de que hoy existan las “Comisiones de Discapacidad” en la gran mayoría de las universidades argentinas contribuye al acompañamiento de docentes y estudiantes frente a situaciones novedosas desplegadas en la actividad académica. No obstante, este camino requiere del compromiso de todas las áreas que componen las universidades, como así también de la reflexión crítica y de la puesta en marcha de estrategias institucionales que, además de pensar en la discapacidad visual, la discapacidad motora, la discapacidad auditiva y la discapacidad visceral, comiencen a abordar la discapacidad mental e intelectual.

Referencias bibliográficas

- Astorga Gatjens, L. (2007). ¡Por un mundo accesible e inclusivo! “Guía Básica para comprender y utilizar la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”. Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional, DFID. Managua. América Central
- Badano, M.; Benedetti, M. G.; Angelino, M. A.; Lemos, R. (2012) “Las asesorías pedagógicas y su compromiso en la construcción de proyectos político-pedagógicos en



las universidades públicas”, en Lucarelli, E. y Finkelstein, C. (Eds.), El asesor pedagógico en la universidad, Buenos Aires: Miño y Dávila.

Booth, T. y Ainscow, M. (2000) Index for Inclusion. Bristol: CSIE.

Chiroleu, A. (2012) “La política universitaria como política pública”, en Chiroleu, A., Suasnábar, C. y Rovelli, L., Política universitaria en la Argentina: revisando viejos legados en busca de nuevos horizontes, Buenos Aires: UNGS.

Coriat, Silvia (2008). “Accesibilidad: Espacios física y socialmente inclusivos”. En Carlos Eroloes y Hugo Fiamberti (comps). Los derechos de las personas con discapacidad. Análisis de las Convenciones internacionales y de la legislación vigente que los garantiza. Secretaria de Extensión Universitaria y Bienestar Estudiantil. UBA.

Danel, P.; Katz, S.; Peiró, M.; Terzaghi, M. (2011) “Comisión Universitaria sobre Discapacidad: de la génesis a la institucionalización”, en Katz, S. y Danel, P., Hacia una universidad accesible, La Plata: EDULP.

Escola da Gente (2014). Marco teórico: Los debates y la evolución de los conceptos en torno a la educación de personas con discapacidad. En EXPERIENCIAS DE INCLUSIÓN EDUCATIVA DESDE LA PERSPECTIVA DE APRENDER JUNTOS Estudio de casos en regiones de Argentina. UNICEF. Argentina. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/Inclusion_Educativa.pdf. Consultado: 08/08/2017

Fernández, M. E.; Gaviglio, A.; Camún, A.; Pérez, A. (2015) “Educación para la inclusión y la formación de los profesionales”, XXIV Jornadas de Cátedras y Carreras de Educación Especial de Universidades Nacionales, RUEDES. Mendoza 15 a 17 de octubre de 2015.

Ferrante, C., Ferreira M. (2008). “Cuerpo, discapacidad y trayectorias sociales: dos estudios comparados”. Revista de Antropología Experimental. Nº 8.

Foucault, M. (2000) Los anormales. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica

Gaviglio, A., Camún, A., Pérez, A. y Fernández, M. E. (2015) “Discapacidad y educación superior”, IX Congreso Argentino de Salud Mental. Lecturas de la Memoria. Ciencia, clínica y política. Trímboli, A., Grande, E., Raggi, S., Fantin, J. C., Fridman, P. Bertran, G. Comps. Buenos Aires: AASM. ISBN: 978-987-45937-0-2. Pp. 258-259. 26 a 28 de agosto de 2015.

Gaviglio, A.; Pérez, A. (2015) "Discapacidad y Derechos Humanos. Experiencia en la Universidad Nacional de Quilmes" IV Congreso Internacional. Ciencias Tecnologías y Cultura. Diálogos entre las disciplinas del conocimiento. Santiago de Chile. 9 a 12 de octubre de 2015.



- Katz, S. y Danel, P. (2011) *Hacia una universidad accesible*. La Plata: EDULP.
- Martínez Martín, M. (2010). *Los estudiantes con discapacidad en la Universidad de Burgos*. Universidad de Burgos. España.
- Molina Béjar, R. (2010). *Educación superior para estudiantes con discapacidad*. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia
- Nápoli, M. C. (2016) *Accesibilidad a la educación superior de los estudiantes con discapacidad en la Universidad Nacional de La Plata*. (http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/gt20__accesibilidad_a_la_educacion_superior_de_los_estudiantes_con_discapacidad_en_la_universidad_nacional_de_la_plata_.pdf). Fecha de consulta del artículo 13/07/2016.
- Necchi, S., Suter, M. y Gaviglio, A. Comps. (2014) *Personas con discapacidad: su abordaje desde miradas convergentes*. Bernal: Editorial UNQ. <http://sociales.unq.edu.ar/wp-content/uploads/2014/05/Discapacidad.pdf>
- Pérez, A. (2014) "Educación especial y alteridad: en busca de lo común". *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva, Revista de la Red Iberoamericana de Investigación sobre Cambio y Eficacia Escolar (RINACE)*. Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Central de Chile. Vol. 8, Nro. 1, 153-169. <http://www.rinace.net/rlei/numeros/vol8-num1/art10.pdf> ISSN versión impresa: 0718-5480; ISSN versión digital: 0718-7378. Marzo 2014.
- Pérez, A. (2016) "Crítica al derecho y aportes filosóficos para repensar la educación contemporánea". En Villa Sánchez, José Alfonso (Org.), *Filosofía, Cultura y Educación*, Departamento de Investigación en Humanidades. Universidad Marista Valladolid. ISBN: 978-607-402-891-1. 340 páginas (pp. 197-217).
- Pérez, A., Camún, A. y Olmos, R. (2015) "Políticas de inclusión educativa y discapacidad en contextos universitarios. Reflexiones a partir de normas y prácticas". En *Revista Inclusiones. Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*. Campus Santiago de la Universidad de Los Lagos, Región Metropolitana de Santiago, Chile. ISSN 0719-4706. Volumen 2 / Número 3 / Julio – septiembre 2015 pp. 213-232. <http://www.revistainclusiones.cl/articulos/articulos-2015/vol-2-num-3-jul-sep-2015/oficial-articulo-2015-dra.-andrea-veronica-perez-lic.---andrea-lorena-camun-y-lic.-romina-olmos.pdf>
- Pérez, A., Gaviglio, A., Camún, A. y Fernández M. E. (2014) "Un modelo de gestión integrador en la Universidad Nacional de Quilmes a la luz de las políticas de inclusión educativa". XIV Colóquio Internacional de Gestão Universitária – CIGU. Universidade



de Federal de Santa Catarina, Brasil, 3 a 5 de diciembre de 2014. CD: ISBN 978-85-68618-00-4.

Pérez, A.; Gallardo, H. (2016) "Derecho, derechos y (dis)capacidad", En Revista Pasajes, Red Internacional de Investigadores y Participantes sobre Integración Educativa (RIIE), Universidad Nacional Autónoma de México, México. Num. 2. Enero-junio 2016, ISSN en trámite, pp. 31-46. <http://www.revistapasajes.com/index.html>

Pérez, A.; Camún, A.; Fernández, M. E.; Gaviglio, A. (Coord.) (2016) Actas del II Simposio Internacional del Observatorio de la Discapacidad. Políticas públicas, ideologías y modos de abordaje de la discapacidad en el marco de las Ciencias Sociales, Bernal: Universidad Nacional de Quilmes. E-Book. Mayo de 2016. ISBN: 978-987-558-381-8. 870 páginas.

Pérez, A.; Camún, A.; Fernández, M. E.; Gaviglio, A. (Coord.) (2014) Actas del I Simposio del Observatorio de la Discapacidad: perspectivas y retrospectivas en torno a la discapacidad y las ciencias sociales, Bernal: Universidad Nacional de Quilmes. E-Book. Septiembre de 2014. ISBN: 978-987-558-312-2. 652 páginas.

Pérez, A.; Fernández, M.; Camún, A.; Gaviglio, A. (2013) Discapacidad y universidad: entre la inclusión normativa y la participación activa. Actas del V Encuentro Nacional y II Latinoamericano de Ingreso Universitario. Políticas y estrategias para la inclusión. Nuevas complejidades; nuevas respuestas. Buenos Aires, Argentina.

Pérez, A.; Gallardo, H. (2013) Discapacidad y Derechos Humanos. Reflexiones acerca del 'modelo social', la norma y la ética". Mesa: Derechos Humanos y Personas con discapacidad. Rosario, Santa Fe. 14 a 17 de mayo de 2013.

Pérez, A.; Gaviglio, A.; Fernández, M.; Camún, A.; (2016) "Discapacidad y Ciencias Sociales. Aportes para la formación profesional". IV Jornadas "Discapacidad y Derechos". Facultad de Derecho. Universidad de Buenos Aires. 16 de junio de 2016.

Pérez, D., Lakonich, J., Cecchi, N., Rotstein, A. (2009) El compromiso social de la universidad latinoamericana del siglo XXI: Entre el debate y la acción, Buenos Aires: CLACSO/CONADU/IEC.

Pugliese, J. C. (2014) Gestión de Instituciones de la Educación Superior. Universidad Virtual de Quilmes. Universidad Nacional de Quilmes. Buenos Aires.

Skliar, C. (2005) "Poner en tela de juicio la normalidad, no la anormalidad. Argumentos a falta de argumentos con relación a las diferencias en educación", en P. Vain y A.

UNGS. (2011). Manual de buenas prácticas en discapacidad http://www.ungs.edu.ar/ms_bienestar/wp-content/uploads/2011/12/manual-de-buenas-practicas-en-discapacidad.pdf



UNLP. (2013). Comisión Universitaria sobre Discapacidad de la UNLP. Consideraciones generales para la inclusión de personas con discapacidad en la Universidad” Área de Accesibilidad FCE-UNLP – CUD –UNLP. La Plata. UNLP. Disponible en http://www.econo.unlp.edu.ar/uploads/docs/manual_de_buenas_practicas_sobre_accesibilidad_fce_unlp.pdf

UNQ. (2016). Guía de Buenas Prácticas para la Atención de Personas con Discapacidad en la Universidad, Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.



Estudiantes con Discapacidad Psicosocial ¿Invisibles o invisibilizados? Trayectorias en la Educación Superior

Estefany Chalarca Taborda
Yeraldin Briyith Guzmán Ruiz

Resumen

Esta investigación nace de la necesidad de abordar problemáticas pedagógicas y sociales a las cuales se enfrentan los universitarios con Discapacidad Psicosocial (DPs) durante su trayectoria universitaria, para conocer el panorama a nivel internacional y nacional se realiza un rastreo documental de 30 investigaciones realizadas entre los años 2012 y 2018, correspondientes a países como Colombia, Chile, Perú, España, México y Argentina, cuyos hallazgos más significativos arrojan que la DPs es un tema emergente a nivel mundial. En cuanto a educación se evidencia que las personas que enfrentan problemas de salud mental y DPs viven en la invisibilidad.

Nuestro objetivo estuvo enfocado hacia la comprensión de la relación entre los procesos académicos, permanencia y deserción en la trayectoria universitaria de estudiantes con DPs para su comprensión desde Educación Superior Inclusiva (ESI) en la Universidad de Antioquia (UdeA). A partir de allí, planteamos algunas hipótesis acerca de las causas de la deserción, la permanencia y las formas cómo se afrontan los procesos académicos por parte de los universitarios con DPs, una de ellas con relación a los temas de salud y discapacidad es que en la UdeA no hay un seguimiento de la vida académica con relación a situaciones, necesidades, barreras y singularidades vinculadas a la salud y la enfermedad mental. La investigación se enmarca en un enfoque cualitativo y metodología investigación acción, a través de un proceso de acompañamiento psicopedagógico a estudiantes con DPs de la Universidad de Antioquia -UdeA-, procesos de formación y de sensibilización para la comunidad.

Palabras claves

Discapacidad psicosocial, educación superior inclusiva, salud y enfermedad mental, inclusión, trayectoria universitaria

Introducción

Para este artículo inicialmente se plantean dificultades observada en la Educación Superior frente a la DPs, entre ellas el desconocimiento sobre el tema, las barreras en la trayectoria universitaria y los procesos académicos con respecto a la salud y enfermedad mental en el contexto colombiano dentro de la UdeA en el marco de la ESI.



Posteriormente en la metodología se presenta el paradigma y el enfoque que corresponden a la investigación cualitativa enmarcada en la hermética crítica a través de la investigación acción, con una población participante de estudiantes con DPs, docentes, administrativos docentes y demás miembros de la comunidad académica, se utilizan la observación participante y la entrevista como técnicas de recolección de información, mediada por el acompañamiento psicopedagógico a estudiantes con DPs y la formación a la comunidad universitaria.

Además, se presentan los hallazgos y discusiones que hacen referencia a aspectos como la identificación, el auto-reporte, la deserción que fueron reconocidos en esta investigación y se deben tener en cuenta para futuras investigaciones sobre este tema, finalmente se exponen las conclusiones a las cuales se llegaron después de este proceso.

Fundamentación del problema y justificación

Esta investigación pretendió comprender la relación entre procesos académicos, permanencia y deserción en la trayectoria universitaria de estudiantes con discapacidad psicosocial para su interpretación desde ESI en la UdeA. Con este punto de partida, se da una búsqueda de antecedentes y normativa que nos permite afirmar que tener una enfermedad mental no implica tener una discapacidad psicosocial debido a que como lo expresa la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) “resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (p.1)

En materia educativa, según Trejo (2010) “las personas que enfrentan problemas de salud mental y discapacidad psicosocial viven en la invisibilidad. Son víctimas de discriminación y de violaciones sistemáticas a sus derechos fundamentales debido a que enfrentan serios obstáculos para acceder a la educación” (p.46), pero así mismo, para alcanzar niveles de ES, y en caso de hacerlo, para permanecer en condiciones de equidad, culminar los estudios profesionales y asumir los retos del desempeño profesional e inclusión socio-laboral que contribuyen a la calidad de vida.

A hoy en la ES, se reconoce la existencia y las acciones de los programas de Bienestar Universitario, en los cuales comúnmente se promueve la salud y prevención de la enfermedad, como también el abordaje de las necesidades individuales en perspectiva de psico-orientación. Sin embargo, se considera que la ESI, debe permear otras



dimensiones de lo educativo y lo pedagógico, entre estas: los procesos académicos, la docencia, el currículo, el aprendizaje, la enseñanza y la evaluación; empezando por mecanismos de identificación temprana, que permitan promover procesos académicos inclusivos para la visibilización de la población y la construcción de propuestas para la diversidad y la superación de las barreras educativas.

Para indagar sobre enfermedad mental y su posterior relación con la DP, se realizó una búsqueda a nivel internacional, nacional y en el ámbito específico de la UdeA, de allí se encontró que según la Organización Mundial de la Salud -OMS- (2017) a nivel mundial

“Hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas. En general, se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. Entre ellos se incluyen la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo”.

En esta línea, en Colombia, según el Ministerio de Salud y protección social (2017, p.18-19.) se encuentra que, a nivel nacional en población de 12 a 17 años, el 12,2% es positivo en el tamizaje para algún trastorno mental, el 52,9% tiene uno o más síntomas de ansiedad, el 19,7% manifiesta cuatro o más síntomas de depresión, 2% de los adolescentes poseen síntomas sugestivos de convulsiones o epilepsia y 10,1% síntomas sugestivos de algún tipo de psicosis.

En Colombia, la Constitución Política de 1991 establece en el título II, capítulo I, artículo 13 que “El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”. Por lo tanto 22 años más tarde, la Ley 1616 de 2013, ley de salud mental, se promulga con el fin de garantizar el derecho a la salud mental (bienestar, calidad de vida, promoción, atención) y de esta legislación interesa especialmente el artículo 6° (título 11) “derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental”.

En nuestro país, el Estudio Nacional de Salud Mental identifica que el 40,1% de la población (2 de cada 5 personas) presenta algún trastorno mental, 8 de cada 20 colombianos encuestados presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en su vida,



de mayor frecuencia trastornos de ansiedad (19,3%), del estado de ánimo (15%) y de uso de sustancias psicoactivas (10,6 %). (Ministerio de Protección, 2003, p. 251).

De acuerdo con datos del informe de carga de enfermedad (2005), los problemas neuropsiquiátricos como depresión mayor unipolar, trastornos bipolares y esquizofrenia corresponden al 21% de años de vida saludable perdidos por cada mil personas en el país, y en este mismo, se expresa que:

“Las personas con trastornos mentales que no reciben una atención o Educación adecuada, presentan constantemente recaídas y avances en deterioros que no solo demandan grandes servicios de atención en salud y apoyos interdisciplinarios, sino consideraciones especiales en cuanto a sus derechos (jurídicos, educativos, laborales)” (pág. 12).

A nivel Nacional y propiamente para la UdeA se retoma la investigación realizada por Calvache (2018), donde plantea diferentes situaciones académicas que afrontan los estudiantes que presentan una DP y que pueden afectar su trayectoria:

La crisis, hospitalización y medicación implica irrupciones en la vida cotidiana de la persona [...] sin embargo ante tales situaciones se exponen además los procesos de aprendizaje que a nivel universitario demandan altísimos niveles de concentración y estabilidad psicosocial [...] así también ocurre con la medicación que causa una gama amplia de reacciones adversas como problemas cognitivos o letargia, que generan interferencias y tendencia al deterioro físico y cognitivo que derivan en la disminución de la disposición para aprender (p.129).

A nivel social constituyen el grupo de personas con discapacidad que enfrentan mayores niveles y formas de vulneración de derechos, exclusión, discriminación, estigmatización social, cultural, política, moral y ética, barreras constituidas por límites culturales y sociales generados sobre la conducta, el comportamiento y la capacidad racional de las personas y en general no se reconocen las situaciones discapacitantes por las que atraviesan a nivel social y educativo.

Partiendo de lo anterior, surgen algunas estrategias y servicios como formas de evitar la deserción, por lo tanto, es pertinente mencionar lo que aborda Calvache (2018 p.7) cuando retoma a Gómez y Pérez, en su investigación presenta un rastreo acerca de consultas psicológicas ofrecidas por el Sistema de Bienestar Universitario, entre estos: síntomas o problemas psicológicos, la subjetividad del consultante, el ámbito relacional, consumo de Sustancias Psicoactivas –SPA-, problemas de rendimiento académico y la



recomendación de terceros, además de los servicios y programas ofrecidos para la Promoción de la Salud y la Prevención de la enfermedad, entre los cuales mencionan: "Ánimo: Salud Mental", "Seamos: Salud y Educación para el Amor y la Sexualidad", "PEPA: Programa Educativo para la Prevención de las Adicciones" y "Estudiar a lo bien: Servicio de Apoyo Psicopedagógico". Esto nos muestra un interés por parte de la UdeA en atender diferentes situaciones que afrontan los universitarios durante la trayectoria en la ES, ya que estos apuntan a mejorar las condiciones de bienestar, salud mental y la permanencia.

Metodología

Se desarrolló a partir de la investigación cualitativa, enmarcada en la hermenéutica crítica, buscando comprender las vivencias de los sujetos (estudiantes con DPs y docentes) en las relaciones pedagógicas y los vínculos con la permanencia y la deserción estudiantil, desde la ESI en nuestra universidad y analizar el fenómeno no solo desde la perspectiva del investigador, sino desde la interacción entre los participantes, desde la Investigación - acción, lo que permite no solo describir el fenómeno que se investiga sino comprenderlo y tratar de generar un cambio, propósito que se materializa en la implementación del "Taller del Pensamiento: Acompañamiento psicopedagógico para la permanencia estudiantil y Educación Superior Inclusiva" consistente en un proceso de acompañamiento estudiantil y en acciones formativas dirigidas a docentes y comunidad universitaria. El acompañamiento en este caso estuvo centrado responder a las demandas o solicitudes que los estudiantes y docentes hacían en aspectos de la trayectoria universitaria que requerían ciertas modificaciones y ajustes, este acompañamiento fue dado por parte de las maestras en formación de la Licenciatura en Educación Especial, de forma individual y grupal, mediante encuentros relativamente periódicos, además se realiza una propuesta de formación y acompañamiento a docentes, que permitió no solo el reconocimiento de los estudiantes, sino la cualificación para los procesos pedagógicos asociados a la enseñanza, materializado a través del Programa de Desarrollo Docente con el diplomado "Discapacidad Psicosocial en Educación Superior. Herramientas para una práctica pedagógica inclusiva"

En esta investigación se contó con la participación de 1 profesor, 6 profesoras y 1 un coordinador del Sistema de Bienestar Universitario, sobre la población estudiantil acompañada, participaron un total de 8 estudiantes y 1 aspirante. Adicional se contó con la participación de docentes y administrativos que tienen vínculo directo con los



estudiantes acompañados, los cuales fueron contactados por las necesidades expresadas por los estudiantes, ellos fueron coordinadores del Sistema de Bienestar Universitario, de programa y docentes.

Las técnicas de recolección de información fueron la observación participante. El instrumento de recolección y registro de la información de las experiencias, dinámicas y acompañamiento fue el diario de campo y la entrevista, en este caso, el grupo de discusión, la intención del encuentro con los estudiantes, fue que, a partir de la palabra, el lenguaje, asumiendo estos aspectos como insumos principales, se diera un espacio de acogida, un lugar de escucha, donde los protagonistas fueron los estudiantes con DPs para este caso, se tuvo como instrumento de recolección de información la relatoría.

Resultados y discusión

Uno de los hallazgos importantes en esta investigación, es el reconocimiento de las dificultades, para la caracterización de los estudiantes con DPs tanto en los procesos administrativos como académicos, pues esta se ha normalizado tanto, que algunas de las características relevantes para la detección, suelen confundirse con la personalidad, atribuyéndole a la persona todas las dificultades para la participación. Es importante aclarar que algunas características son propias de las formas de ser de la persona, pero se debe tener cierto cuidado de cuando estas exceden un límite y pasan a ser una barrera para la persona y su desarrollo en un determinado contexto.

Reconocemos que se deben establecer unos límites entre el ser y el estar, desarrollar en el estudiante universitario la capacidad de que reconozca la gran diferencia por ejemplo entre ser una persona ansiosa, a estar ansioso, ya que precisamente esto es lo que puede evitar diagnósticos descontextualizados y errados, como también asignar una identidad a las personas por el diagnóstico que se le haya atribuido. Desde nuestra perspectiva, hay situaciones y momentos que son “normales” en la vida universitaria, que la diferencia es marcada por el exceso de esta situación o sentimiento. Es por esto que el autoconocimiento y autoconcepto son muy relevantes en los procesos de caracterización, pues ni los coordinadores de programa, coordinadores de Bienestar, entre otros, podrán categorizar o señalar una condición en otra persona, debe hacerse siempre a partir del auto-reporte y autorreconocimiento, como también desde procedimientos y criterios de profesionales idóneos, generando espacios de inclusión para esta población. La inclusión en espacios como la universidad no se reduce a ser



accesible, es más a dar espacio a la participación de todos, al reconocimiento y la oportunidad de sentirse parte de ella, esto sin duda se ha convertido en una búsqueda constante por parte de la universidad y que en muchos casos no es aceptada o aprovechada por los estudiantes, lo que da oportunidad a crear sentimientos de exclusión.

Otro hallazgo significativo de esta investigación va en relación a la lucha contra la deserción universitaria, es ciertamente una incógnita constante pues aunque se trate de llevar registros sobre esta realidad, resulta casi imposible comprenderla, pues no siempre la permanencia es una opción para mantener o proteger la integridad de los estudiantes, dado que en ocasiones factores o elementos asociados a la enfermedad mental o causalidades de familiar, social o individual, como por ejemplo comprender que la carrera universitaria que se cursa hasta el momento no va acorde a sus sentires y propósitos de vida, por lo que no tiene sentido pensar en preservar la estancia en la universidad si el estudiante no encuentra satisfacción en lo que estudia, además habrán muchas razones de fondo que defienden y sustentan lo viable de una opción cómo desertar de un proceso educativo. Es por esto que un parámetro de la calidad en la educación, no podría ser los índices de deserción, pues en ocasiones es esta las opciones para proteger el bienestar de sus estudiantes, para consolidar o dar oportunidad al desarrollo real y efectivo del proyecto de vida, teniendo en cuenta que la universidad sostiene la posibilidad de regresar si así el estudiante lo desea. Sin embargo, no se debe dejar de lado aquella deserción que se da por la mala experiencia en los diferentes procesos académicos, ya que ahí la falla está situada en barreras impuestas desde el entorno, y la universidad como institución se debe disponer a eliminarlas.

La deserción puede ser una consecuencia de las malas experiencias en la trayectoria, podemos decir entonces que en ocasiones resulta más complejo permanecer, que el mismo ingreso a la educación superior. Resulta importante reconocer que, en este caso, se da la deserción como consecuencia de problemas en la salud mental, que no solo afectan la vida académica del estudiante, sino que afecta en todos los espacios y vida cotidiana del sujeto. Es pertinente en esta ocasión preguntarnos si entonces la educación está cumpliendo su objetivo, pues muchos estudiantes llegan con el deseo de superarse, pero por el contrario tienen que desertar sintiendo muchas más frustraciones, no sólo consigo mismos, sino respecto a las expectativas con sus familias, a veces compañeros y profesores.



Con base en lo anterior, podríamos plantear que es una urgencia para la universidad vigilar, prestar una verdadera importancia a los problemas en la salud mental que presentan sus estudiantes pero esto en directa relación con los procesos pedagógicos y académicos, haciendo énfasis en sí estos estaban presentes en el sujeto, a partir de un registro desde su solicitud de admisión, como también si esta es adquirida por las situaciones a las que se expone el estudiante en su día a día universitario, ya que claramente este es un relevante factor de riesgos para la permanencia de los estudiantes en la educación superior. De cierto modo, dentro de la comunidad estudiantil se vuelve recurrente la frase de “no aguanto más” y a esta queja o llamado de auxilio, pocas veces llega la adecuada y pertinente ayuda, y es por esto que el estudiante no encuentra alternativas para sobrepasar las dificultades y se ve en la obligación de desistir al no encontrar otras formas de resolver o afrontar sus situaciones.

La idea de irse, de desertar, parece ser una opción constante para aquellos estudiantes que presentan dificultades en sus procesos académicos ya sea por factores de salud mental u otras condiciones, pero vale la pena analizar aquello que los ata, sostiene e impulsa a continuar aferrándose a sus sueños de continuar y culminar su trayectoria universitaria, aunque no sea lo “más saludable” o conveniente para su bienestar. Es necesario preguntarnos qué es eso que une fuertemente al estudiante, con su deseo de formación, qué lo impulsa a seguir a pesar de tantas dificultades o incluso a regresar después de desertar, es necesario entender aquello que motiva al estudiante a seguir, para partir de ahí en cada uno de los apoyos, comprender por qué el estudiante optó por ese proceso universitario, permitirá comprender también si hay algún factor externo que lo presiona o impulsa, pues serán determinantes no solo para buscar mecanismos de protección y de bienestar en la trayectoria universitaria, sino para comprender situaciones que permean constantemente los procesos académicos.

A partir de este proyecto se da la posibilidad de reflexionar desde diferentes aristas sobre aquellas dificultades presentadas y las diferentes apreciaciones que permiten dilucidar el camino para futuras investigaciones alrededor de esta temática. Una de estas tiene que ver con las limitaciones o sesgos que de alguna manera pueden condicionar la investigación, ya que se da una búsqueda para la verificación de los supuestos comunes, como creer que las personas con algún trastorno mental necesariamente tienen una discapacidad psicosocial y así mismo, considerar que siempre necesitan acompañamiento psicopedagógico. De igual forma, el error de concebir que la enfermedad mental o el diagnóstico psiquiátrico, es lo mismo que



discapacidad psicosocial, olvidando que la discapacidad consiste en un proceso interactivo entre las características personales y las situaciones limitantes presentes en los ambientes y contextos donde las personas se desenvuelven.

Cabe reconocer que se cae en un error al pensar que el acompañamiento psicosocial y el acompañamiento a la permanencia es igual, hay una diferencia en acompañar la permanencia y acompañar la DP según los procesos y características de los estudiantes, en este caso, reconocemos que esencialmente se acompañó a los estudiantes a resolver asuntos académicos y administrativos como, evaluación, matrícula extemporánea, solicitud de ajustes y concertación con docentes, entre otros, es decir, se centró en responder a las demandas o solicitudes que los estudiantes y docentes hacían en aspectos de la trayectoria universitaria que requerían ciertas modificaciones y ajustes, el acompañamiento para la permanencia se basó en realizar ajustes razonables en asuntos académico administrativos, mientras que el acompañamiento psicosocial no se hizo efectivo en este proceso, no se alcanzaron a realizar situaciones de encuentro periódico con los estudiantes donde se trabajará específicamente en las dificultades de tipo psicológico y social, como por ejemplo dificultades de aprendizaje, aspectos emocionales y habilidades sociales.

Para finalizar, podríamos precisar que, la educación superior actualmente para algunos estudiantes representa mayores desafíos emocionales que académicos, es por eso que consideramos importante que la universidad se piense a profundidad este asunto y continúe el camino en búsqueda del bienestar de sus miembros no solo en temas académicos, sino también sociales, culturales, siendo primordial la felicidad de quienes en ella transitan.

Conclusión o reflexiones finales

Con todo lo anteriormente expresado, podría concluirse que durante la vida universitaria se encuentran inmersos factores de riesgo como la sobrecarga académica, procesos de evaluación rigurosos, estresores como la presentación de trabajos, la falta de tiempo y recursos para enfrentar los compromisos académicos y la realización de exámenes que, aunque no consideramos, pueden desencadenar dificultades en la salud mental, caos, en concreto la ansiedad y la depresión. Estas se han normalizado tanto por lo que no se posibilita realizar una detección temprana de lo que atraviesa el estudiante, haciendo que las dinámicas universitarias traigan consigo una presión social que se genera en las aulas, en el sistema universitario y en la sociedad en general, siendo éstos, detonantes



generadores de crisis de estrés o ansiedad que pueden llevar a una discapacidad psicosocial, serias dificultades para el desempeño social y cognitivo del estudiante, acarreado exclusión y deserción del sistema universitario; se corrobora lo que se encontró como generalidad en los antecedentes, y es que hay un desconocimiento por parte de la comunidad universitaria sobre la Educación Superior Inclusiva, tomándola únicamente como las prácticas dentro del aula de clase.

En este sentido, los estudiantes con problemas de salud mental, presentan una serie de dificultades tanto personales como sociales y educativas, que interfieren en sus procesos académicos, lo anterior puede generar grandes implicaciones en la permanencia por motivos de hospitalizaciones, dependencia de medicamentos, crisis psicológicas, rechazo, exclusión, etc., que pueden conllevar a la deserción por la frecuencia o intensidad de las hospitalizaciones o por las implicaciones relacionadas con el rendimiento académico como las faltas de asistencia, repetir o perder materias, que impiden cumplir con las demandas universitarias y por ende culminar el semestre o proceso formativo.

No queremos finalizar sin antes, reflexionar acerca de la enfermedad mental y la discapacidad psicosocial, pues esta experiencia nos ha marcado la existencia al escuchar y a veces vivir tan de cerca las situaciones de los estudiantes, en las que nos enfrentábamos a un contexto deshumanizado y cruel, en la que la palabra del “raro” del “loco” simplemente no tienen validez y desde ahí comprender que la invisibilización no es solo por parte del entorno y las personas, también es su deseo y decisión para protegerse de un mundo que apenas empieza a pensar y preguntarse por sus condiciones de vida, es hora de empezar a desmentir tantos imaginarios y prejuicios acerca de las personas con alguna dificultad en su salud mental, pues el miedo que históricamente hemos construido hacia ellos, les está cerrando las puertas, les está cortando las alas, les está quitando la oportunidad de simplemente SER. De igual modo consideramos que es el momento para hacer la invitación a derribar tantos tabúes que hemos construido sobre la salud mental, convencernos de lo muy importante que es cuidar nuestras emociones, porque, así como las enfermedades físicas impiden realizar actividades, la depresión, la ansiedad, entre otras, también impiden el buen vivir, también requieren de tratamientos y esto no te hace ni mejor, ni peor persona, solo te hace diverso, como todos. Para finalizar, se nos hace importante decir ¡Gracias! a estos estudiantes y docentes que nos permitieron vivir una experiencia única y significativa, que se encargó de marcar un punto fijo en nuestra carrera profesional y de vida, y que



es el punto de partida de nuestro compromiso con la educación y las personas con discapacidad.

Referencias

Calvache, D. (2018). Reconocimiento de las trayectorias universitarias de estudiantes de pregrado con discapacidades psicosociales e intelectuales y del desarrollo. Análisis sobre la Educación Superior Inclusiva en la Universidad de Antioquia.

Constitución Política de Colombia 1991. Recuperado de: <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). (2006). Recuperado de: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Min Salud (2017). Observatorio Nacional de Salud Mental, (ONSM) Colombia guía metodológica: Subdirección de enfermedades no transmisibles grupo funcional: Gestión integrada para la Salud Mental. Recuperado en septiembre 26 de 2018, de Ministerio de Salud Nacional Sitio web: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2017). Salud mental: un estado de bienestar. Septiembre 24, 2018, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Trejo, K. (2010) Discapacidad psicosocial: invisibilidad inaceptable. "Adolescentes en busca de la salud mental". DFENSOR, 44 - 47. Retomado de: https://cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/05/dfensor_11_2010.pdf



Jóvenes Silenciados: posición, condición y situación de jóvenes sordos en Uruguay

Sofía Angulo Benítez¹

Resumen

Históricamente los cuerpos poseedores de deficiencia han sido desvalorados y deslegitimados, las limitaciones del cuerpo y las alteraciones funcionales han constituido las bases legítimas de un tratamiento desigual. Estas concepciones sobre la discapacidad responden al paradigma de la rehabilitación que, desde mediados del siglo XX, se ha puesto en tensión, dando lugar al paradigma de la autonomía que coloca el foco en la interacción entre el sujeto y la sociedad, considerando al contexto como generador de entornos “discapacitantes”. En este marco el objetivo es analizar la situación, posición y condición de discapacidad de los jóvenes sordos en Uruguay, y la forma en que opera en el mercado laboral. Se implementaron tres grupos de discusión constituidos por jóvenes sordos, se realizaron 50 entrevistas a referentes institucionales, y se desarrolló un análisis descriptivo con los últimos datos estadísticos del país. Los principales hallazgos evidencian las desigualdades estructurales en las que se encuentran los jóvenes sordos, revelando una posición social inferior en comparación al resto de los jóvenes. En segundo lugar, son representados por sus marcas corporales y la carga valorativa de sus habilidades y capacidades está dada por las limitaciones y restricciones de sus funciones corporales. En este contexto los jóvenes sordos interpelan su situación de discapacidad y colocan el foco en la necesidad de hacer visible su voz y resignificar la sordera. Finalmente es posible sostener que, si bien permea el modelo rehabilitador, se identifica una transición hacia la problematización de la discapacidad, procurando desnaturalizar discursos hegemónicos y problematizar determinismos biológicos.

Palabras clave

Jóvenes, sordos, Uruguay, discapacidad.

Introducción

El concepto de discapacidad, lejos de responder a una neutralidad, es producto de un determinado contexto social en el que se despliegan relaciones sociales histórica y culturalmente determinadas, por lo que a lo largo de la historia se ha interpretado de diferentes maneras. En este sentido es posible sostener que el concepto de discapacidad es relacional, situacional y contextual. Tradicionalmente se lo ha



considerado desde el paradigma de la rehabilitación, con su máximo exponente, el modelo individual desde el cual se coloca el foco en el sujeto que tiene una determinada deficiencia, vinculada a funciones y estructuras corporales. Desde este modelo se relaciona la deficiencia que refiere a una condición biológica del sujeto que responde, generalmente, a un diagnóstico médico, y se la relaciona de forma unívoca y lineal con la discapacidad. Esta visión, si bien ha imperado y se ha colocado con fuerza en las sociedades occidentales, no ha estado exenta de debates y de tensiones. En este sentido, desde la década del 60, se discute y se problematizan desde los movimientos sociales de las organizaciones de personas con discapacidad. Aparece como respuesta el paradigma de la autonomía, con dos modelos preponderantes, el social y el biopsicosocial. La discapacidad se entiende como producto de las interacciones sociales, superando la visión lineal entre deficiencia y discapacidad, es más que una condición biológica, complejizan así la noción y colocan el acento en el contexto social. Esta perspectiva pone en tensión el enfoque hegemónico. El interés radica en la inclusión de las personas con discapacidad en la sociedad y en los factores del contexto, en tanto habilitan o constriñen, su participación social.

Las personas con discapacidad han sido, y continúan siendo, oprimidas, excluidas y marginadas. El hecho de tener alguna deficiencia es un motivo suficiente para estar situadas en una posición de desventaja con respecto al resto. Razones por las cuales se han colocado, históricamente, bajo un velo que naturaliza sus situaciones. Esta invisibilización, que aún persiste de múltiples formas, genera impactos a nivel social y personal. Por lo tanto, se considera fundamental abordar a la discapacidad, desde una perspectiva sociológica, en tanto construcción que está en un devenir permanente, teniendo la característica de ser situacional y relacional con la sociedad. Por lo que resulta necesario bucear en la interacción dinámica desde la perspectiva de los propios sujetos, el contexto con sus determinadas condiciones y los sentidos que les adjudican. Esto implica indagar no solo en las estructuras sociales y sus relaciones con la persona con discapacidad sino también en las experiencias singulares de cada sujeto.

Discapacidad: subjetividades y estructura

Se considera relevante, a los efectos de profundizar en la comprensión de la discapacidad, utilizar el abordaje de Bourdieu que se caracteriza por una perspectiva relacional de las prácticas sociales y contribuye en la interpretación de la dicotomía individuo y sociedad. En la pretensión de superar una visión separatista entre agencia y estructura, considera a la sociedad como un escenario dialéctico de producción y



reproducción de prácticas sociales recurrentes y constantes (Bourdieu, 2007). En este sentido, se encuentran las estructuras sociales externas que son campos de posiciones sociales que se plasmarán en condiciones objetivas, es lo social hecho cosas, y las estructuras sociales internas que son sistemas de disposiciones incorporadas por los agentes, es lo social hecho cuerpo (Bourdieu, 1998).

Por su parte el habitus modela las percepciones, acciones y representaciones de la vida social, y de forma simultánea, el efecto práctico de las acciones modifica ese entorno. El habitus de la discapacidad como “estructura estructurada, es un producto histórico a través del cual el Estado inculca la concepción del cuerpo no legítimo definida por el campo médico; y como estructura estructurante determina el límite de lo pensable y lo no pensable y genera unas prácticas y unos juicios sistemáticos.” (Ferrante, 2011:90). Sobre la base de estas disposiciones es que las personas con discapacidad quedan marcadas por la marginación, opresión y exclusión social.

En el campo de la discapacidad se pone en juego un determinado capital que está vinculado al cuerpo, “un atributo que se posee a nivel corporal se transforma en el campo en capital simbólico que coloca al actor en una posición –y no en otra- en virtud del habitus dominante” (Broyna, 2009:167), que se ha consolidado históricamente a través del modelo individual de la discapacidad, generando atribuciones de carácter ético y estético al cuerpo (Ferrante, 2008). El cuerpo individual es el lugar del habitus y está marcado, en su totalidad, por imperativos. De este modo, calificar y clasificar al cuerpo es invisibilizar las opciones sociales y constituir la interiorización de la exterioridad, es naturalizar lo social hecho cuerpo.

La representación que las personas con discapacidad se construyen de ellos mismos, de su posición y de la posición de los otros, es el resultado de un sistema de esquemas de percepción y de apreciación. Al tiempo que estos esquemas inciden en los sistemas económicos y productivos de la sociedad. En la intersección entre la particularidad biológica del sujeto, la organización económica y política, y los aspectos culturales de la sociedad es donde la discapacidad se desarrolla (Broyna, 2009) y es en dicha intersección donde interesa poner el foco.

Situación, posición y condición de discapacidad

Es posible distinguir tres nociones que contribuyen a desentrañar los intersticios sobre los cuales se despliega y tiene lugar la discapacidad. La situación, la condición y la posición de discapacidad son elementos conceptuales que contribuyen en la interpretación del fenómeno en su doble expresión, de un lado permite evidenciar en



torno a la subjetividad, a la vivencia, a la singularidad en cada sujeto y, del otro lado, da cuenta de las diferentes formas y manifestaciones que adquiere la discapacidad en la sociedad.

En este marco, la “situación de discapacidad” implica el conjunto de factores sociales, culturales, políticos y económicos que la discapacidad incorpora como atributos objetivos en un contexto particular e inciden en el sujeto. Es la dimensión interrelacional, situacional y dinámica, por lo tanto, históricamente determinada, donde se puede distinguir la articulación entre el sujeto y la sociedad, entre los habitus y las estructuras (Broyna, 2006).

La “condición de discapacidad”, por su parte, permite evidenciar la experiencia subjetiva, la vivencia singular, de aquellas condiciones objetivas. Si bien no es socialmente creada, es socialmente significada. Es la dimensión subjetiva de la discapacidad. Está determinada por la particularidad de un sujeto con relación a la norma, es el diagnóstico médico, es el déficit en cuanto a lo normal y su incorporación en la singularidad del sujeto (Broyna, 2006). Aunque la discapacidad se desarrolla en el marco de unas relaciones materiales, a partir de unas representaciones y prácticas que habilitan la opresión, la marginalización y la exclusión, la experiencia de la discapacidad tiene lugar en el cuerpo y se vivencia de forma singular. El cuerpo que tiene algún tipo de deficiencia es parte de la cultura, de la historia y del significado, no es un objeto ahistórico, presocial ni puramente natural. La posesión de un cuerpo no legítimo, socialmente descalificado, conduce a una desposesión de capital, lo que genera una posición en el espacio social que es descalificada, segregada, excluida de las relaciones sociales, y vivenciada como tal en tanto incorporación de lo social (Ferrante, 2011). El cuerpo se vuelve un marco de referencia fundamental donde se producen relaciones de poder y de dominación. A partir del cual es posible conocer y comprender las particularidades de los procesos sociales encarnados, incorporados.

Finalmente, la “posición de discapacidad” (Broyna, 2006), es la categoría social que ocupa un sujeto con respecto al resto de la sociedad. Las maneras en que se colocan a las personas con discapacidad en una determinada posición social se realizan en función de la exteriorización e incorporación de ciertas estructuras sociales, de modo que permite dar cuenta de lo estructural. Por lo que, conocer e interpretar a la discapacidad desde la distinción entre la situación, condición y posición de la



discapacidad se vuelve fundamental para comprender el proceso mediante el cual se produce el fenómeno.

En este contexto, el interés radica en comprender los procesos mediante los cuales la situación, la condición y la posición de discapacidad se objetivan en las relaciones sociales y el vínculo que tiene esta articulación con el mercado de trabajo. Para ello, el foco se coloca específicamente en los jóvenes sordos, procurando realizar la distinción entre lo que le es inherente al joven, en tanto posee una deficiencia auditiva, la manera en que ello es socialmente significado y sus implicancias prácticas, que se manifiestan a través de diferentes dinámicas que expulsan hacia los márgenes de la vida en sociedad.

Estrategia metodológica

El análisis de la realidad social requiere la incorporación de una diversidad de técnicas de investigación para intentar dar cuenta del fenómeno que se pretende abordar. En este sentido, se trabajará principalmente con técnicas cualitativas y cuantitativas de investigación. Se implementan tres grupos de discusión con presencia de moderador intérprete de lengua de señas uruguaya, constituidos unos por jóvenes sordos que se encuentran trabajando en el sector público, otros por jóvenes sordos que trabajan en el sector privado y, finalmente, por jóvenes sordos que se encuentran desocupados. Los criterios para la selección de los grupos de discusión de jóvenes sordos fueron los siguientes: edad (entre 18 y 29 años), sexo, nivel educativo alcanzado y condición de actividad (ocupados en el sector público, ocupados en el sector privado y desocupados). Cada grupo está formado por jóvenes sordos, entre 18 y 29 años, con criterios de selección que responden al sexo y nivel educativo alcanzado. Asimismo, se realizan 26 entrevistas semi-estructuradas a referentes institucionales del sector público y 24 a referentes del sector privado. Entre las instituciones se encuentran la Oficina Nacional de Servicio Civil, la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad, la Cámara Nacional de Comercio y Servicios, organismos públicos y empresas privadas. De forma simultánea se analizan documentos institucionales referidos al marco normativo a nivel internacional y nacional en torno a la discapacidad, con especial énfasis en la sordera. Pese a que el foco de la investigación es cualitativo, se realiza una etapa cuantitativa descriptiva para distinguir la posición de los jóvenes sordos y oyentes entre 18 y 29 años. Se recogen los últimos datos estadísticos existentes del Censo de Población realizado en el 2011, el Módulo de Salud de la Encuesta Continua de Hogares del 2006 y la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad desarrollada en el 2004, que han



sido realizados por el Instituto Nacional de Estadística, así como también datos obtenidos de la Oficina Nacional de Servicio Civil y del Registro Laboral de Personas con Discapacidad de la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad.

Las unidades de análisis, es decir aquello sobre lo que se indaga, son los discursos de los jóvenes sordos y de los referentes institucionales que son oyentes. Estos contextos discursivos distintos permiten conocer las diferencias intra e inter categoriales en torno a las percepciones de la situación, condición y posición de discapacidad y su vínculo con el trabajo. Comprender las experiencias y vivencias, desde la fenomenología (Schütz, 1932, 1963; Berger y Luckman, 1968), de los jóvenes sordos se considera fundamental para conocer el mundo de su vida cotidiana y así interpretar la manera en que se articula su situación, condición y posición de la discapacidad y la forma en que esto opera en el trabajo.

Cabe destacar que la investigación ofrece desafíos metodológicos en tanto incorpora técnicas de investigación y de análisis que tendrán sujetos con la particularidad de la sordera. En este sentido se pretende “desoyentizar la sordera” (Skliar, 1998), esto es, comprender la sordera en tanto experiencia visual, representarla a través de las construcciones sociales que surgen de sus discursos y comprenderla a partir de los relatos de los propios jóvenes sordos. Desoyentizar implica situar a la persona sorda en tanto sujeto capaz de transmitir sus experiencias, vivencias y conocimientos con su propia lengua, implica reivindicar la sordera en el plano político y problematizar su invisibilización en tanto manifestación silenciosa en el mundo oyente.

Resultados y discusión

Los jóvenes sordos en la estructura social

La posición de los jóvenes que presentan deficiencia auditiva en Uruguay revela desigualdades en la estructura social. No solo se diferencian de los jóvenes que no la presentan, sino que además se diferencian entre sí, según el grado de severidad. En primer lugar, con respecto a la educación, la posición de los jóvenes sordos pone de manifiesto brechas educativas, pues mientras que cuatro de cada diez jóvenes sordos tienen primaria especial como máximo nivel educativo, entre aquellos que presentan alguna dificultad para oír apenas uno de cada diez alcanza este nivel. Si se tiene en cuenta el nivel de obligatoriedad establecido desde el Estado, en tanto derecho y obligación del educando, solo uno de cada doce jóvenes sordos alcanza la educación media superior mientras que esta proporción es de uno cada seis jóvenes en aquellos



que tienen alguna dificultad para oír. En lo que respecta a la inserción en el mercado de empleo, para los jóvenes de entre 25 y 29 años que no tienen deficiencia auditiva la tasa de empleo es de 77,9 mientras que para los que tienen deficiencia es de 32,1. Si bien la distancia entre estos jóvenes se acorta con respecto a la tasa de desempleo, continúa siendo relevante la brecha, pues para aquellos jóvenes que no tienen deficiencia auditiva la tasa de desempleo es de 6,9, mientras que para quienes presentan deficiencia es del 19,5. Estas condiciones diferenciales entre los jóvenes que tienen deficiencia auditiva y los que no, e incluso entre los propios jóvenes con deficiencia auditiva, dan cuenta de desigualdades estructurales. Este escenario tiene repercusiones en las condiciones materiales de los jóvenes sordos y se refleja en las brechas existentes en función de las Necesidades Básicas Insatisfechas. Entre los jóvenes que tienen deficiencia auditiva, uno de cada dos se encuentra en situaciones de precariedad, con al menos una carencia crítica, mientras que dos de cada tres jóvenes que no tienen deficiencia se encuentran en condiciones materiales satisfechas, esto es, con necesidades básicas satisfechas.

Ante este contexto, es posible sostener que las condiciones objetivas presentadas dan cuenta de las desigualdades estructurales que existen entre los jóvenes sordos y la posición social que ocupan en la estructura social. Tanto los bajos niveles educativos alcanzados como las diferencias entre el empleo y el desempleo, y las condiciones materiales de vida, que revelan carencias críticas, arrojan evidencia sobre cómo el hecho de tener una deficiencia auditiva implica experimentar situaciones de vulnerabilidad y exclusión social. Se pone de relieve la necesidad de profundizar el análisis en torno a la interacción entre el contexto con sus condicionantes, las representaciones y las prácticas sociales vinculadas a la discapacidad, y las experiencias singulares de los sujetos con discapacidad. En ese sentido se presenta, a continuación, la situación de discapacidad para intentar una mayor comprensión de los procesos sociales que habilitan y constriñen el surgimiento de la discapacidad, a partir de las intersecciones que suceden entre la particularidad biológica del sujeto y la sociedad.

La situación de discapacidad de los jóvenes sordos en el mercado laboral uruguayo

El mercado laboral, tanto en el sector público como privado, considera a la discapacidad desde un enfoque individual, se centra en las limitaciones de las funciones corporales, en la deficiencia y en las imposibilidades de desempeñar las tareas en función de los



parámetros comunes. Solo en algunos casos, aquellos que están más relacionados con los derechos de las personas con discapacidad, es posible distinguir una noción relacional de la discapacidad que trasciende el aspecto biologicista.

Las personas sordas son consideradas desde la perspectiva de la deficiencia, sin tener en cuenta la importancia de la lengua de señas en la comunicación interpersonal, el foco está colocado en el hecho de “no poder oír”, “no escuchar” y, en algunos casos, “no hablar”. Los imaginarios están centrados en la restricción sensorial y en la incapacidad de comunicarse de forma oral. Se responsabiliza a la persona sorda de su situación, dado que es portadora de una deficiencia auditiva debe ser acompañada por un intérprete de lengua de señas para superar “su problema” de comunicación con el resto, con los oyentes. Los grupos de edad entre las personas sordas o en comparación con otras discapacidades no es una distinción demarcatoria al momento de emplear, el hecho de pensar en torno a jóvenes sordos no marca diferencias en cuanto a la empleabilidad en ninguno de los dos sectores. Pues la problemática radica en la (im)posibilidad de desempeñar las tareas de trabajo debido a la distancia que existe entre los cuerpos legítimos, productivos y eficientes y aquellos ilegítimos, improductivos e ineficientes.

En Uruguay el ingreso de personas con discapacidad al sector público está fomentado por una medida de acción afirmativa mediante un sistema de cuotas (al menos un cuatro por ciento) para el ingreso a la Administración Pública mientras que el sector privado emplea a trabajadores con discapacidad principalmente bajo la lógica de la responsabilidad social empresarial. El ingreso laboral, sea a la Administración Pública o a cualquier otro tipo de empresa, no garantiza por sí solo la inclusión laboral, ni siquiera es posible identificar procesos de inducción laboral o dispositivos de seguimiento bajo marcos que garanticen dicha inserción. Por otra parte, no se cuenta con protocolos para trabajar en los entornos de trabajo, formar e informar sobre la discapacidad y minimizar así la existencia de relaciones desiguales entre los propios compañeros de trabajo.

El mercado de trabajo arroja evidencia sobre un contexto que está repleto de situaciones contradictorias, por un lado, se les pide a los organismos de la Administración Pública que deben reconocer y valorar a las personas con discapacidad por sus capacidades y habilidades para desempeñarse laboralmente; por otro lado, se les expulsa del sistema educativo con bajos niveles de escolarización lo que refuerza la escasa capacitación y profesionalización de las personas con discapacidad, limitando las oportunidades laborales. A su vez los puestos de trabajo exigen, generalmente, haber culminado el



nivel educativo obligatorio (que corresponde a educación secundaria completa), mientras que el sistema educativo genera obstáculos y barreras para la culminación de cada uno de sus ciclos desde la educación inicial. Es el mismo Estado el que genera una fuerza hacia dos sentidos, un sentido positivo en tanto valoriza las certificaciones educativas, y no la posesión de deficiencia, y un sentido negativo que hace que sean expulsados de los niveles primarios de educación. Finalmente, esta fuerza de sentido negativo adquiere mayor relevancia y los sitúa bien hacia los márgenes de la educación y del trabajo o bien por fuera de tales márgenes. Pese al reconocimiento simbólico que el Estado realiza, a través de la legislación que los considera en tanto sujetos de derechos, ejerce una fuerza centrífuga para con el colectivo de las personas con discapacidad, sin lograr trascender hacia el plano del reconocimiento material. Esta fuerza centrífuga los empuja hacia afuera, los desplaza hacia los márgenes, los excluye de los sistemas y los vulnera en sus derechos.

En general la mirada en torno a la discapacidad está constituida en base a prejuicios, prenociones y estereotipos que surgen, en parte, por el desconocimiento y la falta de información, pero principalmente por la marca histórica que el modelo individual ha generado en la forma de entender y abordar a la discapacidad.

La condición de discapacidad: de la exclusión del mercado laboral a la segregación en el entorno laboral

Luego de búsquedas de trabajo, arduas y frenéticas, sea a través de concursos que requieren la certificación de la discapacidad o mediante concursos en empresas con las más variadas culturas organizacionales, el ingreso a cualquier tipo de trabajo presenta elementos comunes en la cotidianeidad laboral de los jóvenes sordos. Los entornos laborales manifiestan la segregación a través de unos discursos y de unas prácticas que, basadas en el modelo individual de la discapacidad, enfatizan en el condicionamiento biológico, en la deficiencia y en las imposibilidades que genera la alteración funcional. Se continúa colocando el foco en la adecuación del sujeto a los requerimientos estándares: “no puede”, “no sabe hacer”, “no entiende porque no escucha”, se responsabiliza al trabajador y desde los comportamientos cotidianos se reproducen unas prácticas laborales que “discapacitan” a los jóvenes sordos.

Los jóvenes sordos tienen incorporada como lengua natural la lengua de señas uruguaya y su utilización es permanente en la interacción con sus pares y con aquellos oyentes que tengan conocimiento de la lengua de señas.



Mientras que el manejo de la oralidad es reducido, son cada vez menos los que realizan lectura de labios y quienes se esfuerzan por descifrar el mensaje oral a través de los sonidos; si bien se reconoce que generalmente forman parte de las estrategias que deben desplegar para “sobrevivir” en el entorno oyente. Esto genera en los trabajadores sordos, que se desempeñan en entornos laborales oyentes y sin conocimiento de la lengua de señas, una falta de información en torno a las pautas, normas y reglas laborales, incluso muchas veces no tienen conocimiento sobre sus tareas a desarrollar y sus obligaciones laborales. Este desconcierto intensifica la situación de los jóvenes con bajos niveles educativos, quienes desconocen sus derechos y obligaciones como trabajadores.

La distancia entre los oyentes y los sordos que existe en la sociedad en general se reproduce en el entorno laboral y genera un mayor sufrimiento debido, paradójicamente, a la cercanía habitual que implica trabajar en el mismo lugar. En este sentido la cercanía, lejos de producir empatía y respeto por la diferencia, recrudescer la distancia social. Prevalecen nociones vinculadas a un cuerpo que responde a estándares hegemónicos de producción y de eficacia, se acredita y se desacredita al trabajador en función de la habilidad que posee para desarrollar de forma estándar las tareas del puesto de trabajo. De manera que se continúa depositando en el sujeto la responsabilidad de “no poder hablar”, sin problematizar y ni siquiera poner en tensión, la manera en que el propio entorno constriñe la participación y habilita la situación de discapacidad.

La segregación comienza a tomar cuerpo, a encarnarse, en cada uno de los jóvenes sordos y se manifiesta desde el dolor y el sufrimiento de no saber, de no conocer las prácticas laborales, las reglas y las normas, y de no pertenecer, de no sentirse parte del grupo de trabajo. El trabajador sordo “no puede” adaptarse a las exigencias que le impone el trabajo y en base a esta situación de desventaja, en la cual el joven sordo es colocado en una posición de “minusvalía”, se reproducen prácticas de discriminación que vulneran los derechos laborales. Un ejemplo de ello ha sido manifestado en reiteradas oportunidades, cabe resaltar, vinculado a las diferentes remuneraciones entre un trabajador sordo y un trabajador oyente por el mismo puesto de trabajo en el sector privado, donde el trabajador sordo percibe un menor salario que el oyente. Esta no es una práctica aislada, luego de conseguir un trabajo, la remuneración que reciben los jóvenes sordos suele ser inferior a la que reciben las personas oyentes, a esto se les agregan las precarias condiciones del entorno laboral. Estas prácticas del sector privado ponen en evidencia el grado de violencia institucional que permea en las relaciones



laborales, una discriminación laboral que se manifiesta incluso en la remuneración y en una vulneración constante a sus derechos. Esta situación permea en estos cuerpos “ilegítimos”, la discriminación se hace cuerpo y deja marcas emocionales en los trabajadores sordos. El miedo a perder el trabajo y a no conseguir otro permanece en todos los jóvenes. Lo que produce una convivencia diaria con el miedo a perder lo que se ha conseguido con “esfuerzo”, a sabiendas de que ha sido un ingreso laboral obstaculizado debido a las prenociones asociadas a la deficiencia auditiva y a los estereotipos vinculados al trabajo. Así como también una convivencia con el dolor de sentirse discriminado, apartado y distanciado en su propio entorno laboral, con escasa posibilidad de establecer vínculos con sus “compañeros”.

Las prácticas segregadoras no distinguen niveles jerárquicos, desde los contratos laborales, vinculados a gerencias y direcciones ejecutivas, hasta la rutina diaria en las tareas laborales, con trabajadores que comparten el mismo puesto de trabajo, se producen comportamientos y actitudes que marcan la distancia entre el sordo y el oyente. Una distancia que es establecida de forma explícita y con fronteras delimitadas por el oyente, contribuyendo en la creación de barreras y obstáculos que habilitan la situación de discapacidad en el entorno laboral.

Reflexiones finales

Una de las grandes reflexiones que arroja la investigación está vinculada a la fuerza que aún tienen las atribuciones individuales, las particularidades biológicas, en la producción y reproducción de desventajas sociales. La persona con discapacidad, pensada desde los distintos sectores laborales, es representada exclusivamente por sus marcas corporales, tomándose la parte por el todo. Se reconoce a la discapacidad antes que a la persona y la carga valorativa de sus habilidades, capacidades y desempeño está dada por las limitaciones y restricciones de sus funciones corporales; los parámetros entre “puede trabajar” y “no puede” responden a imaginarios derivados de la deficiencia corporal y de la eficiencia productiva.

Tanto las medidas de acción afirmativa como la figura de la responsabilidad social empresarial al emplear a un trabajador con discapacidad, reproducen, en mayor o menor medida, unos discursos que limitan la autonomía de los sujetos y enfatizan en los impedimentos biológicos: se esperan unos perfiles que responden a un deber ser del trabajador promedio, unos patrones de lo bello, lo adecuado y lo moralmente esperable, que no perturbe ni coloque en tensión al imaginario construido. Se fomentan unas



prácticas caritativas, se permite que trabajen bajo formas paternalistas y se reducen las tareas del puesto de trabajo sólo por el hecho de presentar un cuerpo deficitario.

Es posible distinguir cómo las barreras materiales y relacionales inciden en la segregación laboral de los jóvenes sordos y se convierten en fuentes de “dolor social”, de “soledad” y de “indiferencia” social. Influyen, de forma sigilosa, provocando imaginarios y estereotipos vinculados al rol deseable y esperable del trabajador promedio. Desde las bases de los llamados a concurso, tanto para el sector público como privado, se requieren de unos patrones en torno a unas determinadas capacidades formales, vinculadas a años de escolarización y tipo de formación, y a unas habilidades rentables asociadas a lo culturalmente deseable y socialmente aceptable. Existe una alta valorización de lo cognitivo puesto de manifiesto a través de acreditaciones escolares, con gran legitimidad, y una jerarquización de los atributos corporales que ponen el acento en una estética hegemónica.

Ante este contexto, los jóvenes sordos enfatizan en la necesidad de hacer visible su voz y resignificar la sordera desde la relevancia que tiene la lengua de señas en la comunicación y por lo tanto en el establecimiento de relaciones interpersonales. De esta manera, “desoyentizar” se vuelve imprescindible en la comprensión de la situación y condición de discapacidad. Es necesario situar a los jóvenes sordos como sujetos “capaces” de transmitir sus experiencias y sus vivencias a través de su propia lengua, así como también de desarrollar actividades remuneradas, de desempeñar cargos gerenciales y de aspirar carreras funcionales. Lo que implica poner en tensión aquellas nociones preestablecidas, aquellos prejuicios y estereotipos construidos

desde el mundo oyente que invisibilizan a las personas con deficiencia auditiva, manifestándose de forma silenciosa, reproduciendo y legitimando las relaciones de desigualdad y de opresión en el entorno laboral.

Se entiende fundamental la articulación intersectorial entre los organismos del sector público y las empresas del sector privado, así como también las organizaciones de la sociedad civil vinculadas a la discapacidad, a los efectos de transformar los imaginarios y estereotipos y las prácticas consecuentes de tales representaciones. Si bien es posible distinguir, en algunos recintos de ambos sectores, una incipiente transición del modelo individual hacia el modelo social, la mirada sigue estando en torno a la deficiencia, al tiempo que los obstáculos y las barreras sociales, culturales, económicas y políticas continúan restringiendo la materialización del ejercicio de los derechos laborales. En



esta tarea, el Estado debe asumir un compromiso en la temática e incentivar, promover y fomentar los derechos de las personas con discapacidad, así como también la erradicación de los imaginarios reduccionistas en torno a la discapacidad. Pues difícilmente las prácticas, los actos y conductas se modifiquen únicamente con la adaptación de la legislación al enfoque de derechos.

Notas

¹Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de la República - sofia.angulo@cienciassociales.edu.uy

Referencias bibliográficas

Berger P., Luckman, T. (1968) La construcción social de la realidad, Editores Amorrortu, Argentina.

Bourdieu, P. (2007) El sentido práctico, Siglo Veintiuno Editores, Argentina. Bourdieu, P. (1999) La miseria del mundo, Fondo de Cultura Económica, Argentina.

Bourdieu, P. (1998) Cosas dichas, Editorial Gedisa, Argentina.

Brogna, P. (2009) (Comp.) Visiones y revisiones de la discapacidad, Fondo de Cultura Económica, México.

Brogna, P. (2006) La discapacidad: ¿una obra escrita por los actores de reparto? el paradigma social de la discapacidad: realidad o utopía en el nuevo escenario latinoamericano, Tesis de Maestría en Estudios Políticos y Sociales, Universidad Autónoma de México, México.

Ferrante, C., Ferreira, M. (2011) “Cuerpo y habitus: el marco estructural de la experiencia de la discapacidad en Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico, vol. 5, pp. 85 – 101, España.

Ferrante, C. (2008) “Cuerpo, discapacidad y posición social: una aproximación indicativa al habitus de la discapacidad en Argentina” en Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico, vol. 2, pp. 173 – 185, España.

Schütz, A. (1963) El problema de la realidad social, Editorial Amorrortu, Argentina.

Schütz, A. (1932) La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva, Ediciones Paidós, España.

Skliar, Carlos (1998) A Surdez: um olhar sobre as diferenças, Editora Mediação, Porto Alegre, Brasil.



Moverse, esperar y ser: Identidades y trayectorias vitales de personas con discapacidad en el sur de Chile

Diego Solsona Cisternas¹

Resumen

Esta investigación analiza las historias de 2 personas con discapacidad a través de un diseño cualitativo-etnográfico. Profundizamos en una diada de conceptos que contribuyen a interpretar esta condición, nos referimos a la “espera” y las “movilidades” las cuales sugerimos, “producen” socialmente a los individuos. En nuestro primer caso, una mujer con discapacidad intelectual, analizaremos el reciente proceso de “certificación de su condición”, reflexionando sobre como algunas instituciones del Estado y los servicios de salud, a partir de sus protocolos e intervenciones, suscitan las esperas y movilidades para que estas personas sean reconocidas como sujetos de derecho. En el segundo caso, intentamos acercarnos a los significados otorgados a su condición, de un joven estudiante con movilidad reducida que utiliza una silla de ruedas para desplazarse, ahondando en sus prácticas de movilidad cotidiana, y sus opciones de escoger lugares de destino ante las restricciones físicas de espacios e infraestructuras no diseñadas para todas las personas. En ambos casos, a pesar de las dificultades para moverse, se desplazan a su modo. Finalmente se analizan las estrategias desplegadas para enfrentar y resistir las restricciones socio-espaciales asociadas a su condición.

Palabras clave

Identidades, trayectorias, personas con discapacidad, Chile.

Introducción “Los individuos se construyen por medio de sus movilidades”

Las movilidades pueden entenderse como una práctica social que conjuga deseos, necesidades de acceder a lugares y llegar a destinos, además, se necesitan capacidades para satisfacerlas (Gutierrez, 2009). También, la movilidad generalizada implica un fraccionamiento socio-territorial, la multiplicación de las fracturas, la segregación y las agregaciones comunitarias (Le Breton, 2004), sin embargo, se sabe muy poco sobre cuál es la experiencia de tal proceso y cómo el individuo se construye por medio de sus prácticas espaciales. ¿Qué pasa cuando se trata de personas con algún tipo de discapacidad y donde la experiencia espacial es muchas veces fragmentada, dependiente y no controlada?



Más allá de las conceptualizaciones y modelos que han pretendido definir e intervenir la discapacidad, operacionalmente la concebimos como una “deficiencia de inclusión socio-espacial ligada a las capacidades corporales y a la dificultad de ejercer libremente prácticas socio-espaciales de movilidad en los territorios de la vida cotidiana marcados por restricciones de accesibilidad” (Amiaud, 2013). Así, como una falta de movilidad espacial en un individuo discapacitado puede llevar a una exclusión socio espacial, se ha constatado que la movilidad es un vector importante de construcción identitaria. Por ejemplo, la “auto-movilidad”, es decir, la capacidad a desplazarse “solo” constituye para los adolescentes un elemento clave de su experiencia identitaria (Massot y Saffran, 2007). Esto mismo ocurre con las personas con discapacidad quienes muchas veces significan sus desplazamientos no solo bajo el prisma de la dificultad que implica, sino que también, como una experiencia importante dentro de su historia, como parte de su autonomía y de la posibilidad de no sentirse excluidos.

En efecto, la movilidad en sí, va impregnando a los individuos de una experiencia que puede ser tediosa, aventurera, placentera, etc. Al mismo tiempo que ella permite el acceso a lugares que tienen significado. Desde esta última perspectiva, se observa como los individuos practican una multiplicidad de lugares con los cuales ellos construyen una relación significativa. Todos los lugares no tienen el mismo sentido para un individuo: ciertos lugares son practicados por su valor estético, otros por su carácter identificador, otros por su función, etc. La identidad es entonces una relación posible con los lugares geográficos (Stock, 2016) y depende de las capacidades que se tengan para establecer esta relación.

Los individuos se producen a través de las esperas

Por otro lado, la palabra esperar (quedarse en un lugar hasta que llegue una persona u ocurra una cosa) viene del latín sperare “tener esperanza”. Hacer que la gente espere (...) postergar sin destruir la esperanza (...) aplazar sin ser totalmente decepcionante son, según Bourdieu (2000, p.27), partes integrantes del trabajo de dominación. Otros autores afirman que el contacto frecuente con largas colas o esperas moldea la subjetividad de las personas (Comfort, 2008). Las esperas no solo se sufren, sino que también se interpretan. (Schwartz, 1975), ¿qué significado atribuyen a la espera quienes se ven obligados rutinariamente a aguardar? Y, si la espera hace que aquel que espera se sienta “dependiente y subordinado” (Schwartz, 1975, p. 856) ¿Cómo llega a concebirse esa dominación?



La espera, es también un elemento importante dentro de la movilidad (Bissell, 2010) no se trata de un periodo muerto en el que no hay movimiento. Asimismo, la espera es un efecto y producto del movimiento. Hay que esperar que llegue el transporte, esperar la atención de los funcionarios públicos, esperar los beneficios del Estado, etc. En este transcurso mientras espera, el cuerpo debe acomodarse, adaptarse, relajarse o estar activo, lo que deviene en la emergencia de diferentes emociones (Lazo y Carvajal, 2017).

Nos enfocaremos en tensionar dos conceptos que aparentemente se constituyen como una lógica binaria excluyente: “moverse” (movilidad) y “esperar”, y que postulamos son centrales en la construcción identitaria de las personas con discapacidad y funcionan como dos caras de una misma moneda.

Fundamentación del problema “La movilidad como prueba estructural”

Según Martuccelli (2013) los individuos se producen al enfrentar problemas y requerimientos cotidianos que se constituyen como pruebas estructurales. Enfrentar dichas pruebas, no supone un individuo autosuficiente o soberano, sino uno fabricado en sociedad que precisa soportes sociales, externos a él, para afrontar estos desafíos. En este sentido, es posible pensar las movilidades como una prueba, un desafío estructural que todos deben enfrentar y que representa un trabajo particular para los individuos en la búsqueda y movilización de soportes para moverse, permanecer, adaptarse, y apropiarse de los espacios, con el fin de acceder a diversos servicios y actividades de la vida social.

También es importante destacar que la movilidad muchas veces se plantea como sinónimo de libertad y autonomía (Hiernaux, 2005). No obstante, la movilidad independiente como “prescripción normativa de la modernidad” es un discurso que intenta imponer políticamente un tipo de movilidad, excluyendo otras formas diferenciadas de moverse como la “interdependencia” (Middleton y Byles, 2019).

En esta línea, considerando el contexto de una sociedad moderna que exige cada vez más movilidad para acceder a servicios y actividades, los individuos están “emplazados” a moverse para mantener redes de apoyo y validarse identitariamente ante los demás (Venturiello, 2013). Entonces, la tensión ineludible a nivel individuo emerge cuando este llamado a moverse se ve restringido por las limitaciones individuales y sociales asociadas a su condición. En este escenario ¿Cómo las personas con discapacidad



responden a la prueba de la movilidad? ¿Cómo las movilidades construyen sus identidades más allá de su condición de discapacidad?

Metodología

Para este estudio se optó por una metodología cualitativa y un diseño etnográfico que consideró la realización de entrevistas y “sombros” durante los años 2018-2019. Los sombros consisten en “moverse con las personas”, lo que implica un acto de co-presencia, que permite captar de primera mano las experiencias de movilidad (Novoa, 2015; Jiron, 2011). Enfatizamos en registrar descriptivamente “como se mueven”, “con quienes se mueven”, “hacia donde van”, que significados emergen en sus desplazamientos, etc. Asimismo, las entrevistamos para aprehender los sentidos involucrados en las experiencias de movilidad y espera. Se resguardaron los aspectos éticos que garantizan el respeto por la dignidad y el anonimato de los participantes, los discursos presentados cuentan con la autorización de los entrevistados a través de la firma de consentimientos informados, en el caso de nuestra participante con discapacidad intelectual, fue su hermana Claudia (cuidadora y tutora certificada) quien respondió las entrevistas.

Resultados y discusión

La historia de Carmen; entre la dependencia y la autonomía

Carmen es una mujer de 63 años diagnosticada con discapacidad intelectual moderada en un 66%, y quien actualmente vive con su Hermana mayor y un sobrino. A partir de la década de los 80, según relata su hermana, las movilidades de Carmen se explican en sus constantes visitas a Santiago, capital de Chile, en extensos viajes en tren y también en buses que duran unas 14 horas. El motivo del viaje, era la atención de Carmen con especialistas psiquiátricos, quienes paulatinamente renovaban tipos y dosis de medicamentos para controlar ciertos cambios en su estado anímico. Hasta al día de hoy a Carmen no le gusta recordar las visitas a Santiago, probablemente por lo extenso y agotador del viaje.

Con respecto a sus movilidades cotidianas, durante su infancia Carmen salía frecuentemente a jugar con sus pares, si bien le costaba desplazarse, es descrita como una niña y adolescente sociable, que conversa con sus vecinos y que es protegida por sus hermanas, de hecho, hasta el día de hoy, Carmen saluda a todas las personas que salen a su paso. Los sábados en la mañana durante más de 2 décadas, Carmen siempre



acompañaba a sus padres, y a partir del año 1994 solo a su madre, a una de las tantas ferias de la ciudad.

Igualmente, Carmen siempre iba a veranear a Rucapihuel y Maicolpue, rio, campo y mar respectivamente, en donde disfrutaba de la naturaleza junto a la compañía de sus familiares. También junto a Yanet, su hermana de Punta Arenas, frecuentemente viajan a lugares como Lago el Maitén, Valdivia, donde a Carmen le encantan disfrutar de la comida tradicional y caminar lentamente (a su ritmo) por la Riviera del Calle-Calle y Frutillar, donde contempla el Lago Llanquihue. Esporádicamente asiste a Lago Ranco, donde su sobrino Claudio tiene una casa. Acompañamos a Carmen a este último lugar durante febrero del 2019;

Carmen sale desde su hogar en Osorno, en un día caluroso, lleva ropa cómoda y ancha, se sube al auto de su hermana, la acompañan y ayudan en esta tarea su sobrina y cuñado (...) Llegan hasta el sector de Llifén en donde inician una breve caminata, Carmen se mueve con lentitud, pero no con menos entusiasmo, se apoya en un bastón improvisado (un palo de madera) y avanza con dificultad, pausadamente, no obstante, su rostro comunica alegría y agrado con frecuentes sonrisas (fragmento diario de campo).

Este año, y después de la muerte de su madre, Carmen va todos los fines de semana a la casa de sus hermanas, para ella, estas visitas se convierten en un ritual, donde sabe que podrá compartir con su familia y también con las mascotas de sus hermanas. Los sábados en la mañana junto a sus hermanas asisten a un supermercado, en este lugar a Carmen le facilitan una silla de ruedas, la cual en términos performativos (Lazo y Carvajal 2017) funciona como una extensión de su cuerpo que le permite desplazarse con mayor facilidad, Carmen expresa su alegría por este momento, parece sentirse más móvil, libre y veloz que en el promedio de sus tiempos, los cuales, producto de su movilidad reducida, constituyen temporalidades de movimientos lentos y pausados (Middleton y Byles, 2019). Sus rutinas de poca movilidad, se conmocionan ante transgresiones esporádicas de sus propias prácticas cotidianas, y por un momento, objetos como la silla de ruedas se convierten en actantes (Latour 2008) que influyen en la forma en que interactúa y participa socialmente. Y siempre que el clima es favorable, su hermana la lleva a la plaza saludable del barrio, donde Carmen disfruta columpiándose y tomando algo de aire. Acompañamos a Carmen al parque;

Carmen sale de su casa algo abrigada a pesar del sol, lleva un gorro veraniego y toma el brazo de su hermana, se desplaza lentamente e intentando equilibrarse, la distancia



de 100 metros entre su casa y el parque es algo tediosa para ella (...) mientras camina transpira un poco, se agita, pero finalmente llega a su destino (...) se columpia, parece disfrutar el momento (...) retorna a su hogar, y lo primero que hace es contarle a sus sobrinos nietos que estuvo en el parque (Fragmento diario de campo).

Las esperas de Carmen en busca del reconocimiento del Estado

Después de la muerte de la madre de Carmen, ella deja de percibir la pensión de su madre, por lo tanto, sus hermanas deciden hacer algo que nunca se había barajado como una posibilidad, “certificar su discapacidad intelectual”. Esta decisión implica tener que exponerla a exámenes médicos, test psicológicos, ser catastrada socialmente, lo que también significaba tener que estar desplazando a Carmen a los lugares de atención.

En un primer momento Claudia (su hermana y cuidadora) se dirigió a las oficinas del COMPIN (Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez), en donde la derivaron al IPS (Instituto de previsión social), en este lugar le indicaron que el primer paso consistía en una evaluación a realizar por profesionales de salud en el centro de salud familiar más cercano.

“Es difícil sacar a la Carmen por su movilidad, pedimos un uber, y además uno necesita que ella este de buen ánimo para salir (...) Cuando llegamos allá nos hicieron esperar un montón, y después de harto tiempo nos dijeron que la persona que nos había dado la hora para que la atiendan se había equivocado. Uno siente frustración, porque ellos tienen poca empatía, no les interesa”. Y además querían que nos moviéramos con ella por el consultorio para buscar a las personas que supuestamente nos iban a reasignar la hora (Entrevista, hermana de Carmen).

También nos cuenta que uno de las evaluaciones era un “test psicológico”, el cual le recomendaron, hiciera de forma particular, porque era muy difícil que les dieran una hora para esta evaluación en el sector público, y podían esperar 6 meses.

Diversos profesionales de la salud hicieron las evaluaciones requeridas a Carmen, en donde Claudia afirma que tuvieron un trato humano y de sentido común con ellas. Finalmente se recibió a la trabajadora social, quien hizo un catastro del hogar, como afirma Merino (2016) a muchas personas, para poder acceder a beneficios, subsidios o ayudas del Estado, no les queda otra alternativa que exponer su vulnerabilidad más íntima ante los profesionales del Estado. Durante el segundo semestre del 2018 llega a la casa la credencial que acredita la discapacidad intelectual de Carmen. A partir de ese



momento ella experimenta esa promoción ontológica de ser rotulada como persona con discapacidad intelectual moderada ante el Estado, este hecho es relevante en la producción de Carmen como individuo, considerando que el Estado entendido como la institución investida del monopolio de la violencia simbólica legítima y un “banco central” que distribuye capital simbólico (Bourdieu, 2014), es capaz de “fabricar” a sujetos sociales a partir de las clasificaciones oficiales que establece (Barozet y Mac-Clure, 2014).

La historia de Jorge, los discapacitados no somos héroes

Jorge es un estudiante de psicología que tiene 19 años, vive en la comuna de Paillaco región de los Ríos en el sur de Chile. Su diagnóstico indica espasticidad, y se mueve en una silla de ruedas para realizar sus desplazamientos. Vive con sus padres y algunos de sus 4 hermanos quienes constituyen su principal red de apoyo.

Durante su infancia realizaba constantes viajes a la ciudad de Puerto Montt, para asistir a los tratamientos de rehabilitación ofrecidos por la Fundación Teletón. Estos viajes tenían una duración aproximada de 3 horas. La discapacidad de Jorge ha tenido como efecto 7 intervenciones quirúrgicas durante su vida, la mayoría de ellas con elevados costos monetarios, lo que obligaba a su familia, a realizar beneficios para conseguir el dinero que cubriera el valor monetario de las operaciones. Jorge recuerda episodios en que tuvo que viajar “parado” debido a que nadie le cedía el asiento. No obstante, guarda buenos recuerdos de estos viajes, que según relata, tenían una frecuencia de 3 veces al año, y en donde al reunirse con otras personas con discapacidad, se sentía integrado y en una atmósfera donde todos eran iguales. Como dice Vienturello (2013) los centros de rehabilitación operan como espacios de socialización que tienen como efecto la sensación de integración y bienestar.

Las movilizaciones cotidianas de Jorge se explican justamente por los viajes que realiza de lunes a viernes desde la comuna de Paillaco hacia Osorno, para asistir a la universidad. Nos comenta que en un principio su familia había contratado un bus particular para trasladarlo, este servicio de transporte funcionó durante 3 meses hasta que el autobús sufrió fallas mecánicas y tuvieron que tomar otras opciones.

“Los Viajes de primera fueron muy complicados, a mí me daba terror viajar solo por cómo iba a reaccionar la gente, contratamos un bus particular que duro 3 meses, de Paillaco a Osorno y directo a la Universidad. El bus se echó a perder. La preocupación de como trasladarse (...) Empecé a moverme en buses, me di cuenta que no es tan complicado.



En la mañana me levanto 6 y media, 7 y cuarto tomo el bus. Tomo uber ida y vuelta del terminal de buses hasta la Universidad, en micro es complicado, a veces no te quieren llevar o no hacen ciertos recorridos” (fragmento de entrevista).

A Jorge no le gusta salir porque cree que las personas lo van a mirar mal.

“A la playa voy poco la accesibilidad es pésima, no quiero darles más trabajo a mis papas del que ya les he dado, que mis padres disfruten, ya soy quien soy, Las personas tienen aún algunos prejuicios (...) soy una persona hogareña, sale poco (habla en tercera persona) (fragmento entrevista).

Igualmente se refiere a su vida afectiva y la dificultad que tienen las PcD para poder entablar relaciones de tipo afectivas y de pareja.

“Cuesta mucho, cuesta demasiado, porque en el estereotipo, todas las niñas piensan en el príncipe azul, y ese príncipe azul no anda en silla de ruedas. Yo antes ya había pololeado, esa persona quiere ir a la playa y por la accesibilidad el pololo no puede bajar, o cargarle más peso, para mí es incómodo. Una vez con mi ex pareja, su familia le decía a ella, como te va a mantener él si es discapacitado. Uno no sabe si la familia de la otra persona lo va a aceptar” (fragmento entrevista).

Finalmente hicimos un sombrero junto a él desde la ciudad de Osorno en donde estudia hasta Paillaco donde reside.

“Salimos desde la Universidad, Jorge pide un Uber para ir hasta el terminal de buses, se sube solo al auto, sin embargo, su silla de ruedas debe ser guardada por el chofer (...) cuando llegamos al terminal constatamos que el estacionamiento exclusivo para personas con discapacidad está ocupado (...) una vez en el terminal esperamos 30 minutos para que llegue el siguiente bus (...) Jorge se sube al bus ocupando la fuerza de sus brazos, no pide ayuda (...) saluda al chofer y al auxiliar de buses a quienes ya conoce (...) cuando llegamos a Paillaco, advierte el desnivel de las ramplas a través de las cuales se mueve con su silla de ruedas”

Discusión teórica y Reflexiones finales

Para ambos casos podemos decir que sus movi­lidades y esperas, mediadas por su condición de discapacidad, se erigen como pruebas estructurales (Martuccelli, 2013). Como bien plantea Le Breton, para una persona con discapacidad cada nuevo encuentro es una prueba, provoca dudas sobre cómo será recibido y aceptado por el otro en su dignidad (...) Alguien con discapacidad no puede salir de su casa sin provocar la mirada de todos (2002, pp 78-79), como planteaba Jorge, el sentía miedo de “cómo



lo iba a mirar la gente”. Esto implica un constante ejercicio de negociación de la secuencia de sus movilidades, según Middleton y Byles (2019) cada uno con su propio ritmo, sociabilidad y espacialidad.

Para Jorge, a propósito de sus posibilidades de ser sujeto más allá de su discapacidad, su movilidad reducida le impide efectuar actividades de ocio o entretenimiento con su pareja o amigos por la falta de accesibilidad en los diseños de los espacios, ya advertían Massot & Saffran (2007) que una falta de movilidad espacial en un individuo discapacitado puede llevar a una exclusión socio espacial. Jorge también refiere tener “terror” de viajar, como bien señalan Cadestin et.al (2013) desde el momento en que un individuo siente una incomodidad en sus desplazamientos, éste está en riesgo de hacer que su elección sea la no realización de la actividad.

Otra comparación importante es que, si bien Carmen sale menos que Jorge, los lugares a los que asiste son practicados por su valor estético (ir a la playa o el campo), a diferencia de Jorge, cuyos desplazamientos tienden más hacia destinos operativos (la universidad). Igualmente, podemos decir que Jorge es más autónomo que Carmen, puede desplazarse solo con su silla de ruedas, y desde el momento que empezó a ser usuario de los buses interurbanos, comenzó a sentirse más independiente libre (Hiernaux, 2005). Esto se relaciona con lo planteado por Massot & Saffran (2007), quienes aseguran que un individuo es marcado identitariamente al momento en que empieza a moverse solo.

Con respecto a los soportes sociales para enfrentar el desafío de la movilidad, encontramos “estrategias sociales” como; la co-movilidad (moverse con otros) la anticipación y planificación. Por ejemplo, Jorge recibe la ayuda de otros pasajeros para subirse y bajarse del bus, además planifica con anticipación sus viajes, sale muy temprano desde su hogar, se coordina con choferes de la aplicación Uber para que lo trasladen, etc. Por su parte, Carmen nunca se mueve sola, tanto sus salidas veraniegas como sus idas al parque las hace acompañada de sus familiares. Otra forma de sortear las restricciones espaciales es a través de “estrategias performativas” (De Certeau, 1996; Imilan, 2017), Jorge usa hábilmente una silla de ruedas para “andar” y la fuerza de los brazos para desplazarse dentro del autobús, mientras que Carmen También la usa intermitentemente, lo mismo que un bastón, de esta forma intentan apropiarse y utilizar los espacios.



Se puede decir que un individuo que no logra “controlar” su entorno, debido a la ausencia de soportes sociales, puede incurrir en una discapacidad en el campo de la movilidad (mobility disability) y arriesga ver coartadas sus posibilidades de realizar las actividades de su vida cotidiana (Shumway-Cook et al. 2002). Por ejemplo, Jorge, si bien se mueve bastante (de Paillaco a Osorno son casi 100 km), evita actividades de ocio, y sus desplazamientos son más bien funcionales.

Por otro lado, a propósito de las “esperas” y “movilidades de Carmen relacionadas con su proceso de certificación, el Estado sigue siendo en el paisaje neoliberal un ente que garantiza la circulación de mercancías, y en donde la emergencia de derechos sociales funciona de forma decorativa para paliar parcialmente los efectos colaterales de un sistema que fomenta las desigualdades. Podemos decir que las personas con discapacidad son “dobles pacientes” (Auyero, 2018) ya que el modelo médico los identifica como permanentes enfermos (pacientes), improductivos, inmóviles y dependientes, y el Estado también los hace “esperar” para acceder a derechos sociales.

En esta línea podemos decir que la discapacidad es “una construcción imaginario-social”, que tiene un “cemento simbólico”, si se quiere “representacional” en un cuerpo físico, portador de una deficiencia insoslayable desde sus adjetivaciones hegemónicas, y en el cual se deposita y se hace visible su capital global, ciertamente devaluado, lo que deviene en desigualdades objetivas con respecto a los cuerpos “normales”, (...) la discapacidad es concebida como metonimia de lo inmóvil y sinonimia de lo estático, causando un impacto a nivel individuo, en función de la “prueba” de la movilidad, la cual se ve restringida en su cumplimiento, por la deficiencia corporal que las define, por las infraestructuras espaciales no adaptadas y por la hostilidad de una sociedad que nos los reconoce como iguales en derechos.

Estos imaginarios suben a la esfera del Estado en forma de ideología y bajan como políticas públicas de la espera, muchos individuos están condenados a esperar la “ayuda subsidiaria y bonificada de un Estado asistencialista” (Solsona, 2018; Ferrante y Ferreira, 2011). Se advierte del reduccionismo de “concebir las necesidades tan solo como carencias, eso significaría restringir su espectro a lo puramente fisiológico”, que es precisamente el ámbito en que una necesidad asume con mayor fuerza y claridad la sensación de “falta de algo” (Max Neef, 1998, p. 49).

Se considera que “la movilidad espacial es una condición necesaria para la inserción de los individuos a los bienes y servicios, así como a las redes de socialización que ofrecen



los territorios" (...) "En este sentido, y cuando las condiciones de movilidad y de accesibilidad se ven obstaculizadas y restringidas, las personas son susceptibles de exclusión y marginalización" (Lazo, et.al, 2018, p.1). Esto aumenta cuando estos sujetos se reconocen por su pertenencia a un grupo estigmatizado e inferiorizado (Dittus, 2011). En definitiva, la movilidad de las personas tiene un rol a cumplir en la inclusión social (Lazo, et.al, 2018), por tanto, es pertinente conocer la relación entre movilidades, espera e identidad en las personas con discapacidad, como un modo de mejorar y redefinir los mecanismos de inclusión social.

Podemos concluir que las personas con discapacidad, más allá del diagnóstico que se les declara, en tanto individuos, son constructores de sentidos existenciales irrenunciables, al mismo tiempo que son poli-sensoriales, por lo mismo, a su manera, reclaman para sí ser incluidos y tener derecho a participar de forma autónoma de la vida social. Mientras se mueven a pesar de los obstáculos, manifiestan sus reivindicaciones de pertenencia y reconocimiento, las cuales son impugnadas y disputadas a pesar de la hostilidad ambiental y social que promueve restricciones arbitrarias no solamente para sus movilidades y participación social, sino también para sus posibilidades de constituirse ontológicamente como individuos y ser reconocidos como sujetos de derecho.

Notas

¹ diego.solsona@live.cl

Bibliografía

Amiaud, D (2013) L'expérience touristique des personnes autrement capables Inclusion socio-spatiale et bien-être? *Téoros Revue de recherche en tourisme*, 32 (2): 86-95. <https://doi.org/10.7202/1036598ar>

Auyero, J (2018). Llevando a Bourdieu a los márgenes urbanos en *Revista Antropologías del Sur*, 5 (9), 17-28. <https://doi.org/10.25074/ads.v5i9.935>

Barozet, E y Mac-Clure, O. (2014). Nombrar y clasificar: aproximación a una epistemología de las clases sociales. *Cinta de Moebio*. (51), 197-215. DOI: <http://doi.org/10.4067/S0717-554X2014000300007>

Bissel, D. (2010)"Passenger mobilities: affective atmospheres and the sociality of public en transport" *Environment and Planning D: Society and Space*, (28), 270-289. <https://doi.org/10.1068/d3909>

Bourdieu, P. (2014): *Sobre el Estado*. Cursos en el Collège de France (1989-1992). Barcelona, España: Anagrama.



- Bourdieu, P. (2000). *Pascalian meditations*. USA: Stanford University Press.
- Cadestin, Ch., Dejoux V. y Armoogum, J. (2013) *Mobilité et handicap: quelle perception du déplacement? Les déplacements: mobilité, handicap et perception Populations vulnérables*, Néothèque, pp. 131-159. Recuperado de https://www.pantheonsorbonne.fr/fileadmin/IDUP/revue_PopVul/Numero_1/7._Mobilite_et_Handicap_C_Cadestin_-_V_Dejoux_-_J_Armoogum.pdf
- Comfort, M. (2008) *Doing time together*. Chicago: University of Chicago Press.
- De Certeau, M. (1996). *La invención de lo cotidiano I, Artes de Hacer*, México: Edición a cargo de la Universidad Iberoamericana.
- Dittus, R. (2011) "El imaginario social del otro inferiorizado. Taxonomía de la alteridad como espejo del yo contemporáneo", Capítulo 5 en "Nuevas posibilidades de los imaginarios sociales", Colección Tremn-Ceasga, España
- Ferrante, C. y Ferreira, M.A. (2011) *Cuerpo y habitus: el marco estructural de la experiencia de la discapacidad*. *Intersticios revista sociológica de pensamiento crítico*, 5 (2), 85-101. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/277048400_Cuerpo_y_habitus_el_marco_est_ructural_de_la_experiencia_de_la_discapacidad
- Gutiérrez, A. (2009) *Movilidad o inmovilidad: ¿qué es la movilidad? Aprendiendo a delimitar los deseos*. En: XV CLATPU, Buenos Aires. Recuperado de <http://www.filo.uba.ar/contenidos/investigacion/institutos/geo/ptt/GutierrezClatpu09b.pdf>
- Hiernaux, D. (2005) *¿Identidades móviles o movilidad sin identidad? El individuo moderno en transformación*. *Revista de Geografía Norte Grande*, (34) 5-17. Recuperado de <https://repositorio.uc.cl/bitstream/handle/11534/10481/000390466.pdf?sequence=1>
- Imilan, W. (2017) "Performance" en Zunino, Gucci y Jiron comp. *Términos clave para los estudios de movilidad en América Latina*, (pp 147-153). Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.
- Jiron, P. (2011.) *On becoming the shadow*. En: Buscher, M y otros (eds.), *Mobile methods*, Routledge. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/118194>.
- Latour, B. (2008) *Reensamblar lo social: una introducción a la teoría del actor-red*. Manantial: Argentina.
- Lazo, A. et.al (2018-2020) "Diseño de un Modelo de Gestión Integrada de la Movilidad Cotidiana Archipelágica (GEMOVI) para la Comuna de Quinchao (Chiloé)", Documento de propuesta. Proyecto del Fondo de fomento al desarrollo científico y tecnológico, FONDEF ID18I10284. Proyecto en ejecución.



- Lazo, A y Carvajal, D (2017) "La movilidad y el habitar Chilote: Cambios, Rupturas y Continuidades en las prácticas", *Chungara: Revista de Antropología* 50 (1), 145-154. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/151821>
- Le Breton, D (2002) "La Sociología del Cuerpo", Argentina, Ediciones Nueva Visión.
- Le Breton, E. (2004). "Nouveaux problèmes de mobilité, nouveaux acteurs? L'aide a la mobilité dans le secteur de l'insertion sociale et professionnelle". En: Orfeuil, Jean Pierre. *Transports, pauvretés et exclusions. Pouvoir bouger pour s'en sortir. La Tour d'Aigues* (Francia): Editions de l'Aube.
- Max Neef, M, (1998) "Desarrollo y necesidades humanas" Desarrollo a escala humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. Editorial Nordan Comunidad, Colombia.
- Martuccelli, D. (2013). Solidaridad, individuación y globalización. Barcelona, Documentos CIDOB, Dinámicas Interculturales 17. Recuperado de https://www.cidob.org/publicaciones/series_pasadas/documentos/dinamicas_interculturales/solidaridad_individuacion_y_globalizacion_2
- Massot, M H and Zaffran, J (2007) Auto-mobilité urbaine des adolescents franciliens1 To Move Alone for Adolescents in the Paris Metropolitan Area, *Espace populations sociétés*, 2 (3), 227-241. <https://doi.org/10.4000/eps.2133>
- Merino, C. (2016). Del proyecto interrumpido de la democratización de la salud a la práctica Neoliberal en Chile. 1960-1998. Osorno: Ediciones Universidad de Los Lagos.
- Middleton J, and Byles, H (2019) Interdependent temporalities and the everyday mobilities of visually impaired young people, *Geoforum*, 102, 76-85. <https://doi.org/10.1016/j.geoforum.2019.03.018>
- Novoa, A. (2015) Mobile ethnography: emergences, techniques and its importance to geography. *Journal of studies and research in human geography*, 9 (1), 97-107. Recuperado de http://humangeographies.org.ro/articles/91/a_91_7_novoa.pdf
- Olivera Poll, A. (2006) Discapacidad, accesibilidad y espacio excluyente. Una perspectiva desde la Geografía Social Urbana, en *Treballs de la Societat Catalana de Geografia*, 61-62, 326-343. Recuperado de http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3954/discapacidad_accesibilidad_espacio_excluyente.pdf?sequence=1&rd=0031360887725681
- Shumway-Cook, A, Patla, A E, Stewart, A, Ferrucci, L, Ciol, M A, Guralnik, J M. (2002). Environmental Demands Associated with Community Mobility in Older Adults with and Without Mobility Disabilities. *Physical Therapy*, 82(7), 670- 681. Recuperado de: <http://ptjournal>



Solsona, D. (2018) “Los imaginarios sociales de la discapacidad: La circulación de imágenes, rótulos y heteronomías en la región de Magallanes Chile. Grupo de trabajo 06 “Imaginarios sociales y memoria”. ISBN 978-9974-8434-7-9 Recuperado de http://alas2017.easyplanners.info/opc/tl/0219_diego_alfredo_solsona.pdf.

Stock, M. (2006) L’hypothèse de l’habiter poly-topique: pratiquer les lieux géographiques dans les sociétés à individus mobiles», EspacesTemps.net, <http://espacestemp.net/document1853.html>.

Schwartz, B. (1975). Queuing and waiting. Studies in the social organization of access and delay. USA: The University of Chicago Press.

Venturiello, M. P. (2013). Los cuerpos con discapacidad en los diferentes ámbitos sociales: espacios físicos e interacciones sociales. VII Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://jornadasjovenesiigg.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/107/2013/10/eje7-venturiello.pdf>



Cuerpos diversos: aspectos socioculturales sobre las corporalidades y la discapacidad en la infancia nahua de la huasteca potosina

Andrea Cristina Moctezuma Balderas¹

Resumen

El cuerpo y los procesos salud-enfermedad tienen una forma diferente de organizarse, estructurarse y representarse en las distintas sociedades y culturas, de tal manera la discapacidad tendrá formas diversas de conceptualizarse y atenderse según un determinado contexto sociocultural. En la presente investigación se analizan las configuraciones corpóreas y representaciones simbólicas que emergen entorno a la discapacidad infantil en las comunidades indígenas nahuas de Tamazunchale, Matlapa y Tampacán, ubicadas en la Huasteca Sur del estado de San Luis Potosí, México.

Palabras Clave

Cuerpos diversos, discapacidad, infancia.

Introducción

En la presente investigación se lleva a cabo un abordaje social, antropológico y humanista sobre el cuerpo, esa composición de carne, huesos, vertebras; sangre y corazón, animada por un espíritu y por una inteligencia intangible que habita en cada uno de nosotros, nuestros cuerpos nos hacen ser y no ser, nos hacen ser diferentes de los otros y ser con los otros, no obstante, en este mundo de los neos, (neocolonialismos y neoliberalismo) se nos ha querido vender un imagen corpórea homogénea e idealizada -la imagen de un cuerpo estéticamente agradable a la vista- el cuál es presentado constantemente en todos los medios de comunicación, siendo el cuerpo occidental el modelo predilecto para distinguir lo que es deseable de lo que no lo es.

El motivo que causo interés en mí para analizar a la discapacidad infantil en el contexto étnico de la huasteca, emerge a raíz de un dato empírico plasmado en un artículo periodístico del diario Sin Embargo, llevado a cabo por la periodista Priscila Hernández Flores, (con fecha del 30 de Abril del 2014)¹ dicho artículo tiene como título : Niño, indígena discapacitado: infierno en la huasteca, en él la periodista va relatando las historias de Juan, Marcela y Francisco, infantes que atraviesan junto con sus madres diversas dificultades para poder acceder a los servicios de salud y educación brindados por los Centros de Atención Múltiple (CAM) y por las Unidades básicas de Rehabilitación, (UBR), ambos centros se encuentran ubicados en las cabeceras municipales de Tamazunchale, Matlapa y Tampacán.



Para poder asistir a los Centros de Atención Múltiples, los infantes son bajados de sus comunidades sobre las espaldas de sus madres mediante el uso de un rebozo, para poder llegar al cruce de carretera en dónde tomarán un transporte público que los llevara al CAM donde serán recibidos por sus maestras. No obstante, las condiciones económicas precarias y la dificultad que implica el traslado han generado que los infantes se ausenten de la escuela por varios meses, lo que genera un retroceso en su proceso de aprendizaje y un deterioro físico de su salud, y en algunos casos los niños nunca son llevados a un Centro de Atención Múltiple, como es señalado en un párrafo de dicho artículo:

[...] Los que son cargados en rebozos al menos asisten a la rehabilitación o a las clases de los centros de atención múltiple, donde también reciben instrucción y capacitación laboral. Pero en la Huasteca hay niños y niñas con discapacidad que siguen en sus comunidades, que nunca han recibido atención, que jamás acudieron a la escuela y que ahí encerrados pasan los años hasta convertirse en adultos. (Hernández, 2014).

Con la investigación busco señalar que la “discapacidad” no sólo tiene su etiología en condiciones biológicas o genéticas, también encuentra su origen en el entorno social de los individuos, la discapacidad se encuentra muy presente en contextos de marginación, en donde la precariedad afecta el desarrollo físico y emocional de los sujetos, lo que ha generado deterioro en sus cuerpos a causa de la desnutrición, el desgaste por llevar a cabo trabajos atenuantes, y la inaccesibilidad a los servicios de salud integrales, en el caso de México es evidente que una gran parte de la población indígena vive con una discapacidad producida y agravada por las desigualdades económicas y sociales que atraviesan las comunidades.

Al respecto, el censo de Población INEGI del 2014 en su estudio denominado “Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad (3 de diciembre)³”, señala que de los casi 120 millones de personas que habitan el territorio mexicano, 7.2 millones de habitantes presentan alguna composición corporal distinta. En el estado de San Luis Potosí 6.6% de la población total presenta estas características corpóreas diversas, siendo uno de los estados que muestra mayor prevalencia en porcentajes de población con “discapacidad”.

A su vez, la ENADID4 en 2014 registró a poco más de 6.8 millones de hablantes de lengua indígena en el territorio nacional; de ellos, alrededor de 484 mil son personas con discapacidad, el total de personas con discapacidad de 3 años y más que residen



en el territorio nacional, 6.9% son hablantes de lengua indígena. En cambio, entre la población que vive sin discapacidad ni limitación, la proporción es 5.8 por ciento lo cual significa que la prevalencia de la discapacidad en la población indígena del país es de 7.1%, superior a la observada en el total de la población (6 por ciento). Esta situación representa un gran desafío para el diseño de políticas públicas enfocadas a “promover la inclusión social de todas las personas con discapacidad, incluyendo zonas rurales e indígenas” (DOF, 2014: 28).

En el caso específico de mi área de estudio, (Tamazunchale, Matlapa y Tampacán), existe un alto índice de población indígena y con discapacidad, en el caso de Tamazunchale su población total es de 92, 291 habitantes (siendo el municipio con mayor población de región sur de la Huasteca Potosina), de este total de población 38, 226 habitantes pertenecen a una etnia indígena, y 3, 032 habitantes presentan algún tipo de discapacidad.

En la cabecera municipal de Tamazunchale se ubica el CAM “Ignacio Trigueros” dicho centro de educación es el que cuenta con mayor infraestructura en la región, atendiendo a 67 niños de la cabecera municipal y de las comunidades aledañas, como lo son las comunidades de Chapulhuacan (perteneciente al estado de Hidalgo), San Martín, el Naranjo, Zacatipan y Tamán. Los padecimientos corporales preponderantes dentro de dicha institución es la diversidad intelectual, seguida por el autismo, sordo hipo acústicos, y en un menor grado se encuentran infantes con discapacidad neuromotora.

En el municipio de Tampacan la población total es de 15, 382 habitantes de los cuáles 6, 964 pertenecen a una etnia indígena y 877 padecen discapacidad, en este municipio se encuentra ubicado el Centro de Atención Múltiple “Sigmund Freud” el cuál atiende a 32 infantes con padecimientos de Autismo, Síndrome de Down y diversidad intelectual. En el caso del municipio de Matlapa la población total es de 31, 109 habitantes de los cuáles 17, 746 pertenecen a una etnia indígena y 1,005 padecen algún tipo de discapacidad, en este municipio se ubica el Centro de Atención Múltiple “Frida Kahlo” el cual atiende a 17 infantes con Síndrome de Down, ceguera, diversidad intelectual y sordo hipo acústicos.

En base a lo anterior es importante señalar que a discapacidad es una construcción socio-cultural establecida en gran medida por las instituciones sociales, económicas y políticas hegemónicas. Dentro del campo indígena la pobreza extrema, las carencias de infraestructura y medios de transporte adecuados, aunado con la deficiencia en la



aplicación de programas de salud y educativos que reporten prácticas y conceptos de la tradición indígena, han obstaculizado la inserción de los y las niñas nahuas con discapacidad dentro de la vida social de su comunidad.

Cuerpos diversos: acercamiento teórico

La conformación del sujeto se encuentra enmarcada en las relaciones sociales que este tiene con los otros, dichas interacciones son dadas con y a partir del cuerpo, en la presente investigación se analizan las identidades corporales que conforman a los infantes nahuas con discapacidad como sujetos dentro de su contexto sociocultural, por lo cual dejo de analizar al cuerpo en su concepción cartesiana-dualista (cuerpo-mente), para analizarlo de forma tripartita: el cuerpo individual, el cuerpo social y el cuerpo político.

David Le Bretón, señala que la corporeidad es construida socialmente: “las representaciones del cuerpo y los saberes acerca del cuerpo son tributarios de un estado social, de una visión del mundo y, dentro de esta última, de una definición de persona (2002:13), en este sentido se ha tenido la creencia de que los cuerpos y sus componentes fisiológicos producen a los sujetos, no obstante Le Bretón señala que son los sujetos a partir de la interacción social con otros sujetos lo que conforma a las corporalidades.

El análisis del cuerpo individual, social y político tiene la finalidad de entender las intersecciones que conforman las corporalidades de los infantes con discapacidad, en este punto la teoría de la interseccionalidad ha sido utilizada por los estudios feministas para entender los procesos de discriminación y exclusión asociados a la condición de género, procesos que no solo encuentran su origen en el género, también se derivan de factores como lo es la raza, la clase, la escolaridad, la orientación sexual y los procesos salud-enfermedad.

De igual forma considero que los procesos de exclusión, segregación y discriminación de los sujetos que presentan una discapacidad no solo se encuentran enmarcados en la condición biológica del padecimiento, las condiciones de clase, raza, género, religión, lengua y escolaridad, serán “diferencias que marcan la diferencia”, es necesario que las distintas leyes y normas que plantean la inclusión de las personas con discapacidad, entiendan las intersecciones que existen en torno al fenómeno de la discapacidad.



La discapacidad se ha insertado profundamente en las corporalidades de los individuos que han sido conceptualizadas bajo dicho término, lo que ha generado una producción de otredad basada en los conceptos foucaultianos (2001) de “normal” y “anormal”, de tal forma la “normalidad” se ha insertado en nuestra sociedad como un concepto homogeneizador, heteronormativo y occidental, que ha contribuido a la segregación, discriminación y exclusión de aquellos individuos que por condiciones biológicas o sociales no cumplen con alguno de los aspectos normativos corporales instituidos por el estado, las instituciones o la sociedad, llevándolos a convertirse en individuos que viven fuera de la norma, que no forman parte de, y por consiguiente en los “anormales”.

Dentro de nuestra diversidad corporal ¿Qué sujeto podría decirse de sí mismo que es un normal?, y ¿Qué significa ser un normal?

La clasificación de los sujetos en base al concepto de normalidad atiende a una composición dialéctica entre el modelo médico y el social (Elder Carvalho, 2009), ambos modelos dan una explicación sobre las causas de la discapacidad y la incapacidad: el modelo médico se basa en la patología corporal de los sujetos:

Considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta (CIF, 2001:22)

En contraparte el modelo social plantea que la discapacidad y la incapacidad asociada a ella tienen una connotación social y colectiva:

Considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social (CIF, 2001:22)

En este sentido, las instituciones sociales sobre todo las educativas y de salud, buscan generar cierta uniformidad de los cuerpos, las prácticas y los procesos sociales que emergen sobre estos, lo que ha generado un conflicto con respecto a los saberes y conocimientos construidos en las comunidades étnicas, enmarcándose una interacción y lucha entre dos campos sociales: el campo médico (occidental / institucional) el campo



social (comunitario / étnico). El campo social, se encuentra integrado por un conjunto de relaciones históricas objetivas entre posiciones ancladas en ciertas formas de poder o de capital”, (Wacquant, 1995: 23). Con respecto a los campos y sus posiciones Pierre Bourdieu señala:

Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que impone a sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones, por su situación (situs) actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o capital) – cuya posesión implica el acceso a las ganancias que están en juego dentro del campo– y, de paso, por sus relaciones objetivas con las demás posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.) (Bourdieu, 1995: 64).

En la investigación busco llevar a cabo una diálogo entre ambos campos sociales (médicos y sociales), con la finalidad de crear puentes que conduzcan a entender que la discapacidad no solo tiene orígenes patológicos y sociales, también se encuentra imbricada en elementos culturales, como las creencias y tabús, los cuáles en conjunto dan forma a un imaginario social de la discapacidad, en este aspecto, los estudios antropológicos pueden ayudar al entendimiento de los imaginarios sociales y de las creencias sobre los distintos proceso de salud-enfermedad en distintos contextos culturales.

El campo médico ha puesto énfasis en las deficiencias corporales que producen y agravan la discapacidad, en este aspecto la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad por sus siglas (CIF), señala que las deficiencias “representan una desviación de la “norma” generalmente aceptada en relación al estado biomédico del cuerpo y sus funciones. La definición de sus componentes la llevan a cabo personas capacitadas para juzgar el funcionamiento físico y mental de acuerdo con las normas generalmente aceptadas” (2001:14)

El modelo biomédico enfatiza los problemas de salud que se presentan en los cuerpos con discapacidad lo que ha generado que el cuerpo discapacitado sea visto como un cuerpo enfermo y dependiente de cuidados, en este aspecto “la persona pasa a ser percibida y representada en el imaginario social colectivo como alguien totalmente incapaz, ya que se toman en consideración las características aisladas de ciertos órganos y sus funciones, perdiéndose de vista el sujeto como un todo” (Elder Carlvalho,2009: 149).



Franz Fanon señala que “en el mundo blanco, el hombre de color se topa con dificultades en la elaboración de su esquema corporal y por consiguiente el conocimiento del cuerpo es una actividad únicamente negadora, es un conocimiento en tercera persona” (2009:112), esta negación del cuerpo y las dificultades de reconocerse a sí mismo y no en contra parte del otro, es la crítica que hace Fanon a las categorías dialécticas sobre la cual el negro se construye a partir del blanco, en este sentido la discapacidad se construye a partir del capacitado y a su vez es producida por la estructura social, la cual al ser nombrada en los discursos médicos e institucionales produce cuerpos discapacitados, es decir, cuerpos “otros.

“Yo quería simplemente ser un hombre entre otros hombres”, con esta frase Fanon nos remite a la violencia física y simbólica del biopoder, el cuál limita a los individuos a ser y existir dentro de categorías limitadas (negro, indígena, discapacitado, homosexual), en lugar de ser contemplados en primer lugar como seres humanos. “No soy una potencialidad de algo, soy plenamente lo que soy. No tengo que buscar lo universal, en mi seno ninguna probabilidad se realiza. Mi conciencia negra no se ofrece como carencia, ella es seguidora de sí misma “(Fanon, 2009: 128).

Cabe señalar que el término “normal”, hace referencia a ciertas características corporales y sociales, en donde la discapacidad no es el único padecimiento corporal que se ha segregado, también se encuentra la diversidad sexual y las características étnicas, de tal forma cabría cuestionarse: ¿Qué implicaciones sociales, políticas y económicas conlleva el ser un individuo que presenta una corporalidad física diversa y a su vez, pertenece a una etnia indígena?

Hablando específicamente en el ámbito mexicano, es conocido que las comunidades indígenas, son grupos sociales que han sido vulnerados, por la segregación que el mismo estado-nación ha propiciado, a partir del poco interés en implementar políticas públicas orientadas a la inclusión social a partir de la diversidad corporal y del conocimiento local, en lugar de ello, ha generado exclusión a partir de la implementación de instituciones y prácticas colonialistas, que buscan la homogeneización de los integrantes de las comunidades indígenas, la homogeneización de sus cuerpos y de sus lenguas, generándose de esta forman el racismo y el Post colonialismo del siglo XXI.



Aspectos metodológicos

La presente investigación está realizada mediante una cohorte antropológica, por lo tanto, la ruta metodológica es de tipo cualitativa, metodología adscrita a su vez, a elementos teóricos como lo es la fenomenología de la experiencia de Merleau-Ponty el interaccionismo simbólico, y la teoría sobre la interculturalidad. La investigación cualitativa es definida como: “un conjunto de técnicas de recolección, modelos inductivos y teóricos que dan voz y privilegio a los actores” (Tarrés, 2001:16) les dan agencia a los sujetos a investigar.

El método de investigación que será predominante y sustancial para la investigación reside en el quehacer etnográfico. Elsie Rockwell define a la etnografía como “aquella práctica que acumula conocimientos sobre realidades sociales y culturales particulares” (2018:18-19).

La etnografía no es una práctica que se da desde lo individual, es decir, desde un enfoque ético otorgado por el investigador, en este aspecto, una de las principales características del proceder etnográfico es su carácter colectivo. El trabajo etnográfico es una forma de construir conocimiento a partir del trabajo relacional con los otros.

El método etnográfico significa comprender que solo se puede conocer lo que los otros quieren que se conozca, y el acceso a este tipo de conocimientos lleva en primer lugar a un compromiso ético y moral con los colaboradores (los informantes), al respecto, la antropóloga Nancy Scheper Hughes quien retrata la marginación y las muertes infantiles en Brasil en su obra *Las muertes sin llanto*, hace hincapié de que “la práctica etnográfica debe ser moralmente responsable” (1978 :85-93), en el caso de la presente investigación se recurre a una metodología moralmente responsable, debido a que los actores sociales son infantes con discapacidad, por lo que el tacto, el respeto y el cuidado de la integridad física y emocional de los infantes es la principal preocupación de la investigación.

Conclusiones

Con el presente estudio busco incidir en la transformación de la representación sobre la discapacidad, presentando a los infantes nahuas con discapacidad como sujetos que a su manera inciden y son partícipes de la vida social de su comunidad, esta representación de autonomía y de agencia se opone completamente al discurso médico el cual ha diagnosticado a las personas con discapacidad como seres dependientes,



incompletos y cómo una pesada carga para su grupo familiar y para la sociedad en general.

La discapacidad es una construcción socio-cultural establecida en gran medida por las instituciones sociales, económicas y políticas hegemónicas. Dentro del campo indígena la pobreza extrema, las carencias de infraestructura y medios de transporte adecuados, aunado con la deficiencia en la aplicación de programas de salud y educativos que reporten prácticas y conceptos de la tradición indígena, han obstaculizado la inserción de los y las niñas nahuas con discapacidad dentro de la vida social de su comunidad.

Las creencias sobre el cuerpo y la discapacidad en la región de la Huasteca Sur, encuentran su referente en entes sobrenaturales, entidades anímicas y en elementos propios del campo religiosos, como lo son los designios o castigos divinos, mismos que conducen a las madres de familia a construir modelos de autoatención en base a conocimientos comunitarios, los cuáles entran en conflicto al momento de recibir el diagnóstico médico oficial sobre la discapacidad de sus hijos, en este sentido, se necesita la aplicación de un diálogo horizontal entre los profesionales de la salud y las madres de familia con la finalidad de evitar prácticas que violenten la autodeterminación de los pueblos indígenas.

Los programas sociales implementados mediante apoyos económicos de tipo “asistencialista” que el gobierno ha destinado para atender a esta población no han podido dar solución a las problemáticas que enfrentan día con día, gracias a la investigación, se lleva a cabo un análisis sobre las dificultades que los infantes atraviesan, adversidades que son subsanadas por su grupo familiar, principalmente por las madres de familia y por las maestras que laboran en los Centros de Atención Múltiple, y es gracias a este capital social que los infantes han podido tener acceso a la educación y a la salud.

Con la presente investigación se busca visibilizar las desigualdades vitales y exclusiones en las que viven de manera cotidiana los infantes Nahuas con discapacidad en la región de la Huasteca Potosina, con la finalidad de generar puentes que conduzcan a un intercambio de saberes y modelos de atención de salud comunitarios, que ayuden a comprender las formas otras de vivir, entender y atender la discapacidad.



Notas

¹ andrea.moctezuma@colsan.edu.mx - COLSAN, México.

Referencias Bibliográficas

Bourdieu Pierre, Waquant Loic. (1995). Respuestas por una Antropología Reflexiva. Grijalbo: México.

CIF. 2011. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad: versión para la infancia y adolescencia. Madrid, España.

Fanon, Franz. 2009. Piel negras máscaras blancas. España: Akal

Foucault, Michel (2001). Los Anormales. En Curso en el Collège de France (1974, 1975.), Fondo de Cultura Económica de Argentina, 2° reimpresión, (Primera edición en francés 1999) Buenos Aires: Argentina.

Hernández, Flores Priscila. 30 de abril de 2014. Niño, indígena discapacitado: infierno en la Huasteca. En periódico, Sin Embargo, México.

INEGI. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad. 3 de diciembre 2014. México. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/discapacidad0.pdf>

INEGI. Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas, 2010. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/mapa/denu/>

Merleau-Ponty, Maurice. Fenomenología de la percepción. Barcelona, Península 1975: 182.

Rockwell, Elsie. La experiencia etnográfica. Paidós, Buenos Aires. 2009: 18-19.

Scheper-Hughes, Nancy, 1977. y. Las muertes sin llanto. Ariel, Barcelona. 8. Kleiman, Arthur. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. Social Science and Medicine. 1978 :85-93.

Tarrés, María Luisa (Coord.). Observar, escuchar y comprender. Sobre la investigación cualitativa en la investigación social. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México. 2001:16.

Wacquant, L. (2006). Entre las cuerdas. Cuadernos de un aprendiz de boxeador. Siglo XXI, Buenos Aires.



Cuestionar la hegemonía del lenguaje oral en niñas y niños con discapacidad y su relación con las expectativas de producción de individuos genéricos

Nora Lucía Gómez Victoria
Nora Aneth Pava Ripoll

Resumen

El interés de esta ponencia es plantear que, en el contexto actual marcado por el discurso de la diversidad y la libre elección, supuestos compartidos por el neoliberalismo, se nos plantea al mismo tiempo el discurso y la práctica del aseguramiento de la calidad, con procesos de estandarización y competencia para la excelencia. En esta ponencia se argumenta, que en este contexto social las niñas y los niños con discapacidad que no acceden al lenguaje oral y sus familias sufren procesos de opresión porque su comunicación mediante distintos repertorios simbólicos es subvalorada o ignorada, En consecuencia, se niega la posibilidad de que estas niñas y niños y sus familias pueden mediar sus experiencias y construir otras formas de ser, estar y vivir sus vidas mediante estos sistemas Finalmente, retomando referentes posestructuralistas sobre la infancia, se invita a una apertura a la vida desde ontologías relacionales

Palabras clave

Hegemonía, lenguaje oral, discapacidad, producción de individuos genéricos.

Introducción

En el contexto actual de políticas de calidad que implican procesos de estandarización se convierte la Otredad en lo mismo, es decir. En la ponencia se presenta como la experiencia particular de la discapacidad de niñas y niños que no acceden al lenguaje oral, sigue siendo, ignorada, subvalorada y sometida a la aplicación de tecnologías cada vez más sofisticadas que se supone van a permitir superar los déficits del habla.

Justificación del Problema

En la actualidad los debates académicos y los lineamientos de las profesiones, en campos de saber y práctica como la fonoaudiología, aunque se manifiestan en contra de los discursos de la normalidad, responden paralelamente a los lineamientos de la calidad, con prácticas basadas en la evidencia y procesos de estandarización que se fundamentan para la infancia en enfoques desarrollistas (Ley 1804, 2016). Estos discursos buscan la producción estandarizada de individuos que sean competentes y



productivos (Santos, B. 2014. Castillo, P. 2015). En consecuencia, las niñas, los niños y jóvenes y sus familias, al ser parte de estas sociedades son disciplinadas y controladas no solo desde las políticas estatales que orientan los sistemas cerrados como los servicios de salud y educación, sino en “forma desterritorializada” desde otros espacios abiertos como la televisión y el marketing (Deleuze, 1991). En este escenario, las niñas y los niños con discapacidad que no acceden al lenguaje oral y sus familias son sujetos de gobierno y son sometidos a través del control de una de las funciones primordiales del ser humano como es la comunicación mediante la imposición del lenguaje oral, como medio hegemónico para que sean autodependientes, Sin embargo, para una población significativa de estas niñas y niños el lenguaje oral no es accesible, y esto lleva a sus familias a una búsqueda permanente de técnicas con la esperanza de que en algún momento se logrará el habla. En consecuencia, es necesario problematizar las metanarrativas de las madres y padres, relacionados con los discursos dominantes sobre individuos genéricos, capaces y competentes en el lenguaje oral.

Metodología

Este estudio fue desarrollado con tres madres y dos padres de niñas y niños con discapacidad entre 3 y 8 años que asistían a un centro de NeuroRehabilitación en una ciudad colombiana. Desde un enfoque cualitativo, con perspectiva de narrativa conversacional se llevó a cabo una investigación / intervención en la que se privilegiaron estrategias de reflexividad que dieran la posibilidad de aprender de los demás, reconocer cómo los otros resuelven asuntos que las madres y los padres de las niñas y el niño con discapacidad no han podido resolver de manera que se crearan oportunidades de cambio.

Resultados y discusión

Los hallazgos de la investigación fueron problematizados desde posturas críticas que cuestionan las miradas y los lineamientos de educación de la infancia subsidiarias a las políticas neoliberales que se presentan como la única alternativa posible, lo que Unger (2009) denomina una “dictadura de la no alternativa”. Desde esta perspectiva la educación en las primeras etapas se ve como una inversión que permitirá contar con población productiva en el futuro. (Moss, P. 2019). Las normativas que se desprenden de estas posturas teóricas y lineamientos se convierten en lineamientos de control de las poblaciones infantiles y sus familias.



El análisis de los relatos de las madres y los padres que participaron en la investigación muestra que hay un control sobre una de las funciones primordiales del ser humano como es la comunicación mediada por el lenguaje oral. En este sentido, se expresa un fuerte deseo por parte de las madres/padres porque sus hijas e hijo hablen, objetivo que hasta ese punto no habían alcanzado después de años de terapias.

Ahora bien, entendiendo que el deseo es una construcción por un mundo que se ha ficcionado (Larrauri, 2000) vemos en los siguientes relatos las expectativas del mundo que representa el lenguaje oral.

Yo digo que, si Sofi no tuviera ese tipo de problema, yo creo que Sofi sería una persona no sé, no sé hasta dónde podría llegar. Papá de Sofi,

Sin embargo, Deleuze (Larrauri, M. 2000) argumenta que el deseo puede ser impuesto. Al asumir estos planteamientos, es difícil distinguir entonces lo que serían los deseos auténticos de las madres y padres de aquellos impuestos por las sociedades, que en el contexto actual están gobernadas principalmente por la ideología neoliberal, con un afán por producir seres humanos genéricos, capaces y productivos. Este planteamiento coincide según Castillo (2015) con los elementos simbólicos del neoliberalismo como son el individualismo y la competencia. La presencia de algunos de estos elementos se puede ver en el siguiente relato del papa de Sofi:

[...] le buscamos una enfermera que se haga cargo de ella, así sea por la mañana, para que ella se vuelva primero autodependiente y segundo aprenda, aprenda y que ese aprendizaje que vaya a tener la desarrolle más.

En otras palabras, la mirada de las niñas y el niño pasa por las narrativas sobre la infancia y su educación denominada por Moss, P. (2013), como la historia de la calidad y los altos retornos, en ella se plantea que si se aplican las tecnologías adecuadas en la infancia se obtendrán grandes retornos y se resolverán los problemas sociales (Moss, 2013). El uso de estas tecnologías se asocia a referentes conceptuales evidentes en los relatos de las madres y los padres, siendo uno de los más importantes la noción de desarrollo infantil y aprendizaje prescriptivo que hacen parte de tecnologías de control (Moss, 2013). Los siguientes relatos ilustran estos planteamientos:

[...] no sé si hay algún otro método, algo tiene que haber, [...] Porque hay palabras que por más que ella me diga no entiendo, Mamá de Sofi



Es posible observar como el poder de las metanarrativas que definen las expectativas de las madres y padres, la/os llevan a una aplicación reiterada de técnicas y a mantener la esperanza de encontrar algún método para mejorar el habla de sus hijas e hijo.

El análisis nos revela, además, un peligro importante, que no puede pasarse por alto, y es, que la búsqueda y aplicación de tecnologías está centrada en la transformación del habla de las niñas y el niño y la comunicación pasa a un segundo plano. Mientras tanto, al resto de los interlocutores y la sociedad no se les plantea ninguna transformación en sus propias formas de comunicación,

[...] yo le hago así es digamos la de la P, que ella pueda pronunciar bien, ella puede pronunciar bien la pa y el po, pero lo que es la pe y el pi le queda difícil.

Si nos atrevemos a cuestionar estos deseos relacionados con el mundo que promete el lenguaje oral, bajo el supuesto de que, en cierta medida, son impuestos, podríamos preguntarnos: ¿Por qué se desea solo el mundo que promete el lenguaje oral, cuando sus hijas e hijo no acceden a él, después de muchos años de terapia?, ¿no pueden ser de una manera diversa a la identidad que se ha forjado con anterioridad sobre ellos?

En la búsqueda de respuestas, asumimos que los deseos de las madres y los padres responden a una subjetividad construida desde las demandas sociales, que en este caso corresponde al mundo que representa el lenguaje oral,

En contra de esta perspectiva dominante, se han propuesto narrativas alternas sobre la infancia, de las cuales tomamos, aquellas inspiradas en los desarrollos del pensamiento de Loris Malaguzzi, Michel Foucault, y Guille Deleuze que están siendo documentadas en las escuelas de Reggio Emilia, Italia (Edwards, C. Gandini, L y Forman, G. Eds. (2012)), y en preescolares de Suecia, Moss (2019, Olsson, L (2009) y Dahlberg, G (2013)

Desde estas perspectivas se están construyendo nuevas formas de ver a las niñas y los niños desde el devenir de sus vidas en los encuentros que acontecen en la cotidianidad. Desde estas posturas Ese cuestionan estos deseos impuestos para aprender a construir otros más auténticos, que surjan de entretener sus vidas con las de sus hijos de otras formas. Apostándole a una escucha que reconozca su forma particular de ser, con sus diversos repertorios simbólicos. Echar mano de teorías, distintas a las que subsidian una sola alternativa para comprender la infancia. En este orden de ideas resultan



interesantes, por un lado, los planteamientos post-humanistas de Karin Murriss, K (2016) quien plantea que sufrimos de una injusticia onto-epistémica, un prejuicio relacionado con la edad, desde el cual los adultos reclaman tener el conocimiento sobre lo que es bueno para las y los niños. Por otro lado, las propuestas de Davies B. (2014 y Olsson L. (2009). al contextualizar planteamientos de Gilles Deleuze.

En la línea de ideas de Murriss (2016) cuando pretendemos saber desde el conocimiento adulto que el desarrollo del lenguaje oral es el camino por excelencia para la realización de todas las niñas y los niños y lo imponemos, por encima, de los otros repertorios simbólicos, les estamos arrebatando 99 posibilidades más de comunicarse, de soñar y participar en otros mundos. Aún más, cuando estos repertorios simbólicos son los recursos de comunicación de las niñas y los niños con discapacidad que no acceden a la oralidad, y seguimos imponiendo el lenguaje oral como el único o mejor camino, lo convertimos en un sistema hegemónico que oprime sus vidas y de paso las de sus familias, pues éstas quedan atrapadas en la búsqueda de las tecnologías que lo harán posible.

Por el contrario, pensar en los cien lenguajes de las niñas y los niños, siguiendo los planteamientos de Loris Malaguzzi (Edwards, C. Gandini, L, Forman G. Eds. 2012) es prestar atención a sus formas de comprender el mundo a través de la polisensorialidad de sus encuentros cotidianos en los que comprenden la vida (conversación con Vea Vecchi, en Edwards, C. Gandini, L, Forman G. Eds. 2012).

En los siguientes relatos de las madres de la investigación vemos algunos ejemplos de estos repertorios simbólicos y la forma en que sus hijas e hijo los usan para descubrir el mundo y relacionarse en él de manera polisensorial.

Exactamente, desde su forma se comunica con nosotros, ella quiere agua entonces ella me mira "hmmm" "hmmm", entonces como que con la mirada me señala que quiere agua" [...] cuando ella quiere, ella misma lo busca, le gusta oler, hemos notado que a ella le gusta oler. Mamá de Nati

[...] de entender que no solamente el lenguaje debe ser hablado, sino que hay otras manifestaciones Mamá de Pedro

Estas experiencias, implican escuchar no como una maniobra para gobernar mejor a los otros, para encajar lo que escuchamos en lo que ya conocemos, sino desde el respeto por la diferencia y el Otro. (Davies, B. 2014). Si nos fijamos vemos como las madres



empiezan a salirse del status quo en los encuentros con su hija e hijo, lo que implica enfrentar la aversión a los riesgos de abrirse a comunicarse de otras formas en una sociedad en la que los niños vulnerables son protegidos de la desventura, [...] para poder lograr, incluso con los niños muy pequeños, transformaciones creativas, y la adquisición experimental de nuevas relaciones yo-otros (Davies, 2014) en este caso explorando la comunicación a través de diversos repertorios simbólicos.

Reflexiones finales

Consideramos que explorar los distintos repertorios simbólicos para las poblaciones con discapacidad que no acceden a las lenguas orales es un asunto esencial e impostergable sino queremos mantener la opresión sobre ellas y sus familias, mediante la imposición de desear el mundo que solo promete el lenguaje oral. La tarea no es fácil porque implica desnaturalizar la hegemonía de las lenguas orales y hacer un cambio ontológico, para pensar que no hay un solo mundo al que los niños pueden pertenecer, sino que se puede desear un pluriverso, es decir un mundo donde quepan muchos mundos (Escobar, 2016), construido con esos diversos repertorios simbólicos.

La propuesta es abrirse a la experimentación con una escucha emergente para ver qué es lo que más conviene a las niñas, niños y jóvenes con discapacidad y sus familias, construir un deseo auténtico que no está adscrito a una identidad de cómo deben llegar a ser las niñas y los niños con discapacidad, fijada con anterioridad, sino que rompa con el lenguaje del ser y adquiera el lenguaje del devenir, que consideramos es un imperativo para las poblaciones con discapacidad.

Se trata entonces de empezar a cambiar la ruta de la narratividad de la comunicación en las niñas y los niños con discapacidad que no acceden a las lenguas orales, para pensar que no siempre estas deben ser el sistema privilegiado de comunicación, pues corremos el peligro de convertirlo en hegemónico manteniendo en la opresión las manifestaciones de distintas formas de ser y estar en el mundo.

Referencias bibliográficas

- Castillo, P. (2015). Los saberes psicológicos en el neoliberalismo: el caso de las políticas y la teoría del apego en Chile. *Universitas Psychologica*, vol. 14, núm. 4, octubre-diciembre, pp. 15-27. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia.
- Dahlberg, G. Moss, p. y Pence, A. (2013). *Beyond quality in early childhood education and care: languages of evaluation*. Editorial Routledge. Londres



- Davies, B. (2014). *Listening to children: Being and Becoming*. Editorial Routledge. Londres.
- Deleuze, G. (1991). Post-scriptum sobre las sociedades de control. L „Autre Journal N° 1, Ed. PRE-TEXTOS, 1999. Valencia, España.
- Escobar, A. (2016). *Autonomía y diseño. La realización de lo comunal*. Universidad del Cauca: Popayán, Colombia.
- Edwards, C. Gandini, L y Forman, G. Eds. (2012). *The hundred languages of children. The Reggio Emilia experience in transformation*.
- Larrauri, M. (2000). *El deseo según Gilles Deleuze*. Editorial Tamden.
- Ley 1804. 2016. República de Colombia. Por la cual se establece la política de estado para el desarrollo integral a la primera infancia de Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones. Descargado el 29 de Nov de 2019. <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201804%20DEL%2002%20DE%20AGOSTO%20DE%202016.pdf>
- Moss, P. (2013). *Transformative change and real utopias in early childhood education: A story of democracy, experimentation and potentiality*, Editorial Routledge. Londres.
- Moss, P. (2019) *Alternative narratives in early childhood. An introduction for students and practitioners*. Editorial Routledge. Nueva York.
- Murris, K (2016). *The posthuman child: educational transformation through philosophy with picturebooks*. Editorial Routledge. Londres
- Olsson L. (2009). *Movement and experimentation in Young children`s learning*. Editorial Routledge.
- Santos, B. (2014). *Epistemologies of the South. Justice against epistemicide*. Editorial Routledge (2016). Londres – Nueva York.
- Unger, R. (2009) *The left alternative*. Editorial Verso. Londres – Nueva York



As limitações de locomoção experimentadas por homens obesos mórbidos no uso do transporte

Francisco Ricardo Miranda Pinto¹
Carlos Antonio Bruno da Silva²

Resumo

Este texto trata do fenômeno da obesidade enquanto patologia e sua configuração como severo problema de saúde pública em nível mundial tendo como objetivo compreender o fenômeno das limitações vividas por homens obesos mórbidos no uso do transporte público do Estado do Ceará/Brasil. Trata-se de um estudo de lente fenomenológica com abordagem qualitativa desenvolvida no período de setembro a dezembro de 2016 em Fortaleza-Ceará em hospital de referência na oferta de serviços voltados à obesidade. Participaram do estudo 17 homens obesos mórbidos que atenderam como critérios de inclusão a indicação cirúrgica e de exclusão a desorientação temporal sendo a técnica de coleta de dados a entrevista fenomenológica sendo respeitados todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012. Os resultados foram tratados e analisados a partir do Referencial Teórico-Methodológico da Fenomenologia da Percepção de Merleau-Ponty. Os resultados ratificam a forma preconceituosa que marginaliza o homem obeso mórbido no uso do transporte público cearense e como esse processo excludente impacta diretamente na sua qualidade de vida. Considera-se, por fim, a necessidade de adequação por parte das empresas na perspectiva de promover a qualidade no uso do transporte público por parte dos homens obesos mórbidos.

Palavras-chave

Obesidade Mórbida. Homem. Saúde Pública. Sexualidade

Resumen

Este texto trata sobre el fenómeno de la obesidad como patología y su configuración como grave problema de salud pública en todo el mundo con el objetivo de entender el fenómeno de limitaciones experimentados por los hombres morbidobesos en el uso del transporte público en el Estado de Ceará/Brasil. Se trata de un estudio de lentes fenomenológicas con un enfoque cualitativo desarrollado de septiembre a diciembre de 2016 en Fortaleza-Ceará en un hospital de referencia en la prestación de servicios orientados a la obesidad. El estudio incluyó a 17 hombres morbidobesos que cumplían como criterios de inclusión la indicación quirúrgica y la exclusión de la desorientación temporal, y la técnica de recolección de datos fue la entrevista fenomenológica siendo respetada todos los preceptos éticos de la Resolución 466/2012. Los resultados fueron



tratados y analizados desde el Marco Teórico-Metodológico de la Fenomenología de la Percepción de Merleau-Ponty. Los resultados ratifican la forma prejuiciosa que margina al hombre con obesidad mórbida en el uso del transporte público en Ceará y cómo este proceso excluyente afecta directamente a su calidad de vida. Por último, se considera la necesidad de adecuación por parte de las empresas para promover la calidad en el uso del transporte público por parte de hombres con obesidad mórbida.

Palabras-Clave

Obesidad mórbida, hombre, salud pública, sexualidad

Introdução

A obesidade hoje se apresenta como um sério problema de saúde pública e segundo estimativas da World Health Organization (WHO) terá no ano de 2025 a média de 2,3 bilhões de adultos com sobrepeso e 700 milhões de obesos (Who, 2011; Abeso online). O termo obeso é utilizado para representar o indivíduo que tem acúmulo excessivo de gorduras no corpo (Pimenta, Bertrand, Mograbi, Shinohara, & Landeira-Fernandez et al., 2015; Wanderley, & Ferreira, 2010) e/ou caracterizar uma doença metabólica de aspectos multifatoriais e genéticos (Braide, 2009; Moraes; Caregnato, & Schneider, 2014; Silva, 2012) sendo apontado como um dos fatores para a morte por Doenças Crônicas Não Transmissíveis em função dos outros estados de deletério de saúde a que condiciona (Souza, Villar, Andrade, Albuquerque, Cordeiro, Campo & Ferraz, 2015; Flor, Campos, Oliveira, & Schramm, 2015; Pimenta et al., 2015; Wgo, 2011; Who, 2011) além de tornar os obesos, de certa forma, “invisíveis à sociedade” (Silva, 2012, p. 12).

A qualidade de vida para a situação de obesidade tipo III - IMC $>35\text{kg/m}^2$, ou IMC $>40\text{kg/m}^2$ e $<50\text{kg/m}^2$ - tem comprometimento em função das comorbidades de ordem musculoesqueléticas, genitourinário, endócrinas, cardiovasculares e/ou gastrointestinais e nestes casos quando as técnicas convencionais falharam na redução de peso, a melhor intervenção a ser aplicada é a cirurgia bariátrica, instrumento a oportunizar a reinserção no mundo social em face das muitas situações de discriminação, preconceito e exclusão ocasionadas pela obesidade mórbida (Silva, 2012, p. 12).

Entretanto faz-se necessário compreender que a realidade da obesidade mórbida não traz impactos apenas de ordem sistêmica, anatomofisiológicas, mas convida à reflexão quanto aos estados dos corpos e seus impactos sociais, psicológicos e emocionais, fenômenos que nem todas as ciências conseguem dar conta de estudá-los em seu



ponto real, buscando-se na Fenomenologia preencher a lacuna no anseio por compreendê-los.

A Fenomenologia tem suas raízes em Husserl, mas é a Fenomenologia da Percepção de Merleau-Ponty que ocupa-se de visualizar o homem enquanto ser-humano multidimensional sem desmembrá-lo de suas vivências e da forma como as exprime, através de linguagens subjetivas, carregadas de sentimentos e de realidades que por muitas vezes a linguagem comum não deixa expor, desveladas pela linguagem corporal e por todos os movimentos que o homem faz quanto aos contextos sociais, individuais e o que todas essas experiências conseguem expressar (Cardoso, & Costa online).

Para Merleau-Ponty (2011) os reflexos da vida social existem antes que haja um autoconhecimento e com isso o homem deixa de ser apenas objeto passando a ser essência e todos os seus contextos corroboram para a percepção dos comportamentos expressos na linguagem corporal. Essa expressão corporal e os aspectos apontados na subjetividade do outro não podem ser apropriados exclusivamente pelo observador, mas que seja possível o afastamento da concepção individualista e assim a percepção de todos os comportamentos em todos os contextos compreendendo as interferências sociais no ser e no existir.

Métodos

Este é um recorte da dissertação de mestrado intitulada “Desvelando a percepção do Homem obeso mórbido sobre sua sexualidade, de natureza qualitativa, abordagem fenomenológica por tratar da própria experiência¹⁵ do homem e sua rede de relações pessoais e sociais¹⁴, atribuindo ‘significados’¹⁵ à situações e relações que fogem a ideia das variáveis de mensuração (Dutra, 2002; Benoliel, 1984) (Minayo, 2010).

Foi desenvolvido no período de setembro a dezembro de 2016 no Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), unidade terciária da Rede de Saúde da Secretaria Estadual da Saúde (SESA) tendo como universo os pacientes do sexo masculino, obesos mórbidos que estavam em acompanhamento no Ambulatório de Cirurgia Bariátrica (Cesar Cals, 2015).

A amostra seguiu a perspectiva fenomenológica que não necessita a priori, atingir n exato (Cesar Cals, 2015), atingindo o ‘ponto de saturação’, momento em que os discursos se tornam repetitivos e não conseguem trazer novos temas a partir do décimo sétimo participante (Sampieri, Collado & Lucio, 2013).



Foram utilizados como critérios de inclusão IMC >35 associado a morbididade e IMC > 40, participantes do Programa de Cirurgia Bariátrica do HGCC, ≥ 18 anos de idade e foram excluído(s) o(s) participante(s) que por alguma razão apresentaram desorientação temporal ou espacial posterior a assinatura do TCLE.

Partindo da lente fenomenológica foi usada a narrativa a partir da questão disparadora “Como é a vida de um homem obeso mórbido?”, antecipado por diálogo que recrutou os dados sociodemográficos, técnica com maior poder de flexibilidade, deixa o participante mais a vontade, permitindo os relatos próprios (Politz, Beck, & Hungler, 2004; Dutra, 2002).

As variáveis sociodemográficas analisadas são apresentadas usando a estatística descritiva simples para a faixa etária para compreender qual grupo etário é de maior prevalência a obesidade mórbida entre homens assim o grupo étnico, o estado civil para entender se há relações com a obesidade, a ocupação/profissão na proposta de relacionar a obesidade com atividades trabalhistas, procedência para analisar onde ocorre mais obesidade mórbida, a religião para compreender como a mesma é usada no enfrentamento e a escolaridade para relacionar os níveis de estudos e a obesidade e assim traçar o perfil do homem a partir das características.

As transcrições não sofreram omissão/alteração sob pena de perder informações importantes como sons, pausas e expressões faciais e/ou gestuais, metáforas, preservando, pormenorizados, os dados coletados¹⁸ embora não haja um processo padronizado, a exemplo do estudo quantitativo (Politz, Beck, & Hungler, 2004).

Na organização dos dados qualitativos foram seguidos preceitos éticos primando pela preservação da identidade dos participantes lhe atribuindo nomes fictícios que não os distanciavam de pessoas normais, comuns, ou seja, não são nomes de flores, mitologia grega ou outros, mas são nomes comuns que não identificam especificamente uma pessoa sendo eles Antônio, Raimundo, Paulo, Francisco, Elias, José, Pedro, Romualdo, Joaquim, Zacarias, Sebastião, Arteiro, Esmerino, João, Osvaldo, Evaristo, Eribaldo na respectiva ordem em acordo com as datas de entrevistas.

A interpretação dos resultados sociodemográficos obtidos tem como base a Fenomenologia de Merleau-Ponty buscando compreender um fenômeno a partir das vivências e experiências inferidas no dia-a-dia que preconiza ser o corpo um objeto, mas



não este distante do eu, mas que pode ser meio de diálogo e de comunicação (Patton, 2015; Gil, 2010).

O estudo teve parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza (CEP-UNIFOR) sob Nº 1.666.792 de 08/08/ 2016 assim como do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Geral Dr. César Cals, instituição co-participante da pesquisa, com Nº 1.714.797 de 06/09/2016.

Resultados e discussão

Participaram do estudo 17 homens sendo 7 (41%) com idade de 25 a 30 anos e 31 a 40 anos respectivamente, 2 (11%) entre 41 a 50 anos, 1 (3,5%) entre 51 a 60 anos, 1 (3,5%) não referiu idade. Quanto a etnia 06 (35%) se autodenominam pardos assim como 06 (35%) brancos, 04 (25%) são morenos e 1 (5%) se autodenomina negro; para a variável estado civil 8 (47%) se consideram como solteiro, 4 (24%) relatam união estável e 5 (29%) são casados (Pinto, & Silva, 2019).

O acesso e uso do transporte público da grande Fortaleza e região metropolitana pelos participantes obesos mórbidos deste estudo revelam a situação de contato com o preconceito velado contra aqueles que apresentam IMC elevado. As falas dos participantes ratificam o processo excludente daqueles que estão acima do peso às questões de mobilidade que são reduzidas e seus impactos na vida dos homens obesos mórbidos.

Apontada expressivamente nas narrativas, as complicações com o uso do transporte público são recordistas quando se trata de excluir e promover o preconceito e a discriminação com o homem obeso mórbido. A inacessibilidade ou dificuldade de acesso ao transporte público e desrespeito ao direito humano é um dos complicadores da qualidade de vida haja vistas a necessidade de mobilidade do passageiro, inclusive para solucionar problemas de ordem pessoal e de saúde como aponta Osvaldo ao dizer que “[...] muitas vezes o motorista não abre a porta da frente lhe dando o direito de subir pela frente por conta de você não conseguir poder passar na catraca [...]”.

A fala de Osvaldo remete ao problema do uso do transporte público exposto nas narrativas dos homens obesos mórbidos, que não é diferente à experiência e a realidade da vivência em estabelecimentos públicos. Em um país que tem como ponto chave a importância atribuída ao corpo escultural, que segue os padrões estereotipados ditados pela cultura, movimentado pela mídia que dita os corpos, os estabelecimentos, os



eventos e os transportes parecem não considerarem que há pessoas que por questões multifatoriais não tem o corpo esbelto e/ou ‘alfinetado’ ao ponto de atender a todo o ditado do corpo perfeito, com o famoso ‘tanquinho’, com as curvas esculturais. Essa complicação é expressa de formas diferentes nas narrativas dos participantes.

O fato é que parecem os homens obesos mórbidos terem realmente sido excluídos enquanto usuários do transporte público. Francisco já relata que [...] você entra no ônibus uma cadeira não é para o obeso, a catraca do ônibus não é pro obeso [...]” revelando que não se tem preocupação com quem vive com a obesidade. São catracas que não foram adequadas à massa corpórea destes sujeitos, são assentos que não estão adequados ao espaço por m² que eles ocupam e isso faz com que seus corpos fiquem ‘sobrando’ para além das bordas do banco.

O preconceito contra o obeso mórbido e o desrespeito ao direito de uso dos transportes como qualquer outro, a dor que se passa ao ser rejeitado, a partir das relações com a família são situações extremas e de difícil tato pelos obesos. A sensação é relatada também por João:

[...], dói, por mais que a gente não, não ver ou ouvir, mas dói, porque é complicado, você chega em um ônibus a pessoa olha para você e sai, sabe é muito dolorido, muito dolorido, [...]. Eu não faço questão de sentar em uma cadeira com uma pessoa magra, mesmo que eu fique sobrando na cadeira, aí eu vou e sento, mas uma pessoa magra, ela não quer sentar do lado do gordo, entendeu?!, não senta, em uma ocasião de uma mulher assim e eu estava lá na frente e minha mulher estava passando na catraca, aí ela chegou e ‘ei cobrador aquele homem ali pagou duas passagens foi? Ele está em duas cadeiras sozinho’, desse jeito e a minha mulher vinha passando bem na hora que ela falou, aí já viu né, a confusão que deu, entendeu?!

A experiência vivida por João extrapola todas as situações de preconceito, de racismo e de discriminação com o homem obeso mórbido e fere, diretamente, os direitos e deveres das leis que os constituem e lhes são conferidos e garantidos. O primeiro deles é a Constituição Federal (CF) de 1988 que assegura o direito de ir e vir a todos em seu “Art. 5. – É livre a locomoção no território nacional em tempo de paz, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou sair com seus bens” (Brasil, 2012, p. 5).

É oriunda da CF a Lei 13146/2015 instituída pelo Estado. Nela o Art. IX aponta como pessoas com mobilidade reduzida, dentre outros, o obeso, todavia o primeiro



reconhecimento não configura na referida lei. É ainda nesta mesma lei que a redação do Art. 1º da Lei 10048 de 8 de novembro de 2000 é alterado e passa a vigorar com a seguinte escrita “As pessoas com deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes, as pessoas com crianças de colo e os obesos terão atendimento prioritário, nos termos desta” (Brasil, 2015, p. 55).

Segundo as normas técnicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), orientadas pela Norma Brasileira Regulatória (NBR), NBR 14022, os veículos devem ter adaptações específicas para aqueles que têm mobilidade reduzida, o transporte público deve ter acessibilidade favorável a todos que tenham mobilidade reduzida e/ou deficiência. Além da promoção da facilidade de acesso ao veículo há, também, indicado naquela norma que os bancos devem, de seu total, ter percentual para aqueles que têm deficiência e/ou mobilidade reduzida e principalmente devem ser sinalizados para identificar que aqueles têm usuários específicos quando necessário (Brasil, 2009).

De forma análoga a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro instituiu em 2014 o Estatuto dos Portadores de Obesidade da Cidade do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro, 2014), já o estudo de Uggioni & Benedete (2012) realizado em Criciúma denota a complexidade que é sentar nas cadeiras de ônibus que não estão adequadas a massa corpórea de pessoas obesas mórbidas.

O desrespeito ainda é frequente aos direitos dos obesos quando os mesmos não têm respeitados, também, seus direitos quanto ao assento preferencial. Essa já é uma questão de senso e de bom caráter, porém, algo de extrema dificuldade em lidar na capital do Estado do Ceará, não apenas contra o obeso, mas contra as pessoas da terceira idade, lactantes, crianças de colo e outras ferindo o que preconiza o item 7.3.2.1 da NBR 14022 que em texto diz:

7.3.2.1. Os assentos preferenciais, destinados aos obesos, gestantes, pessoas com criança de colo, idosos e pessoas com deficiência, devem ser identificados pela cor amarela (referência Munsell 5Y 8/12 ou similar), aplicada no mínimo na parte frontal do encosto do banco, no protetor de cabeça e no pega-mão.

De toda forma se procurou na literatura alguma referência quanto ao tratamento dado aos deficientes e pessoas com mobilidade reduzida e não se encontrou qualquer menção ao respeito e direito do obeso em adentrar o ônibus pela frente, uma vez que a sua passagem na catraca é limitada pelo seu excesso de massa corporal. Assim o



sendo, os direitos existem, são definidos e fixados por lei, mas na prática eles são violados e a dificuldade de mobilidade nos transportes urbanos e públicos da capital do Ceará é um dos gargalos do ser obeso mórbido neste estado.

Essa condição de ser obeso, não ter acomodações específicas e ainda ter parte de seu corpo sendo projetado para trás é também um predisponente as complicações de qualidade de vida e de conflitos com seu corpo e sua imagem corporal. Não obstante a desproporcionalidade de sua massa corpórea, o usuário do serviço de transporte público se lança a projetos ousados como o caso de Esmerino que diz “[...], acho que fiz besteira, comprei um carro, mesmo sem poder [...]” com o propósito único de ter sua mobilidade facilitada.

Todas estas situações são classificadas como mobilidade reduzida e ainda mais, ferem documentos oficiais como o Estatuto da Pessoa com Deficiência que afirma no seu parágrafo 60 que estabelecimentos de uso para diversão e entretenimento devem ter uma quota para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida de acordo com a sua lotação (Brasil, 2015) e ainda é corroborado com o estudo de Marcuzzo, Pich, & Dittrich (2012) que encontrou as dificuldades de acessibilidade dos ambientes e a ausência de planejamento e urbanismo voltado aos portadores de obesidade mórbida.

Os relatos são diversificados e alguns estão carregados de significados negativos, pois são reveladores da forma excludente que passageiros e motoristas veem o homem obeso mórbido. A dificuldade do uso do transporte público pode funcionar, também, como um preditor de que há a necessidade da mudança de vida, como aconteceu com Osvaldo que identificou a necessidade de realizar a cirurgia após ficar imobilizado na catraca do ônibus.

Considerações finais

O estudo reforça as dificuldades encontradas pelos homens obesos mórbidos no viver social ratificando o processo excludente a que eles estão expostos na sua vida diária desde as pequenas atividades da vida diária até as dificuldades de mobilidade usando o transporte público a aquisição de produtos manufaturados que possam atender as suas necessidades básicas.



Notas

¹ Universidade de Fortaleza (UNIFOR); Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA); Centro Universitário INTA (UNINTA)

² Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Referências

Abeso. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Dia Mundial de Luta Contra a Obesidade. Recuperado de <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/91/572a58480cbd8.pdf>.

Benoliel, J. Q. (1984) Advancing Nursing Science: Qualitative Approaches. *Western Journal of Nursing Research*, v. 6, n. 3, p. 1-8, aug., 1984. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/019394598400600306>.

Braide, A. S. G. (2009). Gordura Saturada: significados e “carga” cultural da obesidade mórbida para homens nordestinos. 2009. 78f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade de Fortaleza, Fortaleza.

Brasil. Associação Brasileira de Normas Técnicas. (2009). ABNT NBR 14022. 3rd. ed. Rio de Janeiro: ABNT.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Recuperado desde <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 35st. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara.

Brasil. Senado Federal. (2015). Estatuto da pessoa com deficiência. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas.

Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Hospital Geral Dr. César Cals: o hospital. Recuperado desde <http://www.hgcc.ce.gov.br/index.php/o-hospital>.

Dutra, E (2002). A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, Natal, v.7, n.2, p. 371-8, 2002.

Flor, L. S., Campos, M. R.; Oliveira, A. F., & Schramm, J. M. A. (2015). Diabetes burden in Brazil: fraction attributable to overweight, obesity, and excess weight. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo. v. 49, n. 29. DOI:10.1590/S0034-8910.2015049005571

Gil, A. C. (2010). O projeto na pesquisa fenomenológica. Recuperado de <http://www.sepq.org.br/IVsipeq/anais/artigos/44.pdf>

Marcuzzo, M., Pich, S., & Dittrich, M.G. (2012), A construção da imagem corporal de sujeitos obesos e sua relação com os imperativos contemporâneos de embelezamento corporal. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.43, p.943-54, out./dez.



Minayo, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12th. ed. São Paulo: HUCITEC.

Moraes, J. M.; Caregnato, R. C. A., & Schneider, D. S. (2014). Qualidade de vida antes e depois da cirurgia bariátrica. *Acta. Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 157-164, mar. /abr.

Patton, M. Q. *Qualitative research & Evaluation methods*. 4.ed. United States of America: SAGE, 2015.

Pimenta, F. B. C., Bertrand, E., Mograbi, D. C., Shinohara, H., & Landeirafernandez, J. (2015). The relationship between obesity and quality of life in Brazilian adults. *Frontiers in Psychology*. Suíça. v.6, jul. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00966.

Pinto, F. R. M., & Silva, C. A. B. (2019). Perfil e percepções de homens obesos mórbidos cearenses sobre a vida obesa. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 8(2), 192-205. DOI: 10.17267/2317-3394rpd.v8i2.2392

Politz, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Tradução de Ana Thorell. 5th. ed. Porto Alegre: Artmed. Rio de Janeiro. Lei nº 5766, de 30 de junho de 2014. Institui o Estatuto dos Portadores de Obesidade no âmbito do Município e dá outras providências. *Diário Oficial [do Município do Rio de Janeiro]*, Rio de Janeiro, RJ, ano. XXVIII, n. 71, 01 jul. 2014. Recuperado de http://doweb.rio.rj.gov.br/visualizar_pdf.php?reload=ok&edi_id=00002466&page=3&search=obesos.

Sampieri, R. H.; Collado, C. F.; Lucio, M. P. B. (2013). *Métodos de Pesquisa*. 5th.ed. Porto Alegre: Penso.

Silva, V. T. B. L. (2012). *Cirurgia Bariátrica - fatores motivacionais e a vida cotidiana de homens obesos*. 85f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade de Fortaleza, Fortaleza.

Souza, M. D. G., Vilar, L., Andrade, C. B., Albuquerque, R. O., Cordeiro, L. H. O., Campos, J. M., & Ferraz, A. A. B. (2015). Obesity prevalence and metabolic syndrome in a park user. *ABCD. Arq. Bras. Cir. Dig. São Paulo*, v. 28, supl. 1. p. 31-5, 2015. DOI: 10.1590/S0102-6720201500S100010.

Uggioni, D., & Benedet, M. S. *Acessibilidade e mobilidade no sistema de transporte coletivo de Criciúma*. Recuperado de https://administracaopublica.files.wordpress.com/2012/09/4du_problemas-urbanos.pdf.

Wanderley, E. N.; Ferreira, V. A. (2010). Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 185-194.



Wgo. World Gastroenterology Organisation Global Guideline. (2011). WGO Practice Guidelines. Obesidade (versão completa). Recuperado de <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/obesity-portuguese-2011.pdf>.

WHO. World Health Organization Obesity and overweight. Recuperado de http://www.mclveganway.org.uk/publications/who_obesity_and_overweight.pdf



O aluno com deficiência no ensino superior: o que pensam os professores?

Rosimar Bortolini Poker
Fernanda Oscar Dourado Valentim

Financiamento

OBEDUC/CAPES

Resumo

Desde 1990, por meio de recomendações internacionais e nacionais, a inclusão escolar de alunos público alvo da educação especial surge no Brasil atingindo, nos últimos anos, o ensino superior. Cabe, portanto, às instituições e aos docentes do ensino superior, promover condições de acesso, permanência e aprendizagem para esse alunado. Nesse contexto, a pesquisa pretendeu investigar a concepção de professores universitários acerca da inclusão do aluno público alvo da educação especial no ensino superior, identificando aspectos da sua formação, as condições e os apoios oferecidos pela universidade para atender tais alunos. Participaram da pesquisa os professores universitários da Faculdade de Filosofia e Ciências (FFC), Unesp, composta por nove cursos de graduação. Foi realizado estudo de natureza descritiva, com base na análise quantitativa e qualitativa dos dados coletados via questionário em plataforma online. Os resultados indicaram que apesar dos docentes se mostrarem favoráveis e receptivos a política educacional inclusiva, sentem-se inseguros para ensinar alunos que apresentam necessidades educacionais especiais. Isso porque apesar de terem tido, em sua maioria, uma formação teórica a respeito da educação inclusiva, não tiveram formação ou experiência prática sobre o ensino para alunos com deficiência, transtornos do espectro autista e alunos com altas habilidades/superdotação. Verificou-se ainda que a instituição de ensino superior não está devidamente preparada nem para atender tais alunos, como também, para dar suporte aos professores que tem enfrentado essa nova realidade.

Palavras-chave

Inclusão no ensino superior, concepção de professores, inclusão educacional. Acessibilidade, direito a educação.

Introdução

Na década de 1990 o movimento de apoio e disseminação da educação inclusiva se expandiu internacionalmente em decorrência das orientações apontadas pela



Conferência Mundial sobre Educação para Todos, em 1990, na Tailândia e, pela Declaração de Salamanca, promulgada em 1994, na Espanha, resultado de uma conferência que reuniu muitos governos e organizações internacionais, reforçando as metas primordiais da Educação para todos e, especialmente, do direito à educação dos alunos com Necessidades Educacionais Especiais (NEEs).

Sob a influência do movimento internacional de inclusão, o governo brasileiro passou a elaborar políticas públicas com base no atendimento à diversidade. Isso se justifica porque, conforme salienta Poker (2008), a inclusão implica em ações no âmbito governamental, da escola e da sociedade em geral destinadas à garantia da igualdade de direitos e a negação de quaisquer formas de discriminação. Assim,

As pessoas com deficiência, que tradicionalmente eram expectadores, agora entram em cena, assumindo vez e voz. E isto está chegando ao ensino superior, ainda que de forma tímida, mas demandando novas posturas de gestores, de professores, de técnicos-administrativos, de alunos e da própria pessoa com deficiência. Essa questão se torna relevante, considerando que o número de alunos com deficiência no ensino superior tem aumentado, bem como tem se ampliado a preocupação em garantir os seus direitos, que não são apenas de acesso, mas também de permanência e alcance do sucesso acadêmico nesse nível de ensino (Guerreiro, Almeida & Silva Filho, 2014, p. 32).

O desafio que se impõe hoje à universidade brasileira é a articulação entre a democratização do acesso e a garantia da qualidade do ensino superior a todos os alunos, inclusive os que apresentam condições sensoriais, físicas, intelectuais, comportamentais, motoras diferenciadas e que, de alguma forma, afetam o seu processo de ensino e de aprendizagem. A pessoa com deficiência está chegando no ensino superior, número que aumenta a cada dia, e ao mesmo tempo em que devem acolhê-la, as instituições precisam oferecer-lhes condições reais de acesso ao conhecimento e garantia de sua permanência (Guerreiro, Almeida & Silva Filho, 2014).

É nítido que o sistema educacional, a partir da década de 1990, está legalmente amparado no discurso inclusivo, nos princípios democráticos de igualdade, equidade e diversidade. Já temos grandes vitórias como, por exemplo, o direito de o estudante universitário com surdez ter um intérprete de LIBRAS, conforme indicação do Decreto nº 5.626/05. No entanto, apesar da importância dos instrumentos legais, estes por si só não garantem práticas inclusivas na educação, a realidade revela que há distanciamento entre a proposição teórica e a efetivação do direito.



O Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (Inep) por meio dos dados divulgados no resumo técnico do Censo da Educação Superior (Brasil, 2015), indica que 7.305.977 estudantes brasileiros efetuaram matrículas em Instituições de Ensino Superior, em 2013. Dessa amostra total, 29.034 declararam apresentar alguma necessidade especial constitutiva do público-alvo da educação especial, ou seja, alunos com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento e altas habilidades/superdotação. Nesta direção, a Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva, aprovada em 2008, já propunha a transversalidade da educação especial também no ensino superior, para que este oriente e promova respostas às necessidades educacionais especiais dos alunos matriculados nesse nível de ensino.

Dentre as políticas públicas inclusivas relacionadas especificamente ao ensino superior, destacam-se o Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI; o Programa Universidade para Todos – PROUNI, e o Programa de Inclusão no Ensino Superior – INCLUIR que tem finalidade de assegurar o direito da pessoa com deficiência à educação superior.

Entretanto, vale ressaltar que, mesmo com vários direitos amparados pela Circular nº 277 de 1996, como por exemplo, adequação do vestibular, “flexibilização dos serviços educacionais e da infraestrutura, bem como a capacitação de recursos humanos” (Brasil, 1996), de maneira que todos os direitos favoreçam a permanência do aluno do Ensino Superior, na realidade, tais direitos não estão sendo devidamente cumpridos. Valdés (2006) aponta que ainda é necessário a discussão na academia em torno do tema inclusão, além do investimento na formação de professores e adequações arquitetônicas para atender com qualidade a pessoa com deficiência. Carvalho (1998) afirma que a crescente presença de alunos com deficiência nas universidades tem gerado algumas mudanças legais, mas, nem sempre, estão acompanhadas de mudanças atitudinais por parte da comunidade acadêmica.

Em pesquisa sobre nível de satisfação dos alunos em relação às condições de permanência nas IES, Guerreiro, Almeida e Silva Filho (2014) demonstraram o quanto estão insatisfeitos, tanto no âmbito operacional, funcional, psicoafetivo e de atitudes diante de um obstáculo.



Para Moreira, Bolsanello e Seger,

Uma universidade inclusiva só é possível no caminhar em busca da mudança que vai eliminando barreiras de toda ordem, desconstruindo conceitos, preconceitos e concepções segregadoras e excludentes. É um processo que nunca está finalizado, mas que, coletivamente, deve ser constantemente enfrentado (2011, p. 141).

A inclusão no ensino superior vai além de espaços acessíveis, implica o uso de recursos pedagógicos (livros, equipamentos, instrumentos etc.), informações para a comunidade técnico-administrativa, instruções e/ou capacitação de professores e apoio institucional. Portanto, há que se proporcionar uma mudança no modus operandi da instituição, no ensino, na pesquisa, na extensão, e na infraestrutura oferecida a toda a comunidade docente, discente e administrativa (Guerreiro, Almeida & Silva Filho, 2014, p. 33). Isso porque a IES “precisa mostrar-se acolhedora, para aqueles que superaram barreiras nas etapas anteriores e conseguiram chegar ao Ensino Superior” (Souza, 2008, p.12).

Fundamentação do problema

Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar a concepção de professores universitários de uma faculdade pública do Estado de São Paulo sobre a inclusão educacional, identificando aspectos da formação que poderiam interferir em suas atitudes em sala de aula, ao lidar com os alunos público alvo da educação especial. Verificou ainda as condições da instituição para atender tais alunos e o suporte oferecido aos professores.

Metodologia

Os lócus de estudo foi a Faculdade de Filosofia e Ciências – Unesp/Marília. Inicialmente foi feito um levantamento dos nomes e emails dos docentes que, no ano de 2015, ministraram aulas nos nove cursos existentes nessa faculdade, que são: Pedagogia, Biblioteconomia, Arquivologia, Filosofia, Ciências Sociais, Relações Internacionais, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Foi enviado questionário via Plataforma do Gmail Google Drive com perguntas abertas e fechadas para todos os 162 docentes. Retornaram 52 emails respondidos. Foi feito estudo de natureza descritiva voltado a apresentar características de um grupo, com base na análise quantitativa e qualitativa dos dados coletados.



Resultados e discussão

Caracterização

Dos 52 professores participantes, 31 são do sexo feminino e 21 do masculino. Sobre a faixa etária, seis tinham entre 31 e 40 anos; 25 tinham entre 41 e 50 anos; e 21 docentes tinham mais de 50 anos. Sobre o tempo de trabalho em Instituições de Ensino Superior, 71% dos docentes atuam há mais de quinze anos; 19% entre seis e quinze anos e só 10% atuam entre um e cinco anos. Destaca-se que a maioria possui uma larga experiência de docência no ensino superior.

Formação e qualificação docente

Dos 52 docentes, dois são doutorandos e 50 são doutores. 16 fizeram pós-doutorado e 6 fizeram livre-docência. Além disso, 20 docentes fizeram especialização após a graduação, sendo três na área da educação especial. A maioria realizou mestrado e doutorado na área de concentração em educação, e em menor número em saúde.

A respeito da formação em educação especial, 45% tiveram acesso a conteúdos relacionados a Educação Especial/Inclusiva durante sua formação acadêmico/profissional e 33% realizaram alguma formação complementar nessa área. Estudo de Anjos (2012) aponta que “as universidades se dedicam à questão da deficiência como algo que ocorre fora delas, na educação básica” (p. 368) ou que a universidade tem um papel que se concentra mais no âmbito de assessoria e formação de profissionais que vão atuar com a pessoa com deficiência fora dela. Baptaglin e Souza (2012); Ferrari e Sekkel (2007); Regiani e Mól (2013) verificaram esse mesmo fenômeno. Apontam falta de formação continuada no âmbito da educação inclusiva, ausência de reforma dos programas de formação de professores e organização pedagógica, bem como a ausência da LIBRAS em cursos de licenciatura. Baptaglin e Souza (2012) salientam ainda outros pontos negativos da inclusão no ensino superior que se referem de modo mais direto aos estudantes: presença de barreiras estruturais das IES; desqualificação dos recursos humanos; problemas nas condições de trabalho e de saúde dos professores; baixa qualidade das aulas universitárias; limites da política do PROUNI; falta de condições que garantem o acesso (as políticas de inclusão, as atitudes, e a aquisição de produtos e tecnologias assistivas) e; o modo como os docentes representam a deficiência ou as NEEs e como isto reflete nas práticas de sala de aula.



Conforme Pacheco e Costas (2006), a formação docente insuficiente acaba sendo um dos maiores obstáculos para a educação inclusiva, e se agrava por sabermos que a maioria dos docentes das ciências são bacharéis e não licenciados. Assim, além de políticas públicas para o acesso e permanência, é preciso favorecer a formação e capacitação dos docentes através de cursos de qualificação e formação continuada, para que realmente haja uma inclusão que prese pelo respeito e reconhecimento das diversidades, de maneira que todos possam se beneficiar (Castanho & Freitas, 2006).

Experiência docente com alunos com deficiência

Dentre os 79% dos participantes que afirmaram já ter tido experiência com alunos com deficiências, 57% demonstraram total ou alguma insegurança para atuar com eles em sala de aula.

Sobre a oferta de apoios e recursos para o atendimento dos alunos com deficiência na universidade, 71% dos docentes afirmaram que a FFC – Unesp ofereceu apenas em parte tal apoio ou não tiveram apoio. Essa questão é importante pois estudos de Moreira, Bolsanello e Seger (2011) sobre o suporte oferecido pela instituição de ensino superior, feito por meio de relatos de alunos com deficiência, constatou que um dos fatores que tem colaborado positivamente com o percurso acadêmico, tem sido as adaptações e recursos utilizados pelos professores na sala de aula.

Conhecimento/concepção sobre Educação Especial/Inclusiva

A maioria dos docentes, 96%, manifestaram opinião favorável acerca da inclusão de alunos com deficiência no ensino superior. Apenas 4% disseram não tem uma ideia formada sobre o assunto. Quando descreveram o que significava a inclusão, as 41 respostas obtidas referiram-se aos princípios que fundamentam a educação inclusiva como: direito à educação; oportunidade de integração; condições de acesso e permanência; direito ao pleno desenvolvimento escolar; criação de condições para a independência e, garantia de ensino de qualidade para todos. Um estudo de Souza (2008) sobre as concepções de docentes revelou que estes são favoráveis, porém, a maioria pouco conhece sobre o assunto, sobretudo no que diz respeito aos apoios necessários a esse processo.

Sobre o conhecimento dos docentes acerca de aspectos da Educação Especial/Inclusiva, verificou-se que 39% conheciam a legislação; 35% sabiam sobre aspectos filosóficos. Em relação a prática, ou seja, metodologias alternativas e tecnologias assistivas, só 27% apontou conhecer o assunto. Os resultados reiteram o



estudo de Souza (2008), em que a maioria dos professores relatou desconhecer ou mesmo possuir informações difusas acerca dos fundamentos da inclusão, notadamente no tocante às bases conceituais. Mesmo incipiente, o conhecimento mais comum refere-se aos aspectos legais. Nas outras áreas (metodológica, prática) predomina a ausência de conhecimento.

Sobre a forma pela qual o docente teve acesso a informações sobre deficiências, necessidades educacionais especiais ou inclusão educacional, 63% indicaram que foi por meio da leitura de livros e revistas da área. Diferente desse resultado, Estudos de Baptaglin e Souza (2012) indicaram que a maioria dos docentes quando se depara com a realidade de um estudante incluído em sua classe, tem se alicerçado nos conhecimentos advindos das experiências, porque contam com uma formação específica mínima ou quase inexistente. Rivas e Pedroso ainda acrescentam que “A atividade docente exige habilidades que vão além do conhecimento específico de cada área; exige, sim, conhecimentos da área de atuação, mas também os conhecimentos próprios para a docência” (Rivas & Pedroso, 2011, p. 188).

Apoio ao aluno e ao professor

Na pesquisa constatou-se que 75% dos docentes afirmaram que a FFC - Unesp oferece apoio para atender às NEEs da pessoa com deficiência, mas só 8% mencionaram que a faculdade está, de fato, preparada. Perguntados se sentem-se capacitados para atender o aluno com deficiência, 17% disseram que sim, 27% não e, 56%, apontaram que consideram-se capacitados “em parte”. Tais resultados estão relacionados com a questão da formação docente. Isso porque apenas 17% consideram que a sua formação é suficiente para atender às necessidades educacionais especiais dos alunos com deficiência.

Barreiras e atitudes do professor

De 49 respostas obtidas, 71,4% apontaram as barreiras arquitetônicas e, 49%, consideram as barreiras atitudinais como impeditivas. Quase a totalidade dos professores reconhecem que eles próprios podem se constituir em barreiras para a aprendizagem. Em pesquisa de Castro e Almeida (2014), alunos com deficiência destacaram a falta de acessibilidade física, barreiras comunicacionais, atitudinais e barreiras pedagógicas, estas, caracterizadas como referentes à didática em sala de aula, a utilização de métodos inadequados, a falta de preparo dos professores e a falta de materiais adaptados.



Sobre as atitudes frente ao aluno com deficiência, a maior parte dos docentes usa o diálogo inicial com o aluno para conhecer as suas necessidades e escutar sugestões que o mesmo possa apresentar. Frustração por não ter alcançado os objetivos como docente, também foi demonstrado. Moreira, Bolsanello e Seger (2011) em entrevista com alunos com deficiência no ensino superior, verificaram que os professores não estavam alheios à inclusão deles na universidade e que demonstravam preocupação e cuidados referentes às especificidades educacionais deste alunado.

Reflexões finais

No Brasil, o discurso da educação para todos que se baseia no ideal de igualdade e de convivência com a diversidade, está se fortalecendo a cada dia por meio das políticas públicas vigentes. Foi o que a presente pesquisa revelou. Grande parte dos docentes da FFC – Unesp já tiveram experiência com alunos com deficiência. Porém, isso não significa que os sistemas educacionais estejam, de fato, efetivando a inclusão, principalmente em relação às instituições de ensino superior, onde tal proposta é extremamente nova. Estudos sobre a inclusão no ensino superior apontam para um grande distanciamento entre o aparato legal, teórico, e a realidade, o que demanda reflexões sobre as dificuldades inerentes a operacionalização desse processo.

Constatou-se que a maioria dos docentes se considera responsável pelos seus alunos com deficiência, sendo favorável à inclusão no ensino superior. Entretanto, sentem-se inseguros e despreparados para atuar com tal alunado, detém pouco conhecimento sobre os aspectos teóricos relacionados com o âmbito filosófico e legal e, também, sobre os aspectos práticos que se relacionam com o uso de recursos e metodologias de ensino diferenciadas, adequações curriculares e mesmo formas alternativas de avaliação de aprendizagem. Além disso, apesar de apontarem que a FFC- Unesp oferece apoio à inclusão, consideram que não é suficiente.

A pesquisa confirmou o que outros estudos indicam: que a presença das pessoas com deficiência nas instituições de ensino superior está aumentando, mas, ainda, se dá de forma muito incipiente. Assim, a preocupação em garantir não só o direito ao acesso, mas também à permanência da pessoa com deficiência de forma a alcançar o sucesso acadêmico nesse nível de ensino, constitui-se em um grande desafio e requer novos investimentos e atitudes de toda a comunidade universitária.

Vale destacar que, tradicionalmente, a instituição de ensino superior tem como função selecionar e apoiar os melhores, valorizando o desempenho individual dos alunos.



Neste sentido constitui uma instância de educação que detém poder estando impregnada de conservadorismo, onde o professor tem o poder do conhecimento e, o aluno, é o receptor, devendo se responsabilizar sozinho pela sua aprendizagem. Seus docentes, apesar de deterem profundo conhecimento em determinada área de conhecimento não estão preparados para ensinar o aluno com deficiência e, a instituição, também não está organizada para oferecer o suporte necessário. As barreiras são inúmeras! Há ausência ou pouco conhecimento dos gestores da faculdade para organizar um espaço inclusivo e, dos professores, para conhecer e elaborar adequações curriculares, utilizar recursos ou metodologias diferenciadas.

O problema aqui identificado reitera os achados de outras pesquisas e aponta para o necessário enfrentamento dessa realidade. Neste sentido, torna-se fundamental ampliar a discussão sobre o tema e envolver toda a comunidade universitária. Afinal, só por meio da implementação de novas ações pelas instituições superiores, com ênfase em propostas de formação dos professores, será possível garantir, de fato, a democratização também nesse nível de ensino.

Notas

¹ rosimar.b.poker@unesp.br - Departamento de Educação Especial, Faculdade de Filosofia e Ciências/Unesp de Marília - poker@marilia.unesp.br

² ferdourado2008@hotmail.com - Bolsista Obeduc/Capes, Faculdade de Filosofia e Ciências/Unesp de Marília - ferdourado2008@hotmail.com

Referências Bibliográficas

Anjos, H. P. (2012). Inclusão da pessoa com deficiência no ensino superior: primeiras aproximações. In: T. G. Miranda & T. A. Galvão Filho (Orgs.). O professor e a educação inclusiva: formação, prática e lugares. (pp.367-384). Salvador: Edufba.

Baptaglin, L. A. & Souza K. M. (2012). Inclusão na educação superior: uma revisão das produções atuais. Recuperado de <http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/5325.pdf>

Brasil. (2015). Censo da Educação Superior 2013: resumo técnico. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2015. Recuperado de: http://download.inep.gov.br/download/superior/censo/2013/resumo_tecnico_censo_educacao_superior_2013.pdf

Brasil. (1996). Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. Aviso Circular nº 277. Brasília. Recuperado de: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/aviso277.pdf>



Carvalho, R. E. (1998). *A nova LDB e a Educação Especial*. Editora WVA: São Paulo: WVA

Castanho, D. M. & Freitas, S. N. (2006). Inclusão e prática docente no ensino superior. *Revista Educação Especial*, Santa Maria, 27, 85-92. Recuperado de: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/educacaoespecial/article/view/4350/2557>

Castro Duarte, S. F.; Almeida, M. A. (2014). Ingresso e Permanência de Alunos com Deficiência em Universidades Públicas Brasileiras. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, 20, n.2, 179-194. Recuperado em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382014000200003&script=sci_abstract&tlng=pt

Ferrari, M. A. L. D. & Sekkel M. C. (2007). Educação Inclusiva no Ensino Superior: Um Novo Desafio. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, 27, n.4, 636-647. Recuperado em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000400006

Guerreiro, E. M. R., Almeida, M. A. & Silva Filho, J. H. (2014). Avaliação da satisfação do aluno com deficiência no ensino superior. *Avaliação*, Campinas, v.19, n.1, 31-60. Recuperado em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772014000100003

Moreira, L. C., Bolsanello, M. A. & Seger, R. G. (2011). Ingresso e permanência na Universidade: alunos com deficiências em foco. *Educar em Revista*, 41, 125-143. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602011000300009

Pacheco, R. V. & Costas, F. A. T. (2006). O processo de inclusão de acadêmicos com necessidades educacionais especiais na Universidade Federal de Santa Maria. *Revista Educação Especial*, Santa Maria, 27, 151-170. Recuperado de: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/educacaoespecial/article/view/4360>

Poker, R. B. (2008). Adequações curriculares da área da surdez. In: Oliveira, A. A. S. Oliveira, S. OMOTE, S. & C. R. M. GIROTO (Orgs.). *Inclusão escolar: as contribuições da Educação Especial*. pp.167-178.

São Paulo: Cultura Acadêmica, Marília: Fundepe.

Regiani, A. M. & Mól, G. S. (2013). Inclusão de uma aluna cega em um curso de licenciatura em química. *Ciência & Educação*, v.19, n.1, 123-134. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-73132013000100009



Rivas, N. P. P. & Pedroso, C. C. A. (2011). Formação para a docência: as tessituras no Cursos de Pós-Graduação. Revista Eletrônica Pesquiseduca, Universidade Católica de Santos, v.3, n.6, 183-199. Recuperado em: <http://periodicos.unisantos.br/index.php/pesquiseduca/issue/view/46/showToc>

Souza, L. M. (2008). A inclusão de alunos com deficiência na Universidade Federal do Piauí: concepções de professores. 2008. (Dissertação de Mestrado em Educação). Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI.

Valdés, M. T. M. (2006). A Inclusão em Diferentes Contextos do Ensino Superior: realidades e possibilidades. In: M. T. M. VALDÉS (Org.). Inclusão de Pessoas com Deficiência no Ensino Superior no Brasil: Caminhos e Desafios. (pp.111-164). Fortaleza: EDUECE.



Benefício de Prestação Continuada: Significados sociais e moralidades do dinheiro recebido por usuários de um CAPS

Ana Timm
Elaine Leite
Marcio Silva

Resumo

O trabalho busca identificar e compreender os significados sociais (Zelizer, 2017) e as moralidades (Wilkis, 2017) acerca do dinheiro recebido por portadores de transtornos mentais através do Benefício de Prestação Continuada (BPC), destinado a idosos ou pessoas com deficiência, regulamentado pela Lei Orgânica de Assistência Social. O trabalho parte da perspectiva da sociologia econômica para discutir as transações monetárias e os aspectos econômicos que envolvem o tratamento psicossocial de pessoas em vulnerabilidade proposto pela Reforma Psiquiátrica, através do Sistema Único de Saúde, associada às práticas de assistência da Política Nacional de Assistência Social. A pesquisa é feita através de uma metodologia qualitativa, envolvendo primeiramente uma observação participante em um Centro de Atenção Psicossocial. A partir dessas observações, se pode aferir que o dinheiro concedido através do benefício não se trata de um instrumento neutro, e sim carregado por diversas significações sociais e moralidades, principalmente associado ao fato de ser destinado a pessoas portadoras de transtornos mentais, os ditos loucos, e em situação de vulnerabilidade social. Posteriormente se fez necessária a realização de entrevistas em profundidade com três beneficiárias, para melhor compreender os impactos individuais e a relação complexa da loucura com o dinheiro.

Palavras-chave

Saúde Mental; assistência social; dinheiro; significado social; moralidades.

Introdução

O presente trabalho discute as moralidades (Wilkis, 2017), e os significados sociais do dinheiro (Zelizer, 2017), no contexto da saúde mental coletiva, mais especificamente sob a perspectiva de portadores de transtornos mentais, no viés das consequências das propostas da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Assistência Social.

Os avanços na construção de uma saúde mental coletiva no Brasil iniciaram sob a influência de processos semelhantes e simultâneos ocorridos em diversos países, como França e Itália, e da reforma sanitária no Brasil, que proporcionaram a realização da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Trata-se de um movimento organizado pelos



trabalhadores de saúde mental, juntamente com os próprios portadores de transtornos e seus familiares, que iniciou a luta pelo fim da violência ocorrida dentro de manicômios, buscando, então, a total extinção destes e a criação de um novo lugar social para a loucura (Amarante, Nunes, 2018).

Como alternativa ao modelo manicomial vigente até então foram criados novos dispositivos de atenção à saúde mental, que privilegiam o atendimento comunitário e o modelo psicossocial de assistência. Uma destas propostas é a criação dos Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS, que são locais de tratamento de portas abertas, voltados para a população com transtornos mentais graves e/ou persistentes, com tratamento no coletivo. Diferentemente da psiquiatria tradicional, no serviço dos CAPS a ênfase do cuidado muda da doença para a saúde do indivíduo, com o objetivo de facilitar a cidadania e a autonomia dos sujeitos (Ferreira et al 2003).

O deslocamento da assistência para o modelo psicossocial implica, também, na articulação multidisciplinar com diferentes dispositivos de proteção e auxílio que compõem o tripé da seguridade social juntamente com a saúde, que são a previdência e a assistência social. As medidas marcadas pela Constituição de 1988, e regulamentadas pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) de e pela aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), romperam com o modelo filantrópico e religioso predominante na até então, passando a ser responsabilidade do Estado. Dentro da LOAS, é prevista a assistência financeira a pessoas que não tiveram contribuição previdenciária ao longo da vida, através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Este é um benefício não contributivo, com transferência de renda para idosos acima de 65 anos ou pessoas com deficiências incapacitantes para o mercado de trabalho, a qual de incluem os transtornos mentais, mediante a comprovação de situação de pobreza, ou seja, de renda familiar per capita inferior a um quarto do salário mínimo, e laudo pericial.

A proposta do trabalho é discutir as áreas da saúde mental coletiva e da assistência social no campo da sociologia econômica. A ênfase dada será a proposta pela socióloga Viviana Zelizer e os estudos sobre o significado social dos dinheiros especiais (2017), assim como os referenciais de Ariel Wilkis (2017) sobre as moralidades que moldam o dinheiro.

Zelizer (2017) aborda os fatores extra econômicos que perpassam e moldam as utilizações, os utilizadores, o sistema de localização, as formas de controle e as origens



dos dinheiros. Primeiramente, a conexão entre autonomia e dinheiro reflete esta perspectiva teórica, pois a independência material garantida por meio do dinheiro passa a ter significado subjetivo. Da mesma forma, pensando no caso do dinheiro concedido pelo BPC aos portadores de transtornos mentais, podem ser elaboradas hipóteses de possíveis “marcações” desse dinheiro. Destaca-se fato de se tratar de distribuição de renda direta, um tabu já apontado em trabalhos sobre o Programa Bolsa Família, monetizando a assistência a população. Os destinatários também são uma controvérsia, pois se tratam de sujeitos estigmatizados, que não se encaixam necessariamente na lógica de racionalidade econômica vigente.

Utilizando-se do aporte teórico proporcionado por Zelizer acerca dos dinheiros especiais e de Pierre Bourdieu sobre o capital simbólico e a legitimidade de poder, Ariel Wilkis (2017, 2008), por meio de um trabalho etnográfico nas zonas mais pobres de Buenos Aires, realiza uma análise sociocultural do dinheiro e das relações de poder, expandindo o modelo sociológico dos dinheiros múltiplos, enfatizando a dimensão moral do dinheiro como parte dessas relações. De acordo com o autor, “uma teoria qualitativa do dinheiro requer a noção de que a cultura, ou a moralidade, não influencia o dinheiro de fora, mas o molda de dentro” (p. 12), ou seja, as marcações sociais e morais são propriedades intrínsecas dos dinheiros.

Para realizar tal análise, o autor desenvolve o conceito de capital moral, que perpassa a obra inteira. Na visão de Wilkis, o capital moral é um subtipo de capital simbólico e “complementa a análise de Bourdieu, pois é capaz de ajudar a entender a dinâmica de reconhecimento e seus efeitos na distinção de indivíduos baseado na moralidade percebida” (p. 10).

O objetivo é identificar as moralidades e os significados socialmente atribuídos ao BPC a partir das percepções dos usuários e compreender a relação destes sujeitos com o dinheiro. Dentro desde objetivo central, busca-se, mais especificamente, entender a partir do olhar dos beneficiários, as possibilidades e limitações da relação entre o dinheiro e a loucura, e como se dá a trama de relações complexas, desde o impacto nas percepções de si como no orçamento familiar, acerca do benefício.

Os benefícios de transferência de renda a partir da sociologia econômica

Durante muito tempo, tanto para os economistas quanto para os sociólogos e antropólogos, o dinheiro era visto como um instrumento de racionalização da vida social, ou como denomina Zelizer (2017), dinheiro de mercado. Posteriormente, as sociologias



econômica e do dinheiro demonstraram que o dinheiro cumpre inúmeras funções sociais, além de ser instrumento universal de troca (Rego, Pinzani, 2013).

Zelizer contribui ao analisar o que chama de dinheiros especiais, em oposição ao conceito de dinheiro de mercado. A autora desenvolve estudos relacionados às dimensões qualitativas de análise desse elemento considerado neutro para a economia tradicional: o dinheiro moderno. A antropologia já havia feito análises semelhantes, porém somente com o uso dos dinheiros primitivos. Diferentemente do racional dinheiro de mercado, como já referido acima, a autora apresenta que os dinheiros especiais são condicionados pela cultura e pelo social (Zelizer, 2017).

Dentro desta abordagem, a autora propõe que se aplique o conceito de dinheiro especial para a alisar as marcações culturais e sociais que se impõem ao dinheiro moderno. Zelizer (2017) analisa o caso do dinheiro doméstico, um tipo de dinheiro especial, no contexto das famílias americanas no período de 1870 e 1930. Ao analisar este contexto, a autora exemplifica como aspectos culturais, como a questão de gênero, contribui para a distinção dos dinheiros presentes no orçamento familiar, e outros fatores como a utilização, os utilizadores, o sistema de localização e as formas de controle e origens do dinheiro (Zelizer, 2017).

Destacam-se, agora, dois aspectos essenciais para a pesquisa, associados aos dinheiros especiais, que a autora desenvolve: o conceito de earmarking e a análise da dinâmica do dinheiro dos pobres. Primeiramente, pode-se compreender earmarking como o ato de reservar uma quantia de dinheiro para um propósito especial, de escolher o destino daquela quantia (Zelizer, 2017). A autora utiliza frequentemente este conceito na análise do dinheiro das classes baixas pois a escolha do destino desse dinheiro passa, nesses casos, por inúmeras interferências, tanto sociais quanto legais.

Em uma perspectiva mais recente, que parte do trabalho de Zelizer, importante para o desenvolvimento deste trabalho é a apresentada pelo autor argentino Ariel Wilkis (2008, 2017). Wilkis realizou uma etnografia em bairros periféricos de Buenos Aires, e a partir da investigação inicial da influência das ações políticas nas comunidades mais populares, acabou chegando na discussão sobre o dinheiro e o poder nestas localidades. Partindo da abordagem da microsociologia, ele argumenta que em sua obra são analisadas as ordens sociais que emergem das interações entre os sujeitos e os diferentes pedaços de dinheiro encontrados na pesquisa etnográfica, com o objetivo de interpretar a relação entre moralidade e economia.



Além da sociologia econômica, Wilkis trabalha com a sociologia da moralidade. O autor propõe novas interpretações e contribuições ao trabalho de Pierre Bourdieu, ao retirar de oposição as ideias de moralidade e poder (usualmente associados, respectivamente, a altruísmo e individualismo) e propondo o conceito de capital moral (Wilgis, 2017). De acordo com o autor, “pessoas estão constantemente medindo, comparando, e avaliando suas virtudes morais, porque estas virtudes concedem um tipo específico de poder. Ter capital moral significa ter essas virtudes reconhecidas” (Wilgis, 2017, p. 10), e desta forma qualifica o capital moral como um tipo de capital simbólico, o qual é parte importante da distinção entre os indivíduos e as dinâmicas de reconhecimento. O autor esclarece que os pedaços de dinheiro que encontrou na investigação “representam uma combinação complexa de dinâmicas monetárias associadas com exclusão do mercado de trabalho e integração com o mercado de consumo” (Wilgis, 2017, p. 14).

No trabalho de Wilkis (2017), o dinheiro doado é, também, proveniente dos benefícios de transferência de renda proporcionados por políticas argentinas de assistência social. Segundo o autor, na década de 2000, esses programas se tornaram uma estratégia popular contra a pobreza nos países da América Latina, entre eles o Brasil. Propostos paralelamente em diversos países, os programas surgem em um contexto de altas taxas de desemprego e intensificação da pobreza, na tentativa de incluir economicamente estes indivíduos, através do consumo (Wilgis, 2008, 2017).

Tendo em vista o efeito do contexto social sobre as políticas de assistência social, o próximo item de discussão teórica se propõe a caracterizar a assistência social brasileira, e analisar como ocorreram as mudanças de paradigma que resultaram no Benefício de Prestação Continuada.

O Benefício de Prestação Continuada

Como já mencionado, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um benefício de transferência de renda, não previdenciário, que atende a população excluída do mercado de trabalho por conta das questões de saúde mental. O BPC é um direito conquistado na Constituição Federal de 1988, que estabelece a “garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei” (BRASIL, 1988, art. 33). Foi regulamentado pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), nº 8.742, no ano de 1993, com importantes alterações feitas pelas Leis nº 12.435 e nº 12.470, ambas de 2011.



O caminho para a construção da assistência social como uma política de direitos é um encontro, então, do processo de redemocratização do país e das diretrizes apontadas pela LOAS, que ganha mais força na realização da IV Conferência Nacional de Assistência Social em 2003 e da aprovação do Plano Nacional de Assistência Social (PNAS) em 2004. A partir destas pautas toma forma o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que agrega serviços, programas, projetos, benefícios e transferência de renda desta agenda em nível nacional.

O BPC configura-se como um importante instrumento de combate à desigualdade e a vulnerabilidade, “não unicamente como segurança de renda, mas também como estruturador da proteção social aos usuários, por meio do acesso a bens e serviços públicos, favorecendo a superação das desvantagens sociais enfrentadas e a conquista de autonomia” (Freitas et al, 2013, p. 135). Já na década de 1990, o BPC inaugura o modelo de transferência de renda que serviu como modelo para a posterior implantação do Programa Bolsa Família, visto que se tratava de um benefício em grande escala. Dados do governo federal explicitam o impacto que o BPC tem na população, pois a renda configura aproximadamente 79% do orçamento familiar dos beneficiários, e em 47% destas famílias o BPC é a única fonte de renda (MDS, 2010).

A questão dos benefícios, em especial do Programa Bolsa Família (PBF), já foi debatida em estudos da área da sociologia. Rego e Pinzani (2013) trazem resultados sobre o impacto do benefício na vida das mulheres, abordando as questões referentes às diferenças de gênero, e como a autonomia adquirida através do PBF influencia, inclusive, dados relativos a violência doméstica. Eger e Damo (2014) investigam os valores morais que acompanham a concessão do benefício, e apresentam os diferentes significados que este tem para os beneficiários, acompanhado de uma discussão sobre o impacto da vulnerabilidade no arranjo social, e o impacto do valor do PBF na organização dos contextos familiares.

Apesar de tanto o Bolsa Família quanto o BPC se tratarem de uma mesma iniciativa, atingem públicos com algumas características semelhantes, porém muito distintos. No caso desta pesquisa, o foco será em uma parcela dos beneficiários, as pessoas com deficiência, enquadradas em diagnósticos de transtornos mentais. Além da vulnerabilidade, os problemas de saúde mental representam um fator de exclusão social, e as narrativas sobre o que são estes problemas e o manejo deles sempre foram alvos de disputas e tensionamentos.



Breves considerações sobre o lugar social da loucura

A loucura teve diferentes significados ao longo dos tempos, como Michel Foucault revela e analisa na sua tese de doutorado, intitulada *História da Loucura* (1978). No Brasil, assim como na Europa, inicialmente a loucura fazia parte do convívio social, e começou a ser vista como um problema ao ser dominada pelo discurso religioso. A mesma movimentação de total exclusão do convívio social passou a ser prática corriqueira no início do século XIX (Vechi, 2004), promovendo uma segregação em prisões e Santas Casas de Misericórdia, também de cunho religioso, com diversos relatos de maus tratos, falta de higiene e outras condições precárias.

Uma virada acontece quando o discurso religioso é substituído pelo discurso médico-psiquiátrico. Segue predominando a ideia de que apenas o isolamento do sujeito em sofrimento mental pode oferecer cura, agora juntamente com propostas terapêuticas e a entrada da medicalização (Batista, 2014). Com o avanço dessa prática, o modelo do hospital psiquiátrico começa a se mostrar ineficiente, tanto em termos de “cura” propriamente dita, quanto de eficiência em dar conta da demanda de pacientes. Por volta da década de 1950, os manicômios apresentam condições precárias de atendimento, diversas denúncias de maus tratos aos pacientes, superlotação e falta de funcionários.

Juntamente com o movimento da reforma sanitária, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental do Brasil iniciou a discussão da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ao final dos anos 1970. Aliado ao meio acadêmico, essa reforma representou não só um aperfeiçoamento de práticas terapêuticas, mas uma total ruptura com o modelo tradicional e com o discurso tradicional psiquiátrico do que era doença mental (Amarante, Nunes 2018).

De acordo com Amarante e Nunes (2018), o que estava em jogo no Brasil, articulado com a mudança da saúde pública num contexto geral, era a necessidade de se delinear “um novo lugar social para a loucura” (p. 2070). A partir dessa referência, foram elaboradas estratégias, como a participação popular nos serviços e nas discussões da formulação dos objetivos e novas práticas da Reforma Psiquiátrica. Desde o início se fortaleceram a organização de conferências, audiências públicas e conselhos de saúde.

O primeiro CAPS foi criado em 1986, na cidade de São Paulo, e estes locais promovem um cuidado em liberdade nas suas práticas desenvolvidas diariamente, como os acolhimentos, os grupos terapêuticos e as oficinas. As oficinas, por exemplo, são



atividades divididas em três categorias: as alfabetizadoras, as expressivas e as geradoras de renda. Pode-se perceber que os três modos de organização buscam dar conta tanto do tratamento terapêutico do adoecimento mental, quanto de pré-requisitos para o convívio social e mínimas condições de autonomia (Nunes, Torrente 2009).

Segundo Desviat (2018), o modelo de reforma proposto esbarrou na dificuldade de ser integrado na consciência coletiva, tanto da sociedade civil (com destaque a partidos políticos), quanto dos gestores e profissionais da área da saúde. O autor defende que são necessárias novas propostas, pois se vive uma outra realidade social atualmente, e as necessidades primordiais também mudaram. Diferentemente de trinta anos atrás, o embate na área da saúde não é mais entre um modelo biomédico e um psicossocial, de acordo com Desviat (2018), e sim entre um modelo médico reducionista e um modelo orientado à saúde pública, pois fechados os manicômios, a exclusão acontece através do diagnóstico.

É essencial compreender a forma como a loucura e as questões referentes à saúde mental coletiva são tratadas pela sociedade e pelas políticas públicas, e maneira como a assistência social se organiza para visualizar a dimensão do impacto do BPC e a rede de relações que o garantem como direito desta população.

Caminhos metodológicos

Diante do objetivo proposto, que contempla entender a natureza de um fenômeno social, opta-se por uma abordagem qualitativa para a realização da pesquisa. Richardson (2012) aponta a necessidade deste tipo de análise quando a pesquisa envolve situações complexas ou particulares, e Minayo (2002) defende a utilização em trabalhos que investiguem aspectos da realidade não quantificáveis. Após a problematização deste trabalho, a escolha se justifica pela abordagem facilitar:

Descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos (Richardson, 2012, p. 80).

A aproximação com o campo a ser investigado antecedeu qualquer elaboração de problema de pesquisa, visto que a autora é também acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas, e desenvolve atividades de estágio em saúde mental coletiva desde julho de 2018. Este fato já elimina a dificuldade inicial de



aproximação com o contexto pesquisado, e permite que o trabalho se utilize dos preceitos da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e da técnica de observação participante.

Assim como a etnografia, a TFD se baseia em preceitos do interacionismo simbólico, ao conceber a sociedade como sendo socialmente construída, por meio de negociações constantes e contínuas que podem ou não se repetir, através de sujeitos ou grupos, que possibilitam uma abordagem microssociológica de análise (Collins, 2009).

A TFD é assentada primordialmente nos dados obtidos no contato direto com o campo, e não num corpo denso pré-existente de teoria. Andrews et al (2017) destaca que uma das características definidoras desta metodologia é a “liberdade e a flexibilidade para permitir a emergência dos conceitos” (p. 14). Segundo os autores, isto não implica numa rejeição a conhecimentos prévios, mas a noção de que a unidade de análise é o comportamento das pessoas no momento da investigação, e estar aberto a emergência de categorias. A forma como a TFD se constitui permite uma maior flexibilidade nas questões de pesquisa e de metodologia (Andrews et al 2017).

Acredita-se que esta compreensão do ambiente como fonte de dados é possível através de uma observação participante. Facilitada pelo acesso a instituição, a observação participante se realiza “através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos” (Minayo, 2002, p. 59).

Resultados preliminares

As questões norteadoras para a problematização da pesquisa emergiram, portanto, das observações feitas durante a realização destas atividades e do constante diálogo com os profissionais locais. O contato com a loucura e as questões ligadas a saúde mental evidencia a complexidade que compõe a condição dos usuários. O estigma, a vulnerabilidade, o dinheiro e as moralidades são componentes que explicitam as dificuldades encontradas no dia a dia, influenciam nas relações familiares e sociais e até mesmo na evolução ou piora do quadro da doença mental.

No diário de campo, é possível observar variados relatos que corroboram com estas reflexões e apontamentos, e algumas situações serão descritas para maior compreensão, conforme a problemática desta pesquisa que pretende compreender as relações complexas entre loucura, assistência social e dinheiro.



Uma situação recorrente no grupo de jovens era a de sujeitos que, apesar de certa estabilidade emocional, relatavam dificuldades de se manterem em cursos superiores ou locais de trabalho, devido a eventuais episódios em que os transtornos “apareciam”, resultando em uma incapacidade de adquirir autonomia financeira, e, muitas vezes, retorno a condições de vulnerabilidade. Já com as mulheres da oficina, há diversos casos em que a aposentadoria ou BPC é grande parte ou fonte única de renda mensal da casa, e a dinâmica familiar acaba girando financeira e emocionalmente em torno do cuidado das usuárias.

No transcorrer do acompanhamento de todas as atividades, o estigma, as dificuldades e moralidades do dinheiro foram, inclusive, desencadeadores de episódios de choro e ansiedade. Uma usuária chorou muito relatando os olhares e diferença no tratamento em uma loja após mostrar dificuldade em se expressar e compreender alguns valores de peças. Outra jovem apresentou sintomas de ansiedade quando teve dificuldades com a administração do cartão de crédito. Esta mesma jovem, que possui capacidade cognitiva extremamente conservada e está concluindo um curso de nível superior, apesar de estar apta para receber o BPC, se recusa a pensar na possibilidade, pois interpreta que receber o benefício significa que ela está “incapacitada de achar um trabalho de verdade”. Ao mesmo tempo, que a possibilidade de receber o benefício é a única motivação para o tratamento em alguns casos, pois circula entre a população a ideia (equivocada) de que a concessão do BPC e o tratamento no CAPS estão vinculados.

Conclusões

A partir da análise dos dados provenientes do diário de campo da observação participante, se pode constatar que os questionamentos iniciais da pesquisa são pertinentes. Observando a partir de um panorama geral das situações que ocorreram no cotidiano do serviço, é possível compreender que o dinheiro concedido através do Benefício de Prestação Continuada é atravessado por dilemas e moralidades, e ainda é marcado por diversas significações sociais, passando a representar desde a salvação do orçamento de alguma família, até o estigma do louco incapaz, que não tem chances de obter autonomia por si só.

Tendo em vista o objetivo inicial do trabalho, de realmente compreender a rede complexa de articulações em torno do benefício, se fez necessária a realização de entrevistas com três usuárias do serviço, que representavam diferentes realidades de



vida. Uma delas é uma mulher que sustenta uma família com dois filhos com o valor recebido, outra que mantém a casa para si, e, por último, uma usuária que vive em situação de abrigo, ou seja, não mantém vínculo familiar. Nessas entrevistas foram investigadas as trajetórias individuais de cada mulher até a concessão do benefício, e também os impactos que ele representou na vida de cada uma. Ainda em uma análise preliminar, estas entrevistas revelam que o BPC é um fator que condiciona a dinâmica das usuárias, intermediando inclusive suas relações afetivas e familiares.

A partir desses resultados, reforça-se a ideia de que a compreensão da perspectiva individual dos beneficiários contribuirá para o melhor entendimento do impacto do Benefício de Prestação Continuada para os sujeitos, bem como uma visão ampliada dos estigmas que a loucura acaba acarretando no benefício.

Referências

Andrews, Tom; Mariano, Grasielly Jeronimo Dos Santos; Santos, José Luis Guedes; Koerber-Timmons, Karen; Silva, Fernanda Hannah da. A metodologia da teoria fundamentada nos dados clássica: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto contexto - enfermagem*, Florianópolis, v. 26, n. 4, 2017.

Amarante, Paulo Nunes, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 23, n. 6, 2018.

Batista, Micheline Dayse Gomes. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. *Revista de Ciências Sociais*, n. 40, p. 391-404, abr. 2014

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Collins, Randall. Quatro tradições sociológicas. Petrópolis: Vozes, 2009

Desviat, Manuel. Coabitar a Diferença: Da Reforma Psiquiátrica à Saúde Mental Coletiva. 1ª ed. São Paulo: Zagodoni, 2018.

Ferreira, Maria Solange Castro; Pereira, Maria Alice Ornellas; Pereira Júnior, Alfredo. Auto-Organização, Autonomia e o cuidado em Saúde Mental. *Simbio-Logias*, v. 6, n. 8, p. 41-52, 2013

Freitas, Maria José de; Souza, Maria Valdênia Santos de; Martins, Raquel de Fátima Antunes. O Benefício de Prestação Continuada – BPC: direito socioassistencial. In: Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. *Coletânea de Artigos Comemorativos dos 20 anos da Lei Orgânica de Assistência Social*. 1ª ed. Brasília: MDS, 2013.

Foucault, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978



Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Benefício de Prestação Continuada (BPC). In: Tapajós L, Quiroga J, organizadores. Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS- versão atualizada e revisada 2006- 2010. Brasília: MDS; 2010.

Minayo, Maria Cecília de Souza. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Suely Ferreira Deslandes, Otávio Cruz Neto, Romeu Gomes e Maria de Souza Minayo (org.). Petrópolis, Vozes, Rio de Janeiro, 2002

Nunes, Mônica; Torrente, Maurice de. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 101-108, Aug. 2009

Rego, Walquiria Domingues Leão; Pinzani, Alessandro. Vozes do Bolsa Família: Autonomia, dinheiro e cidadania. São Paulo: Editora UNESP, 2013

Richardson, Roberto Jarry. Pesquisa social: Métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 2012.

Wilks, Ariel. The Moral Power of Money: Morality and Economy in the Life of the Poor. Stanford, California: Stanford University Press, 2017.

. Os usos sociais do dinheiro em circuitos filantrópicos: o caso das “publicações de rua”. Mana, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 1, p. 205-234, Apr. 2008.

Zelizer, Viviana. The Social Meaning of Money. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 2017.



Visões epistemológicas na construção/ressignificação de conceitos dos pais após diagnóstico da síndrome de down em seu filho

Luciana Borowski Pietricoski¹
Lourdes Aparecida Della Justina²

Resumo

A síndrome de Down é uma condição genética caracterizada por um conjunto de deficiências físicas e mentais resultado, geralmente, de uma trissomia do cromossomo 21. O objetivo deste trabalho foi o de identificar se há a presença de possíveis posições epistemológicas na construção de conhecimento ou ressignificação de conceitos dos pais após o diagnóstico de síndrome de Down em um filho. Para a realização deste trabalho foram utilizados alguns artigos que relatam a maneira como os pais reagem ao diagnóstico e por meio das reações foram identificadas algumas visões epistemológicas. A representação social da síndrome de Down apresenta elementos como conhecimento popular, estigmas e dimensões históricas, e tem importante destaque na interpretação dos pais a respeito de seus filhos com síndrome de Down. Algumas posições epistemológicas – racionalismo, ceticismo, subjetivismo, dogmatismo e criticismo - podem ser adotadas pelos pais na busca ou não pelo conhecimento sobre a síndrome. É necessário que os genitores busquem o conhecimento, construam novos conceitos e ressignifiquem os já existentes, buscando um pensamento crítico e reflexivo na perspectiva de compreender as reais limitações e possibilidades de seus filhos. Para isso, é premente que propostas e ações interdisciplinares de educação formal ou não, sejam oferecidos e disponibilizados entre os profissionais e professores que atendem a criança, e aos pais que são responsáveis por uma educação de forma contínua e são os primeiros agentes de socialização da criança.

Palavras-chave

Síndrome de Down, reflexões epistemológicas, senso comum.

Abstract

Down's syndrome is a genetic condition characterized by a set of physical and mental deficiencies usually resulting from a trisomy of chromosome 21. The objective of this work was to identify if there is the presence of possible epistemological positions in the construction of knowledge or give new significance to parent's concepts after the diagnosis of Down syndrome in a child. For the accomplishment of this work some articles were used that report the way the parents react to the diagnosis and through the reactions some epistemological visions were identified. The social representation of



Down syndrome presents elements such as popular knowledge, stigmas and historical dimensions, and has an important role in parent's interpretation of their children with Down syndrome. Some epistemological positions - rationalism, skepticism, subjectivism, dogmatism and criticism - can be adopted by the parents in the search or not for the knowledge about the syndrome. It is necessary for the parents to seek the knowledge, to construct new concepts and to give new significance the existing ones, seeking a critical and reflexive thought in the perspective of understanding the real limitations and possibilities of their children. For this, it is urgent that interdisciplinary proposals and actions of formal education or not, be offered and made available among the professionals and teachers who attend the child, and the parents who are responsible for an education in a continuous way and are the first agents of socialization of the kid.

Keywords

Down's syndrome. epistemological reflections. common sense.

Introdução e caracterização sistêmica da Síndrome de Down

A síndrome de Down foi reconhecida pela primeira vez por John Langdon Down que classificou equivocadamente os indivíduos como tendo idiotia mongólica, caracterizando suas condições clínicas e estabelecendo erroneamente uma relação com características étnicas dos habitantes da Mongólia, sendo os indivíduos chamados de mongoloides (Down, 1886). Tiveram outras denominações como: imbecilidade mongoloide, cretinismo furfuráceo, acromicria congênita, criança mal-acabada, criança inacabada, dentre outras. O termo mongolismo perdurou no senso comum, sendo amplamente utilizado até meados de 1961, quando surgiram muitas críticas a sua utilização pejorativa e estigmatizante, e em 1965, a Organização Mundial de Saúde (OMS) suprimiu essa terminologia de suas publicações, assumindo a denominação de síndrome de Down (Silva & Dessen, 2002).

Esse termo mongoloide, ainda hoje, equivocadamente continua tendo ressonância na linguagem cotidiana por algumas pessoas ao se dirigirem aos indivíduos com síndrome de Down, mesmo sabendo que é uma condição genética caracterizada como um conjunto de distúrbios físicos e mentais resultado da presença de um cromossomo 21 a mais, alterando o número de cópias dos cromossomos nas células. Portanto, esta síndrome é resultado de uma variação em larga escala denominada de mutação cromossômica, distinguindo-se das mutações gênicas, nas quais as alterações ocorrem dentro de um gene específico, enquanto nas mutações cromossômicas, a variação



ocorre em uma região cromossômica envolvendo mais de um gene (Griffiths, Wessler, Lewontin & Carroll, 2011).

Esta síndrome é classificada por mutação cromossômica numérica do tipo aneuploidia, uma classificação que está ligada ao número de cópias de um cromossomo específico, o organismo aneuploide difere do tipo selvagem por ter um cromossomo a mais. A maioria das aneuploidias é causada pela não-disjunção cromossômica durante a meiose ou mitose. Disjunção refere-se à segregação normal de cromossomos homólogos ou cromátides para os pólos opostos das células durante as divisões celulares. Quando ocorre uma falha nesse processo, têm-se a não-disjunção, possibilitando a presença de mais ou menos cromossomos nos pólos celulares. A síndrome de Down, geralmente, é resultado de não-disjunção do cromossomo 21 em uma meiose parental (em um genitor que é cromossomicamente normal) ocorrida espontaneamente (Griffiths, Wessler, Lewontin & Carroll, 2011).

Quando não há história familiar de aneuploidia, o nascimento de uma criança com a síndrome de Down é um tipo esporádico, porém alguns casos surgem de alterações cromossômicas estruturais do tipo translocações (cromossomos trocam fragmentos originados de quebras cromossômicas simultâneas) e nesse caso, pode ocorrer novamente na genealogia familiar, pois as translocações podem ser transmitidas de geração em geração (Griffiths, Wessler, Lewontin & Carroll, 2011).

Mais de 120 traços foram descritos e relacionados à síndrome, porém são identificados alguns sinais mais comuns, chamados de sinais cardeais, encontrados em 50% dos casos, ou até 60 a 80% (Cunningham, 2008). O fenótipo relacionado à síndrome de Down constitui um conjunto de características incluindo diferentes níveis de retardo mental (QI geralmente na faixa de 20 a 50), face larga e achatada, olhos com pregas epicânticas, baixa estatura, mãos curtas com um sulco no meio, língua grande e rugosa (Griffiths, Wessler, Lewontin & Carroll, 2011).

Essas características apresentadas acima são resultados de processos de construção do conhecimento científico sobre a síndrome e conhecê-las é essencial para a resignificação e superação de paradigmas. Cada indivíduo parental reage de uma maneira ao receber o diagnóstico da síndrome em um filho e pode assumir posições epistemológicas que poderão guiar o seu relacionamento com o seu filho.



Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi o de identificar se há a presença de possíveis posições epistemológicas na construção de conhecimento ou resignificação de conceitos dos pais após o diagnóstico de síndrome de Down em um filho.

Senso comum x conhecimento científico

O universo conceitual da síndrome de Down é ainda pouco conhecido, em alguns casos completamente desconhecido, pela sociedade e até mesmo por familiares com filhos com a síndrome (Sigaud & Reis, 1999). E alguns casos, a síndrome é reconhecida como doença orgânica, que interfere no material genético e com causa desconhecida. Segundo Velho (1985) este entendimento está de acordo com a perspectiva médica que reduz o problema à patologia do sujeito (fenômeno endógeno), compreendendo uma dicotomia entre o fato individual e o social. Nesses casos, prevalece a ideia de doença, tratando-se, portanto, de um corpo doente, sendo necessário especialistas para cuidar dele, em todos os âmbitos (Cardoso, 2003).

As representações sociais de saúde e doença na perspectiva médica, estão fixadas na dimensão social e histórica, e a explicação biológica poderia transcrever uma visão mais ampla. Por meio das representações é possível ter acesso às crenças e interpretações de uma sociedade, atingindo preconceitos, segregação, estigma e ainda inserção social (Herzlich 1986, cit. por Lima et al., 2002).

Em um estudo sobre a compreensão das mães sobre seus filhos com síndrome de Down, observou-se que há uma estreita correlação entre nível de escolaridade materno e a compreensão sobre a síndrome e, que o conhecimento científico pode ser distorcido quando incorporado ao senso comum. A representação social materna encontra-se com elementos modificáveis da ciência, como conhecimento popular e as tradições (Sigaud & Reis, 1999). Pode ainda, estar relacionada à concepção sobrenatural, sendo relacionada ao misticismo, vontade divina ou destino, nesta perspectiva, a síndrome é associada à imagem de prêmio ou castigo a mãe ou ao filho, ou até mesmo resultado de uma possessão demoníaca, ideia que remonta ao período medieval (Pessotti, 1984).

Uma outra forma de se referir às crianças com síndrome de Down, destacada por Cardoso (2003) é a denominação de “Anjos” no sentido de muitas delas serem carinhosas e meigas. Porém, essa denominação também se insere na questão de não serem seres ditos normais, pois anjos transcendem a humanidade, transferindo a qualificação do indivíduo para o plano angelical, da mesma maneira em que se denominam os pais como seres especiais ou privilegiados.



As crianças com síndrome de Down têm capacidade de aprender, porém, na maioria das vezes, esse aprendizado ocorre de forma mais lenta que as crianças não portadoras da síndrome, mas não têm limites para a construção do saber (Voivodic, 2004). Essa é uma questão importante, no que diz respeito ao senso comum em relação a essas crianças de que não são capazes de aprender. O conhecimento pode ser construído por eles, em certa medida, desde que recebam estímulos adequados para o desenvolvimento de suas habilidades e capacidades, principalmente se forem estímulos precoces (Cardoso, 2003).

Vygotski (1997) defende em sua teoria sócio-histórica que quanto mais diversidade de interações sociais as crianças com deficiências tiverem acesso, maior serão seus recursos durante o processo de construção do seu conhecimento. Mas, nesse sentido, é importante ressaltar que algumas limitações não poderão ser superadas com interações sociais, pois no caso da síndrome de Down há uma limitação genética apresentada no indivíduo.

Vygotski (2003) afirma que os preceitos de desenvolvimento são iguais para crianças, independente de terem alguma deficiência, e estão amparados em quatro esferas genéticas: filogênese (historicidade da espécie), sociogênese (historicidade cultural), ontogênese (historicidade individual) e microgênese (especificidades da história individual). Dessa forma, partindo desses pressupostos, cada indivíduo se desenvolve de forma diferenciada, mas em muitos casos a microgênese é mais evidenciada no seu desenvolvimento.

Outra questão importante é a padronização das capacidades, competências e habilidades que a sociedade impõe ao portador da síndrome. De acordo com Voivodic (2004), tem que se considerar que os indivíduos trissômicos têm habilidades ou dificuldades para atividades diferentes entre si, com diversos tipos de personalidades, e que esta variação também é observada em todos os indivíduos da sociedade.

O paradigma define o que os membros de uma comunidade apresentam em comum, de acordo com Kuhn (1989). O paradigma atua como modelo comum, modelando comportamentos e práticas. A criança é um resultado do que dizem dela, seu corpo e sua mente são produzidos por uma linguagem.

E é nesse ponto que o senso comum e o conhecimento científico aparecem. Santos (2008) define que a ciência depois de sua ruptura com o senso comum deveria



modificar-se para um novo e mais elucidado senso comum, considerando que todo o conhecimento científico visa constituir-se em senso comum. Ainda, ele considera que a ciência moderna se estabeleceu contra o senso comum, pois o considerava falso, ilusório e superficial. Já a ciência pós-moderna reconhece no senso comum peculiaridades que enriquecem a relação com o mundo. Nessa perspectiva a ciência precisa ser reorganizada de maneira a verificar suas próprias limitações a partir do senso comum.

Muitos trabalhos retratam as representações sociais como um conhecimento prático associado ao senso comum. A aparência típica das crianças com síndrome de Down torna-se estigmatizante, pois pode ser percebida como imperfeição ou deformidade.

Metodologia

Este trabalho foi elaborado durante a disciplina de “Teoria do Conhecimento” do Programa de Pós-graduação em Educação em Ciências e Educação Matemática na perspectiva de tentar visualizar posições epistemológicas dos pais ao receber o diagnóstico de síndrome de Down em um de seus filhos.

Nesse sentido, foram pesquisados artigos no Google Scholar com o tema “diagnóstico da Síndrome de Down” e a partir da maneira como os pais reagem ao diagnóstico e mediante as reações dos mesmos foram identificadas algumas visões epistemológicas.

Diagnóstico da síndrome de Down e posições epistemológicas dos genitores

A síndrome de Down pode ser diagnosticada durante a gestação, no pré-natal, ou após o nascimento, incluindo exames que possam sugerir ou confirmar o diagnóstico da síndrome. Durante a gestação, sugere-se o diagnóstico através de exames de ultrasonografia e translucência nugal, enquanto amniocentese, biópsia das vilosidades coriônicas e cordocentese confirmam (Fonseca, Magalhães, Papich, Dias & Schimidt, 2000). O procedimento diagnóstico, após o nascimento, pode ser verificado através de exames clínicos e de sinais físicos, pois o bebê apresenta uma série de alterações fenotípicas que sendo apresentadas simultaneamente sugerem o diagnóstico, para a confirmação pode ser realizado o exame de cariótipo (Werneck, 1993). O cariótipo é uma análise cromossômica em que são verificados o número, estrutura, morfologia e bandas (marcas) cromossômicas, sendo um importante método de diagnóstico de alterações cromossômicas. As mutações cromossômicas podem ser detectadas através da microscopia, análises genéticas ou moleculares, ou ainda, por combinação dessas técnicas (Griffiths, Wessler, Lewontin & Carroll, 2011).



Alguns autores, como exemplo Skotko (2005), referem a inabilidade da equipe médica em revelar o diagnóstico de síndrome de Down de uma criança aos pais. Essa inabilidade tem sua consistência na questão de estabelecer a síndrome como algo prefixado, preestabelecido, estimulando uma tendência de aprisionamento. Na mudança deste paradigma, percebe-se que uma reflexão epistemológica mais ampla por parte dos médicos, poderia ajudá-los a construir uma perspectiva mais sutil de comunicação para facilitar a aceitabilidade pelos pais. Percebe-se também a importância de conhecimento científico atualizado sobre a síndrome de Down, empatia e sensibilidade no momento de informar o diagnóstico aos pais. Na questão do conhecimento científico atualizado, Pupo Filho (1996) afirma que nem sempre há um aprofundamento teórico sobre a síndrome, nos cursos de medicina, nas disciplinas específicas de genética médica ou outras relacionadas, refletindo inclusive na percepção de alguns médicos só ressaltarem as limitações e focarem pouco tempo na discussão sobre as possibilidades de desenvolvimento através da estimulação precoce. Diante dessa situação, defendemos a importância de se ter nos cursos de medicina, disciplinas que fomentassem reflexões epistemológicas a respeito da história e gênese da produção de conhecimento sobre algumas doenças, síndromes e, além disso, sobre as diversidades intra-sociedade, pois muitos conceitos e ideias derivam a priori de senso comum, da historicidade e tratamento com os indivíduos portadores da síndrome no passado da nossa sociedade, sem que tenhamos consciência real desse fato, inclusive algumas visões equivocadas podem ser construídas também nos meandros da ciência.

Ao longo da gestação, os pais produzem expectativas e desejos em relação ao seu filho e sua vida futura, estabelecendo, nesse caso, uma relação com o bebê imaginário. O nascimento do bebê faz com que os pais deparem com o bebê real e que nem sempre corresponderá com suas idealizações. Os pais podem viver uma espécie de “luto” do imaginário e confronto com o novo e real bebê com suas limitações.

Cada indivíduo, nesse caso pai ou mãe, lida de forma diferente ao receber um diagnóstico de síndrome de Down em seu filho (Martini, Lipp, Santos & Oliveira-Menegotto, 2007; Silva & Dessen, 2002; Cardoso, 2003; Silva & Dessen, 2006; Henn, Piccinini & Garcias, 2008; Cunha, Blascovi-Assis & Fiamenghi Jr., 2010; Sunelaitis, Arruda & Marcom, 2007), pois cada um é o resultado de diferentes formações psíquicas, sociais e culturais, segundo Bombassaro (1992) o homem é um ser histórico, como resultado do conjunto de ações que ele realiza no tempo.



Alguns casais reagem ao diagnóstico baseando-se em questões racionais, adotando uma posição de racionalidade em que à frente do conhecimento está a razão por si mesma e parte-se pela busca da verdade, que segundo Chauí (2000) essa busca está sempre relacionada a uma decepção, desilusão, dúvida, perplexidade, insegurança ou a alguma admiração, como também essa busca pode surgir da ação contra preconceitos, ideias, opiniões e crenças estabelecidas, nesse último caso trata-se da busca da verdade numa atitude filosófica. E nesse sentido, aos pais se impõe a necessidade de aprender a lidar com uma criança com algumas limitações, mas que o mais importante é conhecer quais são e partir para a estimulação precoce. É equivocado pensar que os pais precisam apenas saber das limitações de seus filhos, mas sim conhecê-las, devido às definições desses conceitos.

Bombassaro (1992) disserta sobre esses conceitos epistêmicos de conhecer e o distingue de saber. Segundo ele, saber está ligado às crenças, implica em crer em algo, adotar como verdadeiro, aceitar a verdade e a realidade sem ser necessário a apresentação de provas, já o conceito de conhecer indica uma convivência do indivíduo com aquilo do qual ele fala. Para Japiassu (1975) o conceito de saber refere-se a um conjunto de conhecimentos adquiridos, sistematicamente organizados e possíveis de serem transmitidos.

Segundo Chauí (2000) na teoria racionalista intelectualista, a percepção não é muito fidedigna para o conhecimento, pois depende de quem a percebe e está sujeita a ilusões, pois a imagem captada não coincide com a realidade do objeto.

Em outros casos, pode ocorrer a negação do conhecimento, posição epistemológica explicada pelo ceticismo de simplesmente não ver o objeto e, do sujeito não poder apreender o objeto (Hessen, 1980). Segundo Chauí (2000), no ceticismo a razão humana não é capaz de conhecer a realidade e renega à verdade.

O cético manifesta dúvidas sempre que a razão tenha intenção de se apropriar do verdadeiro conhecimento. Outros pais podem suplantar a posição do não saber através do conhecimento científico ou, ainda, de não ter nenhuma expectativa de futuro ao filho de tão perplexos e paralisados que podem ficar após o diagnóstico. Neste último caso, seria o maior risco subjetivo ao bebê, não sendo objeto de desejos e perspectivas pelos seus pais, a posição epistemológica de subjetivismo nega a verdade indiretamente, sendo, portanto, uma forma de ceticismo, no sentido de atacar a validade universal da verdade (Hessen, 1980).



Alguns dos sentimentos gerados nos pais ao receberem o comunicado do diagnóstico da síndrome em seu filho podem ser motivados pela visão epistemológica do dogmatismo, por alguns dogmas sobre o desenvolvimento da criança e de que serão crianças rejeitadas pela sociedade, desajeitadas, com muita dificuldade de comunicação e até mesmo com deformidades corporais. O dogmatismo exerce uma influência no conceito de verdade e neste sentido, um conhecimento dito falso não poderá ser reconhecido como conhecimento propriamente dito, mas sim erro e ilusão, de acordo com Hessen (1980). Deixar de ser dogmático é conceber uma crítica da razão teórica (Chauí, 2000), é verificar a validade de um conhecimento, é não aceitar qualquer afirmação sem indagar a sua veracidade.

Segundo Hessen (1980), a origem psicológica do conhecimento prova que os conteúdos do pensamento são distintos das percepções e representações, constituindo conteúdos da consciência, intuitivos ou não, sensíveis e intelectuais, para além dos posicionamentos lógicos. Isso explica as diferentes reações que os casais podem ter ao receber o diagnóstico da síndrome, pois o seu conhecimento a respeito da síndrome vai além de questões lógicas, supera o logicismo pois tem relação com a dimensão histórica, com o modo intersubjetivo de ver o sujeito com a síndrome.

Casarin (1999) considera que a família com um filho trissômico deve ressignificar o conhecimento que têm sobre a síndrome, de forma a reformular uma imagem, construindo outra imagem que não seja idealizada. Somente assim o vínculo familiar poderá se estabelecer de maneira afetiva e auxiliará no desenvolvimento da criança.

A formação ou ressignificação de conceitos se organiza a partir do pensamento e da linguagem, considerando processos cognitivos e metacognitivos. Envolve atenção/concentração, percepção, memória e generalização dos conceitos.

É mediado socialmente, pois são internalizados à medida em que outros componentes interagem com o sujeito (Pimentel, 2007). A formação de conceitos ou a ressignificação do conhecimento está associada a processos sociais, históricos, culturais e cognitivos individuais e, é importante para estabelecer vínculos nas famílias com indivíduos com síndrome de Down, assim são necessárias reflexões sobre ações educacionais que possam mediar esse processo entre pais e filhos.



As reações das pessoas frente aos portadores de síndrome de Down vão além da natureza biológica, pois versam sobre suas crenças, valores, aspectos culturais, sócio-econômicos, históricos e psicossociais (Lima et al., 2002).

As percepções da sociedade sobre essa síndrome, geralmente são estigmatizantes, não residindo apenas nas características físicas, intelectuais e sociais de seus portadores e na própria deficiência, mas também na maneira como a sociedade reage a ela (Lima et al., 2002). E, nesse sentido, Chauí (2000) escreve sobre a dificuldade de promover o desejo em se conhecer a verdade, pois vivemos numa sociedade com muitas formas de informação e muitas delas fazendo com que as pessoas acreditem estar recebendo informações científicas, filosóficas, políticas e que estas são verdadeiras, trazendo sentimentos de segurança e confiança, nesse caso existe ignorância e portanto, não há incertezas.

Diante disso, é mister utilizar-se da posição epistemológica do criticismo em que se apoia num comportamento reflexivo e crítico, que investiga todas as afirmações da razão humana, pergunta pelos motivos de determinado acontecimento e propõe reflexões à razão humana. De acordo com Hessen (1980), esta é a única posição justa na possibilidade do conhecimento. Esta pode ser uma posição adotada pelos pais e que possibilitaria uma melhor formação de conceitos ou resignificação frente ao conhecimento sobre a síndrome oportunizando a percepção de suas reais limitações, mas também suas possibilidades.

Quando se dá a chance de desenvolvimento a uma criança, seus limites podem tornar-se fictícios, pois ela poderá superá-los em certa medida, por mais dificuldades que possa ter, fazendo com que a sociedade reavalie seus limites (Voivodic, 2004).

A construção do conhecimento de um indivíduo está para além de uma anomalia genética, dependendo de trajetórias de vida, experiências, contexto familiar, questões sócio-históricas, dentre outros fatores, demonstrando que diferentes desenvolvimentos ontogenéticos são o resultado de diferentes interações sociais estabelecidas (Rego, 2000). Cada indivíduo tem suas particularidades em relação às questões cognitivas e de construção de conhecimento distintas da compreensão da realidade absoluta.

O enfoque médico adotado nas escolas, em relação às crianças com necessidades especiais em que propõe ênfase somente a condição biológica da criança como sendo única condição de atraso cognitivo, pois é algo determinado pela genética, não



reconhece outros fatores que podem estar associados ao processo de desenvolvimento e aprendizagem das crianças (Vygotski, 1997). E esse enfoque também pode determinar dogmas e paradigmas relacionados aos portadores de síndrome de Down, dificultando a sua inclusão nas escolas e interação com a sociedade.

Um paradigma existente nem sempre responde à realidade e nesse âmbito, podem surgir debates e reflexões no sentido de conduzir a ruptura deste paradigma, no momento em que o que está posto, apresentado, não responde aos anseios da sociedade em determinado assunto. E nesse processo, segundo Kuhn (2005), surge uma mudança do paradigma da segregação para o paradigma da inclusão.

O enfoque, segundo Vygotski (1997), seria não na deficiência em si, no que falta a essa criança, mas sim conhecer as consequências da alteração biológica no seu processo de desenvolvimento, promovendo uma estimulação com objetivo de superação, na medida do possível, de acordo com as suas possibilidades. Nessa perspectiva, não se deve estabelecer limites a priori, pois seu desenvolvimento não se dará somente por sua condição biológica, no caso alguma limitação funcional, mas também por questões psico-sociais.

Considerações finais

A superação de paradigmas e dogmatismos em relação ao desenvolvimento e características da criança com síndrome de Down, muitos desses oriundos da historicidade com que a sociedade foi se estabelecendo em relação à produção do conhecimento sobre a síndrome, é algo premente visto que todos temos características biológicas e sociais distintas, somos seres únicos e temos o direito de sermos respeitados e incluídos na sociedade. A deficiência não precisa ser compensada, tem que ser aceita como está posta. Pode-se categorizar que o problema é da criança, quando realmente é nosso, no sentido do olhar que manifestamos a ela, no momento em que se categoriza essa criança pode-se reduzir o espaço dela na sociedade.

É necessário que os genitores busquem o conhecimento, construam novos conceitos e ressignifiquem os já existentes, buscando um pensamento crítico e reflexivo na perspectiva de compreender as reais limitações e possibilidades de seus filhos. Para isso, é premente que propostas e ações interdisciplinares de educação formal ou não, sejam oferecidos e disponibilizados entre os profissionais e professores que atendem a criança, e principalmente aos pais que são responsáveis por uma educação de forma contínua e são os primeiros agentes de socialização da criança.



Notas

¹ Universidade Estadual do Oeste do Paraná/Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil/ luborowski@yahoo.com.br

² Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil/ lourdesjustina@gmail.com

Referências

Bombassaro, L. C. (1992). As fronteiras da epistemologia: uma introdução ao problema da racionalidade e da historicidade do conhecimento. Rio de Janeiro: Vozes.

Cardoso, M. H. C. A. (2003). Uma produção de significados sobre a síndrome de Down. *Cad. Saúde Pública*, 19(1), 101-109.

Casarin, S. (1999). Aspectos psicológicos na síndrome de Down. In: Schwartzman, J. S. (Org.). *Síndrome de Down*. São Paulo: Mackenzie, 263-285. Chauí, M. (2000).

Convite à Filosofia. São Paulo: Atica.

Cunha, A. M. F. V., Blascovi-Assis, S. M. & Fiamenghi Jr., G. A. (2010). Impacto da notícia da síndrome de Down para os pais: histórias de vida. *Ciências & Saúde Coletiva*, 15(2), 444-451.

Cunningham, C. (2008). *Síndrome de Down: uma introdução para pais e cuidadores*. Porto Alegre: Artmed.

Fonseca, M., Magalhães, J., Papich, H., Dias, R. & Schimidt A. (2000). Ultra-sonografia em obstetrícia: explorando um novo mundo. In: Caron, N. A. (Org.). *A Relação Pais-Bebê: da observação à clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 97-118. Griffiths, A. J. F.,

Wessler, S. R., Lewontin, R. C. & Carroll, S. B. (2011). *Introdução à genética*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Henn, C. G., Piccinini, C. A. & Garcias, G. L. (2008). A família no contexto da síndrome de Down: revisando a literatura. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 485-493.

Japiassu, H. F. (1975). *Introdução ao pensamento epistemológico*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Kuhn, T. S. (2005). *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva.

Lima, R. C. P., Ferraz, V. E. F., Oliveira, H. F., Fazzito, A. M., Lelis, L. M. & Domingues, T. (2002). Representações sociais da síndrome de Down. *Revista de Ciências Humanas, Florianópolis*, especial temática, 147-160.

Martini, F. O., Lipp, L. K., Santos, T. F. & Oliveira-Menegotto, L. M. (2007). Você tem Síndrome de Down: Algumas Considerações sobre a Não-Comunicação do Diagnóstico entre Pais e Filhos. *Práxis*, 2, 31-38.

Pessotti, I. (1984). *Deficiência mental: da superstição à ciência*. São Paulo: EDUSP.

Pimentel, S. C. (2007). (Con) viver (com) a síndrome de Down em escola inclusiva:



mediação pedagógica e formação de conceitos. 213 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA.

Rego, T. C. R. (1995). A origem da singularidade humana na visão de educadores. *Cadernos cedes – Antropologia e educação interfaces do ensino e pesquisa*, 35, 79-93.

Santos, B. S. (2008). Um discurso sobre as ciências. São Paulo: Cortez.

Sigaud, C. H. S. & Reis, A. O. A. (1999). A representação social da mãe acerca da criança com síndrome de Down. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, 33(2), 148-156.

Silva, N. L. P. S. & Dessen, M. A. (2002). Síndrome de Down: etiologia, caracterização e impacto na família. *Interação em Psicologia*, 6(2), 167-176.

Silva, N. L. P. S. & Dessen, M. A. (2006). Famílias de crianças com síndrome de Down: sentimentos, modos de vida e estresse parental. *Interação em Psicologia*, 10(2), 183-194.

Sunelaitis, R. C., Arruda, D. C. & Marcom, S. S. (2007). A repercussão de um diagnóstico de síndrome de Down no cotidiano familiar: perspectiva da mãe. *Acta Paul Enferm*, 20(3), 264-271.

Velho, G. (1985). O estudo do comportamento desviante: a contribuição da antropologia social. In: Velho, G. *Desvio e divergência: uma crítica da patologia social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 11-28.

Voivodic, M. A. (2004). Inclusão escolar de crianças com síndrome de Down. Petrópolis: Vozes.

Vygotski, L. S. (1997). *Obras escogidas: Fundamentos da Defectologia*. Madrid: Visor.

Vygotski, L. S. (2003). *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.

Werneck, C. (1993). *Muito prazer, eu existo: um livro sobre as pessoas com síndrome de Down*. Rio de Janeiro: WVA.