

EMPHASIS

Revista # 12 - Ano 2017

Primeiro Semestre

ISSN 2177-8981

Faculdade Dom Pedro II



Ciências Humanas e da Saúde

Revista Emphasis: Ciências Humanas e da Saúde [Recurso Eletrônico]. – Ed. Semestral. – [n] 12 (2017) – Salvador: FDPPII, 2017. v.; l.; 63p. 28cm.

Semestral

Comissão Editorial: Professora Cláudia Cristina Rios Caxias da Costa; Professora Alaíde Barbosa Martins; Professora Bianca Daeps Seixas Almeida; Professora Sandra Virgínia A. Hohlemwerger; Professor Valmir Farias Martins

Acesso em: < <http://emphasis.grupounidom.com.br/>>

ISSN: 2177-8981

1. Ciências Humanas e da Saúde. I. Costa, Cláudia Cristina Rios Caxias da II. Martins, Alaíde Barbosa. III. Almeida, Bianca Daeps Seixas IV. Hohlemwerger, Sandra Virgínia. V. Martins, Valmir Farias. Faculdade Dom Pedro II. VII. FDPPII

EDITORIAL

).

A Revista eletrônica Emphasis é uma publicação que visa divulgar trabalhos científicos, na forma de artigos, revisões e ensaios voltados para as diversas áreas do conhecimento, nas quais atuam a nossa comunidade acadêmica. Nosso periódico oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público é proporcionar maior democratização do próprio conhecimento.

Essa edição aborda temas que ressaltam a importância da interface entre a saúde e as ciências sociais e humanas, bem como os desafios e novas perspectivas de interlocução entre essas áreas do conhecimento, no âmbito acadêmico. Como denota Luz (2011)¹, o diálogo entre as ciências sociais e a saúde se instaura de forma cientificamente institucionalizada, com a constituição do campo da Saúde Coletiva.

Assim, apresentamos a seguir quatro trabalhos de pesquisa realizados por parte do corpo docente e discente dos Cursos de Serviço Social e Psicologia das Faculdades Dom Pedro II e São Bento, além de um trabalho extrainstitucional de enfermeiras que trabalham com o parto humanizado: O reflexo do papel da enfermeira no sucesso da adoção do Método Mãe Canguru; População em situação de rua: fatores determinantes para permanência de pessoas em situação de rua; Política de saúde, Estado e cidadania: possibilidade de erradicação do *aedes aegypti* e por fim, a jornada de trabalho e o processo de alienação dos professores da Educação Básica, na Rede Pública de Ensino.

As temáticas abordadas são frutos de indagações e postura investigativa da práxis social desses colaboradores, que continuam buscando o itinerário da capacitação permanente, a serviço do bem-estar comum. Esperamos que as publicações veiculadas pela Revista Emphasis, como as deste número, sejam um convite à reflexão acerca dos conteúdos aqui denotados.

Comissão Editorial

Professora Cláudia Cristina Rios Caxias da Costa
Professora Alaíde Barbosa Martins
Professora Bianca Daebis Seixas Almeida
Professora Sandra Virgínia A. Hohlemwerger
Professor Valmir Farias Martins

¹ LUZ, M. T. Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das Ciências Sociais e Humanas para a saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 22-31, jan./mar. 2011

SUMÁRIO

O reflexo do papel da enfermeira no sucesso da adoção do Método Mãe Canguru.....	3
Bianca F. B. da COSTA Lorena de MOURA Viviane ANDRADE	
População em situação de rua: fatores determinantes para permanência de pessoas em situação de rua.....	19
Adenilda Couto B. PINTO Luana Santos MENDES Milena Blumetti da SILVA	
Política de saúde, Estado e cidadania: possibilidade de erradicação do <i>aedes aegypti</i>.....	34
Adenilda Couto B. PINTO Ítala Pinto dos SANTOS Margarete Casaes FERREIRA Milena Blumetti da SILVA	
A jornada de trabalho e o processo de alienação dos professores da Educação Básica, na Rede Pública de Ensino.....	44
Cláudia Maria Barreto Sousa MORAIS Irma Oliveira Leite BULCÃO Lucas Manoel Oliveira SILVA	

O REFLEXO DO PAPEL DA ENFERMEIRA NO SUCESSO DA ADOÇÃO DO MÉTODO MÃE CANGURU

Bianca F. B. da COSTA²
Lorena de MOURA³
Viviane ANDRADE⁴

Resumo

Com a mortalidade neonatal constituindo um problema de saúde pública, o Método Mãe Canguru é proposto, no Brasil, como alternativa no cuidado do recém-nascido de baixo peso. O presente estudo, de caráter explicativo e exploratório, consiste em uma revisão da literatura específica, objetivando sistematizar as evidências científicas acerca do Método Mãe Canguru. Entendido como política de humanização da assistência neonatal, o método busca identificar o reflexo do papel da enfermeira no sucesso da sua adoção, sobremaneira no trinômio bebê-mãe-família. O papel da enfermeira é de suma importância, já que se configura como o único profissional que permanece 24 horas diárias em contato com o paciente e sua família, devendo ser capaz de identificar as situações, atuando de forma que o cuidado reflita positivamente no trinômio supracitado.

Palavras-chave: Humanização. Enfermeira. Recém-nascido de baixo peso. Método Mãe Canguru.

Abstract

With neonatal mortality constituting a public health problem, the Kangaroo Mother Care is proposed. In Brazil as an alternative in the care of Newborn Low Birth Weight. This study is a review of explanatory and exploratory literature, in order to systematize the scientific evidence about the Kangaroo Mother Care as a humanization policy of newborn care and to identify the nurse's role reflected in the success of the adoption of the method, the trinomial baby-parent-family. The role of the nurse is of paramount importance, as the only professional who is 24 hours a day in contact with the patient and her family, she should be able to identify situations and act in a way that reflects positively on the care trinomial baby-mother-family.

Keywords: Humanization. Nurse. Newborn Low Birth Weight. Kangaroo Mother Care.

² Enfermeira, Especialista em Obstetrícia e Neonatologia pela Faculdade Social da Bahia. E-mail: bjia_bittencourt@hotmail.com

³ Enfermeira, Especialista em Obstetrícia e Neonatologia pela Faculdade Social da Bahia. E-mail: lorenademouras@gmail.com

⁴ Orientadora. Pedagoga, Especialista e Mestre em Desenvolvimento Humano. E-mail: professora.viviane@yahoo.com

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), em todo o mundo nascem, anualmente, 20 milhões de crianças prematuras e/ou com baixo peso. Dessas, um terço morre antes de completar um ano de vida. Segundo Costa (2014) sua incidência, no Brasil, corresponde a 6,7% do total de nascidos.

Pré-maturo é o recém-nascido (RN) que não completou trinta e sete semanas de gestação, a despeito do peso de nascimento, e como baixo peso entende-se o RN com peso inferior a 2.500g ao nascimento, sem considerar a idade gestacional.

Ao exigir, para sua sobrevivência e desenvolvimento, recursos expressivos com profissionais, instalações, equipamentos e tecnologia, o Recém-nascido de Baixo Peso (RNBP) constitui um grave problema de saúde pública. Sendo usado como alternativa para o cuidado neonatal, por limitação dos recursos disponíveis, foi proposto o Método Mãe Canguru (MMC), iniciado na Colômbia e atualmente adotado em vários países do mundo.

Por meio da Portaria nº 693 GM/MS, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) lançou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru. O processo de humanização dessa assistência atribui, aos pais, um papel que possibilita-lhes inserir no cuidado do filho hospitalizado. A permanência da mãe junto ao seu filho hospitalizado é um direito de cidadania, garantido pela Lei nº 8.069 de 13 de Julho de 1990. (ECA, 2010)

Segundo Arivabene (2010), o nascimento de uma criança, sobretudo prematura, e muitas vezes dependente de cuidados maternos, transforma a organização familiar, necessitando de adaptações em suas vidas cotidianas, envolvendo as relações internas e externas desses entes familiares. Considera-se que a enfermagem tem um papel fundamental no MMC, onde é necessário esclarecimentos e mudanças das concepções e práticas de cuidados ao RNBP, proporcionando conhecimentos, dentre outros, sobre direitos e deveres paternos e maternos, e porque não, fraternos e solidários.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) aponta que o atual contexto, com o movimento em prol da humanização, traz a adoção do MMC como estratégia essencial para mudança institucional na busca da atenção à saúde, centrada na humanização da assistência e no princípio da cidadania da família, sendo

necessária a capacitação dos profissionais da área de saúde para a transformação do modelo assistencial.

Essas reflexões levam a buscar respostas para o seguinte questionamento: Qual o reflexo do papel da enfermeira, no sucesso da adoção do MMC, no trinômio bebê-mãe-família? Este estudo tem o objetivo de sistematizar as evidências científicas acerca do MMC, como uma política de humanização da assistência neonatal, bem como identificar o papel da enfermeira, no sucesso da adoção do MMC, ante o trinômio bebê-mãe-família.

A assistência ao RNBP é objeto de grande medicalização, pois este processo é valorizado como patológico. Na literatura são descritos métodos que visam facilitar os contatos iniciais entre os pais e seu bebê, visando à humanização da assistência prestada. Acredita-se que a humanização da assistência ao RNBP e prematuro traz benefícios neurocomportamentais e psicoafetivos para o bebê e auxilia no relacionamento deste com a sua mãe.

Existem duas hipóteses: a enfermeira não tem influência, no sucesso da adoção do MMC, no trinômio bebê-mãe-família ou tem essa profissional, papel fundamental no exitoso processo da adoção do MMC, no trinômio bebê-mãe-família.

Assim, esta revisão de literatura, de caráter explicativo e exploratório, tem a relevância de contextualizar o MMC como uma política de humanização e auxiliar profissionais e usuários do método, no conhecimento e importância do mesmo.

2. METODOLOGIA

Essa pesquisa trata-se de uma revisão de literatura, delineada como de caráter explicativo e exploratório. A identificação e seleção dos estudos foram realizadas sob consulta à base de dados eletrônicas, que disponibilizam publicações de pesquisas científicas na área de saúde: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Para busca bibliográfica adotaram-se as seguintes palavras-chave: humanização; enfermeira; recém-nascidos de baixo peso e método mãe canguru.

Foram levantadas publicações científicas em língua portuguesa, nos últimos seis anos, com texto na íntegra, gratuitos e que abordassem temas referentes à humanização da assistência dos recém-nascidos de baixo peso, o Método Canguru.

Foram excluídos os estudos que não corresponderam aos critérios citados acima e que não abordaram, de forma clara, o objeto de estudo e os objetivos propostos.

Foram identificados 26 artigos, no período de julho a dezembro do ano de 2015, e desse contingente, 6 documentos entraram nos critérios de exclusão. Após seleção e identificação, foram catalogados, resumidos e submetidos à fichamento, procurando estabelecer similaridades e contrastes de conteúdo. Após análise, foram identificadas as seguintes categorias: O Método Canguru; Usuários que participam do MMC e Reflexos do Método Mãe Canguru no trinômio bebê-mãe-família.

3. RESULTADOS

3.1 O MÉTODO CANGURU

De acordo com Costa (2014), nos últimos anos a atenção ao nascimento do RNBP vem passando por profundas mudanças no cenário mundial, decorrente da implantação de tecnologias do cuidar, que apesar de apresentarem baixo custo, possuem alto impacto nos resultados desta assistência, tendo como determinantes o desenvolvimento socioeconômico, político e cultural e como resultados a melhora orgânica e o aumento da sobrevivência desses neonatos.

Segundo Santos (2015) *apud* Almeida e colaboradores (2007), é possível reduzir ou tratar a maioria das causas de morte neonatal, por meio de intervenções simples, efetivas e de baixo custo, em casa ou na comunidade, propondo a adoção do MMC.

O MMC vem sendo utilizado em vários países, principalmente naqueles que não dispõem de número suficiente de incubadoras e recursos humanos, para prestar uma assistência de qualidade. Nesses países, o procedimento básico adotado reside na possibilidade da alta precoce. No Brasil, o MMC foi aplicado pela primeira vez na década de 90, com o intuito de diminuir o índice de mortalidade neonatal. (BRASIL, 2011), tornando o primeiro país a adotar o MMC como política pública de saúde.

O atendimento do método foi padronizado e sistematizado através da Portaria SAS/MS nº 72, a qual inclui, na tabela de procedimentos do Sistema de Informações

Hospitales do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), a estratégia de Atendimento ao Recém-nascido de Baixo Peso. A mesma portaria regulamenta o caráter multiprofissional da equipe de saúde responsável por esse atendimento. Com isso há uma grande disseminação, desde o ano de 2000, da Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru.

A técnica, aprovada pela portaria do MS/GM de nº 693, de 05 de Julho de 2000 e, mais tarde, atualizada pela portaria SAS/MS nº 1.683 de 12 de julho de 2007, definiu que o método deve ser aplicado em três etapas, iniciada na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e Unidades de Cuidados Intermediários, passando às Unidades Canguru e, após a alta hospitalar, nos ambulatórios de seguimento (canguru domiciliar).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) denota que com a adoção da norma brasileira, o MMC ficou definido como: modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado, que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial. Ressalta-se que só são considerados MMC, os sistemas que permitem o contato precoce entre o bebê e sua mãe/família, realizado de maneira orientada e supervisionada, por livre escolha da família, de forma crescente e segura, bem como acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequada.

Como posição canguru, o Ministério da Saúde brasileiro (2011) define: manter o RNBP ligeiramente vestido, em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito do adulto. A posição canguru deve ser proposta sempre que possível ou desejada.

Apesar da assistência do MMC ter nascido e ser desenvolvida com base nas necessidades do bebê, a norma brasileira contempla a atenção humanizada aos integrantes do método: mãe, filho, família e profissionais envolvidos.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), no Brasil, o MMC visa promover a humanização do atendimento perinatal, mostrando a possibilidade de prestar uma assistência segura, de elevada qualidade e, ao mesmo tempo, humanizada.

De acordo com Costa (2014) *apud* Lamy (2005), a mudança na forma de cuidado neonatal, sugerida pelo método canguru no Brasil, identificou que a proposta está baseada em quatro fundamentos básicos: acolhimento do bebê e sua família, respeito às individualidades, promoção do contato pele e a pele o mais precoce possível e envolvimento da mãe nos cuidados do bebê.

A proposta brasileira apresenta questões relacionadas à atenção humanizada, visando os avanços tecnológicos clássicos, promovendo, assim, o aumento do vínculo mãe-filho, maior prevalência de aleitamento materno e mais competência e confiança nos pais para os cuidados com o recém-nascido (GOTIJO, 2015).

Anteriormente, os Recém-nascidos Prematuros eram mantidos durante vários dias em incubadoras, até alcançarem 2 kg de peso. A partir da implementação do MMC, os bebês passam a ter contato direto com a mãe até o momento em que apresentem condições clínicas favoráveis (BRASIL, 2011).

No tocante a organização familiar, ante ao nascimento de uma criança – sobremaneira as prematuras⁵ – Arivabene e Tyrrell (2010) denotam a necessidade de adaptações na rotina diária de seus membros, envolvendo as relações internas e externas desses. Nesse pormenor, considera-se que a enfermagem tem papel fundamental no MMC, onde devem existir esclarecimentos e mudanças das concepções e práticas de cuidados ao RNBP, fomentando, assim, conhecimentos, dentre outros, sobre direitos e deveres paternos e maternos onde coexistam a solidariedade e fraternidade.

Ainda segundo os autores, reitera-se que nesse contexto, a mãe, o pai, o bebê e os familiares estão vivendo momentos de crise em suas vidas, inseridos num meio social, econômico, espiritual e cultural. Dessa forma, as mães e seus familiares devem ser ouvidos em suas dúvidas e dificuldades, anseios e preocupações, sendo isso possível somente a partir do reconhecimento da realidade familiar, atingindo assim, o entendimento do processo saúde-doença-saúde e sua (re)integração familiar, atendendo as necessidades dos envolvidos. Nesse cenário, é fundamental que a equipe de enfermagem tenha uma relação estreitada com a família do recém-nascido, humanizando o atendimento e otimizando o cuidado. (BARBOSA, 2013)

O MMC tem sua aplicação dividida em três etapas. Segundo Brasil (2011), cada etapa requer subsídios que assegurem a puérpera e ao bebê condições para o aprimoramento do vínculo, promoção do aleitamento materno e capacitação do cuidado do RN. A primeira etapa tem o foco nos aspectos psicoafetivos, que cercam o nascimento do RNBP ou prematuro, que exige uma intervenção multiprofissional.

⁵ Nascidas com idade gestacional inferior a 38 semanas e que muitas vezes dependem de cuidados profissionais e/ou cuidados maternos.

No primeiro momento, os cuidados técnicos englobam: orientação da mãe e família sobre a condição de saúde da criança; apresentar o método e a unidade neonatal para os pais (assim como os aparelhos e procedimentos que podem ser realizados); ressaltar as vantagens do método; garantir à puérpera a permanência na unidade hospitalar pelo menos nos cinco primeiros dias; oferecer suporte assistencial (se necessário); diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade; adequar o cuidado de acordo com as necessidades individuais; garantir ao RN medidas de proteção do stress e da dor; utilizar o posicionamento adequado do RN, proporcionando maior conforto; organização e padrão de sono, favorecendo melhor desenvolvimento; estimular o livre e precoce acesso dos pais à UTINeo, se houver condições clínicas permissivas estimular e iniciar o contato pele a pele direto, progredindo até a colocação do RN no tórax da mãe ou do pai; iniciar as medidas para o estímulo à amamentação; promover a coparticipação da mãe nos cuidados com o seu filho e assegurar a permanência da puérpera durante a etapa.

Nesta etapa ensina-se o cuidado com as mamas, a ordenha manual e a armazenagem do leite ordenhado. Nos primeiros cinco dias, após o parto, deve-se prestar todos os ensinamentos à mãe e à família. (BRASIL, 2011)

A segunda etapa acontece após a estabilidade clínica do RN, que poderá ficar com o acompanhamento contínuo de sua mãe em uma enfermaria conjunta, onde a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. Tendo enfoque para efetiva participação da mãe nos cuidados do filho e no seu desenvolvimento psicoafetivo, importante na formação do vínculo entre a criança e seus pais. Vale ressaltar que quanto mais oportunidades de interação entre a mãe e o RN mais forte será o vínculo e, conseqüentemente, melhor a resposta materna às necessidades do filho e menor a probabilidade de negligência, maus-tratos e abandono. A enfermaria conjunta funciona como um “estágio” de pré-alta hospitalar, para mãe e filho.

Deverá ser estimulada a participação dos pais e de outros familiares na colocação da criança em posição canguru. Nessa etapa não se estipula obrigatoriedade de tempo da realização deste posicionamento. Este deve ser entendido como um fato que ocorre com base na segurança do manuseio, bem como no prazer e na satisfação da criança e de quem está realizando a posição (BRASIL, 2011).

Após alta hospitalar – terceira etapa – que objetiva a continuidade da assistência através do acompanhamento ambulatorial individualizado, busca-se observar o acompanhamento global do RN, até o peso mínimo de dois quilos e quinhentas gramas, quando o recém-nascido é encaminhado para os serviços da rede. Nesta etapa avalia-se, também, o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família e corrigem-se situações de risco para a criança.

O Ministério da Saúde (2011) indica que a população a ser atendida pelo método refere-se a gestante em situação clínica ou obstétrica com maior risco para o nascimento de crianças de baixo peso ou mãe e pai que recebem orientação adequada, ao mesmo tempo em que entram em contato com seu filho o mais precocemente possível. Observa-se aí que, a partir do momento da admissão do RNPB na UTINeo até a alta hospitalar, se inicia o acompanhamento ambulatorial especializado.

Considerando os critérios de inclusão no MMC, as autoridades que gestam a saúde no Brasil atentam, com relação ao RN, para a estabilidade clínica, peso mínimo de um quilo e duzentas e cinquenta gramas, ganho de peso e nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo) como os critérios adotados. Os critérios relacionados à mãe são a certeza de querer participar desse tipo de assistência (ter disponibilidade de tempo e assistência social de apoio); certeza que a decisão seja tomada por meio de consenso entre mãe, familiares e profissionais da saúde; capacidade de reconhecer as situações de risco do recém-nascido (mudança de coloração da pele, pausas respiratórias, regurgitações e diminuição de movimentação, sendo que as instruções são passadas pelos profissionais de saúde) e conhecimento e habilidade para colocação da criança em posição canguru.

3.2 REFLEXOS DO MÉTODO MÃE CANGURU NO TRINÔMIO BEBÊ-MÃE-FAMÍLIA

Ao analisar os reflexos do MMC, foi necessário estabelecer subcategorias, para melhor entendimento.

3.2.1 Humanização do atendimento

Gontijo (2012) diz que a aplicação do MMC envolve, além das questões técnicas, o desenvolvimento de uma proposta de humanização da assistência ao

RNBP com o intuito de minimizar os efeitos negativos da internação sobre os bebês e suas famílias. Este é um dos motivos da adoção do Método Canguru pelo Ministério da Saúde (MS) como uma Política Nacional de Saúde.

Silva (2010) salienta a importância em envolver mães e familiares de bebês prematuros, conhecendo as suas dificuldades e anseios, dentro desta nova concepção, para uma melhor assistência pela equipe de saúde.

Nessa perspectiva, pai e mãe não podem ser considerados visita na Unidade Neonatal. Seu acesso e permanência devem ser garantidos, sem restrição de horários. Ressaltando que é papel da equipe oferecer apoio, especialmente na fase mais precoce da internação, quando os pais sentem-se assustados e inseguros diante do bebê. Nesse momento é importante ressaltar não a doença, mas o bebê com suas potencialidades (BRASIL, 2011).

3.2.2 Favorecimento da formação de vínculo

De acordo com Costa (2014), a importância do MMC é bilateral. De um lado o RN é beneficiado, sendo o foco da atenção da equipe de saúde e favorecido pelo contato efetivo, tanto físico como psicologicamente; de outro, a mãe assume o papel de provedora dos cuidados do filho, conhecendo-o e estabelecendo o vínculo afetivo.

Logo após o nascimento o contato entre mãe e RN gera uma série de eventos sensoriais, hormonais, fisiológicos, neurológicos e comportamentais, o que gradualmente une-os e contribui para o desenvolvimento do relacionamento. Cabe à equipe de saúde dar o apoio necessário, para um contato precoce entre o RN e seus pais, caso a condição de saúde do RN permita. (BRASIL, 2011)

Moreira apud Queiroz (2012) evidencia que o MMC possibilita à mãe a segurança básica necessária para a construção da maternagem⁶, visto que a fragilidade do bebê é que convoca as mães para aproximação. É nesse momento que o MMC intervém para a construção do vínculo e essa mãe tem de volta a criança em seu corpo, resgatando o tempo perdido, devido a um nascimento prematuro. O contato pele a pele, permite às mães a capacidade de lidar até mesmo com a fragilidade do seu bebê.

⁶ Técnica empregada na psicoterapia, que busca estabelecer entre terapeuta e paciente, no simbólico e no real, uma relação semelhante à que existiria entre uma "mãe boa" e seu filho.

Souto (2014) afirma que há um aumento do vínculo mãe e filho devido ao menor tempo de separação entre ambos, bem como a exposição prolongada do bebê à estimulação sensorial. É importante que esse vínculo se estabeleça, pois o desenvolvimento físico e psicológico da criança será influenciado por estes primeiros contatos entre mãe e bebê, proporcionando uma importante estimulação afetiva e cognitiva para a criança.

A vida psicoafetiva do bebê é considerada como tendo dupla ancoragem: corporal e interativa - entre o bebê e seus pais - ou seus substitutos. O desenvolvimento psicoafetivo do bebê pré-termo, confinado em sua incubadora e separado de seus pais, pode ser prejudicado devido a essa separação e ao tratamento, por vezes longo, mas necessário para sua sobrevivência, evidenciando ainda mais a importância do contato entre o RN e sua família (BRASIL, 2011).

3.2.3 Aleitamento materno

Souto (2014) salienta para a importância do aleitamento materno, aspecto valorizado e estimulado durante o MMC. Isto porque, nas condições de prematuridade, o leite torna-se um forte aliado para a recuperação do bebê, auxiliando no seu desenvolvimento biológico e psicológico.

De acordo com as orientações do Ministério da Saúde (2011), a sucção/deglutição é eficiente em torno da 34ª semana, e avaliar o RN é a melhor estratégia para definir o melhor momento da sucção. A sucção é a melhor maneira de um RN ser alimentado, e deve ser escolhida assim que as condições clínicas e fisiológicas de RN estiverem estabilizadas.

Os ajustes que o RN pré-termo precisa fazer para adaptar-se subitamente à vida extrauterina fazem com que ele precise imensamente do leite materno, muito mais que o recém-nascido a termo. É importante enfatizar que o leite produzido por uma mãe de pré-termo difere - em sua composição - durante o período inicial da lactação (quatro a seis semanas), do leite de mãe de recém-nascido a termo, e é muito mais adequado para as necessidades dos RN pré-termo.

Kummer *apud* Souto (2014) afirma que o ato de amamentar promove ganhos físicos e psíquicos. No que tange aos ganhos físicos, destaca-se que o leite humano é uma das principais formas de contribuição para o desenvolvimento e crescimento

da criança, principalmente para aquelas que apresentam baixo peso ao nascer e/ou são prematuras. Especialmente neste contexto, o leite possui um valor nutricional superior a qualquer outro tipo de leite, funcionando como fonte de alimento e de proteção contra doenças. Já no que se refere aos ganhos psíquicos, destaca-se que é uma das principais formas de auxílio na formação do vínculo afetivo entre a mãe e o filho.

Segundo Almeida *et al* (2010), o MMC foi fator facilitador do aleitamento materno, exclusivos para recém-nascidos de baixo peso, tanto na maternidade quanto ao longo dos primeiros 6 meses de vida. Neste pormenor, Casati (2010) atenta para o envolvimento da família (pai/irmãos/avós), como uma alternativa viável nesse processo, visto que a mãe, conseguindo administrar os conflitos externos, poderia dedicar-se por mais tempo ao recém-nascido, promovendo por períodos longos o contato pele a pele, ao mesmo tempo em que desenvolve habilidades para amamentar o bebê prematuro e continuar o aleitamento exclusivo após a alta.

3.2.4 Melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do RN

Considerando o RN prematuro e/ou de baixo peso como um ser que se encontra em desenvolvimento, apresentando imaturidade morfológica e fisiológica, este necessita de um cuidado individualizado, onde devem ser levadas em consideração as suas necessidades e particularidades, respeitando desta forma, a sua condição diferenciada de desenvolvimento. (MEDEIROS, 2010)

O nascimento antes do termo priva o bebê do meio ambiente aquático (sem ação da gravidade, facilitando seu movimento), sob estimulação vestibular (pela movimentação materna), com contenção oferecida pelas paredes uterinas e placenta e com estímulos visuais e auditivos bastante filtrados (BRASIL, 2011). Além disso, o bebê passa a ser responsável pelo funcionamento do seu subsistema autônomo, função que antes era exercida em grande parte pela placenta. Com isto, surge um grande descompasso entre o que era evolutivamente esperado (estímulos uterinos) e o ambiente externo, associado a uma grande falta de “energia” para o funcionamento dos demais subsistemas (motor, estados comportamentais, atenção/interação e regulador).

Ainda de acordo com o referido documento, o bebê pré-termo, quando estressado, pode “escolher” ficar inativo, irresponsivo, apático e em estado de sonolência em determinados momentos ou por períodos mais prolongados. Trata-se de uma forma de manter a homeostase e permite a conservação de energia para o crescimento, ao que a literatura específica designa como “comportamento de apatia protetora”.

Corroborando com o exposto, Medeiros (2010) afirma que o manuseio adequado será aquele em que o cuidador necessita prestar atenção nos comportamentos autorregulatórios, ou de organização, e nos comportamentos de estresse. Esse cuidado promove uma adequação dos estímulos e intervenções oferecidos, o que facilita a transição ou homeostase com menor gasto energético, colaborando para um desenvolvimento equilibrado destes RN.

Souza et al. (1998) salienta que a adequação postural, por si só, permitiria a auto-organização, a manutenção adequada do tônus e o autoconsolo do bebê, refletindo sua habilidade em estabelecer um nível de funcionamento integrado entre os sistemas fisiológicos e comportamentais. A habilidade desses subsistemas trabalharem, em harmonia, afeta a sobrevivência do bebê e permeia todas as interações que ele executa com o meio, afetando diretamente seu cérebro.

Relacionado à prematuridade, em RN com menos de 32 semanas, Brasil (2011) cita que esse é um período de reorganização fisiológica, no qual os bebês geralmente não suportam muita estimulação. Rapidamente se tornam fatigados e desorganizados (comportamentos e fisiologia) e uma vez estimulados, não conseguem facilmente inibir suas ações e continuam respondendo, mesmo exaustos. É notório, nesse ínterim, evidências de estresse e quadros de apneia. Segundo Silva (2012), a intimidade com a mãe - suas carícias, sua voz, suas batidas cardíacas, sua respiração e seus movimentos nos afazeres - são estímulos para a respiração do bebê, que podem atenuar ou até mesmo impossibilitar apneias.

Brazelton *apud* Medeiros (2010) afirma que há uma relação entre o controle dos estados de consciência do neonato e sua capacidade de autorregulação. Portanto, desde o seu nascimento, o bebê aprende a manipular reações psicofisiológicas internas, bem como controlar uma hiperestimulação externa.

Com a prática, no tocante as observações dos sinais emitidos pelos bebês, os cuidadores passam a ser facilitadores do neonato, e os comportamentos de estresse

e aproximação poderão ser modelados de acordo com as intervenções, para que o bebê não seja levado à exaustão e ao gasto energético por meio dos muitos cuidados a ele direcionados pela equipe de saúde. Esses eventos refletem negativamente, em termos fisiológicos, no desenvolvimento do Sistema Nervoso Central (BRASIL, 2011).

Tamez *apud* Medeiros (2010) diz que quando o estímulo for muito complexo, intenso ou em tempo inapropriado, o prematuro vai tentar evitar a aproximação e mostrará sinais de estresse. Relacionando à diminuição dos períodos de choro e agitação, constata-se que a intensidade do choro está diretamente relacionada com a frequência cardíaca, maior consumo de energia, diminuição na saturação de oxigênio no sangue e no cérebro e aumento na produção de cortisol (BRASIL, 2011).

O MMC propicia ciclos regulares de sono profundo, necessários para o desenvolvimento encefálico. Esses ciclos são de natureza restauradora e anabólica, e proporcionam a diminuição da temperatura corporal, exigindo menor consumo de oxigênio, com menor estresse, ou seja, menor atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Algumas memórias, concomitante com algumas formas de aprendizagem, só ocorrem neste período. Observa-se que é o estado que mais se assemelha ao intrauterino, aumentando com a maturação, e o mais afetado (menor duração e frequentes interrupções) pelos estímulos da UTI Neonatal, entretanto pode ser aumentado com estimulação vestibular e cinestésica.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão da literatura, que resultou nesse documento, constata que o Método Mãe Canguru (MMC), hoje, encontra-se em plena expansão no Brasil, sendo proposto como uma opção de humanização do atendimento para alguns recém-nascidos de baixo peso, e não um procedimento substitutivo do aparato e práticas tecnológicas aliadas ao parto humanizado.

A proposta do método no Brasil, como política de humanização da saúde, é fundamentada no cuidado individualizado de assistência e centrada no indivíduo em sua totalidade. Tem a sua direção voltada para o trinômio Recém-nascido

(RN)/mãe/família e potencializa a qualidade de vida e sobrevida orgânica do prematuro.

As etapas do método foram evidenciadas, de modo a delinear todo o processo pelo qual passam os componentes do trinômio envolvido. A primeira etapa, voltada para o esclarecimento da família, visa introduzir os pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), orientá-los sobre a condição de saúde do RN, tirar dúvidas e, se possível, iniciá-los no trato com a posição canguru.

Na segunda etapa, já na enfermaria conjunta, a posição canguru é realizada e estimulada para ser feita pelo maior tempo possível. Tendo enfoque na relação da família com o RN, e no preparo para a alta hospitalar.

O acompanhamento ambulatorial individualizado, terceira etapa do método, é realizado até o momento em que o RN possa receber alta pra ser atendido pelos serviços de rede, quando atinge dois quilos e quinhentas gramas.

No tocante à população a ser atendida pelo MMC denotam-se a gestante em situação clínica ou obstétrica com maior risco para o nascimento de crianças de baixo peso; mãe e pai que recebe orientação adequada e que entram em contato com seu filho o mais precocemente possível e RNBP a partir do momento da sua admissão na UTINeo até a alta hospitalar, quando se inicia o acompanhamento ambulatorial especializado.

As evidências científicas indicam que apesar do baixo quantitativo de estudos randomizados, que o MMC traz benefícios tanto para o RN quanto para os pais. Entre esses, vislumbram-se o aumento do vínculo mãe-filho; diminuição do tempo de separação entre o RN e a mãe, evitando longos períodos sem estimulação sensorial; estímulo do aleitamento materno, favorecendo maior frequência, precocidade e duração da amamentação; proporciona maior competência e amplia a confiança dos pais no manuseio do seu filho prematuro, mesmo após a alta hospitalar e favorece maior controle térmico.

O papel da enfermeira é de suma importância, sendo o único profissional que fica em contato 24 horas do dia com o paciente, a enfermeira, entre outras situações, deve ser capaz de humanizar o atendimento, transmitir segurança aos pais, observar o RN e suas necessidades, adequando o cuidado de acordo com cada individuo, inserir os pais, sempre que possível, no cuidado do bebê, inteirar a

família ao ambiente da UTINeo, incentivar o aleitamento materno, promover e incentivar o contato pele a pele.

Nessa pesquisa ficou evidente a necessidade da constante atualização e aprimoramento da equipe de enfermagem, visando conhecimento acerca da fisiologia e patologia dos RNs, bem como a excelência no cuidado prestado e busca incessante pela humanização do atendimento.

Nota-se a necessidade de ampliação do quantitativo de estudos direcionados a temática aqui exposta, visto que as publicações nacionais - apesar de terem ampliado nos últimos anos - ainda são bastante limitadas. Essas, em sua grande maioria abordam o campo da percepção dos pais em relação ao método, em detrimento de estudos mais aprofundados sobre as relações do cuidado com a fisiologia do RN, bem como a importância dos profissionais envolvidos na aplicação do método.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, H. et al. Impacto do método canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 3. p. 250- 253, maio/jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000300015 . Acesso em: 28 de setembro de 2015.

ARIVABENE, J. C.; TYRRELL, M. A. R. Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. **Rev Latino-am Enferm**, v. 18, n. 5, p. 131-6, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_18 . Acesso em: 23 de julho de 2015.

BARBOSA, A. I. Método canguru: conhecimentos, crenças e práticas dos enfermeiros. 2013. **Tese de Doutorado**. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9448/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20M%C3%A9todo%20Canguru%20Conhecimentos,%20Cren%C3%A7as%20e%20Pr%C3%A1ticas%20dos%20Enfermeiros.pdf> . Acesso em: 23 de julho de 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: **manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: 2. Ed. Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990, 7ª edição, 2010.

BRASIL, **PORTARIA Nº 1.683**, DE 12 DE JULHO DE 2007. Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru.

CASATI, P. S.; OLIVEIRA, C. S.; PAULA, S. Método mãe canguru e suas associações nos benefícios dos recém-nascidos baixo peso. **UNICIÊNCIAS**, v.14, n. 1, p. 135-146. Mato Grosso, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Ana%20Luiza/Downloads/893-3464-1-PB.pdf> . Acesso em: 05 de agosto de 2015.

COSTA, R. et al. Da incubadora para o colinho: o discurso materno sobre a vivência no método canguru. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 3, n. 2, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Ana%20Luiza/Downloads/1019-4942-1-SM.pdf> . Acesso em: 23 de julho de 2015

DA SILVA, A. R. E.; GARCIA, P. N.; GUARIGLIA, D. A. Método Canguru e os benefícios para o recém-nascido. **Revista Hórus**, v. 7, n. 2, p. 1, 2013. Disponível em: http://portaladm.estacio.br/media/4293038/cap1_final.pdf . Acesso em: 05 de agosto de 2015.

ENTRINGER, A. P.; PINTO, M. T.; MAGLUTA. C.; GOMES, M. A. de S.M. Impacto orçamentário da utilização do Método Canguru no cuidado neonatal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 976-983, outubro, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0976.pdf> . Acesso em: 28 de setembro de 2015.

FERREIRA, N. A. do E. S.; SOUZA, M. C. M. R. O método mãe canguru como instrumento de promoção do aleitamento materno exclusivo. NBC - **Periódico Científico do Núcleo de Biociências**. v. 01, n.01, agosto, 2011. Disponível em: <http://www.bibliotekevirtual.org/revistas/Metodista-IH/PCNB/v01n01/v01n01a01.pdf> . Acesso em: 05 de agosto de 2015.

GONTIJO, T. L.; XAVIER, C. C.; FREITAS, M. I. de F. Avaliação da implantação do método canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p: 935-944, maio, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500012 . Acesso em: 15 de outubro de 2015.

GONTIJO, T. L.; ABREU, M. N. S.; PROIETTI, F. A.; XAVIER, C. C. Fatores associados ao método canguru no Brasil. **Rev. méd. Minas Gerais**, v. 25, n. 3, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Ana%20Luiza/Downloads/v25n3a03.pdf> . Acesso em: 29 de dezembro de 2015.

MEDEIROS, J. S. S. de; MASCARENHAS, M. de F. P. T. Banho humanizado em recém-nascidos prematuros de baixo peso em uma enfermaria canguru. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 51-60, jan./abr. 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/14085/15903> . Acesso em: 28 de setembro de 2015.

QUEIROZ, N. A.; MARANHÃO, D. G. Ações e cuidados de enfermagem na implementação do Método Mãe-Canguru. **Revista de Enfermagem UNISA**, 18

Universidade de Santo Antônio, São Paulo, v.13, n. 2, p. 121- 125, s.m. 2012. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-2-08.pdf> . Acesso em: 15 de outubro de 2015.

SANTOS, M. H. Benefícios do método mãe canguru em recém-nascidos pré-termo ou baixo peso: uma revisão da literatura. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/6883/1/21136205.pdf> . Acesso em: 18 de novembro de 2015.

SILVA A.; SALMERON N.A.; LEVENTHAL L.C. Percepção dos pais em relação ao “Método Mãe Canguru”. **Rev Saúde Coletiva**, v. 9, n. 56, p.46-50, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/842/84223413003.pdf> . Acesso em: 23 de julho de 2013.

SOUTO, D. C. et al. Método canguru e aleitamento materno: uma revisão integrativa da literatura nacional. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 35-46, jan./abr. 2014. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/14519/11111> . Acesso em: 18 de novembro de 2015.

SOUZA, T.M; TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. Recursos disponíveis para a organização do ambiente da criança em UTI pediátrica. **Nursing**. 1998;1:28-31.

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: FATORES DETERMINANTES PARA PERMANÊNCIA DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA.

Adenilda Couto B. **PINTO**⁷
Luana Santos **MENDES**⁸
Milena Blumetti da **SILVA**⁹

Resumo

O presente artigo visa analisar os determinantes sociais que contribuíram para que sujeitos permanecessem em situação de rua em Salvador/Ba. Nesta perspectiva, foram verificadas as questões políticas e sociais, a fim de relacioná-las com esse fenômeno que se encontra na sociedade desde o mais antigo modelo de Estado. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada a partir do estudo das categorias relacionadas à população em situação de rua, políticas públicas e sociais, bem como questão social e cidadania. Foi realizada, também, pesquisa de campo, que permitiu uma aproximação maior com a realidade pesquisada, através do método história de vida com dois indivíduos, que permaneceram durante um período em situação de rua na cidade de Salvador.

Palavras-chave: População em situação de rua. Desigualdade social. Questão Social.

ABSTRACT

This article aims to analyze the social determinants that contributed to the subjects remaining in street situation in Salvador/Ba. In this perspective, political and social issues were verified in order to relate them to this phenomenon that has been in society since the earliest state model. It is a bibliographical research, carried out from the study of the categories related to the population in street situation, public and social policies, as well as social question and citizenship. Field research was also carried out, which allowed for a closer approximation with the researched reality, through the life history method with two individuals who remained during a period of time in a street situation in the city of Salvador.

Keywords: Population in street situation. Social inequality. Social issues.

⁷ Mestra em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social pela Universidade Católica do Salvador, Bacharela em Serviço Social pela Universidade Católica do Salvador, Professora e Coordenadora de Estágio do Curso de Serviço Social da Faculdade Dom Pedro II. E-mail: adenildacouto@gmail.com

⁸ Graduanda do curso de Serviço Social da Faculdade Dom Pedro II. E-mail: luanamendes53@hotmail.com

⁹ Mestra em Políticas Sociais e Cidadania pela Universidade Católica do Salvador, Bacharela em Serviço Social pela Universidade Católica do Salvador, Professora e Coordenadora do Curso de Serviço Social da Faculdade Dom Pedro II. E-mail: blumetticalabria@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo científico trata da discussão dos fatores determinantes para permanência de pessoas em situação de rua em Salvador/Ba. O interesse para o estudo desta problemática partiu da indagação: como ocorre o processo de permanência de pessoas em situação de rua?

O objetivo geral da pesquisa foi analisar os determinantes sociais que contribuíram para que os sujeitos permanecessem em situação de rua. Têm como objetivos específicos conhecer o perfil das pessoas em situação de rua, descrever as políticas públicas e sociais existentes direcionadas para esse público e por fim investigar o contexto histórico das pessoas que permaneceram ou permanecem em situação de rua em Salvador

O caminho para realização deste estudo foi através do método qualitativo, exploratório. Inicialmente, foi realizada uma revisão de literatura, a partir da pesquisa bibliográfica que, conforme Gil (2002) desenvolve-se pelo material já elaborado, principalmente através de livros e artigos científicos.

A estratégia de busca dos artigos científicos incluiu pesquisas pertinentes a bases de dados eletrônicos, tais como biblioteca virtual *Scientific Eletronic Online* (SCIELO). Foram selecionados artigos de pós-graduação *lato e stricto sensu*. As leituras prévias, a fim de verificar quais estudos eram de interesse para esta pesquisa, seguida da análise de artigos com temas relacionados à população em situação de rua, bem como uma análise da política de assistência social compuseram o itinerário metodológico desse estudo.

Foi realizada uma investigação a respeito do tema população em situação de rua, através da pesquisa de campo, executada na sede do Jornal Aurora da Rua, localizado na Avenida Jequitaia, em Salvador. O método utilizado para a pesquisa de campo foi história de vida, que consiste em relatos narrados acerca da própria vida do entrevistado, para melhor compreensão da temática. Foram selecionados dois revendedores do Jornal Aurora da Rua, que permaneceram em situação de rua no período mínimo de cinco anos, e após a escolha, foram coletados relatos de suas trajetórias da vida.

Todos os cidadãos brasileiros são sujeitos de direitos, pois conforme postula a Constituição Federal brasileira de 1988, todos têm direito à educação, saúde,

moradia, alimentação e, no entanto, percebe-se que essa parcela da população não é contemplada com esses direitos.

Desta forma, faz-se necessário aprofundar o estudo acerca dos fatores que influenciaram para que o sujeito permaneça em situação de rua em Salvador, analisando aspectos relevantes e indispensáveis para a cientificidade da pesquisa.

2. POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: DEFINIÇÕES E CARACTERIZAÇÕES

Na busca da concepção do significado das categorias contidas no título “população em situação de rua”, pode-se definir que essa, de acordo com Scottini (2009, p. 426) significa “povo, todo o grupo de seres que habitam uma região” e que tal situação refere-se a “condição, posição, contexto, organização; partido que domina no governo”.

Quanto à palavra rua, o autor conceitua como “caminho, estrada, espaço público para a locomoção de pessoas, carros ou outros meios de transporte.” Desta forma, entende-se que população em situação de rua é o conjunto de sujeitos que se encontra posicionado de forma contínua em vias públicas.

Santos (2009) afirma que há dificuldade em distinguir, quanto a percepção, pessoas que vivem na rua, pessoas que vivem da rua e aquelas que estão em situação precária de habitação. Neste pormenor, podem ser incluídos catadores de material reciclável, desabrigados, pessoas que saíram do interior do Estado em busca de melhores condições de vida na capital, prostitutas e trabalhadores itinerantes.

Costa (2005) aponta que pessoas em situação de rua existem desde a mais remota antiguidade, não se tratando de fato novo a ser observado. Vis-à-vis, ao longo da história da humanidade, essas estejam relacionadas ao espaço urbano, sua ocupação e funcionalidades.

É uma situação que não é escolhida, pois se trata de circunstâncias em que o indivíduo está inserido a princípio. Em relação à permanência nas ruas são identificadas situações diferentes, em que o sujeito se encontra: (i) situação de vulnerabilidade de pessoas que ficam nas ruas, que se configuram naquelas que saíram do interior do Estado à procura de emprego; (ii) aquelas que estão desempregadas; (iii) aquelas que se deslocam da sua terra natal em busca de tratamento de saúde; (iv) conflitos familiares; (v) uso de drogas e álcool.

Muitas dessas pessoas têm como característica comum, a vulnerabilidade social e a dificuldade financeira que, muitas vezes, implica na ocupação de vias públicas, rodoviárias e locais movimentados para passar a noite.

Neste contexto, se insere uma população diversificada, com múltiplas especificidades, que compõem realidades diferentes, porém com uma situação comum a todos: a de não compatibilizar à sociedade formal e a compartilhar da extrema pobreza. Apresentam características comuns, porém cada um possui sua individualidade, ainda assim conseguem ter seu “estilo”. No entanto, no geral apresentam-se com roupas sujas, surradas, sapatos rasgados, configurando-se como estranhos na sociedade (COSTA, 2005).

As representações sociais, entendidas nesse estudo como a caracterização das pessoas em situação de rua, causam repercussões na identidade do indivíduo e influenciam no conhecimento histórico da sociedade, onde permanecem e se naturalizam. Segundo Mattos e Ferreira (2004) existem seis tipificações presentes na sociedade em relação à pessoa em situação de rua.

Uma delas enxerga o morador de rua como uma pessoa suja, considerando o mesmo como uma doença contagiosa, colocando-o em uma posição de exclusão, corroborando com práticas assistencialistas. Esconder a problemática que deveria ser resolvida é prática corriqueira, em detrimento de políticas públicas e sociais efetivas, para que essas pessoas tenham seus direitos garantidos.

Outra tipificação comum corresponde à vagabundagem, pois apesar do indivíduo exercer atividade informal, ele é visto como fora do padrão imposto pela sociedade, onde o trabalho formal é a única forma de validar a identidade do trabalhador. As pessoas em situação de rua também são vistas como loucas, e nessa ótica, adota-se o modelo assistencialista e higienista como solução para “limpar” as ruas dessa parcela da população.

Ainda segundo Mattos e Ferreira (2004), sujeitos inseridos no “padrão” da sociedade formal tem receio do indivíduo em situação de rua, tipificando-as como perigosas e criminosas, sendo distanciados de qualquer contato com esses. Além disso, há aqueles que os personalizam como “coitadinhos”, homens e mulheres em situação de rua que seriam penalizados em decorrência do fruto de erros cometidos no passado.

Existem, também, as identificações em que as próprias pessoas em situação de rua utilizam para se caracterizarem. Dentre elas estão termos como maloqueiro e trecheiro, haja vista que essas caracterizações são representações impostas pela sociedade, que mesmo pejorativas e não aceitas, são utilizadas. (VARANDA; ADORNO, 2004). Muitas vezes, o morador de rua é culpabilizado pela sociedade, por sua condição de vida, quando se sabe que a ordem monopólica reduz o acesso a políticas sociais, não garantindo direitos legalmente constituídos.

Um panorama atual a respeito dessa temática encontra-se na reportagem da jornalista Sayonara Moreno (2017), correspondente da Agência Brasil. A matéria aponta que, aproximadamente, 22 mil pessoas, expostas a violências físicas e psicológicas, vivem em situação de rua no município do Salvador. Os motivos principais que levam as pessoas a viverem nas ruas são conflitos familiares, drogas e álcool. A grande maioria é composta por homens entre 25 e 44 anos.

3. QUESTÃO SOCIAL: MANIFESTAÇÕES E NEGAÇÕES DA CIDADANIA

É relevante analisar o conceito e exercício da cidadania, que consiste em três vieses: o político, o civil e o social para que o indivíduo possa reivindicar direitos que lhe são garantidos. Corresponde ao viés político, o direito ao voto, a participar diretamente nas ações políticas do Estado. Ao civil corresponde, o direito à liberdade como um todo, obedecendo às leis vigentes da constituição. E por fim, o direito social que está relacionado ao direito mínimo de subsistência para uma vida digna (MARSHALL, 1967).

Marshall (1967), afirma que o direito civil é um dos direitos básicos do exercício da cidadania e está relacionado ao trabalho como um dos aspectos econômicos. Classe social e cidadania têm ideais contraditórios, a primeira está ligada a divisão de classes, burguesia e proletariado, divisão desigual da riqueza produzida, às desigualdades sociais. Já cidadania corresponde aos direitos políticos, civis e sociais do indivíduo. Assim, esta contradição resulta num desentendimento entre os ideais de cada uma.

A cidadania está em constante progresso e se refere a uma posição social do sujeito em uma comunidade, todos têm os mesmos direitos e obrigações enquanto cidadãos perante a sociedade (MARSHALL, 1967).

Neste contexto, o direito do exercício da cidadania do indivíduo em situação de rua está sendo violado, já que esse vive em precárias condições de habitação, alimentação, saúde e bem-estar. A Constituição Federal de 1988 intitula que todos são iguais perante a lei e deverão ter acesso aos direitos supracitados.

As expressões da questão social, presentes de alguma forma na sociedade, estão estreitamente ligadas à negação do exercício da cidadania da população em situação de rua. Ianni (1989) revela três cenários da questão social em épocas diferentes: no período escravocrata, quando os negros eram desapropriados de si e dos frutos do seu trabalho; após a abolição da escravatura, na qual houve a necessidade de se adotar o trabalho livre e, em decorrência disso, surgem às reivindicações com relação a este trabalho que resulta na questão social; e na contemporaneidade, com o desenvolvimento e avanço do capitalismo, onde se acentua o conceito de classes sociais e conflito entre elas.

Assim, começam a surgir também as adversatividades que impulsionam para uma discussão sobre a influência do regime econômico, que incidem na questão social. O autor ressalta que o avanço do capitalismo e fortalecimento do Estado é decorrente da exploração da força de trabalho, sobretudo daqueles que estão em mínima condição digna de vida. Neste contexto, se acentua a clarificação do conceito de classes sociais, sendo resultado do sistema capitalista de produção e a posição do Estado diante desse cenário, como denota Brandão (2007, p. 212):

As questões de moradia, transporte, educação, saúde, segurança alimentar, entre outras, devem avançar do mero atendimento aos interesses materiais mais imediatos à construção de cidadania, ainda mais quando estão inseridas em uma estrutura urbana heterogênea, pobre, patrimonialista e predatória como a brasileira, em que a cidade acabou tornando-se 'agente de reprodução de desigualdades'.

Cada vez mais, surgem manifestações e movimentos na busca de melhores condições de vida, seja no trabalho, acesso à saúde, alimentação, exercício da cidadania, dentre outros. Estes atos correspondem ao exercício da cidadania amplamente dito (IANNI, 1989). O autor compreende que não há o interesse em esclarecer que, as expressões da questão social são decorrentes de vários fatores, de ordem político, social, econômico e cultural. Ainda há a culpabilização da vítima pelo estado em que se encontra.

Mesmo após a abolição da escravatura há pesquisas que demonstram que a culpa de ser pobre, de não ter acesso à educação, saúde, habitação e lazer é do indivíduo. Mattos e Ferreira (2004) atentam para esse sentimento em seu estudo sobre as representações sociais, que são impostas a população em situação de rua.

4. POLÍTICAS SOCIAIS E A ATUAÇÃO NO COTIDIANO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA.

O fato de o indivíduo estar na condição de situação de rua não corresponde somente à falta de moradia. Corroboram para esse cenário, outras causas relacionadas, que contribuíram e determinaram essa situação, tais como: desemprego, pobreza, desigualdade social e, principalmente, a ausência de políticas públicas que favoreçam esses indivíduos (BRASIL, 2008). Estes fatores de ordem social e econômica correspondem as multifacetadas da questão social advindas do sistema econômico capitalista. Diversos fatores corroboram para essa questão, ocasionando o aumento da população em condições precárias de sobrevivência e um dos problemas a ser superado é a indiferença da sociedade diante dessa parcela da população.

Mattos e Ferreira (2004), afirmam que é um engano que no sistema capitalista de produção, todos tenham a mesma oportunidade, pois os ganhos estão centralizados nas mãos daqueles que detêm os meios de produção. Neste contexto, a população em situação de rua é o resultado da desigualdade que impera no meio de produção capitalista. “A questão urbana, aponta as relações complexas entre o modo de produção e a forma espacial.” (CASTELLS *apud* BRANDÃO, 2007, p. 65).

Algumas das respostas do Estado para essa população de rua manifestam-se através da política de assistência social, como o Programa Bolsa Família, voltado para redução da pobreza e não para garantir direitos da população carente. Diante disto, compreender a questão social no novo estágio de acumulação capitalista, assim como, desmascarar o conservadorismo traduz-se um grande desafio para o profissional do Serviço Social.

Entendida aqui como uma forma de desigualdade social, a situação de rua é resultado da monopolização do lucro da classe dominante, que detêm os meios de produção, determinando assim a divisão desigual da riqueza, onde o trabalhador vende sua força de trabalho para somente garantir as necessidades básicas. A partir **26**

da inserção da Política de Assistência social no campo da seguridade, houve a possibilidade de garantir os mínimos sociais para uma vida digna e de melhor qualidade, que corresponde a uma forma de combater a pobreza em que vive uma parcela da população (ARGILES; SILVA, 2011).

Segundo Silva (2006), a partir da década de 1970, o Brasil sofreu modificações estruturais para atender aos interesses do capital, fortalecendo o foco no modelo neoliberal, que visa à participação estatal na economia do país. Essa questão desencadeou alterações no mundo do trabalho, resultando nas condições ainda mais desfavoráveis para o trabalhador, bem como o desemprego e conseqüentemente o aumento da população nos níveis de pobreza e desigualdade, intensificando o fenômeno população em situação de rua.

A Constituição de 1988 foi um avanço, sobremaneira para as áreas de saúde, educação. Uma dessas conquistas foi à regulamentação da Política de Assistência Social, Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), em 1993. A partir de então está garantido em lei, à responsabilidade estatal e a universalização dos direitos na área da assistência social.

Apesar da política de assistência social ser universal para quem dela necessitar, parte da população que atende aos critérios dos programas sociais, não tem acesso a esse direito. Entre elas, estão às pessoas em situação de rua, que se enquadram na mais complexa condição na qual os mínimos sociais – tais como alimentação, moradia, saúde e trabalho – o não são garantidos.

Argiles e Silva (2011) atentam para o fato que, ao longo da história, as políticas voltadas para as pessoas em situação de rua se referiam a políticas de cunho higienista, assistencialista e repressivo, negando qualquer direito de emancipação e autonomia do indivíduo. Os autores atentam ainda para dois aspectos das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua. Um deles está direcionado as intervenções do Estado - que tem como foco uma área específica – e a outra ligada ao tempo, visto que a saída da condição de situação de rua se configura em processo lento e doloroso.

A condição de situação de rua é também advinda do contexto familiar vivenciado pelo indivíduo, onde se verificam a ausência do trabalho formal, renda fixa, a pobreza e ausência de políticas para o apoio e suporte necessários à

assistência que possibilite a emancipação e autonomia para o próprio desenvolvimento econômico (VARANDA; ADORNO, 2004).

A Política Nacional para a População em Situação de Rua, por meio do Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 dispõe de princípios que resguardam o direito do indivíduo em situação de rua, o respeito e a sua dignidade como pessoa humana, o direito a convivência na comunidade e na família, bem como o atendimento nos sistemas públicos – a exemplo do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma humanizada – o direito ao respeito, no que se refere à origem, nacionalidade, gênero, etnia, orientação sexual, dentre outros.

Desde então, houve outras conquistas voltadas para a garantia de direitos do morador de rua, tais como o Plano Operativo de Saúde para a População em situação de rua e a implantação do Programa Consultório na Rua. Contudo, no que diz respeito à área da saúde, Varanda e Adorno (2004) clarificam que ações sociais de diferentes categorias da secretaria - no processo de recolhimento do “lixo” e transferência dos indivíduos em situação de rua para espaços coletivos - acarretam na dificuldade de relação entre usuário e profissional de saúde, ocasionando a falta da procura por serviços no âmbito da saúde por parte dos indivíduos, agravando assim, seu estado de saúde, visto que esses não seguem o tratamento adequado, procurando serviço ambulatorial em caso extremo.

5. TRAJETÓRIA DO SUJEITO EM SITUAÇÃO DE RUA: HISTORICIDADE E PERCEPÇÕES

Para fundamentação e articulação dos pensamentos que balizam a discussão teórica deste artigo científico, houve a necessidade de abranger e relacionar a trajetória de um indivíduo que passou pela situação de rua de acordo com o contexto discutido. Através do relato, percebe-se que o período vivido em situação de rua foi um contexto de exclusão e desigualdade social que, além de tudo, perpassou pela necessidade de aderir a métodos que permitiram a sobrevivência de quem está na situação de rua.

M. é um ex-morador de rua, natural de Camaçari/BA que atualmente reside em Salvador, confeccionando jardins suspensos de garrafa pet. A motivação que contribuiu para tornar as vias públicas como “moradia” foi o conflito familiar vivenciado. Relatou que: “a decisão de ir para as ruas foi uma questão familiar, pois

quando tinha nove anos, minha mãe passava dedo no copo de cachaça e em seguida na minha boca. Aos treze anos já não estava aguentando mais aquilo e minha mãe me abandonou na minha terra.” (sic).

O conflito familiar corresponde a uma das causas que Silva (2006) aborda em seu estudo, quando trata do condicionante social pela qual o indivíduo se depara em situação de rua. Além disso, estabelece outras motivações, como o desemprego, psicopatologias, consumo de substâncias ilícitas, entre outros. Com relação à perda do vínculo familiar, a autora em seu estudo traz que:

[...] Existem outros fatores estruturais ou fatores ligados às histórias de vida dos indivíduos, que conduzem à fragilização e ao rompimento dos vínculos familiares, como as desavenças afetivas, os preconceitos relacionados à orientação sexual, a intolerância às situações de uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas (SILVA, 2006, p. 102).

Durante o período que estive nas ruas, M. relatou que presenciou e vivenciou várias situações, dentre elas, indiferença das pessoas diante da visualização do seu contexto de situação de rua. Trouxe em seu relato, as tipificações que são impostas aos sujeitos em situação de rua verificados no estudo de representações sociais em Mattos e Ferreira (2004).

No decorrer do seu depoimento M. declarou que:

A sociedade, não vou dizer em geral, mas essa sociedade capitalista só pensa em botar dinheiro no bolso. Ela olha a gente como se fosse um marginal, um pombo sujo, vagabundo, descarado, que não quer nada com a vida, maconheiro, ladrão, sacizeiro, mas a gente tem sim uma parte da sociedade que ainda acredita na gente. Então essa sociedade ficou dividida entre o capitalista e a vontade de ajudar. Muitas pessoas têm vontade de ajudar uma pessoa em situação de rua, mas os políticos na verdade só pensam em botar o dinheiro no bolso e mais nada (sic.) (M. 2016).

No contexto, explícito acima, pode ser analisado que há uma forte influência do sistema econômico vigente no país para evidenciar tal condição.

Quando M. traz essa representação imposta de “não quer nada com a vida” pode-se relacionar a questão da ausência do trabalho formal, que segundo Silva (2006), refere-se a um dos fatores econômicos ocasionado pelo fenômeno população em situação de rua, na qual esta população está inserida, fazendo parte do “exército industrial de reserva”, que atende aos interesses do capital.

Silva (2006) enfatiza ainda, em seu estudo, as alterações no mundo do trabalho, que possuem forte influência em diversos casos de sujeitos em situação de rua. Essas mudanças decorrentes da precarização do trabalho fomentaram o avanço do trabalho informal, tendo definido como “segmento não organizado”. Partindo deste contexto, pode-se relacionar ao relato de M., o seu objetivo de chegar a Salvador, após estada nas ruas da cidade de São Paulo, onde realizava atividades no mercado informal, o que lhe proporcionou o retorno a sua cidade natal e consequentemente ter parado com o uso abusivo de bebidas alcoólicas.

Eu estava em São Paulo, me veio à vontade de largar a bebida alcoólica e voltar para Salvador, arrumei um dinheiro catando latinha. Eu vim, consegui chegar até minha terra, quando cheguei foi dia dois e no dia três não bebia mais. Hoje, tem quase oito anos que não trisco nada de álcool na boca (sic.) (M. 2016).

Deste modo, o entrevistado expõe o vício de dependência alcoólica, que se configura como um dos fatores de permanência nas ruas. Porém em sua trajetória, houve superação da dependência, recorrendo ao trabalho informal, o qual além de garantir a sobrevivência, reorientou a vida.

O impasse para M. permanecer em situação de rua foi o uso abusivo de bebida alcoólica. Durante o período que viveu como andarilho urbano, presenciou a violência praticada entre os indivíduos em situação de rua, sobremaneira o confronto com prepostos da Polícia Militar. Neste interim, buscou estratégias de sobrevivência e subsistência para se proteger da violência e descaso, típicas variáveis urbanas, tangentes a essa parcela da população.

Morei 16 anos nas ruas, bebendo de tudo. Passei mais de dez anos bebendo, hoje graças a Deus não moro mais nas ruas. A minha passagem nas ruas foi muito dolorida, teve pessoas querendo levar a gente pro ‘corte de cana’ em São Paulo. Passei alguns anos tentando fugir da fazenda e não consegui. Quando foi um dia, um peão também estava junto comigo querendo sair, armou uma saída, uma emboscada e a gente conseguiu fugir, não consegui antes porque para onde eu ia estava cheio de pistoleiro. Quando eu me deparei eu já estava morando na rua em São Paulo. Tomava cachaça, metendo a cara no lixo e, às vezes, pegando comida do lixo. O que me doía muito era a violência que via nas ruas, graças a Deus nunca me triscaram a mão. Eu não ficava em grupo, sempre ficava no canto sozinho, quando tinha um aniversário de um morador de rua, na rua mesmo tinha comemoração, de vez em quando rolava violência entre eles mesmos, mas eu ficava de boa. A Polícia Militar e guarda municipal não respeitam o direito do cidadão que está naquela situação (sic.) (M. 2016).

Silva (2006) denota que os sujeitos que se encontram em situação de rua, utilizam-se de mecanismos para subsistência, sendo um deles, a escolha em permanecer nos centros urbanos, preferencialmente em pontos movimentados que se configuram locais que tem a melhor capacidade de satisfazer a sua necessidade fisiológica fundamental: a alimentação.

M. informa que durante o período que permaneceu em situação de rua não se beneficiou com nenhum programa do governo. Apenas após se associar ao movimento de população em situação de rua teve o êxito em ser contemplado pelo Programa Bolsa Família, que segundo Silva (2006), corresponde a uma forma de transferência de renda para famílias cuja renda per capita seja de até R\$120,00 (cento e vinte reais).

Para M. a população em situação de rua teve várias conquistas, no que diz respeito a direitos sociais, que foram conquistados a base da organização e reivindicações de movimentos sociais:

A gente conquistou uma portaria, porque antes o direito que a gente tinha era de não ter direito a nada, você vê hoje que tem morador de rua que mora nas suas casas, têm seus benefícios, tem com bolsa família, aposentadoria, aluguel social, mas para a gente conseguir isso teve que implantar o movimento primeiro. Foram quatro pessoas, a única pessoa, que não era morador de rua, foi morta, então isso gerou sangue. (sic.) (M. 2016).

L. também faz parte da equipe de vendedores do jornal Aurora da Rua e esteve em situação de rua por sete anos. O conflito familiar foi o agente causador da permanência nas vias públicas. “Minha família morava no Bom Juá, meu pai batia em minha mãe dentro de casa, me chateei fui pra rua. Fiquei na rua até achar outro lugar pra ir.” (sic.).

Durante seu período nas ruas, L. passou por diversos locais de Salvador, onde se refugiou em vários albergues da cidade. Atualmente é casado e sua esposa também vivenciou a situação de rua. Além da sua atividade como vendedor do ‘Jornal Aurora da Rua’, também faz cursos de informática. Relatou que “todo lugar que vou, todo mundo me conhece, morar na rua é problema de família, pai deixando o filho à toa.” (sic.).

A rotina e trajetória de um sujeito que viveu em situação de rua em Salvador, são permeadas por vulnerabilidades e expressões da questão social e refletem mais

uma das diversas situações de exclusão social, que uma vez detectadas devem ser assistidas e monitoradas, sob a ótica da legislação que as abrangem.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através das observações realizadas ao longo da pesquisa acerca do processo que conduz a permanência de sujeitos em situação de rua, pôde-se perceber que neste decurso há um ponto de partida, uma conjuntura atrelada a história de vida do indivíduo, que perpassa pelas variadas expressões da questão social.

Foi possível constatar ao longo deste trabalho que são vários os fatores que contribuem para que o sujeito inicie sua condição de situação de rua. Entre eles, podem ser citados: o conflito familiar, o desemprego e uso abusivo de substâncias psicoativas. Neste contexto, permanecem em situação de rua por um prazo de tempo provisório ou permanente, sendo submetidos a diversas situações de vulnerabilidade.

O bem-estar biopsicossocial do indivíduo está além de uma habitação fixa, englobando outros direitos básicos, tais como, educação, emprego, saúde, esporte, lazer e cultura. A partir desta análise, compreende-se o princípio da equidade como algo a ser conquistado e efetivado cotidianamente.

Com o fortalecimento de movimentos sociais específicos, na reivindicação e conquista dos direitos da população em situação de rua, alguns ganhos foram vislumbrados, proporcionando mudanças na vida daqueles, que durante muito tempo, foram invisíveis aos olhos do sistema. Essa temática, ainda incipiente, merece estudos mais aprofundados, a partir de reflexões que conduzam a práticas transformadoras que englobem políticas direcionadas para a população em situação de rua.

Faz-se mister frisar que, o aumento considerável da população em situação de rua necessita de políticas públicas que garantam a transformação social. Cabe, portanto, entender e questionar esse modelo de intervenção que, aliado a um referencial neoliberal deverá proporcionar justiça social, nos moldes de um Estado que se constituiu como Democrático e de Direito.

REFERÊNCIAS

ARGILES, M. dos S.; SILVA, V. R. da. **Assistência Social e População em Situação de Rua**. Pelotas, 2011.

BRANDÃO, C. A. **Território e Desenvolvimento**: as múltiplas escalas entre o local e o global. São Paulo: Editora da Unicamp, 2007.

BRASIL. Presidência da República, casa civil. **Política Nacional para pessoa em Situação de Rua**: [DECRETO Nº 7.053 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2009](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm. Último acesso em: 22 de jan. 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm . Acesso em: 10 ago. 2016.

CORTES, M. **Mais de 3 mil pessoas moram nas ruas em Salvador e 1,8 milhão pelo Brasil**. Jornal Tribuna da Bahia. Publicado em: 10/11/2013. Disponível em: <http://www.tribunadabahia.com.br/2013/11/11/mais-de-3-mil-pessoas-moram-nas-ruas-em-salvador-1-8-milhao-pelo-brasil>. Acesso em: 01 de jan. 2016.

COSTA, A. P. M. **População em situação de rua**: Contextualização e caracterização. Revista virtual textos e contextos nº04. 2005. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fass/article/view/993/773>. Acesso em: 20 ago. 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Edição. São Paulo, Editora Atlas, 2002.

IANNI, O. A questão social. **Revista São Paulo em Perspectiva**. Volume 5 – número 1. São Paulo, 1991.

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

MATTOS, R. M.; FERREIRA, R. F. Quem vocês pensam que (elas) são? – Representações sobre as pessoas em situação de rua. **Psicologia e Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 47-58, maio/ago. 2004.

MORENO, S. Salvador tem 22 mil pessoas em situação de rua, aponta levantamento. Agência Brasil. Salvador, 10 de mar. 2017. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/print/1068858> . Acesso em: 20 mar. 2017.

SANTOS, D. dos S. **O retrato do morador de rua da cidade de Salvador-ba**: um estudo de casos. Curso de pós-graduação Lato Sensu em direitos humanos e Cidadania - UNEB. Salvador, 2009.

SCOTTINI, A. **Dicionário escolar da língua portuguesa**. Blumenau, SC. Editora Todolivro, 2009.

SILVA, M. L. da. **Mudanças Recentes no Mundo do Trabalho e População em Situação de Rua no Brasil 1995-2005**. Universidade de Brasília – UNB. Brasília DF. 2006.

VARANDA, W.; ADORNO, R. de C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, p.56-69. 2004.

POLÍTICA DE SAÚDE, ESTADO E CIDADANIA: POSSIBILIDADE DE ERRADICAÇÃO DO *Aedes Aegypti*?

Adenilda Couto B. PINTO¹⁰

Ítala Pinto dos SANTOS¹¹

Margarete Casaes FERREIRA¹²

Milena Blumetti da SILVA¹³

Resumo

O objetivo deste artigo é analisar a Política de Saúde brasileira na atualidade, fazendo um contraponto a partir do início do século XX até os dias atuais e suas implicações nos processos epidêmicos e endêmicos, sobretudo, no que diz respeito ao *Aedes Aegypti*. A metodologia que norteou este trabalho foi à pesquisa bibliográfica, baseada na fundamentação teórica de autores que são referências na temática abordada. Foram analisados os pressupostos históricos da saúde pública comparados aos altos índices das endemias e epidemias que assolam a população, buscando compreender o motivo que, atualmente, obstaculiza a erradicação do mosquito *Aedes aegypti* no Brasil. Os resultados encontrados apontam que a interlocução entre as esferas municipal, estadual e federal deve favorecer ações governamentais efetivas no controle às epidemias e às endemias, ou seja, deve-se investir em políticas públicas de cunho estatal, visando à continuidade das ações.

Palavras-chave: Política de Saúde. Estado. Erradicação. *Aedes aegypti*.

Abstract

The objective of this article is to analyze the Brazilian Health Policy in the present time, making a counterpoint from the beginning of the twentieth century to the present day and its implications in the epidemic and endemic processes, especially with regard to *Aedes Aegypti*. The methodology that guided this work was the bibliographical research based on the theoretical foundation of authors who are references in the thematic approach. We analyzed the historical assumptions of public health compared to the high indexes of endemics and epidemics that devastate the population, trying to understand the reason that, at present, obstructs the eradication of the *Aedes aegypti* mosquito in Brazil. The results show that the interlocution between the municipal, state and federal spheres should favor effective governmental actions in the control of epidemics and endemics, that is, it is

¹⁰ Mestra em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social pela Universidade Católica do Salvador, Bacharela em Serviço Social pela Universidade Católica do Salvador, Professora e Coordenadora de Estágio do Curso de Serviço Social da Faculdade Dom Pedro II. E-mail: adenildacouto@gmail.com

¹¹ Graduanda do curso de Serviço Social da Faculdade Dom Pedro II. E-mail: italapinto@ig.com.br

¹² Graduanda do curso de Serviço Social da Faculdade Dom Pedro II. E-mail: kennacaetano@hotmail.com

¹³ Mestra em Políticas Sociais e Cidadania pela Universidade Católica do Salvador, Bacharela em Serviço Social pela Universidade Católica do Salvador, Professora e Coordenadora do Curso de Serviço Social da Faculdade Dom Pedro II. E-mail: blumetticalabria@yahoo.com.br

necessary to invest in public policies of a state nature, aiming at the continuity of actions.

Key words: Health Policy. State. Eradication. *Aedes aegypti*.

1. INTRODUÇÃO

Os primeiros registros históricos no Brasil, que discorrem sobre a saúde, mostram que sempre houve uma busca constante dos seus habitantes pela cura de suas enfermidades, à procura de melhorias de suas doenças através do auxílio dos pajés, curandeiros ou boticários, enfrentando o desafio de prevenir e controlar as epidemias e endemias.

O *Aedes aegypti* que, segundo pesquisadores, chegou ao Brasil, ainda no período colonial em navios com os escravos, com o passar do tempo, tornou-se um grande problema de saúde pública em vários países, atingindo, principalmente, países de clima tropical por causa da umidade e temperaturas elevadas – ambiente propício para proliferação do mosquito. Estudos mostram que o processo de difusão desse vetor ocorre pela falta de água encanada ou pelo abastecimento irregular, além do crescimento populacional urbano e suas práticas inadequadas – no que tange a cuidados básicos de higienização e descarte de resíduos.

No passado, as campanhas de combate ao *Aedes aegypti* eram voltadas à erradicação, ao passo que atualmente, fala-se no controle, por acreditar-se não ser possível erradicar o mosquito. Esse estudo tem enfoque na análise do formato de Estado e de Política Social – no contexto da ditadura militar de 1964 e contemporaneidade – nas implicações dos processos endêmicos e epidêmicos, compreendendo o contexto da situação que envolve a saúde pública.

A discussão que estrutura este trabalho tem como eixo o seguinte questionamento: O modelo de Estado e de Política de Saúde pode reforçar /influenciar o (re) surgimento de epidemias e de endemias na sociedade brasileira? Para responder a tal questionamento, objetiva-se analisar a Política de Saúde brasileira na atualidade, fazendo um contraponto a partir do início do século XX até os dias atuais e suas implicações nos processos epidêmicos e endêmicos, sobretudo, no que diz respeito ao *Aedes Aegypti*. A pesquisa que norteou este trabalho foi à bibliográfica, que abrangeu leituras e interpretações elaboradas por pesquisadores e estudiosos da temática que direcionou esta discussão.

2. TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: O CONTROLE DO *Aedes Aegypti*

Este artigo tem em sua base teórica, referências que levam a constatação de que o processo histórico da Saúde Pública Brasileira é complexo, considerando-se as mudanças políticas e administrativas, pelas quais o país passou, desde 1808, com a chegada da Família Real ao Brasil. De acordo com Lopes (2011), os portugueses, por terem uma estrutura de vida urbana organizada e requintada, estimularam o crescimento industrial do Rio de Janeiro, pois a cidade tinha o principal porto do país e tornou-se o centro das atenções sanitárias. Neste período foram criadas as primeiras escolas de medicina do país - a Escola de Medicina do Rio de Janeiro e o Colégio Médico-Cirúrgico em Salvador.

A preocupação oficial com a saúde pública no Brasil é algo muito recente, datando as primeiras providências governamentais da vinda da família real portuguesa ao Brasil em 1808, que criou as duas primeiras escolas de medicina em nosso país (Colégio Médico-Cirúrgico do Real Hospital Militar de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro) (LOPES, 2011, p.35).

Outro ponto de vista levantado pelo autor é que a preocupação maior tinha como público alvo a nobreza, os mais ricos e oficiais militares, enquanto o povo continuou sob os cuidados dos pajés, curandeiros e curiosos entregues à própria sorte.

O modelo de saúde pública instaurado por Portugal em terras brasileiras, não assumiu a saúde como um compromisso de quem governava (PAIM et al., 2011, p. 11). Diante deste contexto, em que as práticas médicas aconteciam informalmente, com as crendices e a sabedoria popular, as classes menos favorecidas ficavam a margem dos cuidados médicos destinados as classes abastadas. O cenário ligado a saúde era assim configurado: existiam poucos profissionais na área médica, que favoreciam mais a classe abastada economicamente do que a maioria da população. Para esse contingente, eram comuns as práticas médicas informais, onde cada indivíduo se automedicava.

Cabral (2014) relata que, com a independência do Brasil percebeu-se pequenos avanços na saúde pública, como a instauração da vacinação contra a varíola em crianças, a instauração das juntas municipais que deveriam ser responsáveis pelas atribuições sanitárias e a criação do Instituto Vacínico da Corte,

responsável pela vacinação e revacinação e a Junta Central de Higiene Pública, responsável pela salubridade nas cidades.

Entre os séculos XIX e XX surge o Higienismo, que nasce com o liberalismo e tinha a função de melhorar a saúde coletiva. Nessa época, os governantes passaram a dar uma maior atenção à saúde e os sanitaristas começaram a refletir sobre os surtos epidêmicos como: febre amarela, tifo, varíola e tuberculose, doenças essas, que resultaram no aumento do número de mortes da população urbana.

O modelo de combate ao *Aedes aegypti*, instaurado por Oswaldo Cruz, se utilizou de medidas autoritaristas e militares, sem campanhas educativas ou de esclarecimento, o que culminou na Revolta da Vacina, quando o Estado sentiu-se obrigado a procurar outra maneira de se relacionar com o povo. Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, consegue posteriormente a esse episódio equilibrar as ações sanitaristas, sem oposição popular.

Nesta mesma linha de considerações, MARINS *apud* Gois Junior (2007, p. 6) diz:

A ambição de arrancar do seio da capital, as habitações e moradores indesejados pelas elites dirigentes começou a se materializar com as medidas visando à demolição dos numerosos cortiços e estalagens, espalhados por todas as freguesias centrais do Rio de Janeiro, o que se procedeu sob a legitimação conferida pelo sanitaríssimo.

A chegada dos primeiros imigrantes europeus veio favorecer as reivindicações, no que concerne ao direito à saúde para a classe trabalhadora e para a população mais carente. Esse cenário estava solidificado nas primeiras décadas do século XX. A postura do Estado era liberal, ausente e, por conseguinte, não reconhecia a questão social como um determinante a ser respondido pelo poder público.

No Governo Provisório de Getúlio Vargas foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública que, embora tenha conduzido algumas práticas sanitárias, priorizou o sistema educacional, e todas as legislações criadas na época favoreciam a parcela que estava vinculada, formalmente, ao mercado de trabalho.

O Brasil tem sua trajetória histórica transformada com o golpe militar de 31 de março de 1964, resultando no afastamento do Presidente da República, João Goulart, período político em que militares conduziram o país, caracterizado por atos institucionais que perduraram até 1985. Nessa fase de governo houve negligência na fiscalização dos portos, principal porta de entrada do mosquito, o que contribuiu para a falta de controle do vetor *Aedes aegypti*, *segundo* Maia (2016).

De acordo com Pereira (2008), os governos militares contribuíram para o avanço do mosquito *Aedes aegypti*, quando negligenciaram a fiscalização dos portos, vias de acesso dos mosquitos oriundos da África, no final do século XIX. Por outro lado, quando as doenças como a dengue, meningite e malária se tornaram epidêmicas, as autoridades da ditadura recorriam à censura para impedir que a população fosse alertada sobre o aumento das enfermidades.

Segundo a Fundação Oswaldo Cruz, em 1955, o Brasil erradicou o *Aedes aegypti*, como medida para controle da febre amarela e consequência do relaxamento das medidas adotadas no combate ao vetor. Já no final da década de 1960, o *Aedes aegypti* foi reintroduzido no território nacional em decorrência dos deslocamentos humanos marítimos e/ou terrestres.

O *Aedes aegypti* se mantém como um desafio em várias partes do mundo, considerando a elevada carga individual e social relacionada à complexidade de ações para o seu controle. Assim, a proposta deste trabalho é analisar a história da trajetória da política de saúde na sociedade brasileira e a persistente presença deste mosquito, em épocas diversas, suas transmutações e o porquê da Política Pública de Saúde não ter garantido ainda o processo de sua erradicação.

3. SAÚDE PÚBLICA: DA REDEMOCRATIZAÇÃO AO PROJETO PRIVATISTA

A ditadura militar foi uma das maiores afrontas à democracia e a consciência política e cidadã dos brasileiros. A Reforma Sanitária brasileira nasceu em decorrência da luta contra o período ditatorial, principalmente como manifestação de indignação da sociedade sobre o dramático quadro da saúde pública. O movimento surgiu na década de 70, do século XX, envolvendo profissionais de áreas diversas, imbuídos pela garantia legal de uma Política de Saúde Universal.

O movimento da Reforma Sanitária efetivou-se a partir de diálogos garantidos pela 8ª Conferência Nacional de Saúde realizado em 1986, considerando a saúde - política pública inscrita entre os direitos fundamentais - garantida pelo Estado, a todos os brasileiros, independente de contribuição prévia ou de vinculação trabalhista. A proposta da Reforma Sanitária resultou na universalidade de direito à saúde, recepcionada pela Constituição Federal de 1988, materializando-se posteriormente na Lei 8080/90, consolidando o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição Federal de 1988, no Art. nº 196, cria um novo conceito de saúde, que diz: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução de risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção e recuperação (BRASIL, 2006).”

No entanto, a forma como esses princípios vêm sendo executados, evidencia falhas no modelo de saúde pública, não atendendo às demandas.

A Constituição Federal de 1988 permite a complementação da compra de serviços privados pelo Estado para o fornecimento público de saúde, o que corrobora com o que informa Bravo (2011, p. 165):

o Projeto Privatista tem como premissas concepções individualistas e fragmentadas da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do Projeto de Reforma Sanitária.

Eventos contrários desconstruíram o que promulgou a Constituição Federal Brasileira, caracterizando uma contrarreforma, que veio a se opor à garantia dos direitos sociais, colocando a saúde, mais uma vez, relegada à subalternidade, através da projeção de um Estado Mínimo. Com a instituição do projeto neoliberal e consequente sucateamento das políticas sociais, ocorreu uma regressão frontal à política de saúde e o Estado, aliado a este modelo, não corresponde aos apelos epidêmico-endêmicos da sociedade.

Implementada na década de 1990, a Política Neoliberal contraria os princípios da Reforma Sanitária, consolidando-se na saúde com um discurso expresso através do Projeto Privatista, que tem como objetivos, a contenção de gastos, a racionalização da oferta de serviços na saúde e a descentralização, com isenção de responsabilidade do poder central.

O Estado mínimo neoliberal, que se estabeleceu no Brasil, fortalece a problemática do Sistema Único de Saúde (SUS), o que tem favorecido a precarização cada vez mais acirrada desta política de saúde, uma vez que o sistema é cada vez mais dependente dos serviços privados.

Costa e Costa (2014) enfatizam que,

No Brasil, mesmo não oferecendo, na maior parte das vezes, um atendimento com a qualidade necessária para os brasileiros, o SUS ainda é um dos sistemas mais avançados, mas sua fragilidade coloca sua

autenticidade política e social em risco. Para o SUS ter seu funcionamento de qualidade, depende diretamente de recursos das políticas econômicas e a insuficiência de hospitais públicos resulta no sucateamento da saúde.

As epidemias constituem-se, sobremaneira, na omissão do Estado, tanto pela falta de investimento na política de saúde, quanto em investimentos em outras políticas públicas, no sentido de melhorar as condições de vida das pessoas. A falta de elaboração de Políticas Públicas eficientes, traduzida pela ausência dos serviços de saúde pública, pela má execução e pelos atrasos das instalações dos programas de prevenção de combate ao *Aedes aegypti*, também são agravantes, considerando ainda que as campanhas para a prevenção precisam se intensificar.

O desenvolvimento urbano oferece condições fundamentais para proliferação das doenças causadas pelo *Aedes aegypti*, bem como as condições de saneamento básico, socioambientais, fatores culturais e educacionais. Esses proporcionam ambientes propícios as transmissões das doenças causadas pelo mosquito, que se adaptou perfeitamente ao clima tropical brasileiro.

Nota-se que as epidemias causadas pelo *Aedes aegypti* se apresentam socialmente complexas e afetam seres humanos, independente de sua classe social, constituindo-se, atualmente, numa das mais graves doenças transmitidas, em vários países do mundo. E, como contraponto, o poder público deve estar em consonância para atender a todos, cumprindo o princípio da universalidade.

4. Aedes aegypti: ANTES E DEPOIS DA UNIVERSALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL, O QUE NÃO MUDOU?

A crise no sistema de saúde no Brasil pode ser constatada através dos fatos conhecidos e divulgados pela mídia, ressaltando que a saúde da população não é responsabilidade exclusiva do SUS, mas também de investimentos de recursos políticos, econômicos e sociais. A saúde não se resume apenas a atendimento médico, mas também na prevenção, recuperação, reabilitação e educação, como previsto no aparato legal.

A evolução histórica das políticas de saúde se relaciona com a política social e econômica, e o seu processo evolutivo obedece ao avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo determinação do capitalismo internacional.

Quando falamos de epidemia na história do Brasil, a primeira a ser lembrada é a febre amarela, transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, que chegou ao Brasil em navios que vinham da África, e somente naqueles momentos de endemias ou epidemias desenvolviam-se práticas interventivas e pontuais, principalmente porque a economia estava sendo abalada. Assim, o *Aedes aegypti*, ao longo dos séculos, vem afetando o nosso país com epidemias, de início com a febre amarela e hoje é também o transmissor da dengue, zika e a chikungunya, causador também da microcefalia.

Mesmo diante dos avanços tecnológicos, políticos e sociais, a realidade da saúde pública brasileira não evoluiu ao ponto de erradicar algumas doenças. A falta de intervenção do Estado, principalmente, na realização de programas de combate ao vetor evidencia que é praticamente impossível a erradicação do *Aedes Aegypti*, restringindo apenas ao seu controle.

O modelo de Política Social brasileiro, ainda não atingiu a universalidade tão proclamada, mostrando-se insuficiente no controle e erradicação de muitas epidemias e endemias, que continuam povoando o território nacional. Apesar de se ter outro cenário, a partir da redemocratização do Estado brasileiro e da implementação de uma seguridade social, a população ainda sofre com as doenças transmitidas pelo *Aedes Aegypti* e problemas semelhantes, de quando ainda se estava sob os auspícios de uma ordem ditatorial.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde é um direito do cidadão brasileiro garantido pela Constituição Federal de 1988 e para que as epidemias e as endemias tenham melhor controle, é preciso que haja uma junção de esforços, entre as esferas Federal, Estadual e Municipal.

Percebe-se, também, que a disseminação da informação e trabalhos que sensibilizem a sociedade, em geral, são componentes de grande importância para o controle da epidemia e a promoção à saúde, postura contrária a época da ditadura militar, quando as informações eram mantidas em sigilo.

Considerando todos os aspectos que aqui foram apresentados, pode-se perceber que as ações de combate ao *Aedes Aegypti* no Brasil, são sazonais, ou seja, intensificam-se nos momentos de crise epidêmicas, fazendo-se necessárias

ações ostensivas, que envolvam o poder público a sociedade civil e a ação individual, com uma população comprometida com a causa e com o meio ambiente.

Nesse estudo, verificou-se que os problemas relacionados à saúde não se resolvem totalmente, e com o sucateamento das políticas públicas e a diminuição da intervenção do Estado, a situação torna-se ainda mais grave. Após mais de um século da Revolta da Vacina, o vetor *Aedes Aegypti* ganhou status, voltando mais forte do que antes, e, em contrapartida, o modelo atual de política pública não dá respostas satisfatórias a essa realidade, uma vez que, os interesses econômicos sobrepõem-se a questão social.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm . Acesso em: 19 nov. 2016.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**, 4ª ed., São Paulo, Cortez, 2011.

CABRAL, D. **Junta da Instituição Vacínica da Corte (1822-1889)**. Disponível em: <http://linux.an.gov.br/mapa/?p=5649> . Acesso em: 08 nov. 2016.

CABRAL, D. **Junta de Higiene Pública**. Disponível em: <http://linux.an.gov.br/mapa/?p=7270> . Acesso em: 08 nov. 2016.

COSTA JUNIOR, A.; COSTA, C. E. M. **Breve Relato Histórico das Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. Disponível em: http://www.historiaehistoria.com.br/materia.cfm?tb=professores&id=170#_ftnref6 . Acesso em: 06 dez. 2016.

FUNDAÇÃO FIO CRUZ. **O Aedes e sua História**. Disponível em: <http://auladenque.ioc.fiocruz.br/?p=68>. Acesso em: 06 out. 2016.

GOIS JUNIOR, E. **Movimento Higienista e o Processo Civilizador: Apontamentos Metodológicos**. Disponível em: http://www.uel.br/grupo-estudo/processoscivilizadores/portugues/sites/anais/anais10/Artigos_PDF/Edivaldo_Gois_Jr.pdf . Acesso em: 08 nov. 2016.

LOPES, P. J. A Evolução da Saúde Pública no Brasil. Disponível em: <http://www.pastoralfp.com/index.php/artigos1/paulo-blog/184-pfp-adm-evolucao-saude-publica-brasil> . Acesso em 10 out. 2016.

MAIA, S. Ditadura militar brasileira é responsável pela epidemia de zika – diz oms. Disponível em: <http://samuelmaia.blogspot.com.br/2016/05/ditadura-militar-brasileira-e.html> . Acesso em: 13 out. 2016.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. Saúde no Brasil. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf . Acesso em: 10 out. 2016.

PEREIRA, G. Professor diz que ditadura favoreceu avanço da dengue. Disponível em: <http://cremepe.org.br/2008/06/22/professor-diz-que-ditadura-favoreceu-avanco-da-dengue/> . Acesso em: 14 out. 2016.

A JORNADA DE TRABALHO E O PROCESSO DE ALIENAÇÃO DOS PROFESSORES DA EDUCAÇÃO BÁSICA, NA REDE PÚBLICA DE ENSINO

Cláudia Maria Barreto Sousa **MORAIS**¹⁴

Irma Oliveira Leite **BULCÃO**¹⁵

Lucas Manoel Oliveira **SILVA**¹⁶

Resumo

O professor, depois de algum tempo de serviço numa jornada extensiva, busca formas de preservar sua saúde física e mental. Se este fato ocorre, mesmo em detrimento da qualidade na formação dos seus alunos, entende-se ser esta uma forma de alienação do seu trabalho. Este artigo tem por objetivo discutir essa modalidade de alienação da atividade docente, muito especificamente do profissional da rede pública atuando na Educação Básica. Apresenta a possibilidade de tal fato poder ser visto como um mecanismo de defesa física e psíquica, levando-se em consideração a jornada de trabalho extensiva à qual está submetido.

Palavras-Chave: Professor. Rede Pública. Educação Básica. Alienação. Mecanismo de Defesa.

Abstract

The teacher, after some service time on a journey seeking forms of extensive, preserve your physical and mental health. If this occurs even at the expense of quality training of its students, this means way of transfer of your work. This article aims to discuss this form of alienation of teaching activity, specifically public professional acting on Basic Education. Presents the possibility of this fact can be seen as a physical and mental defense mechanism, taking into account the extensive work to which it is subjected.

Keywords: Teacher. Public Network. Basic Education. Alienation. Defense mechanism.

¹⁴ Graduanda em Psicologia na Faculdade São Bento da Bahia. E-mail: claudiarmix@gmail.com

¹⁵ Graduanda em Psicologia na Faculdade São Bento da Bahia. E-mail: irmafil15@gmail.com

¹⁶ Orientador da Pesquisa. Psicólogo. Professor especialista. Pós Graduado em Gestão de Pessoas.

E-mail: lucasmanoel@aredda.com.br

ISSN 2177-8981

1. INTRODUÇÃO

A questão da saúde ocupacional do trabalhador em educação, especialmente o professor, não é algo novo. Basta uma busca rápida nos artigos publicados nos últimos dez anos para se verificar o quanto se tem escrito sobre o tema. Percebe-se uma preocupação crescente com a temática educacional, principalmente concernente à qualidade do ensino e sua influência na aprendizagem. Ainda assim, a saúde do professor, agente principal dessa construção, não tem ficado esquecida. Publicações se multiplicam em discussões e busca de soluções para minimizar os males inerentes da profissão.

Problemas na voz, dores na coluna, LER (Lesões por Esforço Repetitivo) e DORT (Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho) são as mais frequentes, hoje seguidas de diversos processos de adoecimento, incluindo os de ordem psíquica, que deixam o profissional em estado de completo desalento com relação à sua profissão.

Pesquisa feita na Bahia, em 1997, pelo Centro de Saúde do Trabalhador (CESAT) dá conta que, dos docentes atendidos no período de quatro anos, um percentual de 60,5% foi acometido por doenças ocupacionais. As mais predominantes são as já denominadas pelo senso comum de “doenças do professor”: calos nas cordas vocais, rinite/sinusite, asma, LER e varizes, aqui colocadas por ordem decrescente de incidência. A pesquisa aponta ainda uma informação que não deve passar despercebida: dos professores atendidos, 93,4% eram mulheres, conforme Bordalo (2014).

Sabe-se que o número de mulheres lecionando na Educação Básica é, consideravelmente, superior ao dos homens e que as professoras detêm uma jornada que se estende no cuidado com a família e a casa. De acordo com o Anuário Brasileiro da Educação Básica (2016, p.107) publicado pelo movimento Todos pela Educação (TPE)¹⁷, os últimos dados coletados até 2014 apresentam um percentual de aproximadamente 80,05% de mulheres nesse setor.

Mas, após uma leitura atenta de artigos científicos publicados, pode-se verificar que, via de regra, a saúde do profissional em educação é tratada como uma

¹⁷Movimento social de união entre o poder público e diversos setores da sociedade pela qualidade da Educação Básica.
ISSN 2177-8981

possibilidade presente e recorrente no seu trabalho. No entanto, atenta-se nesse estudo para o fato gerador de sobrecarga estar, também, na forma como a jornada docente é estruturada, bem como o professor busca manter-se relativamente saudável em situações e ambientes, por vezes, tão hostis.

Mesmo no Anuário Brasileiro da Educação Básica (2016) que traz todo um capítulo sobre a valorização do professor, nada é apresentado no sentido de se observar a influência da carga horária na qualidade da educação.

Ao se pensar em produzir este artigo sob o tema da alienação de uma determinada categoria de trabalhador, não se poderia deixar de citar, antes de qualquer outro, o pensador alemão Karl Marx que idealizou a sociedade civil como o lugar de alienação do humano. Alienação esta nascida na forma como o sistema de produção da sociedade capitalista submete o trabalhador. Em uma de suas obras, os Manuscritos Econômico-Filosóficos, Marx fala sobre a alienação no trabalho:

Primeiramente, o trabalho alienado se apresenta como algo externo ao trabalhador, algo que não faz parte de sua personalidade. Assim, o trabalhador não se realiza em seu trabalho, mas nega-se a si mesmo. Permanece no local de trabalho com uma sensação de sofrimento em vez de bem-estar, com um sentimento de bloqueio de suas energias físicas e mentais que provocam cansaço físico e depressão. Nessa situação, o trabalhador só se sente feliz em seus dias de folga, enquanto no trabalho permanece aborrecido.

[...] Afinal, o trabalho alienado é um trabalho de sacrifício, de mortificação. É um trabalho que não pertence ao trabalhador, mas sim à outra pessoa que dirige a produção. (MARX, 1989)

Assim, pela ótica marxista, a “alienação humana dava-se no interior do próprio trabalho, submetido à exploração do homem pelo homem” (BARROS, 2011, p. 240), o que faz com que este se aliene da verdadeira força do seu ofício.

Tendo como base o debatido conceito de alienação em Marx, este artigo segue buscando outras definições, porquanto se debruça sobre a alienação de um profissional que, por mister, deveria primar pela formação de pessoas críticas e responsáveis para a sociedade em que vivem. E é em busca deste sentido que se irá tomar de empréstimo o conceito de alienação da Psicologia Sócio Histórica, abordado por Leontiev (1978), em sua Teoria da Atividade¹⁸, que apresenta alguns elementos formadores do sujeito, quais sejam: atividade, consciência, significado social, sentido pessoal e alienação.

¹⁸ Teoria em que o autor faz relação entre a estrutura da atividade laboral e a estrutura da consciência.

Deste modo, a atividade desenvolvida pelo sujeito, com clareza do bem estar que lhe deve proporcionar, aliado ao entendimento da importância e magnitude social que essa atividade detém, confere ao trabalhador a possibilidade de realização pessoal e profissional. Isso se faz claro, pois, no processo de desenvolvimento sócio histórico explicitado pelo autor, em que a atividade vai sendo internalizada pelo indivíduo compondo sua consciência e influenciando sua personalidade. De outro modo, levando-se em conta a dissociação entre o sentido pessoal e o significado social de sua atividade, tal situação pode levar o indivíduo a um processo de alienação.

Tem-se que o professor, a despeito de ser considerado difusor do conhecimento, por vezes, é visto afastando-se das suas funções sociais em um movimento similar ao que se pode considerar alienação. E isto pode estar acontecendo em função da sobrecarga de trabalho que lhe é atribuída, causada, também, pela forma como sua jornada está estruturada e, claro, pela necessidade da própria sobrevivência em virtude dos baixos salários.

Espera-se que este artigo possa trazer, para a comunidade científica, a possibilidade de debruçar-se sobre o tema por oferecer mais uma configuração ao entendimento da situação de trabalho do professor e, a partir desse viés, pesquisar formas de melhorar as condições do ensino e cuidados para com este profissional, contribuindo com a difusão do saber acadêmico. Assim, este estudo busca essencialmente levantar uma discussão com vistas a retorquir ao problema: a jornada de trabalho, a qual está submetido o professor brasileiro da Educação Básica na rede pública de ensino, pode causar um processo de alienação com relação ao significado social da sua profissão?

Para tanto, partiu-se de uma determinada hipótese: a jornada de trabalho, a qual está submetida o professor, gera prejuízos de ordem emocional ao ponto de, após certo período em atividade, este profissional desenvolver um processo de alienação como estratégia de sobrevivência em relação à sua jornada de trabalho.

Diante disso, objetivou-se prioritariamente analisar se a jornada de trabalho desempenhada pelo docente da Educação Básica na rede pública de ensino, realmente pode favorecer o desenvolvimento de um processo considerado como alienação da sua atividade. Tal objetivo só se tornou possível após cumprirem-se

algumas medidas específicas, quais foram: caracterizar o professor da Educação Básica pública brasileira; compreender como está estabelecida a sua jornada de trabalho; entender as estratégias de atuação do docente em relação à carga horária que exerce e se tal carga de trabalho gera mecanismos de defesa, no caso de ser considerada excessiva; investigar se o seu regime de trabalho influencia no entendimento social da profissão, alijando-o do sentido da docência.

O presente artigo compôs-se num processo de revisão bibliográfica, cujas teorias abordaram os pontos fundamentais para esclarecimento do tema proposto. Utilizou-se o método hipotético/indutivo, como forma de averiguar a possibilidade de confirmação das hipóteses sugeridas, adotando uma abordagem qualitativa do problema a ser esclarecido. Pelo exposto, pensam os autores, que todo estudo que proponha análise, reflexão e esclarecimentos acerca de quaisquer agentes que desmotivem e/ou afastem o professor do seu ofício – tão propício e indispensável à construção de uma sociedade verdadeiramente civilizada – jamais será demasiado.

Do mesmo modo, um professor, ciente e consciente das suas atribuições, bem como da sua importância na formação do capital social, e mantendo o prazer pela sua ocupação, atenderá melhor às solicitações educacionais em seu tempo e época, sem perder a capacidade de análise crítica dos fatos. Acredita-se, dessa forma, que tais reflexões possam contribuir como estratégia de luta a favor de proporcionar uma melhor qualidade de vida para esse profissional, gerando conseqüentemente uma educação mais eficaz.

2. O PROFESSOR PÚBLICO DA REDE BÁSICA E A JORNADA DE TRABALHO

Neste ponto, faz-se necessário uma breve apresentação do professor brasileiro que atua na Educação Básica, foco deste artigo, bem como apresentar o modo como se estabelece sua jornada de trabalho nas unidades de ensino. Para ilustrar os dados, toma-se como base o conceito de professor adotado pelo Censo Escolar:

Considera-se como tal o indivíduo que, na data de referência do levantamento, atuava como regente de classe da educação básica, em suas diferentes etapas ou modalidades de ensino. Isto é, *professor* é o sujeito que estava em sala de aula, na regência de turmas e em efetivo exercício na data de referência do Censo Escolar. (MEC/INEP, 2009, p.17)

Segundo o Anuário Brasileiro da Educação Básica (2016), o Brasil conta com mais de dois milhões de professores atuando nesta etapa, sendo que um quarto ainda não possui formação superior. Até 2014, data do último censo do Anuário, o Brasil possuía mais de 250.000 professores atuando com apenas o curso de magistério de 2º grau, o antigo curso Normal. Em sua grande maioria - mais de 80% - são mulheres, com pequenas variações entre ensino infantil, fundamental e médio.

Na Educação Básica, há quatro vezes mais profissionais do sexo feminino que do sexo masculino; nas primeiras etapas da trajetória escolar, essa diferença é maior. (MOVIMENTO TODOS PELA EDUCAÇÃO, 2016, p.107)

Até aqui se considerou o perfil dos professores brasileiros sem discriminar sua dependência administrativa. Contudo, para efeito deste artigo e, sendo fiel à sua problemática, foram considerados apenas os profissionais da rede pública de ensino, lotados na Educação Básica.

Os dados encontrados na revisão da literatura, especificamente à situação do professor público brasileiro, parecem escassos, desatualizados e na maioria das vezes, não encontram consonância entre si. Souza (2013) apresenta inúmeras tabelas comparativas com dados encontrados no Censo de Profissionais do Magistério, ainda de 2003, em correlação com os dados da Prova Brasil de 2011.

As variações apresentadas nessas fontes pesquisadas pelo autor, especificamente para os docentes das escolas públicas, além de conter uma diferença de oito anos entre elas, não devem ser consideradas exatas, uma vez que a Prova Brasil não pode ser tomada como base referencial, visto que avalia apenas os professores de Língua Portuguesa e Matemática.

Foi observado também, com relação ao Censo (2003) que:

Os docentes da educação básica no Brasil em sua maioria são pessoas com experiência de trabalho. Isso quer dizer que, mesmo com a renovação de quadros, com a ampliação na contratação, os docentes estão permanecendo mais tempo na profissão. [...] quase ¼ dos trabalhadores docentes estão na profissão há mais de 20 anos, e quase 70% têm mais de 10 anos de trabalho. (SOUZA, 2013, p.57).

Quanto à jornada de trabalho exercida por eles – assunto prioritário para o desenvolvimento da ideia apresentada neste artigo – considera-se, para o professor público, que esta jornada compreende as atividades ministradas em sala de aula

com o acompanhamento dos educandos (regências de classe), mais as atividades de coordenação pedagógica, conhecidas como Atividades Complementares (ACs).

Conforme a Lei do Piso Nacional¹⁹, que regulamenta os vencimentos mínimos dos profissionais do magistério público da Educação Básica em todo o território nacional segundo a jornada de trabalho exercida, está assim estabelecida, em seu parágrafo 4º, considerando-se a carga horária total máxima de 40h semanais:

§ 4º Na composição da jornada de trabalho, observar-se-á o limite máximo de 2/3 (dois terços) da carga horária para o desempenho das atividades de interação com os educandos.(BRASIL, 2008).

O restante das horas será distribuído pelas Secretarias de Educação para as Atividades Complementares ao exercício da docência. De acordo com o Manual da Programação Escolar Regras 2016²⁰,

Considera-se Atividade Complementar - AC, a carga horária destinada à preparação e avaliação do trabalho didático, às reuniões pedagógicas e ao aperfeiçoamento profissional, de acordo com a proposta pedagógica de cada UEE, com participação coletiva dos docentes, por área de conhecimento, sem prejuízo da carga horária destinada à efetiva regência de Classe. (SEC/BA, 2016, p.6-7)

Na apresentação da jornada de trabalho, também é preciso considerar a quantidade de estabelecimentos de ensino para os quais o professor precisa se deslocar, caso trabalhe em mais de uma escola. Souza (2013) considera relevante esta informação, uma vez que, se o professor necessita dividir sua atenção entre duas ou mais escolas, isto pode comprometer a qualidade do seu trabalho, por fazer com que ele se envolva menos com as escolas em que atua.

Quanto às disciplinas e turmas em que lecionam, observa-se que, por conta da diferença de carga horária semanal entre as disciplinas, a quantidade de turmas e séries em que o professor atua, varia de forma considerável.

Estudo capitaneado pelo MEC (2009, p. 36) traz uma observação importante a ser considerada: a carga horária semanal, relativa ao número de turmas regidas por um único professor, difere entre os anos iniciais e finais do Ensino Fundamental,

¹⁹LEI Nº 11.738, DE 16 DE JULHO DE 2008.

²⁰Nota das autoras: Embora este manual seja produzido pelo Governo do Estado da Bahia para regras específicas do Estado, as ACs são comuns a todos os Estados da Federação e fazem parte da jornada de trabalho do professor da esfera pública.

por aspectos relacionados à “forma de organização desta segunda fase do ensino fundamental, mas que servem também como indicadores das condições de trabalho desses profissionais”. Porém, com dados apenas para o Ensino Médio, o que já é bastante ilustrativo, o mesmo estudo, informa que:

Mais de 70% dos docentes lecionam apenas uma disciplina [...]; porém, no que diz respeito à quantidade de turmas, o quadro é bastante diversificado. [...] Os casos de maior frequência mostram docentes atuando em três turmas (16,0%) e em mais de 10 turmas (13,5%). (MEC, 2009, p. 40).

Essa realidade, especificada apenas para o Ensino Médio, também se aplica ao Ensino Fundamental II que engloba do 6º ao 9º ano. Com professores especializados para cada disciplina, eles necessitam, para cumprir sua carga horária de 2/3 em efetiva regência de classe – conforme determina a lei – lecionar em mais de uma turma, ou em várias como denota a citação supracitada. A Tabela 1 mostra a distribuição dos docentes por quantidade de turmas em que atuam e disciplinas que ministram.

Tabela 1 - Professores do Ensino Fundamental – Anos Finais – segundo o Número de Turmas e Disciplinas – Brasil – 2007

Número de turmas e de disciplinas	Professores dos anos finais do ensino fundamental			
	Por turma	%	Por disciplina	%
Total	736.502	100,0	736.502	100,0
1	128.583	17,5	447.379	60,7
2	75.983	10,3	150.645	20,5
3	81.842	11,1	43.135	5,9
4	131.763	17,9	14.895	2,0
5	69.883	9,5	21.013	2,9
6	62.040	8,4	15.466	2,1
7	41.965	5,7	19.997	2,7
8	42.825	5,8	19.267	2,6
9	26.661	3,6	3.987	0,5
10 ou mais	74.957	10,2	718	0,1

Fonte – MEC/Inep/Deed, 2009

A análise dos dados acima denota que, nos anos finais do Ensino Fundamental, cerca de 20% dos professores lecionam em até duas disciplinas, mas, mesmo os percentuais sendo reduzidos consideravelmente, há informação de professores atuando em até nove disciplinas. Considere-se que, esses professores terão o mesmo tempo disponibilizado para atividades de coordenação e planejamento que os demais, a despeito da quantidade de disciplinas que lecionam. Pode-se supor que tais docentes enfrentem, então, uma carga de trabalho mais elevada, em função do maior número de turmas que regem.

Tais dados são bastante relevantes para o desenvolvimento deste artigo, que almeja discutir a condição de trabalho do professor público brasileiro da Educação Básica, tendo como base esses elementos que, por vezes, passam despercebidos quando se debatem os rumos e a qualidade do ensino no Brasil. Com relação a este item, quase sempre os estudos se atêm à formação acadêmica específica em relação à área em que atuam os docentes e as formações continuadas, como são chamados os cursos de extensão promovidos pelas Secretarias de Educação para capacitação dos professores.

Quanto à questão das queixas dos professores, muitas vezes creem que se referem a processos de adoecimento. Para esta análise, leva-se em conta a quantidade de alunos, à falta de melhores condições de trabalho, aos baixos salários, o que obriga o professor a trabalhar em mais de uma unidade de ensino, aumentando sua jornada, dentre outros. Diante dessa evidência, Ferreira (2010, p.25) corrobora:

As duas maiores queixas médicas dos professores que participaram de nosso estudo foram os problemas de voz, anteriormente citados, e os transtornos psicológicos, expressos sob a denominação de estresse, depressão, nervosismo, Síndrome de Burnout e sempre relacionados a sentimentos de cansaço, frustração, culpa, desânimo, baixa autoestima, excesso de trabalho.

No entanto, pouco se percebe, por trás dessas queixas, a situação real que enfrenta o professor, ao cumprir a carga horária de trabalho determinada pela lei. Esta raramente é observada, quanto menos analisada e discutida, para averiguar se a sua estrutura também exerce alguma influência para o desgaste físico e psíquico do profissional.

3. ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO DO PROFESSOR

Diante do exposto até aqui, há que se perguntar: como o professor age (e reage) diante dessa situação de sobrecarga à qual pouco ou nada pode fazer? Como se processa o seu estado de adaptação a uma situação tão insalubre?

Para exemplificar as indagações propostas, recorre-se a (SILVA, 2011, p.58) procurando demonstrar a situação de trabalho de duas professoras, “Joana” e “Laura”. Conforme descreve a carga horária diária exercida pelas professoras, acrescenta:

Entravam numa sala, pediam a atenção da turma para ouvi-las, faziam a chamada, escreviam na lousa, explicavam o que escreveriam, passavam exercícios, explicavam, corrigiam, chamavam a atenção para que ouvissem a explicação, davam bronca naqueles que não faziam nada do que foi pedido e também naqueles que falavam alto, nos que brigavam e/ou batiam nos colegas ou ainda nos que lhes desrespeitavam. Quando batia o sinal, 50 minutos depois que entravam na sala, iam para outra, e tudo começava novamente: pediam atenção da turma para ouvi-las, faziam a chamada... Esse entra e sai de uma sala para a outra a cada 50 minutos podia se repetir até 8 vezes num mesmo dia. Tendo em vista que cada sala tinha, em média, 40 alunos, Joana e Laura podiam se deparar, diariamente, com 320 alunos com idades entre 11 e 15 anos já que eram professoras do Ensino Fundamental II.

Esse ritmo contínuo e constante leva, sem dúvida, à exaustão física e psíquica do profissional. O professor passa a queixar-se do aluno, da família do aluno, das constantes cobranças dos coordenadores e gestores e das mudanças repentinas da política pedagógica dos governos. O cenário que se apresenta: professor não ensina realmente e o aluno não aprende satisfatoriamente.

Este profissional, ainda assim, precisa exercer suas funções sem sentir-se incompetente, adoecido e, para tanto, busca alternativas como estratégias de sobrevivência em um ambiente que, por tantas vezes, lhe soa hostil. E tendo que seguir na profissão que, ao fim e ao cabo, é seu “ganha-pão”.

Uma das primeiras formas observadas é uma tentativa de nivelamento dos alunos e das turmas. O professor não mais observa as singularidades em sala de aula nem percebe as diferenças que há, muitas vezes, entre turmas de uma mesma série. E tende a repetir o mesmo assunto, da mesma forma, em todas as turmas em que leciona. De acordo com Zagury (2006), os professores, assim estressados e exaustos, dão aulas monótonas e cansativas, desmotivando, por sua vez, os alunos

que tendem, por desinteresse das aulas, à indisciplina, gerando um círculo vicioso na educação.

Outra forma vista nas escolas é a repetição das aulas e, mesmo de avaliações, já preparadas em anos anteriores, por falta de tempo para planejamento em busca de novos materiais, mais atualizados e de interesse dos alunos.

[...] menos da metade das escolas (40%) faz planejamento geral. [...] o Plano de Aula, empregado para planejar as atividades diárias, é utilizado por apenas 27% dos professores. [...] ao contrário do que preconiza a didática, o mesmo Plano de Aula é usado para todas as turmas da mesma série. (ZAGURY, 2006, p.184-185).

Pode-se inferir que, se um professor, no ano seguinte, recebe as mesmas séries do ano anterior, pode utilizar os mesmos planejamentos feitos para aquele ano, e para aquelas turmas antecedentes.

Silva (2011, p. 61) lembra ainda que:

Há também aqueles que não conseguem mais se emocionar com qualquer coisa oriunda dos alunos. Mas, será que estes que deixaram de se emocionar, de se envolver com sua própria atividade profissional, também não sofrem? Será que essa perda do envolvimento não é uma consequência das mazelas impostas à educação e aos educadores?

Assim, o professor busca saídas para enfrentar longas jornadas de trabalho em condições quase nunca favoráveis a um desempenho adequado das suas funções.

A partir de então, apresentar-se-á a alienação como uma possibilidade a mais neste contexto, quase como um “mal necessário” à continuidade da atividade laboral desse profissional que, diga-se, deveria ser aquele que a combatesse em todas as instâncias.

4. REGIME DE TRABALHO E A ALIENAÇÃO DO PROFESSOR

Pensar o trabalho como fundamental na constituição da subjetividade é pensar no valor que ele ocupa na vida do indivíduo. E pensar o trabalho do professor é refletir, não só sobre a formação da sua própria subjetividade, como também na possibilidade de auxiliar na formação da subjetividade de tantos outros.

E mais ainda: professores são vistos como fundamentais no desenvolvimento da sociedade e na transmissão de novas ideias e ideais.

Dejours (1992) afirma que o trabalho pode ser estruturante para o sujeito quando propõe significado e auxilia na constituição da sua identidade, ressaltando a relação direta do trabalho com a vida do indivíduo. Conquanto defende a ideia de que, compreendendo todo o processo de trabalho, pode-se perceber o que se passa na sociedade e nos indivíduos que a compõem.

Com base nisto, pensar o professor como um sujeito que se aliena perante seu próprio ofício parece, no mínimo, paradoxal. Porém, ao levar-se em consideração, o conceito de alienação da Psicologia Sócio Histórica de Alexei Leontiev, pode-se verificar que isto, talvez, não se mostre tão estranho.

O autor demonstra, em sua teoria, que o trabalho, como aparece organizado historicamente, determina uma forma de estrutura da consciência que dissocia o significado e o sentido da ação do sujeito.

A primeira transformação da consciência, engendrada pelo desenvolvimento da divisão do trabalho, constituiu, portanto, no isolamento da atividade intelectual teórica. [...] A segunda transformação da consciência, a mais importante, é, como vimos, a mudança de estrutura interna. [...] A grande massa dos produtores separou-se dos meios de produção e as relações entre os homens transformaram-se cada vez mais em puras relações entre as coisas que se separam (“se alienam”) do próprio homem (LEONTIEV, 2004, p. 128).

Assim, procurando entender a práxis do educador no dia a dia, faz-se necessário compreender o SIGNIFICADO SOCIAL da sua atividade – que consiste em proporcionar ao aluno condições para que aprenda melhor e torne-se um cidadão crítico e construtivo – e o seu SENTIDO PESSOAL – representado na ideia de que o professor está para ensinar e educar, exercendo o seu ofício de forma consciente e prazerosa. (ASBAHR, 2005)

Freitas (2003), por outro lado, também reafirma, em seu trabalho de pesquisa com professores, o distanciamento entre a prática e a idealização do trabalho realizado por esses profissionais. O que confere um sentido de estranheza entre o trabalhador e seu produto. Isto porque, para a Teoria da Atividade, havendo um rompimento entre sentido pessoal e significado social dessas ações para uma

atividade objetivada pelo sujeito, este poderia estar alienado ou em um processo alienante.

Asbhar (2005) destaca que a ruptura entre significado social e sentido pessoal pode ser um fato causador de sofrimento e do adoecimento psíquico dos docentes, considerando que Leontiev (2004) denomina uma situação similar como contradições da consciência ou problema da consciência. E pode-se estabelecer, na proposta apresentada por Asbhar (2005), a mesma correlação que Leontiev (2004) apresenta quando expõe a sua Teoria da Atividade.

Quanto mais rápido o trabalho intelectual se separa do trabalho físico, a atividade espiritual da atividade material, menos capaz é o homem de reconhecer, no primeiro, a marca do segundo e perceber a comunidade das estruturas e das leis psicológicas das duas atividades. (LEONTIEV, 2004, p.126)

Silva (2011), também esclarece que a alienação subjetiva é fruto do distanciamento provocado entre o significado e o sentido, observando, ainda, que quanto maior for esse distanciamento, mais o processo da alienação tende a se intensificar, causando um estranhamento do trabalhador, não apenas com relação ao produto do seu trabalho, mas à própria realidade em que vive e até consigo mesmo.

É fato que as condições objetivas para o exercício profissional estão criando condições subjetivas pouco favoráveis para o enfrentamento da realidade. É também evidente que a história pessoal de cada professor pode determinar o início ou o agravamento de uma doença e, possivelmente, o tipo dela, bem como os modos de enfrentamento, determinado pelos sentidos que cada professor tem sobre sua atividade, bem como sobre os motivos desta.

Neste sentido, alienar-se é promover o afastamento do significado social que a profissão docente carrega do sentido pessoal que cada docente carrega em si. Isso o faria manter-se relativamente ao largo de doenças físicas e psíquicas consideravelmente limitantes, ao tempo em que demonstra pouco envolvimento com a profissão, uma vez que a jornada de trabalho, “que não permite momentos de folga, descanso, ou mesmo para não pensar nas tarefas, é característica do trabalho docente que provoca angústia”. (FREITAS, 2013, p. 79).

Conforme Dejours *apud* Freitas (2013, p. 187):

haveria duas rupturas: a primeira, chamada de alienação mental, se dá entre o sujeito (ego) e o real, em que “o sujeito não somente perdeu sua relação com o real mas, além disso, ninguém o compreende”; e a segunda, a alienação social, entre o ego e o outro: “o sujeito conserva uma relação legítima com o real, mas essa relação não é compreendida ou reconhecida pelo outro”.

A extensa jornada de trabalho do professor, que se divide em cargas horárias de 20, 30, 40 e até 60 horas, favorece essa ruptura, esse “estranhamento” com o produto do seu trabalho, levando-o a uma exaustão física e psíquica que, mormente, para permanecer em seu trabalho, “prefere” ignorar as demais necessidades e particularidades da sua profissão. Isto é, “opta” por não ver-se mais como um formador de opinião.

Se, “o professor tem na ação docente grande responsabilidade que lhe exige compromisso político e competência técnica” (BORDALO, 2014, p.35), com o tempo de serviço em jornadas extensivas, esse compromisso parece ir se diluindo à medida que o profissional mantém-se neste sistema até por necessidades de ordem material, em que pese toda a atual discussão sobre valorização do professor e instituição da Lei do Piso Nacional para a carreira de docente.

De acordo com dados da UNESCO (2008), o Brasil é o terceiro país, membro dessa entidade, que paga os piores salários aos trabalhadores da educação. Disso resulta a necessidade dos professores trabalharem em mais de uma escola, de modo a suprir as suas necessidades materiais, o que justifica os acúmulos de turnos de trabalho em diferentes instituições (BORDALO, 2014, p.35).

E este afastamento, caracterizado pela ruptura na consciência do indivíduo e causado pela jornada extenuante de trabalho, leva o professor, inclusive, a abster-se de questões outras, como as de formação pedagógica e cultural – imprescindíveis para a atualização dos seus conteúdos – e do entendimento dos momentos pelos quais passam a sociedade e a humanidade.

É assim que tal “estranhamento” sentido pelo professor, que pode ser assinalado como um processo de alienação na hipótese proposta por este trabalho, seja a forma que este profissional encontra para permanecer em sua profissão, enquanto necessidade de manutenção material da sua família, ao tempo em que aguarda, não sem ansiedade, o momento da aposentadoria. Acredita-se, ainda, que esse processo aconteça de modo inconsciente para o profissional. Como assinala Leontiev (1978, p.28):

[...] não podemos pensar que as mudanças importantes da personalidade no passado foram produzidas pela consciência; a consciência não as produz, mas simplesmente as mediatiza; são produzidas pelas ações do sujeito, às vezes até ações externas, quebras de contatos prévios, uma mudança na profissão, uma entrada prática em novas circunstâncias.

Considerando o exposto, no próximo tópico será desenvolvida a ideia da alienação como um mecanismo, disponível também ao professor, conquanto necessite manter sua saúde física e mental, ainda que tal ideia pareça paradoxal.

5. A ALIENAÇÃO DOCENTE COMO MECANISMO DE DEFESA

Com base na percepção da alienação docente, busca-se esclarecer o motivo para tal comportamento, discutindo se essa forma de alienação que, por um lado gera a exploração do trabalhador, por outro – no caso do professor – não é justamente o mecanismo que, talvez, o preserve de maiores adoecimentos físicos e psíquicos.

Freitas (2013) cogita sobre um trabalho estranho percebido pelos professores, proveniente do cenário das relações de consumo e das mudanças da educação familiar. O autor traz, ainda, uma reflexão sobre os efeitos do processo de desvalorização profissional, que gera maior carga de trabalho, desgaste profissional e, por consequência, o aumento do risco de sofrimento no trabalho provocando o adoecimento. Isto pode ser percebido nas falas dos professores entrevistados e presente nos índices levantados nas pesquisas publicadas no país.

De acordo com Lima (2008, p. 15), “o trabalho docente, em especial aquele desenvolvido na escola pública, é entendido como um trabalho que não traz lucro ao empregador”. Dessa forma, a educação, com seus resultados somente vistos em longo prazo numa sociedade, pode trazer ao professor, mormente aquele já cansado da rotina estressante e do excesso da jornada, a noção de um trabalho sem efetiva produção. Diante desse cenário, o autor ainda ressalta:

Entretanto, o trabalho do educador exige tanto mais esforço físico e mental do que aquele do trabalhador da indústria. Pois, o professor é aquele que, além de desenvolver seu trabalho em sala de aula, necessita ainda preparar aulas, corrigir avaliações, participar das formações continuadas, ou seja, ele geralmente estende sua jornada de trabalho para outras horas em que não está na instituição escolar.

Percebe-se que as mudanças repentinas que os governantes impõem às linhas pedagógicas adotadas, sem uma consulta prévia ao professor que é quem está, por assim dizer, na linha de frente desse processo, retiram um tanto da sua autonomia como profissional, levando-o a sentir-se apenas como mais uma ferramenta em uso nas instituições. E se, como sugere Lima (2008, p.18) “pode-se pensar que este trabalho alienado não é resultado apenas do educador, mas de toda uma ideologia opressora que perpassa a escola e o trabalho docente”, todo o peso dessa ideologia, aliada à conformação da sua jornada, favorece o surgimento de mecanismos outros que o fazem buscar uma adaptação às necessidades e exigências da sua profissão.

No intuito de levar a cabo o seu trabalho, mantendo-se em um emprego efetivo, que lhe traga alguns poucos, mas importantes benefícios trabalhistas, este profissional busca formas de driblar o cansaço, as constantes exigências – algumas vezes, sem uma contrapartida eficaz – e conservar-se relativamente saudável durante o seu tempo de atuação.

O que neste trabalho se apresenta é a possibilidade deste processo de alienação docente, muitas vezes duramente questionado por toda a sociedade, conforme ilustra Zagury (2006), ser o mecanismo que auxilia esse profissional a continuar em sua atividade laboral – necessária ao seu sustento e de sua família – sem que adoença física e psiquicamente, necessitando licenciar-se por muito tempo, ou mesmo, aposentar-se antes de completar o tempo regular de serviço.

Ressalte-se que aqui se trabalha com o professor da Educação Básica no serviço público, profissional que padece duplamente das ingratas concepções equivocadas da sociedade de qual seja a sua real função e de tudo aquilo que tem que abarcar quando assume esta profissão. Note-se que há ainda mais uma forma de sofrimento imposta ao professor, enquanto servidor público, segundo a percepção de Lemos (2006, p.5):

O segundo aspecto está relacionado aos estereótipos pejorativos das imagens do serviço e do servidor público que denigrem os funcionários enquanto profissionais, que os caracterizam pela falta de ambição intelectual, pela acomodação, despreocupação com resultados, garantia de emprego, acumulação de funções e gratificações.

O autor atenta para o fato de que tudo isso faz com que a alienação possa ser vista como uma “falta de integração do trabalho individual numa produção coletiva com significado social”.

Pelo que foi, ainda que de forma breve, apresentado neste artigo, há que se considerar a clara situação de trabalho excessivo e exaustivo a que está exposto o professor, muito além do que pode ser percebido pela visão rápida, e pouco crítica, de quem está fora do âmbito escolar e educacional.

[...] nos últimos vinte anos, houve uma grande fragmentação da atividade do professor: muitos profissionais fazem mal o seu trabalho, menos por incompetência e mais por incapacidade de cumprirem, simultaneamente, um enorme leque de funções. (ESTEVE *apud* FREITAS, 2013, p.152)

Diante desse quadro, a alienação docente como estabelece Asbhar (2005), percebida como dissociação entre o significado social e o sentido pessoal empregado ao trabalho, vem a termo como um mecanismo a que “recorre” o professor, conquanto precise manter o seu emprego, para cumprir em tempo hábil com suas obrigações e prazos escolares e atender as demandas familiares que lhe são devidas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A jornada de trabalho do professor e a possibilidade da carga horária exercer tamanha pressão sobre a sua atividade, a ponto de levá-lo a desenvolver um processo de alienação, foi o mote deste artigo. A hipótese de tal processo alienante ser percebido como um mecanismo de defesa física e psíquica do profissional parece seguir o caminho pensado.

Considera-se que, a forma como está estruturada a jornada de trabalho do professor público brasileiro, leva-o, ao longo do seu tempo de serviço, a comprometer o entendimento social da sua profissão afetando, inclusive, o sentido pessoal que a ela é dedicado.

Ao analisar tal hipótese, pode-se verificar, após cuidadosa revisão da literatura disponível sobre o tema, que o professor com essa carga de trabalho sente, em sua forma física e psíquica, a dificuldade de lidar com uma jornada extensiva, dando conta de tudo o que lhe é solicitado. O que se pode deduzir, ainda,

é que esse fato pode tornar-se tanto mais complexo à medida que essa carga horária seja maior, como por exemplo, considerando-se aqueles professores que trabalham até 60h semanais, muitas vezes distribuídas em mais de uma escola.

A partir desta exposição é possível notar que a jornada de trabalho prestada pelos docentes das escolas públicas brasileiras, no recorte qualitativo apresentado por este artigo, é capaz de gerar um rompimento entre o significado social e o sentido pessoal das suas atividades profissionais, considerando tal fato, como já foi dito, uma forma de alienação.

Suportar tamanha carga de trabalho, a incompreensão da comunidade escolar e de toda uma sociedade que dele exige que faça sempre o máximo e o melhor, leva este profissional a buscar em si formas de não sucumbir às doenças físicas e psicológicas que podem retirá-lo da sua atividade. A alienação surge, assim, como uma possibilidade de adaptação, de ajuste da sua vida e do seu trabalho a todas as exigências que o sistema lhe impõe.

Claro está que, com esta atitude, lhe surge mais uma ferina crítica do senso comum: a de que “o professor finge que ensina e o aluno finge que aprende” como já é de uso corrente de quase todos os que não estão nesta seara.

Vista por esse ângulo, a forma como está estruturada a jornada de trabalho do docente brasileiro, ressaltando-se como um fator de alienação para com o seu ofício, propicia um distanciamento do profissional com a qualidade do seu trabalho. Este fato pode mesmo fazer com que a sua atividade se torne desumanizante e desumanizadora do sujeito, quer na sua própria pessoa, quer na pessoa do aluno.

Seguindo o raciocínio de Asbhar (2005, p. 115), “a cisão significado e sentido pessoal no trabalho docente compromete o produto do trabalho do educador e interfere diretamente na qualidade do ensino ministrado”, alijando-o da sua posição enquanto formador de opinião, de consciências e de cidadãos.

O presente estudo que aqui se encerra traz à luz mais uma referência de estudo sobre o adoecimento do professor diante do conflito em idealizar sua atividade e a capacidade de realização da mesma. Tal situação, como discutida, pode desaguar no processo de alienação do docente. E este recurso certamente colabora com a queda na produção do conhecimento e a conseqüente baixa na qualidade do ensino.

REFERÊNCIAS

ASBAHR, F. da S. F. **A Pesquisa sobre a Atividade Pedagógica: Contribuições da Teoria da Atividade**. Ver. Bras. Educ., Rio de Janeiro, n. 29, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n29/n29a09.pdf> . Acesso em: 02 abr.2016.

BAHIA. Secretaria de Educação. **Manual programação escolar regras 2016**. Salvador, 2016. Disponível em: <http://www.educacao.ba.gov.br/sites/default/files/private/midioteca/documentos/2016/manual-programacao-escolar-2016.pdf>. Acesso em 23 ago. 2016.

BARROS, J. D'A. **O conceito de alienação no jovem Marx**. Tempo Social, Revista de Sociologia da USP, v. 23, n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v23n1/v23n1a11.pdf> . Acesso em 28 mai. 2016.

BORDALO, K. B. **Interfaces entre trabalho docente e adoecimento**. Universidade do Estado do Pará. Programa de Pós-Graduação em Educação. Belém, 2014. Disponível em: < http://ccse.uepa.br//mestradoeducacao/wp-content/uploads/dissertacoes/08/karina_barbosa_bordalo.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2016.

BRASIL. **Lei nº 11.738, de 16 de julho de 2008**. Regulamenta o piso salarial profissional nacional para os profissionais do magistério público da educação básica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato20072010/2008/lei/l11738.htm> Acesso em: 22 ago. 2016.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

FERREIRA, L. L. **Relações entre o trabalho e a saúde de professores na Educação Básica no Brasil**. São Paulo. FUNDACENTRO, 2010. Disponível em: < https://fasul.edu.br/portal/files/biblioteca_virtual/7/relaciestrabalho.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

FREITAS, C. E. S. de. **Trabalho Docente e Saúde: efeitos do modelo neoliberal**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2013.

LEMONS, D. **Trabalho docente: alienação ou emancipação?** VI Seminário da Redestrado – Regulação Educacional e Trabalho Docente. Rio de Janeiro: UERJ, 2006. Disponível em: http://www.fae.ufmg.br/estrado/cd_viseminario/trabalhos/eixo_tematico_1/trabalho_docente_alienacao.pdf. Acesso em 23 ago. 2016

LEONTIEV, A.N. **O Desenvolvimento do Psiquismo**. São Paulo: Centauro, 2004.

LEONTIEV, A.N. **Atividade, Consciência e Personalidade**. Lisboa: Livros Horizonte, 1978.

LIMA, M. O. F. F. **Trabalho docente: em busca de novos sentidos**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Santa Cruz do Sul/RS, 2008. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/303/1/MariaOdila.pdf> Acesso em: 03 out. 2016.

MARX, K. **O Capital: Crítica da Economia Política**. Livro 1. Vol I. 13ª edição, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA (MEC). **Estudo exploratório sobre o professor brasileiro com base nos resultados do Censo Escolar da Educação Básica 2007** / Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. – Brasília : Inep, 2009. 65 p. : il. Disponível em: https://acervodigital.unesp.br/bitstream/123456789/40/3/EdSoc_Estudo_professor.pdf . Acesso em 20 set. 2016.

MOVIMENTO TODOS PELA EDUCAÇÃO. **Anuário Brasileiro da Educação Básica**. São Paulo: Moderna, 2016. Disponível em: <<http://www.todospelaeducacao.org.br/biblioteca/1545/anuariobrasileiro-da-educacao-basica-2016>>. Acesso em 20 set. 2016.

SILVA, F. G. da. **O professor e a educação: entre o prazer, o sofrimento e o adoecimento**. Revista Espaço Acadêmico, nº 124, set/2011 Disponível em: <https://educacaofisicaufvjm.files.wordpress.com/2015/09/oprofessor-e-a-educac3a7c3a3o-entre-o-prazer-o-sofrimento-e-o-adoecimento.pdf> Acesso em: 28 mai. 2016.

SOUZA, Â. R. de. **O professor da Educação Básica no Brasil: identidade e trabalho**. Educar em Revista, n. 48, p. 53-74, Curitiba: Editora UFPR, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/er/n48/n48a05.pdf> . Acesso em: 05 out. 2016.

ZAGURY, T. **O Professor Refém**. São Paulo: Editora Record, 2006.