



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO E SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

GESSIK ALANNY ALEXANDRE GOMES

PROSTITUIÇÃO E CIDADANIA:

A configuração da cidadania das mulheres “profissionais do sexo” no acesso à saúde pública na cidade de Sousa-PB

SOUSA-PB
2016

GESSIK ALANNY ALEXANDRE GOMES

PROSTITUIÇÃO E CIDADANIA:

A configuração da cidadania das mulheres “profissionais do sexo” no acesso à saúde pública na cidade de Sousa-PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharel em Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus de Ciências Jurídicas e Sociais (CCJS), como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Me. Larissa Sousa Fernandes

SOUSA-PB
2016

GESSIK ALANNY ALEXANDRE GOMES

PROSTITUIÇÃO E CIDADANIA:

A configuração da cidadania das mulheres “profissionais do sexo” no acesso à saúde pública de Sousa-PB.

Aprovado em: 18 /05 /2016 Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Me. Larissa Sousa Fernandes

Orientadora

Examinador 1

Examinador 2

AGRADECIMENTOS

Eu não cheguei à conclusão desta graduação sozinha, ao longo desta caminhada de quatro anos, no Serviço Social desta instituição, alguns velhos conhecidos me acompanharam, outros foram ficando pelo caminho e teve aquelas pessoas que ficaram marcadas para sempre na lembrança, mas também conheci novas pessoas que fizeram morada no meu coração.

Os agradecimentos desta filha da classe trabalhadora, que tem na origem da sua árvore genealógica, o trabalho rural e que veio de uma cidadezinha chamada Conceição-PB ou como é mais popularmente conhecida, Conceição do Piancó. Sai de casa aos 19 anos de idade, para morar em uma residência universitária, com pessoas totalmente estranhas do meu convívio social, para realizar o sonho da Universidade. Os meus agradecimentos tem nomes especiais que estão entre familiares e amigos.

Agradeço a Deus pelo desafiador dom da vida, aos meus pais Antônia e Damião e meu irmão Pedro, que sonharam junto comigo o sonho da Universidade, pois mesmo dentro dos seus limites não pouparam esforços e incentivos para que continuasse a estudar, e especial a minha mãe, meu exemplo de luta e que esteve comigo desde o primeiro dia de vida. Agradeço à minha tia Conceição que durante a minha infância, na época de férias escolares me ensinou a ler e escrever, como também agradeço à minha vó Severina, essa mulher que sempre viveu do trabalho rural, que não teve acesso à educação formal, que criou seus 12 filhos em um período em que o nordeste vivenciou tempos difíceis, agradeço a essas duas mulheres que são exemplo de coragem e determinação, que sempre souberam dar o devido incentivo e valorização à educação. Tia e vó, eu sou a tua primeira sobrinha e neta bacharelada em uma universidade pública.

Também agradeço à Fátima Batista, minha vizinha e madrinha querida, que sempre me ajudou e me incentivou ao longo desse curso, como também agradeço a Ranielle, Raniedja e Vandinho que me acompanharam em toda a minha caminhada deste o primeiro dia de matrícula, sempre me incentivando. Também não posso esquecer-me da Minha tia Francisca Alexandre, Madrinha Leane, Padrinho Dão (in

memória) e vó Maria Oliveira (in memória), pois eles e elas não só sonharam com a universidade para os seus filhos, mas também sonharam para mim.

Tem também aqueles professores do ensino fundamental e médio, Lení e Maria Pires, obrigada pelos ensinamentos. Paula Rodrigues, Zé Hilton, meus professores do ensino médio, que também são os meus primos, eles sempre me defendiam e acreditavam no meu potencial, diante de alguns incrédulos, também tem a professora Dior Sabino que em um dia virou-se para mim e disse “você é jovem e tem potencial para chegar até a universidade, acredite nele e saia dessa cidade, pois a única coisa que ela tem para te oferecer é um casamento e sua capacidade pede mais que isso.” Ela não sabe o tamanho do poder que essas palavras tiveram sob mim. Obrigada a todo o corpo docente de Serviço Social dessa instituição.

E ainda tem as amigas. Sildilânia que sempre me disse “não desista, corra em busca do que você quer e você vai conseguir chegar até o fim”. O que dizer sobre meu grupo de sempre, Samille Gonçalves, Euriane Nogueira, Grazielly Batista? Só agradecer por todas as risadas e os momentos de estudos que eram sempre muito divertidos. E minha dupla de sempre? Tarcísia Keliane, foi com ela que sempre fiz todas as provas, trabalhos e atividades acadêmicas. Nessa graduação rimos, choramos, piramos e estudamos juntas, obrigada duplinha pelo companheirismo.

E por fim, quero agradecer a Liane Soraya, Lia Rocha, Allane Neves, Aline Silvia e Bruna Abreu, tive o privilégio de conhecer essas meninas na minha passagem pela residência. Liane, minha mestranda favorita, amiga e companheira de graduação, ela mesmo sendo de uma turma anterior à minha, colaborou de perto para à minha formação profissional na época em que morou na residência, como também agora, estando longe e Lia, minha amiga baiana que sempre estudava comigo, mas por outras razões e outros objetivos de vida, ela não está concluindo essa graduação comigo, mas mesmo com a distância que nos separa, a nossa amizade só cresceu, ficando cada vez mais forte, elas são o meu exemplo de dedicação, força e disciplina nos estudos.

Allane, a “maga” mais arretada de Taperoá, Aline, a bruta mais fofa de Serra Branca e Bruna, a mais meiga de Monte Horebe, elas foram as minhas amigas, estrelinhas lindas e alegres nos meus últimos períodos na residência, sem elas morar nessa casa não teria graça alguma, pois nem só de estudos vivem essas

mulheres, com essas residentes, compartilhei e vivi histórias felizes e tristes regadas a muita alegria, descontração, boa conversa, som, cerveja e muita catuaba.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como eixo de análise, o atendimento dos profissionais de saúde para com as mulheres em situação de prostituição, no acesso à saúde pública de Sousa-PB. Tendo como objetivos: objetivo geral; analisar o atendimento prestado às prostitutas pelos profissionais da saúde atuante no Hospital Regional do município de Sousa-PB e os objetivos específicos; traçar a construção histórica do Sistema Único de Saúde (SUS); examinar se os serviços e políticas públicas de saúde do (SUS) voltados para a mulher prostituta, considera essas mulheres enquanto cidadãs de direito e investigar se o atendimento prestado pelos profissionais de saúde as mulheres prostitutas segue uma perspectiva de atendimento cidadão ou uma perspectiva de atendimento estigmatizante ou preconceituoso. O diálogo teórico que norteou o desenvolvimento dessa pesquisa, estruturou-se a partir da análise da trajetória histórica da saúde do Brasil da década de 1930 até a regulamentação do SUS em 1990, estudando-se também as políticas e serviços do sistema público de saúde brasileiro voltados para o atendimento a mulher prostituta, como também o SUS orienta através de suas políticas o atendimento a essas mulheres e posteriormente, discutiu-se sobre o atendimento à mulher prostituta no Hospital Regional de Sousa (HRS). Por fim, foram apresentados os resultados da pesquisa, cuja os quais revelaram que os sujeitos envolvidos na pesquisa não reconhece a existência de uma desigualdade vivenciada por essas mulheres no seu cotidiano social de modo que esse reconhecimento seja revertido em um atendimento, universal, igual, humanizado e com qualidade para essas mulheres. Para a melhor compreensão do objeto de estudo dessa pesquisa, foi realizada uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, cujos sujeitos corresponderam a sete profissionais de saúde do (HRS), tendo o estudo de caso como uma categoria para melhor aprofundamento da realidade estudada. A produção de dados deu-se por meio de entrevistas semi estruturadas, da qual a técnica utilizada foi a análise de conteúdo das falas, sob a luz do referencial teórico materialista histórico dialético, o qual norteia hegemonicamente a formação e orienta a prática profissional dos Assistentes Sociais.

Palavras-chave: Prostituição. Saúde. Atendimento dos profissionais de saúde.

ABSTRACT

This Work Course Conclusion (TCC) has the analysis area, the health care professional to women in prostitution, access to public health Sousa-PB. Having as objectives: general purpose; analyze the care provided to prostitutes by the active health professionals in the Regional Hospital in the city of Sousa-PB and the specific objectives; trace the historical construction of the Unified Health System (SUS); examine whether the public services and policies of health (SUS) facing the harlot, consider these women as citizens rights and investigate whether the care provided by health professionals prostitutes women follows a citizen service perspective or a perspective of service stigmatizing or prejudiced. The theoretical dialogs that guided the development of this research was structured from the analysis of the historical trajectory of Brazil's health from the 1930s to the SUS regulations in 1990, also studying up policies and services in the public system of Brazilian health related to compliance with the prostitute wife as SUS guides through its policies to meet these women and later was discussed about meeting the prostitute at the Regional Hospital of Sousa (HRS). Finally, the results of the research were presented, which revealed that the subjects involved in research does not recognize the existence of inequality experienced by these women in their everyday social life so that such recognition is reversed in a call, universal, equal, humanized and quality for these women. For better understanding of this research object of study, a qualitative research was carried out exploratory whose subjects corresponded to seven health professionals (HRS), with the case study as a category for deeper understanding of the studied reality. The production data was given through semi structured interviews, which the technique was content analysis of the speeches, in the light of the theoretical referential historical materialist dialectic, which hegemonically guides the training and guides the professional practice Assistants social.

Keywords: Prostitution. Health. Care of health professionals.

LISTA DE SIGLAS:

TCC: TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

SUS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

IAP: INSTITUTOS DE APOSENTADORIAS E PENSÕES

INPS: INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

CF-88: CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

LOS: LEI ORGÂNICA DA SAÚDE

NOB-SUS: NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

NOAS: NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

HRS: HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA-PB

CBO: CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES

PNAISM: POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

PAISM: PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

PL: PROJETO DE LEI

DST: DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL

AIDS: SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

UBS: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

PSF: POSTO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ESF: ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

MS: MINISTÉRIO DA SAÚDE

CRN-AIDS: CENTROS DE REFERÊNCIA NACIONAL EM AIDS

CT-DST: CENTROS DE TREINAMENTO EM DST

SUMÁRIO

| | | |
|------|--|----|
| 1. | INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 2. | À TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL: A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) | 14 |
| 2.1 | A conjuntura internacional e a saúde do Brasil na década de 1930.... | 14 |
| 2.2. | O golpe de 1964 e a saúde do Brasil | 18 |
| 2.3. | A reforma sanitária nos anos de 1980 e a década de 1990 e o sistema único de saúde (SUS)..... | 23 |
| 2.4. | A organização do sistema único de saúde (SUS) | 27 |
| 3. | PROSTITUIÇÃO E CIDADANIA: UMA ANÁLISE SOBRE AS POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E AS POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA AS MULHERES “PROFISSIONAIS DO SEXO” | 31 |
| 3.1. | Prostituição e questão social: algumas reflexões..... | 31 |
| 3.2. | A cidadania das mulheres “profissionais do sexo” | 37 |
| 3.3. | Prostituição e regulamentação no Brasil | 41 |
| 3.4. | Políticas públicas de saúde voltadas para a prostituição da mulher ... | 44 |
| 4. | UMA ANÁLISE SOBRE O ATENDIMENTO PRESTADO PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE ÀS MULHERES “PROFISSIONAIS DO SEXO” NO HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA-PB..... | 47 |
| 4.1. | Sobre o percurso metodológico | 47 |
| 4.2. | Como as políticas de saúde no âmbito (SUS) orienta os profissionais de saúde no atendimento as mulheres “profissionais do sexo” | 50 |
| 4.3. | Análise dos dados | 53 |
| 5. | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 61 |
| 6. | REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 64 |

1. INTRODUÇÃO

O trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado, fará uma análise sobre a cidadania e prostituição: a configuração da cidadania das mulheres “profissionais do sexo” no acesso à saúde pública do município de Sousa, cidade localizada no alto sertão paraibano.

Para a realização desse trabalho, foi feita uma pesquisa de cunho qualitativo de caráter exploratório e para aprofundar-se no tema, realizou-se um estudo de caso, sendo esta pesquisa orientada pelo método materialista histórico-dialético, tendo como instrumento para a produção e análise dos dados a entrevista semi estruturada.

Nesse sentido, a pesquisa de campo foi realizada nos dias 14 e 15 de abril de 2016, no Hospital Regional Manoel Gonçalves de Abrantes ou Hospital Regional de Sousa-PB (HRS), com objetivo de descobrir se o atendimento prestado as mulheres “profissionais do Sexo” por parte dos profissionais de saúde dá-se por meio de um tratamento cidadão ou de forma preconceituosa. Foram realizadas entrevistas semi estruturadas com sete (07) sujeitos, sendo estes profissionais da área de saúde (02 Assistentes sociais, 02 Enfermeiras, 03 técnicas de enfermagem).

O primeiro capítulo aborda à trajetória histórica da reforma sanitária no Brasil: a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como ponto de partida a conjuntura histórico política e socio-econômica da década de 1930, tendo de âmbito nacional como internacional, chegando até o contexto da saúde do país na ditadura militar e o movimento de Reforma Sanitária, sendo este ultimo um movimento social que contextava o modelo de saúde implementado pela ditadura, esse movimento emergiu dentro do contexto da década de 1970, tendo seu clímax na década de 1980, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986.

Foi a partir da 8ª Conferência que a saúde no Brasil passou a ser um direito do cidadão e dever do Estado, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e regulamentada com as suas Leis Orgânicas, mais especificamente com a Lei 8.080/90. Por tanto, o (SUS) é o sistema de saúde brasileiro, organizado em todo o país por meio de um conjunto de legislações e normatizações regidos por princípios doutrinários e organizativos, sendo esses princípios a base de sustentação em todo o território nacional, pois o (SUS) funciona de modo regionalizado (União, Estados

e Municípios) e hierarquizada (Atenção básica, Média complexidade e Alta Complexidade).

O segundo capítulo tratará da prostituição e cidadania: uma análise sobre as políticas e serviços de saúde pública do sistema único de saúde (SUS) e as políticas de saúde voltadas para as mulheres “profissionais do sexo”, no referido capítulo a prostituição é analisada enquanto uma expressão da questão social, a partir do processo de industrialização (que ocorreu entre o final do século XVIII início do século XIX), onde com o desenvolvimento do capitalismo e o seu modo de produção e reprodução essa expressão da questão social agravou-se, complexificando-se de forma negativa para aqueles e aquelas que se encontram em situação de prostituição, pois no estigma da prostituição encontra-se a construção de gênero, valores culturais e religiosos, como também a desigualdade classe. Discute-se também as primeiras organizações sociais em defesa dos direitos das prostitutas enquanto um instrumento de luta para a consolidação da cidadania dessas mulheres. Quando se fala em cidadania, se fala também na vida em sociedade, ou seja, participar enquanto sujeitos políticos na vida social.

Com a entrada em cena no Brasil, das entidades e organizações que defendem os direitos das prostitutas, defendendo a ideia de se reconhecer que, a atividade por elas exercidas também é uma forma digna de sobrevivência, com isso também se discute a inclusão da “profissão do sexo” na nova Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), como uma ocupação que presta serviços de natureza sexual, porém, mesmo sendo considerada uma ocupação a prostituição não é regulamentada no Brasil como profissão, mas existe um projeto de lei que não foi aprovado, que despertou um intenso debate entre os defensores da prostituição como profissão e os que não defende a prostituição como profissão, como também pelo fato do projeto deixar em aberto pontos cruciais em aberto.

Também será discutido que não existem políticas públicas voltadas especificamente para a prostituição, mas que há uma prestação de atendimento para essas pessoas por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Política Nacional DSTs/AIDS, que atua basicamente no controle da transmissão das doenças sexualmente transmissíveis, por meio da distribuição de insumos, como preservativos, gel lubrificante, folders e sorologia. Ainda dentro do (SUS), existe o Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que oferece

princípios e diretrizes para o atendimento da saúde da mulher incluindo questões de gênero, etnia, orientação sexual.

O terceiro capítulo, trata da análise do atendimento prestado pelos profissionais da saúde às mulheres “profissionais do sexo” no hospital regional de Sousa-PB, situando os sujeitos da pesquisa no interior das políticas públicas de saúde, analisando dialeticamente em como o (SUS) orienta o atendimento as mulheres em situação de prostituição e como se operacionaliza esse atendimento no (HRS), se é um atendimento cidadão ou de cunho preconceituoso e estigmatizante, pois um atendimento de qualidade para essa população, a partir da política pública já existente, não significa apenas pensar na questão administrativa dos serviços de saúde.

À TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL: A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

2.1 A conjuntura internacional e a saúde do Brasil na década de 1930

Ao longo da trajetória histórica do Brasil, o desenvolvimento com o trato da saúde é perpassado por características histórico-econômicas e socio-político, isso significa dizer que as transformações sociais e econômicas, tanto de âmbito internacional como nacional influenciaram na construção do Sistema Único de Saúde brasileiro. Nesse sentido:

A evolução da política de saúde no Brasil deu-se em estreita relação com a evolução da política econômica e social da sociedade brasileira, obedecendo à ótica do capitalismo nacional, por sua vez, influenciado pelo capitalismo internacional; (AGUIAR, 2015, p.17)

Partindo para o contexto internacional, a fim de buscar algumas aproximações histórico-sociais e político-econômicas, para entender a construção do Sistema Único de Saúde Brasileiro é necessário fazer um recorte temporal, mais precisamente no século XX durante a crise de 1929 ou a Grande Depressão.

Em 24 de outubro de 1929 iniciou-se uma crise no sistema financeiro norte-americano (Bolsa de valores de Nova York) e com isso desmoronou-se os pressupostos clássicos e neoclássicos da economia política liberal e seus movimentos tidos como *naturais*. Com a crise, as elites político-econômicas começam a identificar os limites do mercado pautados sobre a ideologia liberal.

Existe um divisor de águas muito importante, a partir do qual as elites político-econômicas começam a reconhecer os limites do mercado, deixando-se à merce dos seus movimentos naturais: a crise de 1929/33. Esse período também é conhecido como Grande Depressão. Foi a maior crise econômica mundial do capitalismo até aquele momento. (BEHRING, 2009, p.20)

A crise espalhou-se pelo mundo e com ela construiu-se uma insegurança questionadora com relação aos preceitos liberais. Nesse sentido, a estratégia de Keynes ¹, com sua *Teoria geral* de 1936, argumenta que, o Estado poderia intervir na crise, por meio de um conjunto de medidas econômicas e sociais, ou seja, na visão do economista inglês, já referenciado, “cabe ao Estado o papel de restabelecer o equilíbrio econômico [...] nos períodos de depressão como estímulo a economia.” (BEHRING, 2009, p.21) e nesse modo de intervenção, caberia ao Estado refinar as políticas sociais, pois através do seu rol de medidas, o Estado planificaria o econômico e o social, firmando assim, as bases “político-econômico e histórica do *welfare state*” (o *welfare state* ² é o Estado de bem estar social).

Em resumo, o que Keynes fez foi aglutinar as suas estratégias contra crise (pleno emprego e refinamento das políticas sociais) com o *pacto* fordista (produção e consumo em massa e acordos coletivos firmados os trabalhadores da área dos monopólios, através das entidades representativas), isso significa que “ O pacto Keynesiano, [...] se fundou na institucionalização das demandas do trabalho, deslocando o conflito para o interior do Estado.” (BERING, 2009, p.35). Ao tratar da questão saúde, Bravo destaca que:

A grande depressão de 1929/30 propiciou a institucionalização dos serviços de saúde, no sentido de atingir o conjunto da população, já que a teoria do Bem-Estar previa a necessidade do Estado assumir a função intervencionista e planificadora. (BRAVO, 2011, p. 48)

No lapso de tempo entre ao fim da Segunda Guerra Mundial e fim dos anos de 1960 e início dos anos de 1970, a fase conhecida como os “anos de ouro do capital” chega ao seu esgotamento, ou seja, o keynesianismo-fordismo chega a exaustão, dando lugar a uma nova crise do capital, caracterizada pela elevação dos preços do petróleo.

¹ Keynes foi um economista britânico que ficou conhecido pela obra, *Teoria Geral do Emprego, do Juro e da Moeda*. PACIEVITCH, Thais. **John Maynard Keynes**. Disponível em: <http://www.infoescola.com/biografias/john-maynard-keynes/>. Acesso em: 11 de Abri. De 2016

² Para uma discussão mais aprofundada ver: BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: Fundamentos e História**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 91.

Com a crise, surge a reestruturação do capital sobre as bases da ideologia neoliberal, o que de acordo com NETTO (2009), a onda longa expansiva dá lugar a uma onda longa recessiva.

O neoliberalismo “Foi uma reação teórica e política ao Keynesianismo e ao Welfare State.” (BERING, 2009, p.24), isso significa que, com a recessão econômica e a reformulação, os neoliberais através de suas teses declaram e atribuem que a crise é fruto do keynesianismo e do Welfare State. Ainda de acordo com a autora acima elucidada, a mesma nos traz um resumo da estratégia utilizada pelo neoliberalismo para sair da crise:

1)um Estado forte para romper o poder dos sindicatos e controlar a moeda; 2) um Estado parco para os gastos sociais e regulamentações econômicas; 3) a busca da estabilidade monetária com meta suprema; 4) uma forte disciplina orçamentária, diga-se, contenção dos gastos sociais e restauração de uma taxa natural de desemprego; 5) uma reforma fiscal, diminuindo os impostos sobre os rendimentos mais altos e 6) o desmonte dos direitos sociais, implicando na quebra da vinculação entre política social e esses direitos, que compunha o paco político do período anterior. (2009, p. 24-25)

No caso do Brasil, o Estado principia a sua intervenção no setor de saúde a partir do século XX, mais especificamente na década de 1930, no entanto, isso não significa afirmar que anterior ao século XX não existia assistência médica no Brasil e nesse sentido Bravo, traça de forma breve a trajetória da assistência médica no Brasil do século XVIII a década de 30 do século XX:

No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão saúde, já aparece como reivindicação no nascente movimento operário. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde que serão aprofundadas a partir de 30. (2009, p.89-90)

Por tanto, a intervenção do Estado brasileiro no setor saúde, inicia-se com a emergência da classe operária da década de 1930, ou seja, surgimento do trabalho assalariado. Entretanto, a saúde no contexto social de 30, aflora como uma

expressão da “questão social”³, a partir do processo de industrialização vivenciado nesse período.

Tal processo fez com que houvesse um crescimento desordenado da urbanização, agravando ainda mais as condições precárias de higiene e conseqüentemente as de saúde, fazendo emergir na cena política as requisições dos trabalhadores urbanos, onde o Estado reconfigura o seu papel.

Com as políticas sociais, em especial a política de saúde, como resposta a estas demandas através da medicina previdenciária. De acordo com Bravo, a autora traz um melhor entendimento do contexto histórico de 30:

A conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, [...]. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos (2009, p.91)

A medicina previdenciária iniciou na década de 30 com a instituição dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), onde a atenção médica se restringia somente aos trabalhadores urbanos que contribuíram para os institutos, que a princípio incorporou trabalhadores que estavam ligados a setores destinados ao processo da industrialização do país, mas pouco a pouco os institutos foram sendo expandidos para outras categorias de trabalhadores (tais como: marítimos, comerciários, bancários, industriários, servidores do Estado, empregados em transporte e cargas e por último os estivadores). Dentre os benefícios providos pelos Institutos, havia a assistência médica-curativa e o fornecimento de medicamentos e a compra de serviços médicos.

³ Em se tratando de “questão social”, faz-se necessário tecer algumas breves considerações sobre essa concepção, especificamente à luz, dos autores de tradição marxista dentro da categoria profissional de Assistentes Sociais (sendo está a corrente teórica hegemonicamente assumida pela categoria profissão, porém não é a única), onde a gênese da questão social está na lei geral de acumulação capitalista, onde a questão social passa a ser entendida como, um conjunto de expressões sociais (políticas, econômicas, culturais, sociais, etc) que se manifestam no cotidiano social da classe social do trabalho em todos os aspectos da vida social, decorrente do modo de produção capitalista, mais a inserção da classe do trabalho na cena política, exigindo o seu reconhecimento enquanto classe por parte do Estado e da burguesia e se reconhecendo enquanto classe social.

No cerne, do contexto histórico dos anos 30 do século XX, aconteceu a construção da política pública de saúde de cunho nacional, sendo organizada em dois subsetores: a saúde de caráter público e a medicina previdenciária. A política de saúde pública de 30 foi prevalecente até 1964, sendo alicerçada no período compreendido entre 1945 a 1964, mas não conseguiu expandir suas moções a todos os segmentos societários e nem universalizar as medidas.

Nesse sentido a saúde pública nesse período teve prioridade a “ênfase nas campanhas sanitárias; a interiorização das ações para a saúde de endemias rurais e a criação de serviço de combate às endemias” (BRAVO; MATOS, 2009, p.26).

2.2. O golpe de 1964 e a saúde do Brasil

Com o advento da Ditadura militar em 1964, o quadro da saúde pública formulada em 30 muda, onde a saúde constituiu-se por meio do favorecimento do setor privado da saúde, isso significa que a saúde seguiria as tendências de elevação do setor privado tendo como consequência, o decréscimo do setor público, foi com esse caráter que a ditadura regia a política de saúde no país.

A ditadura militar foi um momento da história Brasileira marcado pelo “modelo burocrático-autoritário”, foi um golpe de Estado claramente burguês e que esteve presente em todos os aspectos da vida social dos brasileiros. Financiado pelos grandes centros imperialistas sob hegemonia mundial norte-americana, o golpe tinha uma razão de ser que era: “ internacionalizar o capital, imobilizar os protagonistas sociopolíticos habilitados a resistir a esse processo e mobilizar as tendências contrárias à revolução e ao socialismo.” (BRAVO, 2011, p.54 e 55)

Por tanto, a ditadura, através da modernização estatal, estava para assegurar e/ou garantir com firmeza, um solo estável no âmbito social e político, que estivesse em conformidade com o capital financeiro nacional e internacional, onde a força violenta do Estado, era utilizada como uma estratégia de controle produtivo e da classe operária brasileira para a obtenção de lucro ou ainda de acordo com Bravo:

A ditadura desenvolveu e modernizou o aparelho estatal, de modo a garantir a estabilidade social e política conivente ao capital financeiro nacional e estrangeiro. A violência estatal se transformou em poderosa força produtiva ao controlar a classe operária, favorecendo a produção de uma taxa extraordinária de mais-valia. (2011, p.56)

No período compreendido entre 1964 a 1974, o Estado sob o controle do regime militar instaurado, unificou os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) criando assim o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

A partir de então, o Estado adotou um modelo de atenção médica que tinha como propósito, o alargamento do setor privado de saúde, priorizando a contratação de serviços e convênios, sob essa ótica, o que somente cabia ao Estado era o papel de proporcionar a expansão da prática médica privada, assegurando assim a lucratividade dessas empresas contratadas, com isso o Estado deixava de investir na saúde pública ou melhor, na Política Nacional de Saúde. Bravo traz o trato com a saúde no período compreendido na situação que segue: “A articulação da previdência com setor privado se deu com a compra de serviços médicos, mediante o credenciamento pelo INPS dos serviços privados para atendimento de pacientes segurados.” (2011, p.62).

Já o período de 1974 à 1979, é marcado por um processo de transformação no cenário internacional (a crise da alta do preço do petróleo), o que trouxe reflexos para a conjuntura nacional do período referenciado. O Estado sob o comando do regime militar passa por uma crise que, os obriga a percorrer um processo de transformação gradual, no que diz respeito à relação desse Estado com a sociedade civil. No tanto, esse processo foi denominado de “distensão política”, um modo estratégico de assegurar a legitimidade e a progressividade do regime. Contudo, no período destacado houve um reaparecimento na cena política de atores sociais contrários a ditadura instaurada em 1964:

Na conjuntura de crise de legitimação do regime autoritário, caracterizada por alguns autores como distensão política, a ascensão do movimento operário e popular e de outros movimentos e organizações políticas de oposição [...] contribuiu para o fortalecimento da sociedade civil e para a ampliação do processo de negociação dos movimentos com o Estado, na defesa de direitos mínimos de cidadania. O Estado se viu obrigado a alargar as políticas sociais em face das demandas, que multiplicaram em

decorrência do nível de pauperização (absoluta e/ou relativa) das classes trabalhadoras e consequente espoliação urbana. (BRAVO, 2011, p. 69)

Com as transformações ocorridas nesse intervalo de tempo e a emergência da crescente demanda com relação à saúde em decorrência das contradições de classe, isso significou, no interior da ditadura, uma divisão interna, gerada por pressões contraditórias entre os setores voltados para as ações do Estado de favorecimento do privado e os ligados às condições de vida e de saúde da população. Nesse caso:

Com a perda de legitimidade do regime e o crescimento das demandas, as contradições de classe também se inscreveram no seio do Estado, através da divisão interna de sua burocracia, havendo contradições entre os setores voltados para as atividades empresariais do Estado e os voltados para a questão social. (BRAVO, 2011, p.70)

E nessa ótica, as condições de saúde da população urbana, associadas as condições econômicas fizeram com que as condições de vida da época fossem a um nível tão baixo que “houve aumento da mortalidade infantil, e as epidemias de meningite, inicialmente em 1973, depois em 1974 e 1975, constituíram-se em um alerta para o governo e a população”. (BRAVO, 2011, p.70).

Contudo, as ações utilizadas pelo regime para escapar da crise sanitária foi o de ainda priorizar o modelo médico assistencial da previdência social, porém a legislação que orientava o funcionamento da previdência sofreu modificações que possibilitou a expansão da cobertura para além da população ativa economicamente. As modificações foram:

Inclusão do salário-maternidade entre as prestações da previdência social; amparo previdenciário para os maiores de 70 anos e para os inválidos que tenham contribuído ou exercido, mesmo sem contribuir, atividades vinculadas à previdência; atribuição ao Fundo de Assistência ao Trabalho Rural (Funrural) de concessão de prestações por acidentes ruralistas; restabelecimento do pagamento de aposentadoria integral aos a aposentados que retornaram às atividades. (BRAVO, 2011, p.72)

Sob essa ótica, BRAVO (2011) ao referenciar Oliveira e Teixeira, afirma que a crise econômica, aliada a diversos problemas gerados pelo modelo médico

previdenciário adotado nesse período, dentre eles a crescente demanda para a ampliação de serviços médicos, mostrou-se desordenado. Por tanto, o regime criou uma série de condições para corrigir o modelo médico adotado, porém sem alterar a essência do mesmo:

A solução proposta, de controlar as “disfunções” mais aberrantes do modelo vigente, criou condições para a continuidade da expansão, sem alterá-lo substancialmente, sendo introduzidos alguns mecanismos de correção no complexo previdenciário: criação da empresa de processamentos de dados da previdência social (Dataprev) e ampliação do setor conveniado que, entretanto, permaneceu pequeno perante o contratado. A ampliação do setor conveniado alia a possibilidade de acordos com novos parceiros: sindicatos, universidades, governos estaduais, prefeituras e outras entidades. (BRAVO, 2011, p.73)

Com as modificações no regime militar que decorreram de uma crise econômica e de legitimidade, a década de 1970 foi de ascensão dos movimentos sociais, dentre eles, o movimento de reforma sanitária que de início contou com profissionais da saúde de visão progressista que defendiam a saúde pública criticando o modelo de saúde implantado por meio da previdência social. Foi nesse período que:

Ocorreu no Brasil um crescimento considerável de encontros e produção teórica na área de saúde coletiva, incorporando instrumental das ciências sociais, relacionando-as com os efeitos perversos da economia centralizadora que agravou as condições de vida e higiene da população, dificultando o seu acesso a bens essenciais, tornando-a mais vulnerável às enfermidades e outros danos à saúde (BRAVO, 2011, p.76-77)

Nessa ótica, os debates e as produções desses profissionais centraram-se na relação prática profissional em saúde e a estrutura de classes sociais sob a égide do capital, ou seja, estabeleceu-se uma relação entre as condições econômicas da população e as condições de saúde das mesmas.

O movimento de reforma sanitária brasileira teve inspiração europeia. No século XX, países da Europa (a maior parte dos países europeus como: Inglaterra, Suécia, União Soviética, Grã-Bretanha, além do Canadá, Chile, Cuba, Austrália, etc) começaram a mudar a concepção do trato com a saúde, influenciados com as ideais socialista e revoluções comunistas ocorridas neste período, e nessa

perspectiva o Estado seria o responsável pela saúde, ou como bem explanou CAMPOS:

No século XX [...] em vários países europeus iniciaram-se uma série de projetos e de iniciativas que buscavam distribuir renda e construir bem-estar social por meio de políticas públicas. Nesse contexto, a saúde passou a ser considerada de interesse pública. [...] o Estado se encarregaria não somente de problemas coletivos, mas também da saúde da cada pessoa em particular. (2006, p. 134)

Nesse sentido, foram criados sistemas de saúde pública financiados pelo Estado, o que entrou em choque com os interesses corporativistas de comercialização da saúde. Com o advento da Ditadura Militar, o Brasil não acompanhou a discussões internacionais de sistemas públicos de saúde, isso significa que, ao fim do século XX, enquanto o mundo assistia à queda das sociedades ditas de Estado de bem-estar social, surgindo assim às críticas as políticas sociais, pautadas nos sinais de ineficácia e ineficiência, nos países onde não se predominavam as concepções de mercado, iniciava-se um período de desmonte dos sistemas públicos de saúde em todo o mundo.

Enquanto que, em âmbito internacional surgia as primeiras proposições neoliberais, o Brasil que ainda passava por um processo de ditadura militar, que pelo próprio contexto vivenciado pelo país, dificultou o processo de construção da Reforma Sanitária, no entanto, já havia entre as décadas de 1970 e 1980, o movimento dentro do que avançava discutindo as questões que pautava-se na reforma do setor saúde do país, tais reformas não eram postas em prática justamente pelo embargo que o regime impunha, pois iam de encontro com os interesses defendidos pelo regime. Nesse sentido a Reforma Sanitária brasileira foi pensado ainda dentro dos porões da Ditadura Militar, ou ainda : “A reforma sanitária brasileira pode ser considerada tardia. Quando já havia um declínio das concepções socialistas ou de estado de bem-estar em todo o mundo, houve no Brasil o apogeu do reformismo em saúde.” (CAMPOS, 2006, p.135)

Dentro do contexto brasileiro, no início, com as mudanças ocorridas no interior do regime militar e em especial no que tange à saúde, foi possível ocasionar transformações na política Nacional de Saúde entre os anos de 1974 a 1979, onde a

estratégia utilizada nesse período pelos sanitaristas foi de penetrar no aparelhos estatal, para fortalecer o setor público e no

Ministério da saúde, houve maior penetração dos profissionais que defendiam uma nova visão de saúde pública, em decorrência de esse ministério ser desprestigiado e subordinado à lógica previdenciária. (BRAVO, 2011, p.76)

Seguindo essa direção, a estratégia utilizada por esses profissionais progressistas fez com que, a Política Nacional de Saúde fosse palco de inquietações e disputas entre os setores estatal e empresarial e a emergência do movimento sanitaristas no Brasil. O movimento sanitarista brasileiro defendia a perspectiva da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, e por defender essa perspectiva de saúde, os sanitaristas entraram em conflito com os interesses defendidos pelo regime militar que eram voltados ao setor privado da saúde (através de convênios com empresas médicas contratadas pelo sistema previdenciário, na época).

2.3. A reforma sanitária nos anos de 1980 e a década de 1990 e o Sistema Único de Saúde (SUS)

A 1980, período de transição democrática, evidenciada pelo fato da morte do primeiro presidente civil, eleito de forma indireta, Tancredo Neves (que representava minimamente a garantia dos compromissos estabelecidos com as forças democráticas e populares do país), foi uma época marcada pela forte mobilização política de setores da sociedade civil e do movimento popular urbano, como também do agravamento da crise econômica.

Nesse momento com a crise de legitimação do regime militar, a saúde é amplamente discutida e passa a ser considerada uma questão política. Nesse sentido, o movimento sanitarista brasileiro consegue progressivamente avançar na proposição do fortalecimento do setor público de saúde, que obviamente não passa

despercebida pelas forças antagônicas em disputa, tanto no processo de transição, quanto na Constituinte. Em outras palavras:

Nos anos 80, a sociedade brasileira, ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 64, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica [...]. As decepções com a transição democrática ocorrem, principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população. (BRAVO, 2009, p.95)

Em se tratando de saúde na década de 1980, a 8ª Conferência Nacional de Saúde de março de 1986 em Brasília, foi um marco histórico importante, no que se refere ao percurso da política de saúde pública ao inserir a discussão sobre a saúde para toda a sociedade civil, pois:

Foi aprovada nesta Conferência a bandeira da Reforma Sanitária, bandeira esta configurada em proposta, legitimada pelos segmentos sociais representativos presentes ao evento. O relatório desta Conferência, transformado em recomendações, serviu de base para negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal. (BRAVO; MATOS, 2009, p.33)

Depois dos pressupostos fundamentais definidos para mudar a saúde, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, fazia-se necessário defende-los e garanti-los no novo texto Constitucional. A nova proposta para a saúde foi levada até a Assembleia Constituinte, ocorrida em 1987, sendo este um espaço político que se transformou em um campo de disputa entre os interesses empresariais da saúde e os defensores da reforma sanitária.

No fim, a Plenária organizada pelas entidades representativas (sindicatos e centrais sindicais, associações de profissionais e culturais, partidos políticos progressistas, movimentos populares, etc) alcançaram o seu objetivo:

A Assembleia Constituinte, com relação à saúde, transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústria Farmacêutica (multinacionais), e as força propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela plenária Nacional de saúde na Constituinte [...]. A eficácia da plenária das entidades, para atingir seus objetivos, foi resultado

do uso adequado de três instrumentos de luta: a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade. (BRAVO, 2009, p.97)

O texto resultante da Constituinte atende em grande parte, as requisições do movimento sanitário, no entanto algumas demandas não foram atendidas por se contraporem aos interesses do setor privado ou governamental, questões centrais como:

Financiamento do novo sistema ficou pouco definido, não tendo sido estabelecido um percentual sobre os orçamentos dos quais se origina. Com relação aos medicamentos, há apenas uma alusão à competência do sistema de saúde para fiscalizar sua produção. A saúde do trabalhador não contemplou propostas como o direito do trabalhador recusar-se a trabalhar em locais comprovadamente insalubres, bem como de ter informações sobre toxicidade dos produtos manipulados. (BRAVO, 2009, p. 98)

No entanto, mesmo a Constituição tendo atendido em maior destaque as requisições do movimento sanitário, todas as medidas adotadas para o fortalecimento do setor público de saúde, não reverteu-se em melhorias, no que se refere as condições de saúde da população, era necessário transformar tais medidas em condições concretas de saúde. Para melhor explicar essa circunstância, destaco Bravo na citação que segue:

Essas medidas tiveram, no entanto, pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessário a sua operacionalização, que não ocorreu. Além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a reforma sanitária passaram a partir de 1988 a perder espaços na coalização governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. O retrocesso político do governo da transição democrática repercutiu também na saúde, tanto no espaço econômico quanto político. (2011, p.117)

O (SUS) surge a partir da proposta das mobilizações sociais em torno do movimento de Reforma Sanitária Brasileira que é de meados da década de 1970 aos anos de 1980. Já no contexto internacional:

A partir da década de 1970, com a recessão econômica, de desemprego, movimentos sociais e com a denominada crise do “Welfare State”, evidenciam-se alterações nas políticas de saúde, com a difusão da necessidade de compressão das despesas, racionalização dos gastos, participação popular e promoção da saúde etc. (BRAVO, 2011, p.49)

Para tanto, o direito a saúde no Brasil assegurado pela Carta Magna em 1988 veio de um resultado de forte mobilização popular ampliando o debate para a sociedade civil, envolvendo profissionais da saúde, partidos políticos, os movimentos sociais urbanos.

O direito a saúde universal na República Federativa do Brasil, dá-se por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF-88), que tem a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado estando especificamente redigido nos artigos 196 a 200, já a regulamentação do Sistema Único Saúde está posto pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) de número 8080 de 1990.

No entanto com a entrada dos anos 1990, o Estado, por um processo de redefinição de seu papel, passa por uma “contra reforma”. O neoliberalismo chega ao Brasil tardiamente e o Sistema Único de Saúde (SUS) é regulamentado em plena efervescência neoliberal, isso em decorrência de uma contexto particular, que está coligado ao processo de redemocratização e as condições políticas e econômicas vivenciado por este país e nesse sentido, “a proposta de Reforma do Estado para o setor saúde, ou contra reforma, era de dividir o SUS em dois – o hospitalar e o básico.” (BRAVO, 2009, p.101). A proposta do projeto neoliberal implantada no país, em especial na saúde era de articular a saúde ao setor mercadológico, através de uma política de ajuste, com a contenção de gastos com a limitação da oferta e a descentralização com a diminuição da responsabilidade atribuída ao poder central.

Como já foi discorrido anteriormente todo o processo construtivo do (SUS), onde com a (CF-88) esse sistema de saúde passa a ser o oficial do Brasil. Por tanto, faz-se necessário demarcar de forma clara a compreensão de que o (SUS) é uma política social de concessão do Estado, mas que também é fruto de mobilização popular e que apesar dos avanços obtidos com a carta Constitucional, a luta pela saúde pública, deu-se em um contexto desfavorável de correlação de forças que ficou redigido em seu marco legal, o que deu sustentação a tendência

conservadora em se tratando de política social. Um exemplo claro disso é o da “Federação Brasileira dos hospitais e da indústria farmacêutica, que conseguiram lamentavelmente assegurar sua participação no SUS, com acesso, portanto, aos recursos públicos” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p 145).

2.4. A organização do Sistema Único de Saúde (SUS)

O sistema de saúde brasileiro, reuni um conjunto de legislações (lei 8080/90 e a lei 8142/90) e outras legislações e/ou normatizações⁴, além das leis orgânicas estaduais e municipais, bem como princípios e diretrizes que organizam o referido sistema em todo o território nacional.

Dentre todo o conjunto de legislações do (SUS), as fundamentais que compõem esse sistema é a Constituição Federal de 1988 (CF-88), a Lei 8080/90 (LOS) e a Lei 8142/90, bem como a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996 (NOB-SUS) e a Norma Operacional da Assistência à Saúde 2001/2002 (NOAS), estas são consideradas fundamentais por serem a base de sustentação do sistema.

A (CF-88) demarca oficialmente em seus artigos 196 a 200 o (SUS) como o sistema de saúde brasileiro, destacando em especial o artigo 169 e o artigo 200. O artigo 196 onde a saúde é claramente redigida como um direito de todos e dever do Estado, onde este deve garantir a todos o acesso universal e igualitário a todas as ações e serviços de saúde, no que diz respeito a promoção, proteção e recuperação da saúde, já o artigo 200, evidencia as competências do (SUS) pormenorizando as suas atribuições.

No entanto, os artigos da Constituição que tratavam da saúde, necessitavam de ser regulamentados através de lei orgânica. A regulamentação do (SUS) foi um processo árduo e polêmico, pois o processo de regulamentação estava proposto para 180 dias, porém:

⁴ Sobre essas normatizações, ver : BRASIL. **LEGISLAÇÃO DO SUS**. 20. ed. Brasília: CONASS, 2003.

A conjuntura política pós-constituente, caracterizada pelo projeto neoliberal implementado por Fernando Collor de Mello, então presidente da república, criou dificuldades que retardaram esse processo. Apenas em agosto de 1990 o Congresso Nacional aprovou a primeira versão da Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.080, que sofreu vários vetos por parte do executivo, especialmente nos itens relativos ao financiamento e ao controle social. Somente em dezembro de 1990, como resultado de negociações, é que foi aprovado a Lei 8.142 que recuperou alguns vetos da Lei 8.080, recebendo essas duas Leis (8.080 e 8.142) a denominação de Leis Orgânicas da Saúde (LOS). (AGUIAR, 2015, p. 46)

Entretanto, a Lei 8.080/90 fixa sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e regula as ações, a organização e o funcionamento de todos os serviços de saúde a nível nacional, como também compreende a saúde enquanto um direito fundamental do ser humano. A Lei 8.142, estabelece sobre a participação da sociedade na gestão do (SUS), assim como, as transferências intergovernamentais dos recursos financeiros da saúde. Essa participação popular se daria por meio da participação das conferências e conselhos de saúde nas três esferas de governo, (União, Estados, Distrito Federal e Municípios).

A (NOAS), trata da ampliação das responsabilidades dos municípios na atenção básica, define a regionalização da assistência, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, como também atualiza os critérios de habilitação de Estados e Municípios. Já a (NOB-SUS) define o modelo organizativo de gestão do (SUS) e disciplina as relações entre as três esferas de gestão do sistema, ou seja, essas duas normas tratam de como as ações do SUS vão se organizar em âmbito Federal, Estadual e Municipal.

Contudo, o (SUS) possui princípios que se divide em dois grupos, os doutrinários e os organizativos, sendo estes a base de organização do referido sistema em todo o território nacional. De acordo com Aguiar (2015) ao citar Roncalli, apresenta que os princípios doutrinários são aqueles que expressão as ideias filosóficas que o movimento de reforma sanitária estava pautado, sendo estes os princípios que transpassa a criação e implementação do (SUS) possibilitando assim a ampliação do conceito de saúde, enquanto um direito e os princípios organizativos são os que orientam o funcionamento do sistema.

Ainda de acordo com a referida autora, os princípios doutrinários são: a universalidade, equidade e a integralidade da atenção. Já os princípios organizativos

é composto pela descentralização, a regionalização e hierarquização do sistema e a participação e controle social, tais princípios demonstram o caráter democrático nas ações e serviços de saúde no âmbito do (SUS), sendo um direito de todos, independentemente de qualquer condição pré-estabelecida ou contribuição, sendo uma organização descentralizada, o que facilita o acesso e a participação cidadã nas decisões da política.

Em resumo, o princípio da universalidade, enquanto princípio doutrinário, trata sobre o acesso de toda a população aos serviços de saúde em todos os níveis, sem preconceitos e/ou privilégios de qualquer natureza, isso significa que todo e qualquer cidadão terá acesso à saúde enquanto um direito fundamental independentemente de sua condição econômica, social, étnica, de gênero ou de orientação sexual.

A equidade, é afirmar sobre tudo, o acesso igualitário aos serviços e ações de saúde em todos os níveis conforme a complexidade da cada caso, sem privilégios ou barreiras. Por tanto, os serviços de saúde disponibilizados compreende as diferenças entre os grupos populacionais e indivíduos priorizando necessidades decorrentes de situação de risco, condições de vida e saúde.

Integralidade é a articulação contínua entre as ações e serviços preventivos e curativos de natureza individual ou coletiva de acordo com cada caso e em todos os níveis de complexidade, mas em termos gerais, a integralidade está ligada ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade de modo a integrar todos enquanto cidadãos de direito.

A descentralização, enquanto um princípio organizativo, em linhas gerais, é a divisão de responsabilidades das ações e serviços do (SUS) entre os três níveis de governo (União, Estados e Municípios), ou seja, é a “descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na municipalização e na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.” (AGUIAR, 2015, p.52).

Já a regionalização e hierarquização, são princípios distintos, porém articulados entre si. A regionalização trata da forma como se organiza o (SUS), que

é com base territorial e populacional, já a hierarquização, apresenta que o sistema está organizado em níveis de complexidade, no que diz respeito a atenção à saúde.

E por fim, a participação e controle social, é a forma como a população participa dos processos de formulação e do controle das políticas públicas de saúde, por meio das entidades representativas nos três níveis de governo, sendo estas entidades os conselhos de saúde e as conferências de saúde, sendo estes um espaço institucionais importantes destinado a participação popular para o controle social.

Em conformidade com a lei 8. 080/90 e a (NOB-SUS) diz que, as ações e serviços de saúde executados pelo sistema de saúde brasileiro será organizado de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Nesse sentido os níveis de complexidade são o de atenção básica que é as ações desenvolvidas pelos municípios, onde estes prestam serviços básicos a população, incluindo os serviços domiciliares e comunitários, através de hospitais e ambulatórios próprios ou ainda nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Postos de Saúde da Família ou Estratégia de saúde da Família (PSF/ESF), como também ter referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios.

Já a média complexidade compõe um conjunto mínimo de serviços de média complexidade, compreende as atividades ambulatoriais, de diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar, portanto, a média complexidade presta procedimentos de saúde a toda população no âmbito microrregional, regional ou até mesmo a âmbito Estadual, isso dependendo do tipo de serviço, disponibilidade tecnológica, e as características do Estado, sendo uma referência a atenção básica dos municípios.

A alta complexidade é sob responsabilidade do Ministério da saúde (MS) definindo normas, serviços e procedimentos, estratégias e mecanismos de acesso a serem ofertados à população no âmbito do (SUS).

3. PROSTITUIÇÃO E CIDADANIA: UMA ANÁLISE SOBRE AS POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E AS POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA AS MULHERES “PROFISSIONAIS DO SEXO”

3.1. Prostituição e questão social: algumas reflexões

A prostituição da mulher que está associada à exploração sexual e a mercantilização do corpo feminino e/ou do sexo e do prazer, configura-se como uma das várias expressões da “questão social”⁵. Em breves palavras, a gênese da questão social está na lei geral da acumulação capitalista, onde a questão social passa a ser compreendido como um conjunto de expressões advindas do modo de produção capitalista produzir e se reproduzir socialmente, enfim, a questão social é um conjunto de problemáticas vivenciadas no cotidiano social da classe trabalhadora, nas mais diversas esferas da vida social. A partir do entendimento da Lei Geral da Acumulação Capitalista, é possível visualizar a prostituição da mulher como uma expressão da questão social, a partir do ponto de vista econômico, sob a perspectiva crítica da economia política de Marx. Como bem nos demonstrou Santos:

Se a compreensão das determinações inerentes ao debate da “questão social” nessa direção é impensável, portanto, se os elementos da crítica da economia política marxiana, ela tem como seu núcleo essencial fundado pela “lei geral da acumulação capitalista”. Isso significa dizer que a gênese da “questão social” é explicada pelo processo de acumulação ou reprodução ampliada do capital (2012, p.26).

⁵ No interior do próprio movimento feminista existem as feministas que percebem na prostituição uma forma de empoderamento da mulher e autonomia, porém a concepção de prostituição aqui trabalhada é a vertente marxista.

É a partir da análise de Marx, sobre o processo de industrialização, (ocorrido entre o final do século XVIII início do século XIX) onde as forças produtivas atingiram um grau de desenvolvimento, até então inédito na história da humanidade, foi possível perceber um fenômeno totalmente desconhecido, o pauperismo (pobreza generalizada). Com tudo atestou-se, segundo Marx (apud SANTOS, 2012, p. 27-28): “[...] que as condições de produção [...] têm caráter unitário, simples, mas dúplice; que nas mesmas condições em que se produz a riqueza, produz-se também a miséria [...]”, atestando que, com o desenvolvimento do capitalismo e o seu modo de produção e reprodução, tem proporcionado reflexos cruéis, no tocante a prostituição onde esse fenômeno social se complexifica atingindo outras proposições (o tráfico de pessoas para fins de exploração sexual e a indústria do sexo, pois não são somente mulheres que se encontram em situação de prostituição, mas homens também), pois no estigma da prostituição encontram-se a construção de gênero, cultura, valores religiosos e a desigualdade de classe. Sendo importante ressaltar que:

Sem alternativas, milhares de mulheres são submetidas à escravização dos seus próprios corpos para sobreviver. Distribuídas pelas ruas das cidades, [...] vendem o corpo porque, na maioria das vezes, não conseguem mais vender ou reproduzir a sua força de trabalho (PAGU; ROCHA, 2013, online).

Porém a prostituição da mulher não é algo exclusivo da sociedade capitalista. Fazendo um percurso histórico, é possível identificar indícios da existência dessa prática antes mesmo do florescer do sistema econômico capitalista, pois na antiguidade, ser prostituta já foi considerada uma ocupação de aspecto positivo, com prestígio social, aceita sem nenhuma vergonha, associado a poderes místicos sagrados, em fim, era uma prática legitimada socialmente, do qual essas mulheres possuíam liberdade sexual e econômica, mas com o surgimento da sociedade patriarcal essas mulheres passaram a ser escória da sociedade, como bem explica Marculino:

A prostituição já foi uma ocupação respeitada e associada a poderes sagrados. Mas, com o surgimento da sociedade patriarcal, a independência sexual e econômica das mulheres restringiu-se e as meretrizes passaram a ser mal-vistas (2002, online).

Isso nos mostra que a mulher prostituta contrária àquele ideal da dócio mulher (reservada às atividades da casa e ao cuidado para com a família), pois quando estas passam a frequentar o espaço público das ruas (lugar reservado aos homens) tem-se por tanto a gênese da estigmatização dessas mulheres associado aos conceitos patriarcais e condenando socialmente a sua prática sexual, onde:

A opção pela prostituição pode ser vista como uma forma de resistência, pois a mulher ocupa um espaço até então exclusivo dos homens, deixando o ambiente domiciliar para frequentar [sic] as ruas. Isso fez com que eles se sentissem ameaçados, originando o estigma (NICOLAU; AQUINO; PRINHEIRO, 2008, online).

Com tudo, queremos resaltar que a prostituição da mulher enquanto uma expressão da questão social ampliou-se, no sentido de agravar a estigmatização e o preconceito, para com essas mulheres, devido à prática por elas exercidas, a partir do modo de produção capitalista, como nos explica Vilela:

Todavia, com o surgimento da burguesia, a prostituição tomou outro caminho, sendo considerada uma atividade proibida, relegada a periferia e colocada distante dos olhos das famílias moralmente decentes. Já nos séculos XVIII e XIX, a industrialização chegou aos países ocidentais. A Revolução Econômica provocou o êxodo rural e o aumento do desemprego, agravando as condições de pobreza e promiscuidade das aglomerações urbanas, ocasionando o reflorescimento sem precedentes da prostituição por toda a Europa. (2014, online).

Carli (2014), traz uma análise crítica sobre o preconceito burguês no contexto de um capitalismo maduro enquanto uma oposição do comportamento ético, que nos faz entender que o estigma da prostituição está situado na vivência cotidiana, que nesse sentido, essas mulheres que se encontram em situação de prostituição carregam sob elas o peso do estigma social que nascem das diferenciações de gênero, etnia, classe social, que portanto, tais diferenciações são transportadas para a vida cotidiana, fazendo com que o preconceito direcionado a essas mulheres, atue de modo a atribuir as mesmas um nível menor de humanidade. Desse modo:

O comportamento ético está precisamente em não perder de vista que o pertencimento ao gênero humano não se exclui graças a essas particularidades [classe, sexo, idade, etnia]. Ao revés, o preconceito se fixa em tais particularidades, naturalizando-as, para lhes atribuir um maior ou menor grau de humanidade. (2014, p.147)

Seguindo essa lógica, concordamos com o autor acima referenciado, quando o mesmo nos traz que o preconceito provém do cotidiano, mas não se restringe ao mesmo, podendo expressar-se em outros âmbitos da vida social, a exemplo das ciências humanas, onde o preconceito burguês encontra justificativa ou melhor, se faz justificar o preconceito, contra a mulher prostituta, por exemplo, tendo o cotidiano como base para as teses burguesas, isso significa que o pensamento burguês não compreende um comportamento ético, onde a mulher não é reconhecida enquanto uma particularidade que faz parte do gênero humano e que a sua condição de prostituta advém da sequência cotidiana da sociedade que tem como base de produção a obtenção de lucro.

O referido autor fundamenta sua crítica ao preconceito burguês, trazendo uma análise de teses de autores burgueses como Gobineau, Lombroso e Noebius.

Joseph Arthur Gobineau foi um filósofo francês e um dos mais importantes teóricos propugnadores do racismo com o seu Ensaio Sobre a Desigualdade das Raças, onde com a referida tese, esse filósofo burguês relatou que:

A Variação relativa à melanina faz do homem o mais simples e encontra-se na parte inferior da escala do ser humano. O caráter de animalidade estampada em sua pélves [sic] lhe impôs o seu destino desde o instante de sua concepção. Ele nunca sairá do círculo intelectual mais restrito. Não é, portanto, um fato bruto, puro e simples que o negro possua a fronte estreita e recuada, que traga na parte média de seu crânio os indícios de certa energia grosseiramente potentes. Se as suas faculdades intelectuais são pobres ou mesmo nulas, ele possui no desejo e, conseqüentemente, na vontade uma intensidade muitas vezes terrível. Vários de seus sentidos são desenvolvidos com vigor desconhecido para as outras duas raças [amarela e ariana]: o gosto e o cheiro, principalmente (CARLI, 2014, p. 148-149 apud GOBINEAU, 1967, p.195-196 grifos da autora)

Cesare Lombroso, famoso criminalista italiano, em sua tese sobre A Mulher Delinquente, a Prostituta e a Mulher Normal, faz uma vasta descrição sobre mulher

os traços físicos do corpo feminino que caracterizam em três categorias retratado no título de sua tese:

[em seu texto, Lombroso diz que] Dos genitais femininos até os olhos assassinos tudo será identificado e relacionado: a mulher assassina terá seus órgãos facilmente detectados assim como seu rosto patibular. As caixas cranianas das prostitutas diferem das ossaturas das mulheres consideradas normais. Assim como os criminosos natos, existem as prostitutas natas. E a mulher é potencialmente mentirosa, é atavicamente mentirosa. A mulher é mais delinquente que o homem e também mais cruel (TÓRTIMA, 2002, p.210 grifos da autora)

O alemão Paul Julius Moebius foi um neurologista e autor do livro A Inferioridade Mental da Mulher, onde o referido teórico sustenta o preconceito burguês delimitando as diferenças entre os sexos apropriando-se do termo “estupidez”:

É indubitável que as faculdades mentais do homem e da mulher são muito diferentes entre si; porém, será possível um paralelo [com a estupidez] graças ao fato de que as mulheres possuem maior capacidade para umas coisas e os homens para outras, ou bem, as mulheres são verdadeiramente deficientes com respeito aos homens? Um antigo provérbio dá resposta: “cabelos longos, cérebro curto”. (CARLI, 2014, p. 152 apud MOEBIUS, 1982, p. 33-34 grifos da autora)

As teses dos autores acima citadas, legitimam o preconceito da classe dominante através de características físicas observadas no cotidiano, tendo sempre como justificativa a diferenciação entre homens e mulheres e a superioridade de alguns homens sobre outros, como um feito da natureza.

Esses autores burgueses tratam da situação do homem burguês e da condição feminina na sociedade capitalista, sendo assim reforçando estigmas e preconceitos de acordo com as necessidades do capital imperial, apesar das críticas impetradas a essas teses, os preconceitos da classe burguesa, justificados por tais autores, persistem até os dias atuais.

Isso nos mostra que, as mulheres em situação de prostituição encontra-se em um estado de marginalização social e estigmatização da atividade por elas exercida e nesse sentido, essas mulheres, conhecida agora como “profissionais do

sexo”, tem se organizado para lutar diante da sociedade contemporânea brasileira pelo direito de ter direito, lutando por sua cidadania.

3.2. A cidadania das mulheres “profissionais do sexo”

Segundo Texeira (2009), as primeiras organizações sociais, compostas por prostitutas emergem em meados do século 20, sendo assim, as mulheres prostitutas organizaram-se requerendo além dos direitos de cidadania, o reconhecimento da prostituição enquanto um trabalho, suas pautas de reivindicação estavam centradas na luta contra a discriminação e a violência, até mesmo a violência policial. Os movimentos sociais organizados por prostitutas tiveram maior expressividade em pais como, EUA, França e Inglaterra, isso a partir da década de 1970.

No Brasil, as primeiras organizações em defesa dos direitos das mulheres prostitutas, afloram em meados da década de 1980, a discriminação e a violência policial que há tempos as prostitutas brasileiras conviveram em seu cotidiano e o contexto social da década de 80, foram fundamentais para a emergência das primeiras organizações brasileiras de prostitutas.

Em 1987, no Rio de Janeiro realizou-se o I Encontro Nacional de Prostitutas que teve como resultado a criação e a legalização de associações de prostitutas em diferentes Estados do Brasil, dois anos mais tarde, em 1989 teve o II encontro Nacional de Prostitutas, esse encontro deu origem a Rede Nacional de Profissionais do Sexo, essas organizações se firmaram em volta de ações direcionadas à prevenção e combate ao HIV/AIDS, isso por conta da epidemia ocorrida no país na referida década.

Ainda de acordo com Teixeira (2009), no Brasil as organizações sociais de prostitutas, seguindo a tendência internacional, a princípio, optou pela expressão “profissionais do sexo” como uma forma de identidade, mas atualmente isso veio se modificando, algumas lideranças representativas vem defendendo de forma combativa o resgate da terminologia prostituta, por compreender que a nomenclatura, “profissional do sexo” suaviza eufemicamente todo o preconceito, a discriminação e o estigma social atribuído a essas mulheres, por meio das diferenciações de gênero, classe, étnica/racial.

As diferenciações de gênero são aquelas estabelecidas a partir das relações de poder desiguais socialmente estabelecidas entre homens e mulheres, sob a premissa de que existe naturalmente padrões comportamentais histórico-culturais estabelecidos a partir do que se espera do ser humano que nasce com o sexo masculino e aquele ser humano que nasce com o sexo feminino, onde nessa relação de poder é dada a preferência ao homem por ser tido como superior a mulher, por conta de suas características físicas e biológicas.

Já as diferenciações de classe são as relações sociais desiguais estabelecidas a partir das condições econômicas entre os indivíduos detentores dos meios de produção e aqueles detentores da força de trabalho.

A diferenciação étnica/racial é a relação desigual socialmente estabelecida entre os indivíduos, fundamentada a partir de características físicas, culturais como a cor da pele, estabelecendo a superioridade de uns seres humanos sobre outros, essas diferenciações marcam a prostituição na sociedade capitalista.

E quando se fala em cidadania, se fala também na vida em sociedade. Cujo sentido e significado originário da cidadania esta ligado a participação política, ou seja, participar políticamente da vida social. O termo cidadania é muito antigo, porém segundo Blanck Miguel e Vieira (2015), não se sabe com exatidão quando surgiu o conceito de cidadania. O que se sabe é que a cidadania “está ligada ao desenvolvimento das pólis gregas⁶, entre os séculos VIII e VII A.C.” (apud REZENDE FILHO; CÂMARA NETO, 2014, online).

No entanto, o conceito de cidadania⁷ ao longo do tempo modificou-se (passando pelos direitos civis, políticos e sociais) desde a pólis chegando a sociedade moderna capitalista, onde a cidadania passa a ser institucionalizada juridicamente e como direito, mas com as transformações ocasionadas pelo modo de produção capitalista percebe-se que há uma ampla contradição entre o reconhecimento jurídico-institucional dos direitos sociais de cidadania e a efetivação

⁶ Cidade-Estado. A pólis em seu modo de organização definia o que um cidadão seria o homem adulto, livre, nascido na pólis que detinha o direito de participar das assembleias, sendo assim essa caracterização de cidadania excluía as crianças, mulheres, idosos, escravos e estrangeiros.

⁷ A concepção de cidadania aqui defendida é a mesma defendida hegemonicamente pelos Assistentes Sociais.

real dos mesmos, sendo essa contradição apresentada em nosso país como um grande desafio a ser enfrentado pelo Serviço Social de acordo com Silva (1999).

Já que a categoria profissional (dos Assistentes Sociais que seguem a perspectiva crítica dialética) tem uma concepção diferente de cidadania, pois “se encontra totalmente comprometido no processo de ampliação e consolidação da cidadania” (BARROCO; TERRA, 2012, p.125), isso significa dizer que essa é a noção de cidadania defendida pela profissão, é pautada na luta por uma sociedade igual, humana e livre. Igualdade material, no sentido de que todos tenham acesso igual à riqueza socialmente produzida, humana onde não haja nenhum tipo de desigualdade social (de classe, etnia e gênero) e livre, onde se possa ter real liberdade de escolha, não sendo apenas uma cidadania formal.

No entanto, isso nos mostra que, o capitalismo na contemporaneidade encontra-se muito diferente do seu início, pois o lumpemproletariado⁸ de hoje não é mais o mesmo, pois sofreu influências da reestruturação produtiva do capital. A classe trabalhadora e em especial as prostitutas, “se apresentam cada vez mais disformes e precarizados em sua situação” (FREITAS; TAVARES, 2012, p. 102).

Como agravante, há expolarção sexual, onde essas mulheres são vítimas de tráfico humano, sendo assim, essas mulheres “são cada vez mais reaproveitados na produção e valorização do capital” (FREITAS; TAVARES, 2012, p. 103) ou seja, com todas as transformações ocorridas a partir do desenvolvimento das forças produtivas que complexifica e intensifica cada vez mais a condição de explorado da classe trabalhadora, expulsos do processo produtivo, essa parcela do proletariado vai aproximando-se da condição de lumpemproletariado, então essas pessoas estão sendo, reinceridas, neste caso resignificadas, para o trabalho produtivo, onde por meio da exploração sexual passam a enriquecer “cafetões”⁹, ferindo assim os direitos humanos, que abole totalmente a escravização.

⁸ É um conceito marxista que vem do alemão: lumpenproletariat - lump: "pessoa desprezível" - lumpen: "esfarrapado". Sendo o lumpemproletariado de acordo com Marx, é à parcela mais pauperizada, que compõe à superpopulação relativa, composta por vagabundos, delinquentes e prostitutas que não tem condição alguma de ser inserida no trabalho.

⁹ É aquele que age como um intermediador entre a prostituta e o cliente, facilitando a prostituição por meio de bordéis ou na rua para ganhar uma parte do rendimento da prostituição.

O Ministério da Justiça do Brasil (2013), trouxe um relatório sobre a situação do país com relação ao tráfico humano e revela que diante da cena mundial o nosso país é considerado o maior “exportador”, das Américas, de mulheres, adolescentes e meninas para o comércio do sexo mundial, em contra partida, também revela que somos “consumidores” de escravos, a exemplo, da indústria de confecção da grande São Paulo. Ainda de acordo com o mesmo relatório, o tráfico de pessoas não é destinado apenas à exploração sexual na indústria do sexo, mas também para o trabalho forçado e ainda o tráfico de órgãos e tecidos.

Os dados apresentados pelo referido relatório, trata do tráfico de pessoas como uma fatalidade relacionada à discriminação de gênero, raça/étnia, por revela que a maior parte das pessoas traficadas no mundo por ano, é do gênero feminino, sendo destinadas principalmente a indústria do sexo. Esse relatório, no caso do gênero feminino traficado urge de modo urgente um posicionamento do Estado, no sentido de um combate mais enérgico contra a exploração sexual, nessa perspectiva:

Isso não quer dizer que toda mulher que exerça a prostituição, tanto no seu país ou fora dele, tenha sido traficada. Se ela é maior de idade, tem sonhos de uma vida melhor que o local onde vive não pode lhe dar, ninguém tem o direito de impedir que ela viaje. O que é causa de indignação não é a prostituição em si, que não é crime em nosso país, mas sua exploração e a situação de escravidão a que são submetidas às traficadas. (BRASIL, 2013, p. 36)

Contudo, a partir do momento que entra em cena no Brasil, as organizações e entidade que defendem os direitos das prostitutas, fazendo emergir a necessidade de se reconhecer que, a ocupação por elas exercida também é uma forma digna de sobrevivência, pois estas fazem do sexo sua profissão. O que se pode falar diante disto, é que a militância das prostitutas obtiveram um passo importante, rumo a discriminação da prostituição que foi ter a “profissional do sexo” na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

De acordo com Teixeira (2009), a nova (CBO) foi aprovada no ano de 2002 e inclui a ocupação de “profissional do sexo” com o número 5198-05 pertencendo assim ao rol dos prestadores de serviços, sendo assim um profissional que presta serviços de natureza sexual, o que segundo a autora é considerado uma avanço,

nesse sentido o estatuto de “trabalhador do sexo” representou uma conquista com relação à pauta de luta das organizações sociais que surgiram no Brasil ainda no fim do século 20. A nova (CBO), que teve sua primeira versão apresentada em 1982, representa o posicionamento defendido por parte das prostitutas, no que diz respeito a descriminalização da prostituição, que no Código Penal Brasileiro é considerado crime¹⁰.

Porém como relata Silva et al (2012), o reconhecimento da prostituição como profissão na nova Classificação brasileira de Ocupações, não resolveu o problema da clandestinidade, como também não ofereceu condições necessárias para as prostitutas enfrentarem o preconceito e toda a carga negativa que a sociedade, historicamente atribuiu a atividade exercida por estas pessoas.

3.3. Prostituição e regulamentação no Brasil

Em 2012, no Brasil, o então deputado federal da época Jean Wyllys, apresentou um projeto de lei (PL) de N° 4.211 intitulado de Lei Gabriela Leite¹¹ à Câmara dos Deputados, que tinha como proposta a regulamentação da prostituição enquanto profissão, do qual o objetivo era desmarginalizar está prática, como também aumentar o controle e a fiscalização dos serviços prestados por parte do Estado, para com todas aquelas pessoas que se encontram em situação de prostituição.

No entanto, o perigo que se apresenta nessa (PL), é que, caso venha ser aprovado, impactos negativos recaíram sobre essa mulheres (e todos aqueles que tem a prostituição como meio de sustento), no sentido de que iria abrir-se uma caminho para facilitar a exploração sexual, sendo importante sinalizar que “a concepção de exploração é modificada neste novo projeto e se apropriar de até 50%

¹⁰ O capítulo V do Código Penal Brasileiro Considera a prostituição crime igualando-a a exploração sexual no artigo 228.

Art. 228. Induzir ou atrair alguém à prostituição ou outra forma de exploração sexual, facilitá-la ou impedir que alguém a abandone: [...]

¹¹ Gabriela Leite nasceu em 22 de Abril de 1951 na cidade de São Paulo e faleceu vítima de câncer em 10 de outubro de 2013. Gabriela foi prostituta, iniciou a militância pelos direitos humanos em 1979, defensora dos direitos das prostitutas, fundou a ONG Davida e criou a grife Daspu para arrecadar recursos para a ONG.

do "rendimento da prestação de serviço sexual" estaria dentro da lei" (PAGU; ROCHA, 2013), dando a oportunidade para que "cafetões" deixem de ser criminosos, para se tornarem empresários do sexo.

A (PL) de regulamentação da prostituição tem gerado uma grande polêmica, entre o autor do novo projeto de lei e os questionadores do referido projeto, do qual a polêmica gira em torno de dois pontos: que o projeto de lei de fato não garante direitos a essas mulheres e nem extinguirá a exploração sexual das mesmas, pois, "o projeto não garante de fato nenhum direito as profissionais e que o caminho ideal seria o reforço das políticas públicas específicas para prevenir, informar e tirar as mulheres da prostituição" (PAVAN, 2014, online).

O outro ponto defende no projeto é a importância de tornar essas mulheres prostitutas visíveis, defendendo que "com a regulamentação, as prostitutas passarão a ser ouvidas pela sociedade e, principalmente, por governos que poderão traçar as políticas públicas que julgarem necessárias" (PAVAN, 2014, online).

É fato que o projeto de Lei Gabriela Leite, apresentado na câmara dos deputados pelo deputado federal Jean Wyllys, é um projeto simples que apresenta grandes hiatos questionáveis e plenamente discutíveis, onde entre essas lacunas as que mais chama a atenção são as propostas de alteração do Código Penal Brasileiro:

Art. 4º - O Capítulo V da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940, Código Penal, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Favorecimento da prostituição ou da exploração sexual.

Art. 228. Induzir ou atrair alguém à exploração sexual, ou impedir ou dificultar que alguém abandone a exploração sexual ou a prostituição....."

"Casa de exploração sexual"

Art. 229. Manter, por conta própria ou de terceiro, estabelecimento em que ocorra exploração sexual, haja, ou não, intuito de lucro ou mediação direta do proprietário ou gerente:"

Rufianismo

"Art. 230. Tirar proveito de exploração sexual, participando diretamente de seus lucros ou fazendo-se sustentar, no todo ou em parte, por quem a exerça:"

“Art. 231. Promover a entrada, no território nacional, de alguém que nele venha a ser submetido à exploração sexual, ou a saída de alguém que vá exercê-la no estrangeiro.
.....”

“Art. 231-A. Promover ou facilitar o deslocamento de alguém dentro do território nacional para ser submetido à exploração sexual:
.....”(BRASÍLIA,2012)

Tais alterações não seriam suficientes para garantir a cidadania e a desmarginalização da prostituição no Brasil, pois mesmo em se tratando de projeto de lei não engloba questões de saúde, emprego, para aquelas pessoas que desejam sair da prostituição, como também não deixa claro como seria as condições e relações de trabalho dessa pessoas na prostituição:

Art. 3º - A/O profissional do sexo pode prestar serviços:

I - como trabalhador/a autônomo/a;

II - coletivamente em cooperativa.

Parágrafo único. A casa de prostituição é permitida desde que nela não se exerce qualquer tipo de exploração sexual. (BRASÍLIA, 2012)

Com a redação atual do projeto, acima mencionada, fica-se duvidas como: Como seria a atuação da prostituta na casa de prostituição se o projeto só reconhece a atividade autônoma ou em cooperativa?, Como regulamentar as casas de prostituição?, Quais seriam as condições de funcionamento?, Qual seria a relação de trabalho entre a prostituta e o proprietário da casa? Contratual, trabalhista de carteira assinada?

O projeto também não esclarece pontos sobre o direito à aposentadoria especial de 25 anos, sob o que seriam as condições de trabalho que prejudicam a condições de saúde e a integridade daquelas pessoas em situação de prostituição.

No entanto, dentro da atual lógica consumista, o corpo e o sexo, mesmo com a regulamentação da atividade dos profissionais do sexo e todos os pontos em aberto sendo esclarecidos, continuarão sendo mercantilizado, pois permanecerão os preceitos básicos de uma mercadoria, que é o valor de uso e o valor de troca, ou seja, o sexo em troca de uma quantia remunerada, dentro dos moldes atuais de nossa sociedade, continuará não sendo, uma atividade humano genérica, mas sim

uma atividade alienada destinada apenas para a sobrevivência e enriquecimento de uma pequena parcela.

Com a permanência do modo de produção capitalista, a prostituição, enquanto expressão da questão social, não deixará de existir. Porém mesmo havendo divergências de posicionamento com relação à regulamentação da prostituição dentro do movimento feminista e as organizações que defendem os direitos das prostitutas, se faz necessário que estas entidades de luta se unam em defesa de uma sociedade mais humana, livre, igual e justa para derrubar o modo de produção vigente, pois o que está em voga não é a condição de explorado de umas ou outras, mas sim da classe proletárias da qual essas mulheres fazem parte.

3.4. Políticas públicas de saúde voltadas para a prostituição da mulher

Em se tratando de políticas públicas voltadas para a prostituição, até o presente momento, não existe políticas voltadas para esse segmento da população, à prestação de atendimento para essas pessoas dar-se por meio da política de saúde através do Programa Nacional DSTs/AIDS, que atua basicamente no controle da transmissão das doenças sexualmente transmissíveis, por meio da distribuição de insumos, como preservativos, gel lubrificante, folders e sorologia.

De acordo com Monteiro e Villela (2009), o Programa Nacional DST e Aids foi criado ainda dentro do contexto da década de 1980 com a finalidade de combater a epidemia de Aids em terreno nacional. O Brasil passava por uma conjuntura de redemocratização do país e diante deste cenário, houve uma emergência e fortalecimento dos movimentos sociais e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988, instituindo assim um novo modelo de saúde no país enquanto um direito do cidadão e dever do Estado. Contudo, tanto o (SUS) quanto o Programa Nacional DST e Aids são resultado da mobilização de movimentos sociais.

A princípio, com a expansão da doença e repercussão midiática dos casos de mortes de pessoas conhecidas no país por conta da epidemia de Aids, a doença

ficou caracterizada por acometer somente restritamente alguns grupos sociais (como homossexuais masculinos, prostitutas e usuários de drogas endovenosa) intitulados de “grupos de risco”, o que reforçou estigmas, preconceitos e discriminação sob as pessoas afetadas pela doença.

No entanto, segundo Alvarez e Teixeira (2001), com os avanços obtidos através das pesquisas em torno do HIV/AIDS proporcionou uma mudança no foco de atuação do programa ligado mais a práticas e comportamentos sexuais construídos socialmente (ou seja, o comportamento de risco).

Em conformidade com as autoras Monteiro e Villela (2009), foi possível perceber que os protagonistas (que no início eram grupos que já atuavam no controle da doença ligados a organizações não-governamentais) envolvidos na construção do Programa Nacional de DST/AIDS tinham absoluta compreensão de seus direitos como cidadãos e por isso exigiam uma correspondência do Estado, no sentido de promover os recursos necessários de acesso ao tratamento necessitado.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), no interior da política pública de saúde do Brasil, existe a Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher (PNAISM) do ano de 2004, tal política atua com ações voltadas a saúde da mulher, no sentido de controlar patologias que preeminentemente acometem a população feminina (porém faz-se necessário sinalizar que a referida política não inclui a mulher travesti), nesse sentido essa política vai atuar para além do ciclo gravídico-puerperal¹², incorporando a perspectiva de gênero, a dimensão dos direitos humanos e de cidadania, seguindo uma perspectiva de gênero, etnia, situação econômica, diferenciação de faixa etária e orientação sexual, porém a referida política tem origem no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1984 .

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2004), até a PNAISM de 2004, a inclusão da saúde da mulher na política nacional brasileira passou por um longo percurso marcado pela luta do movimento feminista do país. Contudo, a saúde da mulher no Brasil foi incluída nas políticas de saúde nas primeiras décadas do século 20, sendo restritas apenas, aos cuidados da gravidez e parto, os programas materno-infantis das décadas de 30, 50 e 70, demarcam bem essa concepção que

¹² São os aspectos biológicos e psicológicos que envolvem a gravidez.

envolvia a saúde da mulher, pois estava associado ao conceito de que mulher seria aquela estava restrita ao cuidado do lar e dos filhos. No entanto, com a ascensão do movimento feminista brasileiro, criticou-se fervorosamente o modo como a política de saúde reduzia a saúde da mulher ao ciclo gravídico-puerperal, ou seja, na maior parte da vida, as mulheres nesse período ficavam sem assistência médica.

Em meados da década de 1980, mais exatamente em 1984, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM). Esse programa foi formulado sob a influência do movimento feminista, onde as mulheres organizadas passaram a requerer sua condição de sujeitos de direito e por isso as ações de saúde deveriam ocasionar uma melhoria nas condições de saúde das mesmas em todos os ciclos da vida. A PAISM segue os princípios e diretrizes que orientam o SUS, representando assim um rompimento conceitual no que se refere à política de saúde para as mulheres, incluindo o conceito de saúde ampliada do SUS.

No entanto, com carência de políticas públicas voltadas para o atendimento a prostituição (profissionais do sexo), e em especial a prostituição das mulheres que sobrevivem a margem da sociedade brasileira por meio da mercantilização do corpo, a cidadania e a inclusão social dessas mulheres é dificultada por conta de toda a carga negativa que é imposta a prostituição nos dias atuais.

Sobre o atendimento dos profissionais da rede de pública de saúde para com essas mulheres prostitutas, deve-se refletir se este é um tratamento cidadão ou de cunho preconceituoso e estigmatizante, pois pensar em um atendimento de qualidade para essa população, a partir da política pública já existente, no tocante aos profissionais da saúde, não significa apenas pensar na questão “administrativa dos serviços, da organização interna das instituições e do impacto da produção e distribuição de serviço de saúde [...]” (GAMA, 2009. p. 81), mas também reconhecer que existe uma desigualdade vivenciada por essas mulheres em seu cotidiano social, que é a categoria de gênero, a herança patriarcal o estigma social e reverter esse reconhecimento para uma prestação de serviços de saúde de modo que essas mulheres sejam acolhidas, no sentido de elas se sintirem cidadãs, já que há um defici em políticas voltadas especialmente para a prostituição.

Para isso é necessário pensar de forma conjunta esse atendimento, onde o agente principal venha a serem essas mulheres, pensando junto com o corpo de

profissionais essa atendimento de qualidade visando à cidadania, já que “a qualidade da atenção é uma noção complexa e multidimensional” (GAMA, 2009, p. 85), pois qualidade de atenção não é sinônimo de qualidade de serviço, sendo o último conectado ao modo como os recursos da saúde se transforma em serviços e a qualidade de atenção está ligada a noção integral de saúde, pois envolve os aspectos sociais, psicológicos, biológicos, sexuais, ambientais, culturais e econômicos. Uma boa qualidade de atenção propõe-se em incorporar de forma resolutiva os aspectos já mencionados, a partir de um enfoque de gênero associado à resolução do motivo da consulta de modo a contribuir para a modificação da subvalorização da mulher prostituta, promovendo o exercício de seus direitos para que essas mulheres sintam-se acolhidas e cidadãs de direito, só assim para superar o enfoque biológico predominante na saúde, pois essa população requer uma atenção específica que deve ser pensada conjuntamente e as pessoas em situação de prostituição.

4. UMA ANÁLISE SOBRE O ATENDIMENTO PRESTADO PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE ÀS MULHERES “PROFISSIONAIS DO SEXO” NO HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA-PB

4.1. Sobre o percurso metodológico

A pesquisa aqui apresentada tem um enfoque no atendimento por parte dos profissionais de saúde para com a mulher prostituta como um marco meramente metodológico. A referida pesquisa é de cunho qualitativo, pois de acordo com Minayo (2010) a pesquisa qualitativa ocupa-se com o real e seu conjunto de fenômenos (as motivações, as aspirações, crenças, valores e atitudes), trabalhando diretamente com estes, entendendo-os como parte constitutiva da realidade e bibliográfica, pois em um primeiro momento, foi feita uma revisão literária de estudos que envolve os aspectos econômicos, políticos, sociais que se alinha com a realidade do objeto de estudo. Trata-se também de uma pesquisa de caráter exploratório, pois segundo Triviños (2013) o estudo exploratório parte de uma

hipótese, a partir de uma realidade específica para buscar antecedentes e maior conhecimento acerca do objeto de pesquisa.

No entanto, com a pesquisa, foi necessário apropriar-se do estudo de caso, o que de acordo com Triviños (2013), constitui-se como um meio categórico para aprofundar o conhecimento sobre a realidade estudada, compreendo-a como uma unidade, dado tanto pela essência, como também da abrangência da mesma.

Tal pesquisa é direcionada pelo método materialismo-histórico dialético ou o método marxista. Esse método, segundo Netto (2011), possibilita ao pesquisador (sujeito ativo da pesquisa) ir além da aparência do fenômeno (o objeto) que é onde se inicia o conhecimento, para apreender a sua essência (estrutura e dinâmica) tal como é. Por tanto, o método de Marx não é um método de “como conhecer” um objeto de forma abstrata, mas sim “com conhecer” um objeto real em todas as suas determinações, um objeto concreto que sofre as influências da base material, ou seja, é analisar concretamente uma situação concreta. Nesse sentido, o método de Marx não é um conjunto de regras ou um modelo explicativo, que enquadra o objeto de investigação segundo a vontade do pesquisador, como também não é um pensar sobre o objeto (uma criação, uma descoberta), o objeto existe concretamente no real, não sendo uma existência a partir do abstrato, sendo assim é o concreto pensado.

Teve-se como instrumento de produção de dados a entrevista semi estruturada, de acordo com Triviños (2013), este instrumento de coleta de dados é bilateral, pois valoriza a presença tanto do investigador, como também do informante, tal instrumento parte de questionamentos acerca de informações acumuladas que surgiram sobre o fenômeno social iluminada pela teoria que orienta a pesquisa, como também das hipóteses levantadas.

Sendo assim, a pesquisa de campo foi realizada em abril de 2016 no Hospital Regional Manoel Gonçalves de Abrantes ou Hospital Regional de Sousa-PB (HRS), com objetivo de descobrir se o atendimento prestado às mulheres “profissionais do Sexo” por parte dos profissionais de saúde dá-se por meio de um tratamento cidadão ou de forma preconceituosa. A princípio a pesquisa pretendia realizar entrevistas semi estruturadas com dez (10) sujeitos, dentre eles, três (03) mulheres “Profissionais do Sexo” e sete (07) sete profissionais da área de saúde (02 médicos, 03 enfermeiros e 02 técnicos de enfermagem), porém com o difícil acesso as

mulheres “profissionais do sexo” e o tempo disponível para a realização da pesquisa, não haveria tempo hábil para realizar as entrevistas com os referidos sujeitos, mas no futuro próximo pretende-se dar continuidade a esta pesquisa incluindo estes sujeitos. Por esse motivo os sujeitos de pesquisa foram modificados, focando-se apenas nos profissionais de saúde incluindo o Profissional do Serviço Social¹³ (RESOLUÇÃO CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999).

As entrevistas foram realizadas em dois dias no (HRS) nos turnos da tarde nos horários entre os atendimentos e descanso dos profissionais. Entrevistaram-se dois (02) Profissional do Serviço Social, dois (02) profissionais de Enfermagem, três (03) Técnico de Enfermagem, não sendo possível realizar a pesquisa com os dois profissionais da Medicina, devido à dificuldade de acesso a esses profissionais por conta do fluxo intenso de pessoas sendo atendidas no (HRS). Um traço visível entre os profissionais entrevistados é que todos são do sexo feminino, característica preponderante dessas profissões.

O (HRS) de acordo com a (NOB-SUS) encontra-se no âmbito do sistema de saúde nacional, no nível de média complexidade, pois compõe um conjunto mínimo de serviços de média complexidade, compreendendo as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar. Por tanto, a média complexidade presta procedimentos de saúde a toda população no âmbito microrregional, sendo uma referência a atenção básica do próprio município de Sousa, como também de municípios circunvizinhos (Santa Cruz, Lastro, São José da Lagoa Tapada, Marizópolis, Vieirópolis, Aparecida, Nazarezinho e ainda toda a zona rural dos respectivos municípios) e recebe também pacientes de Catolé do Rocha, Cajazeiras e Pombal.

¹³ Lembrando que o Assistente social não é um profissional exclusivo da saúde.

4.2. Como as políticas de saúde no âmbito (SUS) orienta os profissionais de saúde no atendimento as mulheres “profissionais do sexo”

Há uma carência de políticas públicas voltadas para o atendimento à prostituição (profissionais do sexo), à prestação de atendimento para essas pessoas dar-se por meio da política de saúde através da Política Nacional DSTs/AIDS, que atua basicamente no controle da transmissão das doenças sexualmente transmissíveis.

Sendo a política pública de saúde, a única que presta um atendimento as mulheres prostitutas, faz-se necessário reporta-se às legislações que orientam o (SUS), a (PNAISM) e o Programa Nacional DST/ AIDS para entendermos como se orienta o atendimento por parte dos profissionais de saúde as mulheres prostitutas.

O SUS garante o acesso universal e assistência integral à saúde para todos os brasileiros, onde segundo Aguiar (2015) a universalidade é o acesso a saúde em todos os níveis, sem preconceitos e/ou privilégios de qualquer natureza, isso significa que todo e qualquer cidadão terá acesso a saúde enquanto um direito fundamental independentemente de sua condição econômica, social, étnica, de gênero ou de orientação sexual, já a integralidade é, em linhas gerais o tratamento digno, respeitoso, com qualidade de modo a integrar todos enquanto cidadãos de direito.

Nesse sentido, seguindo a perspectiva da autora, anteriormente citada, infere-se que os dois princípios do (SUS) destacados orienta os profissionais da saúde atendam todo e qual quer cidadão, de forma digna, respeitosa e cidadã, independentemente da condição econômica, social e cultural do cidadão ou melhor expressando, que a mulher prostituta se encontre, inclusive a compreendendo na condição de prostituta em um contexto social crítico, sendo este um desafio a ser enfrentado pelo (SUS) na formação de seus profissionais, que tem um contato direto no atendimento de saúde pois:

a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral. O perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. Uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de (re) significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio (BATISTA; GONÇAVES, 2011)

A (PNAISM) atua com ações voltadas a saúde da mulher, incorporando a perspectiva de gênero, etnia, situação econômica, diferenciação de faixa etária, orientação sexual, direitos humanos e cidadania.

Nesse sentido, a referida política apresenta a humanização e a qualidade de atenção como princípios norteadores e indissociáveis dessa política ou melhor, “a atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 59) isso significa dizer que, a atenção humanizada e com qualidade dentro desta política é o profissional de saúde, reconhecer-se no outro, no caso, reconhecer-se naquela mulher que se encontra em situação de prostituição, enquanto um ser humano dotado de direitos, respeitando-a em sua condição (social, étnica, cultural e de gênero), ainda que se apresente como distinta (entre o profissional de saúde e essa mulher). No entanto, essa política não faz nenhuma menção saúde da mulher prostituta, não inclui as especificidades que advém dessas pessoas, incluindo-as no conceito ampliado de saúde do (SUS).

A (PNAISM) tendo o (SUS) como uma garantia de que essa mulheres terão acesso a todos os níveis de complexidade e serviços de saúde disponibilizados pelo sistema, com isso a (PNAISM) para alcançar os princípios da humanização e atenção integral a saúde da mulher leva em consideração entre outros elementos que a capacitação técnica dos profissionais e funcionários de saúde seja adequada a perspectiva de humanização qualificada da atenção integral à saúde para desenvolver práticas educativas tanto para âmbito individual como comunitário.

A política nacional DST/Aids, por outro lado, atua na redução da infecção pelo HIV/Aids e outras DST, atendendo em uma perspectiva de promoção a saúde e prevenção da transmissão, tendo como base os direitos fundamentais das pessoas acometidas por essas doenças. Contudo, as ações de promoção em DST/Aids está pautada na compreensão de que o processo saúde e doença é um resultado de

determinantes sociais, culturais, econômicos, comportamentais, epidemiológicos e biológicos.

A política adota critérios de acordo com o risco e vulnerabilidade as DST/AIDS e o uso de drogas como forma de direcionar suas ações, tendo como foco de ação a população geral e a população específica, onde as mulheres prostitutas estão alocadas na população específica por estarem sob situação de maior risco, sendo assim “a população específica é definida como a de menor abrangência e cobertura, a de maior focalização das ações e maior homogeneidade populacional.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999, p. 18) ou como disse Lenz Cesar (2011), a mulher prostituta dentro desta política está aprisionada ao conceito do século XIX em que a prostituta era sinônimo de doença biológica, comportamental e social.

A política Nacional ao organizar as ações para o controle das DST/AIDS em populações, reforça o estigma social que associa a mulher prostituta a doença, pois focaliza as ações na população específica cujo o qual essas mulheres estão alocadas, pois a forma como está posta as ações (população geral e população específica) não condiz com o princípio da integralidade do SUS pois toda a população está vulnerável diante do risco de não se ter um comportamento preventivo, pois as ações e as práticas educativas deveriam estar centradas na população geral (incluindo também os homens de todas as faixas etárias) de forma constante e periódica, justamente para despertar na população sobre os riscos quando não se adota um comportamento devidamente preventivo.

Conseqüentemente, o componente três (03) da mencionada política, trata do desenvolvimento institucional e gestão da mesma, onde as ações implementadas tem como referência superior às diretrizes do Sistema Único de Saúde, com a incumbência estratégica de fornecer subsídios aos gestores de instituições governamentais e não-governamentais para formulação, execução e aprimoramento das políticas de prevenção e de controle das DST/AIDS, possibilitando assim, dentre outras questões, a capacitação dos recursos humanos para uma melhor prática profissional no campo das instituições que atuam na área, uma vez que os serviços de saúde depende da ação dos recursos humanos.

Nessa perspectiva, o treinamento dos profissionais de saúde de setores públicos e privados e os seguimentos da sociedade civil está ligado, tanto a área de saúde quanto a de educação especialmente as universidades.

A referida política aponta que desde a década de 1990 existe os Centros de Referência Nacional em AIDS (CRN-Aids) e Centros de Treinamento em DST (CT-DST), sendo esse treinamento funcionando de forma descentralizada entre os Estados e Município e como consequência, a capacitação dos recursos humanos está pautado na melhoria da prática profissional para obter os resultados prescrito pela política que é o controle das DST/Aids.

Muito embora a política admita que há uma dificuldade na formação básica dos profissionais de saúde, “uma vez que os currículos não têm sido revistos nem tão pouco incorporados conteúdos básicos, tais como aspectos éticos, de cidadania, psicossociais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999, p.53), o que se contra diz com as diretrizes de treinamento dos profissionais que é basicamente o controle e ações de prevenção dessas doenças.

Então o que se pode entender é que a Política nacional DST/Aids não compreende a as pessoas acometidas pelas DST/Aids como um cidadão, mas sim como um corpo doente a ser tratado, não superando o traço tradicional da saúde brasileira, não trazendo para as práticas profissionais em saúde a compreensão crítica dos determinantes sociais, culturais e econômicos.

4.3. Análise dos dados

Esta parte do trabalho é dedicada aos dados coletados no (HRS), onde a entrevista semi estruturada teve como objetivo compreender se o atendimento do profissional de saúde para com a mulher prostituta dá-se de maneira preconceituosa e/ou estigmatizante.

Em interlocução com os profissionais de saúde entrevistados, foi possível observar o quanto o estigma social e o preconceito direcionado as essas mulheres, por conta da atividade por elas exercida está arraigado ao discurso desses

profissionais. A questão de número dois foi formulada da seguinte maneira: “Considera a prostituição um profissão? Por que?”, pois com esse questionamento pretendia-se entender o que os profissionais de saúde compreende como profissão. Os profissionais de saúde responderam a esse questionamento da seguinte maneira:

“Não. As mulheres da vida promíscua utilizam essa desculpa que muitas vezes por falta de oportunidade e caem na prostituição por acharem mais fácil. Porém existem outras profissões como: babá, secretária do lar, lavadeira.” (Entrevistada 3)

“Não, Pois pra mim, trabalho é uma atividade desenvolvida de forma digna, na qual recebe-se alguma recompensa financeira, e está não ocorre com a prostituição, na qual as mulheres se utilizam do sexo para destruir famílias.” (Entrevistada 4)

“Não. porque existem outros meios para se ganhar dinheiro. Prostituição pra mim, é uma opção e não uma profissão” (Entrevistada 5)

“Eu... ééé... é assim, tem os seus poréns, porque pode ser, dependendo do caso que a pessoa esteja vivendo e se só tem aquele ganho, infelizmente vai ter que se prostituir-se, apesar de que tem, ééé ... serviço em casa de família.” (Entrevistada 7)

Nas falas acima reproduzidas, pode-se perceber que esses profissionais não consideram a prostituição como algo digno ou uma forma digna de se obter uma remuneração, chegando até, a apresentar outras atividades remuneradas, como atividades mais dignas, sendo o trabalho em casa de família um status para se atingir essa dignidade, o que segundo Ferreira, Pereira; Amaral (2010) ao citar Barros, a venda do sexo ainda é considerado ato sujo, feio, profano, pecador, imoral, mundano e danoso a sociedade. Também foi possível notar a presença do estigma social com relação à prostituição, onde a mulher prostituta aparece como a destruidora de lares, um fantasma social que assombra as boas famílias, julgadas por uma sexualidade desobediente daquela imposta pela sociedade capitalista patriarcal, percebe-se também que a prostituição aparece uma opção de vida fácil. Nesse sentido :

Os argumentos que defendem a idéia [sic] de que a prostituição é uma opção. Estas posições se baseiam na perspectiva de que há na sociedade mais alternativas além da prostituição, e que, portanto, basta querer ou não ou não encarar os pontos positivos e negativos. Os argumentos colhidos que corroboram a mesma idéia [sic] deixam de lado as condições objetivas de vida que influenciam no momento de fazer escolhas. E, se opção é escolha, que implica em vários fatores, entende-se, então que a opção pode

vir a se transformar em uma determinação social. (FERREIRA; PEREIRA; AMARAL, 2010, online)

Por tanto, isso significa dizer que, escolher ou optar por se prostituir, não é um ato blindado as determinações externas da vida do sujeito. Russo (2008) diz que o estudo da prostituição revela o quanto que a sociedade atual está centrada e mediada pelo dinheiro, pois a sociedade capitalista transformou o homem em mercadoria do qual a sua sobrevivência depende dessa relação. É como se o homem valesse o que tem e no caso da mulher prostituta, o valor humano da mesma é o valor monetário que ela recebe ao vender sexo e prazer e por isso diante desta sociedade (que impõe a essas mulheres condições para que se prostituam) essas mulheres são inferiorizadas, é isso que o discurso desses profissionais revela, o que não condiz com os princípios da universalidade e equidade previsto no (SUS), como também com o princípio da humanização e da qualidade de atenção da (PNAISM), demonstrado em linhas anteriores

Sobre a interlocução com os profissionais que consideram a prostituição uma profissão:

“Sim. É sim. É uma profissão, né ! Apesar de não ser regulamentada em todos os Estados. No Brasil, nem sei se já é ?! mas, ééé ... como tem mulheres e homens também, que sustentam famílias, levando isso em consideração uma profissão, então a gente considera uma profissão, né, já que sustentam famílias.” (Entrevistada 1)

“sim. Apesar de não ser regularizada.” (Entrevistada 2)

“Sim. Aquelas prostitutas seja ela de família rica ou de família pobre sem ter onde morar, ganham a vida nas ruas ou em cabaré pra sobreviver” (Entrevistada 6)

Nas falas dessas profissionais, é possível perceber que os discursos das mesmas está embasado no sustento individual e familiar das mulheres prostitutas, percebendo os determinantes externos que envolve a condição de prostituição, onde as relações sociais pautadas no dinheiro transforma a prostituição em um meio de sobrevivência, por conta da própria condição de pertencimento a classe social explorada pelo capital e sinalizando também que a prostituição na atualidade é exercida por outros sujeitos.

Outro ponto levantado nos discursos dessas profissionais é a regulamentação, ou seja, essas profissionais de saúde consideram a prostituição

uma profissão mesmo não sendo legal no país. Na fala da entrevistada 1, é nítido a incompreensão sobre a regulamentação da prostituição, pois como já foi dito e problematizado em linhas anteriores, a prostituição no Brasil não é legalizada como profissão, mas é considerada ou melhor redigindo, é classificada como uma ocupação que presta serviços de natureza sexual, isso de acordo com a nova (CBO).

A pergunta de número três (03), foi formulada da seguinte maneira: “As mulheres em situação de prostituição tem receio de revelar no momento do atendimento que exerce a prostituição?” com a intenção de apreender se os profissionais conseguem identificar o motivo da mulher prostituta não revelar de imediato, momento do atendimento que exerce a prostituição. Tendo as seguintes respostas:

“Pronto, ééé... nesse tempo que eu tô aqui, com o hospital, é, a demanda que a gente recebeu até hoje, nenhuma veio, ééé... sendo específica, né, é no caso éé... o profissional do sexo, nenhuma chega se identificando como tal. Nesse tempo, apenas um caso de uma profissional que veio, ela falou que era e que foi agredida e foi o único caso que eu atendi, que ela se identificou e veio ao hospital, porque foi justamente agredida, mas geralmente se chega, éé... em outra situação de risco elas não falam.” (Entrevistada 1)

“ Sim. Na maioria dos casos não temos o conhecimento que são profissional do sexo” (Entrevistada 2)

“As vezes sim, mas no momento de coletar o histórico elas acabam revelando.” (Entrevistada 3)

“Sim, devido o receio de serem excluídas e negado a assistência as mesmas e de sofrerem algum tipo de agressão seja ela moral ou física por parte dos profissionais.” (Entrevistada 4)

“Não. Essas situações quando acontecem, nós profissionais já a reconhecemos, pelo modo de falar, se vestir e portar.”(Entrevistada 5)

“Tem delas que sim por que tem vergonha de assumir e ser diminuída” (Entrevistada 6)

“sim ! O preconceito. Porque ela vai tá se vendendo, não é?! Pra ganhar o pão. O pão, o pão de cada dia dela, é a sobrevivência dela.” (Entrevistada 7)

Nas falas acima redigidas, algumas profissionais relatam que geralmente não tem conhecimento que estão atendendo uma mulher em situação de prostituição e quando essas mulheres revelam que são prostitutas é em situações de agressão, relato que se confere com a realidade da situação de violência contra a

mulher no Brasil, onde “uma em cada cinco brasileiras declara espontaneamente já ter sofrido algum tipo de violência por parte de um homem e, a cada 15 segundos, uma mulher é espancada por um homem, no Brasil” (ILHA et al, 2010, p. 339).

No entanto, outra questão presente na fala das profissionais, é a presença do preconceito, onde estas profissionais revelam que, o fato das mulheres prostitutas não revelarem de imediato, no momento do atendimento que são prostitutas, dá-se pelo fato de que essas mulheres sentem vergonha de se prostituir e se sentirem diminuídas diante do profissional que lhe atende, o receio da exclusão e não ter o atendimento que buscam no hospital.

Os relatos mostram que as mulheres prostitutas sentem receio de que o preconceito, vivenciado por elas na vida cotidiana possa ser encontrado no âmbito da saúde, ou melhor, essas mulheres sentem receio de deparar-se com o preconceito no momento em que buscam atendimento, porém acabam revelando no momento em que se procede a coleta do histórico.

A entrevistada de número cinco (5) chama atenção em seu relato, de cunho preconceituoso, expondo que não haveria a necessidade de uma prostituta identificar que exerce a prostituição no momento do atendimento, pois a aparência de uma mulher prostituta, a roupa, o vocabulário e o comportamento denuncia uma mulher prostituta, onde o relato da referida entrevistada revela que há um estereótipo de prostituta. Esse relato confirma o que Carli (2014) o preconceito se fixa em particularidades para conferir maior ou menor grau de humanidade.

A pergunta de número quatro (4) foi formulada, no sentido de identificar quais os principais demandas de atendimentos as mulheres prostitutas, tendo em vista que o Brasil é um dos países que mais mata mulheres, como também vem crescendo o número de casos de DST/AIDS em mulheres no país, por isso a pergunta apresenta-se da seguinte maneira :” Em quais circunstâncias as mulheres prostitutas buscam atendimento médico-hospitalar?” Todas as profissionais responderam que, as mulheres vão em busca de atendimento no (HRS) em decorrência de agressão física e DST, conforme segue os relatos abaixo:

“Agressão física. Como te falei, veio essa que foi sobre... por causa da agressão física, né, ee... em outros casos se veio buscar por exames ou

outro motivo não se identificaram que era profissionais do sexo.”
(Entrevistada 1)

“Agressão física” (Entrevistada 2)

“Agressão física e DST” (Entrevistada 3)

“Agressão física e DST” (Entrevistada 4)

“Agressão física” (Entrevistada 5)

“Agressão física” (Entrevistada 6)

“Agressão física” (Entrevistada 7)

Em se tratando de violência contra a mulher, o Brasil em um ranking de 83 países, ocupa a 5ª colocação¹⁴, sendo o quinto país onde mais se mata mulher no mundo. Já sobre as DST/AIDS os relatos afirmam a tendência de feminização¹⁵ dos casos tanto na cena nacional como internacional.

Por fim, na entrevista com esses profissionais de saúde, a pergunta de número cinco (5) foi pensada com a intenção saber como a equipe de profissionais do (HRS) planejam o atendimento dessas mulheres e em como esses profissionais inclui as especificidades de atendimento dessas mulheres prostitutas. Nesse sentido, a pergunta apresenta-se dessa forma: “No trabalho interdisciplinar e multidisciplinar aqui no hospital, existe algum mecanismo que inclua as especificidades e demandas dessa fração populacional para a construção de um atendimento de qualidade? Sim, não? Qual?” As respostas das profissionais foram as seguintes:

“Não. Infelizmente não, né. É, já que a gente não tem demanda específica, então não tem como a gente ter os programas, também específicos, é uma demanda espontânea, né. Então a gente não tem um trabalho específico pra isso, infelizmente.” (Entrevistada 1)

“Não. Não existe, pois na maioria dos atendimentos elas não revelam quem são prostitutas.” (Entrevistada 2)

“Não” (Entrevistada 3)

“Não” (Entrevistada 4)

“Não” (Entrevistada 5)

¹⁴ Conferir o mapa da violência contra mulher de 2015 em:
http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf

¹⁵ Conferir o Plano Integrado de ENFRENTAMENTO à FEMINIZAÇÃO da Epidemia de Aids e outras DST 2007 em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/plano_feminizacao_julho_2007.pdf

“Não” (Entrevistada 6)

“Não. Assim, a gente tenta saber o que aconteceu, mas a maioria o que é que faz? Elas inventam alguma coisa para não contar o que realmente vem acontecendo, por causa de agressões, ou se ... ééé ... se teve algum problema de saúde como a DST, como foi... sempre evitam falar, certo. Porque assim, a gente atende... trabalha mais com o que? O atendimento se está bem enquanto saúde, se tá precisando do atendimento aqui do hospital. Por que? esse tipo de atendimento pra saber, marra a fundo, tem que ser mais pelo PSF.” (Entrevistada 7)

As respostas “não”, demonstram que o trabalho interdisciplinar¹⁶ e multiprofissional não é desenvolvido no (HRS), sob a justificativa de não ter um programa específico, prevalecendo uma visão meramente pragmática, como se o trabalho interdisciplinar só pudesse ser realizado com algo já pronto ou no caso com um programa específico.

O que aparece como se cada profissional se fechasse em suas especificidades, para assim prestar um atendimento as essas mulheres. Os relatos também a pontam para um desconhecimento do que seria esse trabalho interdisciplinar, pois “A interdisciplinaridade é extremamente necessária para a Saúde Pública dada a complexidade de seu objeto” (PREVIATTI; LOBO; PEREIRA, 2016, p. 287), pois a concepção que o (SUS) apresenta ultrapassa as concepções que tratavam a saúde como algo meramente biológico.

Porém, o que não falta são os subsídios já estabelecidos pela saúde pública, como os princípios norteadores do (SUS) dos quais nesse trabalho foram destacados dois e linhas anteriores, por estes estarem voltados ao acesso à saúde e o atendimento (Universalidade e integralidade), como também existe os princípios da (PNAISM) que são o da humanização e a qualidade de atenção, esses princípios servem de base para propor-se uma prática interdisciplinar dentro do (HRS), servindo assim, como base para uma reflexão de acordo com o arcabouço teórico-metodológico de cada profissão de saúde que atua dentro do hospital.

¹⁶A interdisciplinaridade é a relação entre os conhecimentos e práticas profissionais visando uma prática comum, incorporando as demandas apresentadas a equipe profissional de modo a resolve-las visando sempre a universalidade e integralidade dos serviços de saúde no SUS, por tanto: “a interdisciplinaridade não se reduz a um mero método de investigação, uma técnica didática, um instrumento utilitário, ou um modelo metodológico capaz de produzir idéias generalizadoras ou universais.” (SOUZA, 2009, p.58)

Por fim, um atendimento de qualidade para essa população, a partir da política pública já existente, não significa apenas pensar na questão administrativa dos serviços de saúde é reconhecer que existe, uma desigualdade vivenciada por essas mulheres em seu cotidiano social, que é a categoria de gênero, a herança patriarcal o estigma social e reverter esse reconhecimento para uma prestação de serviços de saúde de modo que essas mulheres sejam acolhidas, no sentido de elas se sintirem cidadãs e sujeitos de direitos, pois essa população requer uma atenção específica que deve ser pensada conjuntamente. Porém para que esse atendimento de qualidade possa ser alcançado é necessária uma mudança na formação acadêmica desses profissionais para que a compreensão crítica dos determinantes que envolvem a sociedade seja transformada em um atendimento humanizado de qualidade, sendo esse um desafio apresentado ao (SUS).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da pesquisa abordou-se sobre a trajetória histórica da reforma sanitária no Brasil: a construção do sistema único de saúde (SUS), tendo como ponto de partida a conjuntura histórico política e socio-econômica da década de 1930, tendo de âmbito nacional como internacional, chegando até o contexto da saúde do país na ditadura militar e o movimento de Reforma Sanitária, sendo este último um movimento social que contestava o modelo de saúde implementado pela ditadura, esse movimento emergiu dentro do contexto da década de 1970 tendo seu clímax na década de 1980, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986.

Foi a partir da 8ª Conferência que a saúde no Brasil que esta passou a ser um direito do cidadão e dever do Estado, com a promulgação da constituição federal de 1988 e regulamentada com as suas Leis Orgânicas, mais especificamente com a Lei 8.080/90. Portanto, o (SUS) é o sistema de saúde brasileiro, organizado em todo o país por meio de um conjunto de legislações e normatizações regidos por princípios doutrinários e organizativos, sendo esses princípios a base de sustentação em todo o território nacional, pois o (SUS) funciona de modo regionalizado (União, Estados e Municípios) e hierarquizada (Atenção básica, Média complexidade e Alta Complexidade).

Também foi discorrido sobre a prostituição e cidadania, analisando as políticas e serviços de saúde pública do sistema único de saúde (SUS) e as políticas de saúde voltadas para as mulheres “profissionais do sexo”, no referido capítulo a prostituição é analisada enquanto uma expressão da questão social, a partir do processo de industrialização (ocorreu entre o final do *século XVIII* início do *século XIX*), onde com o desenvolvimento do capitalismo e o seu modo de produção e reprodução essa expressão da questão social agravou-se e complexificou-se de forma negativa para aqueles e aquelas que se encontram em situação de prostituição, pois no estigma da prostituição encontra-se a construção de gênero, valores culturais e religiosos, como também a desigualdade classe.

Discutiu-se também sobre as primeiras organizações sociais em defesa dos direitos das prostitutas enquanto um instrumento de luta para a consolidação da

cidadania dessas mulheres. Quando se fala em cidadania, se fala também na vida em sociedade, ou seja, participar enquanto sujeitos políticos na vida social.

E com a entrada em cena no Brasil, as entidades e organizações que defendem os direitos das prostitutas, defendendo a ideia de se reconhecer que, a atividade por elas exercidas também é uma forma digna de sobrevivência, com isso também se discute a inclusão da “profissão do sexo” na nova Classificação Brasileira de Ocupações, como uma ocupação que presta serviços de natureza sexual, porém, mesmo sendo considerada uma ocupação a prostituição não é regulamentada no Brasil como profissão, mas existe um projeto de lei que não foi aprovado, que despertou um intenso debate entre os que defende a prostituição como profissão e os que não defende a prostituição como profissão, como também pelo fato do projeto deixar em aberto pontos cruciais em aberto.

Também dialogou-se sobre a não existência de políticas públicas voltadas para a prostituição, mas que há uma prestação de atendimento para essas pessoas por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Política Nacional DSTs/AIDS, que atua basicamente no controle da transmissão das doenças sexualmente transmissíveis, por meio da distribuição de insumos, como preservativos, gel lubrificante, folders e sorologia. Ainda dentro do (SUS), existe o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que oferece princípios e diretrizes para o atendimento da saúde da mulher incluindo questões de gênero, etnia, orientação sexual.

Investigou-se também sobre o atendimento prestado pelos profissionais da saúde às mulheres “profissionais do sexo” no hospital regional de Sousa-PB, situando os sujeitos da pesquisa no interior das políticas públicas de saúde, analisando dialeticamente em como o (SUS) orienta o atendimento as mulheres em situação de prostituição e como se operacionaliza esse atendimento no (HRS) se é um atendimento cidadão ou de cunho preconceituoso e estigmatizante, pois um atendimento de qualidade para essa população, a partir da política pública já existente, não significa apenas pensar na questão administrativa dos serviços de saúde.

Com o resultado da análise dos dados atestou-se que não há um reconhecimento por parte dos profissionais de saúde que existe uma desigualdade

vivenciada por essas mulheres em seu cotidiano social, que é a desigualdade de classe, a categoria de gênero, a herança patriarcal o estigma social e reverter esse reconhecimento para uma prestação de serviços de saúde universal, igualitário, humanizado e com qualidade de modo que essas mulheres sejam acolhidas, no sentido de elas se sentirem cidadãs e sujeitos de direitos, pois essa população requer uma atenção específica que deve ser pensada conjuntamente com essas mulheres de forma interdisciplinar, ou seja, com o resultado da pesquisa, atestou-se que o atendimento dos profissionais de saúde não contribui para o exercício da cidadania dessas mulheres, sob a perspectiva de um atendimento de saúde universal, igualitário, humanizado e com qualidade de modo que essas mulheres sejam acolhidas, enquanto cidadãs e sujeitos de direitos, pois essa população requer uma atenção específica que deve ser pensada conjuntamente com essas mulheres de forma interdisciplinar.

Por fim, o que não falta são os subsídios já estabelecidos pela saúde pública, como os princípios norteadores do (SUS) dos quais nesse trabalho foram destacados dois, por estes estarem voltados ao acesso a saúde e o atendimento (Universalidade e integralidade), como também existe os princípios da (PNAISM) que são o da humanização e a qualidade de atenção, esses princípios servem de base para propor-se uma prática interdisciplinar dentro do (HRS), servindo assim, como base para uma reflexão de acordo com o arcabouço teórico-metodológico de cada profissão de saúde que atua dentro do hospital, sendo esse um desafio para a formação acadêmica dos profissionais do (SUS).

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Zenaide Neto. Antecedentes Históricos Do Sistema Único de Saúde: Breve Histórico Da Política de Saúde No Brasil. **SUS: Sistema Único de Saúde: Antecedentes, Percurso, Perspectiva e Desafios**. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. (17-40)

_____. O Sistema Único de Saúde e as Leis orgânicas do Saúde. **SUS: Sistema Único de Saúde: Antecedentes, Percurso, Perspectiva e Desafios**. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. (41-69)

ALVAREZ, Gabriel Omar; TEXEIRA, Marlene Rodrigues. Prostitutas cidadãs: movimentos sociais e políticas de saúde na área de HIV/Aids. **Revista de Ciências sociais**, v.32, n. 1/2, p. (187-208), 2001.

BARROCO, Maria Lucia Silva; TERRA, Sylvia Helena. **Código de ética do/a assistente social comentado**. São Paulo: Cortez, 2012.

BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e sociedade**, São paulo: v.20, n.4, p. (884-899), 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400007.

Acesso em: 15 Abr 2016

BERING, Elaine Rossetti. Fundamentos da Política Social. in: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs.). **Serviço social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: cortez, 2009. (p.13-39)

BERING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e História**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BLANCK MIGUEL, Maria Elisabeth; VIEIRA, Alboni Marisa Dudeque Pianovski. **O conceito de cidadania e as políticas de municipalização da educação em Curitiba (1963-1989)**. Disponível em:

<http://www.sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe5/pdf/911.pdf>. Acesso em: 14 nov.

2015.

BRANCO, Rodrigo Castelo. **A “questão social” na origem do capitalismo: pauperismo e luta operária na teoria social de Marx e Engels**. 2006. 181f.

Dissertação (Mestrado em serviço social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Disponível em:

http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/historia/dissertacao/rodrigo_castelo.pdf. Acesso em: 19 ago. 2014.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde: Brasília, 2004.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. **Tráfico de Pessoas** : uma abordagem para os direitos humanos. in: ANJOS, Fernanda Alves dos. et al (orgs.). Brasília : Ministério da Justiça, 2013.

_____. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. **RESOLUÇÃO CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999**: Caracteriza o Assistente Social como profissional da saúde. Brasília, 1999.

BRASÍLIA. **Lei Gabriela Leite**. Congresso Nacional, 2012. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1012829. Acesso em : 01 Mar. 2016.

BRAVO, Maria Inês Sousa. Política de Saúde no Brasil. in: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs.). **Serviço social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. (p.88-110)

_____. Da Distensão Política à Transição Democrática: a questão saúde e o serviço social. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2011. p.(53-180)

BRAVO, Maria Inês Sousa; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. in: BRAVO, Maria Inês et al (orgs.). **Saúde e Serviço Social**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2009. (p. 25-47)

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reflexões Sobre a construção Do Sistema Único De Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.87, p.(132-146), Revista Quadrimestral. Setembro de 2006

CARLI, Ranieri. Comportamento Ético e Crítica ao Preconceito Burguês. **Temporalis**. Brasília, n. 27, Ano 14, p.(141-157), jan/jun.2014.

COSTA, Cibelly Michalane Oliveira dos Santos. **A prática profissional dos Assistente Sociais diante da política neoliberal: desafios e perspectivas**.

Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/2_transformacoes-

do-mundo-do-trabalho/a-pratica-profissional-dos-assistentes-sociais-diante-da-politica-neoliberal.pdf . Acesso em: 20 jul. 2014.

FERREIRA, Isabel Bernardes; PREIRA, Mayara Cardoso; AMARAL, Suelí Gião Pacheco. **Prostituição: Opção ou Determinação Social?** . Disponível em: http://www.pucsp.br/iniciacaocientifica/20encontro/downloads/artigos/ISABEL_BERNARDES_FERREIRA_e_MAYRA_CARDOSO_PEREIRA.pdf. Acesso em: 18 Abr 2016.

FLAUSINO, Beatriz. Políticas públicas para prostituição não dão espaço para cidadania. Disponível em: <http://www.diariodasaude.com.br/news.php?article=politicas-publicas-prostituicao-nao-dao-espaco-cidadania&id=4198>. Acesso em: 22 Jul. 2014

GAMA, Andréa de Sousa. Gênero e avaliação da qualidade da atenção em serviços de saúde reprodutivo. in: BRAVO, Maria Inês Souza et al (orgs.). **Saúde e Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 79-95.

GOMES, Camila de Magalhães. **Nem Toda Prostituta é Gabriela Leite:** prostituição, feminismo e leis. Disponível em: <http://blogueirasfeministas.com/2013/12/nem-toda-prostituta-e-gabriela-leite-prostituicao-feminismo-e-leis/>. Acesso em: 16 Mar. 2016

IAMAMOTO, Marilda Vilela. CARVALHO, Raul de Carvalho. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórica-metodológica. 39 ed. São Paulo: Cortez, 2013.

ILHA, Michele Mazza; LEAL, Sandra Maria Cezar; SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli. MULHERES INTERNADAS POR AGRESSÃO EM UM HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO: (in)visibilidade da violência. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, 2010 jun.

LAVALLE, Adrián Gurza. **Cidadania, igualdade e diferença**. Lua Nova. São Paulo. s/v, n.59,online.2003, p.75-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452003000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 22 Jul. 2014.

LENZ CESAR, Flavio Cruz. **O Estado da Saúde e a “doença” das Prostitutas:** Uma Análise das Representações da prostituição nos Discursos do SUS e do Terceiro Setor. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. 2011. Disponível em : <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6549>. Acesso em: 15 Abr 2016

MARCULINO, Eduardo. **As prostitutas na história: de deusas à escória da humanida de**. Disponível em: <http://historianovest.blogspot.com.br/2009/03/as-prostitutas-na-historia-de-deusas.html>. Acesso em: 23 agos . 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio da Pesquisa social. in. MINAYO, Maria Cecília de Souza. et al (orgs.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 09-27.

MONTEIRO, Ana Lucia; VILLELA, Wilza Vieira. A Criação do Progrma Nacional DST e Aids Como Marco Para a Inclusão da Ideia de Direitos Cidadãos na Agenda Governamental Brasileira. **Psicologia Política**. V 9, n. 17, p. (25-45), jan/jun. 2009..

MORAIS, Maria Leonor de; COSTA, Priscila Bomfim; AQUINO, Priscila de Souza; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. **Educação em saúde com prostitutas de Fortaleza: relato de experiências**. Revista eletrônica de enfermagem. Universidade Federal de Goiás, Goiânia. s/n, v. 10. p. 44-51, 31 de Dez. de 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a27.htm> . Acesso em: 15 Jul. 2014.

MORENA, Fernanda. **Questões da prostituição segundo as prostitutas**. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/questoes-da-prostituicao-segundo-as-prostitutas-7420.html>. Acesso em: 16 Mar. 2016

MOREIRA, Júnior, **Um “Cativeiro” Chamado Prostituição: Crise Civilizatória e Projeto de Desenvolvimento no Brasil**. Disponível em: <https://ecossocialismooubarbarie.wordpress.com/2013/12/06/um-cativeiro-chamado-prostituicao-crise-civilizatoria-e-projeto-de-desenvolvimento-no-brasil/>. Acesso em: 16 Mar. 2016

NETTO, José Paulo. BRAZ, Marcelo. O Capitalismo Contemporâneo. **Economia Política: um introdução crítica**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2009. p.(211-247)

NETTO, José Paulo. **Introdução ao Estudo do Método de Marx**. São paulo: Expressão popular, 2011.

NICOLAU, Ana Izabel oliveira; AQUINO, Priscila de Souza; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. **Caracterização social de prostitutas diante da visão integral da saúde**. Revista Mineira de Enfermagem. Universidade federal de Minas Gerais, Belo

Horizonte. n1.v12. p. 11-16, jan./mar., 2008. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/232#> . Acesso em: 15 de Jul. de 2014.

PAGU, Ana; ROCHA, Raíza. **Em defesa das prostitutas, contra a regulamentação da prostituição.** Disponível em:

<http://www.brasildefato.com.br/node/12236>. Acesso em: 25 agos. 2014.

PAVAN, Bruno. **A prostituição em xeque.** Disponível em:

<http://www.brasildefato.com.br/node/28090> . Acesso em: 25 agos. 2014.

PREVIATTI, Débora; LOBO, Eduardo; PEREIRA, Juliana. **Em Busca da Interdisciplinaridade:** o trabalho multiprofissional na gestão pública em saúde para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Coleção Gestão da Saúde Pública – Volume 1. Disponível em:

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wlsBRmbHA0sJ:disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/444805/mod_folder/content/0/Interdisciplinaridade%2520e%2520trabalho%2520multiprofissional%2520-

[complementar.pdf%3Fforcedownload%3D1+%&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wlsBRmbHA0sJ:disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/444805/mod_folder/content/0/Interdisciplinaridade%2520e%2520trabalho%2520multiprofissional%2520-%2520complementar.pdf%3Fforcedownload%3D1+%&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br).

Acesso em: 23 Abr 2016

REZENDE FILHO, Cyro de Barros; CÂMARA NETO, Isnard de Albuquerque. **A Evolução do Conceito de Cidadania.** Disponível em:

<http://www.ceap.br/material/MAT16092013195054.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014.

RODRIGUES, Marlene Teixeira. **A Prostituição no Brasil Contemporâneo:** Um Trabalho como Outro Qualquer?. Revista Kátal. Florianópolis. V.12, n.1, p. (68-76), jan/jun. 2009.

_____. Feminismo, prostituição e direitos: Um debate contemporâneo.in:

BOSCHETTI, Ivanete et al (orgs.). **Capitalismos em crise, política social e direitos.** São Paulo: Cortez, 2010. p. 292-309.

RUSSO, Gláucia Helena Araújo. **Rodando a Bolsinha:** Dinheiro e relações de prostituição. Fazendo Gênero, 2008. Disponível em:

http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST2/Glaucia_Helena_Araujo_Russo_02.pdf.

Acesso em: 11 Abr 2016.

SANTOS, Josiane Soares. “**Questão social**”: Particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

SOUZA, Marcos Francisco de. Interdisciplinaridade, Serviço Social e penas alternativas: entre a tutela institucional e a emancipação dos sujeitos em conflito com a lei. **Revista Serviço Social**, Londrina. n.1, v12, p. (43-63) jul/dez. 2009. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10045>. Acesso em: 23 Abr 2016

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução a Pesquisa em Ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2013.

SILVA, Késia Aparecida Teixeira; SILVA, Isabel Cristina da; MAFRA, Flávia Luciana Naves. **Trabalho, Gênero e Prostituição: Reflexões Sobre as Dimensões Obscuras do Trabalho de Mulher Prostituta**. Disponível em: http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnGPR/engpr_2013/2013_EnGPR191.pdf. Acesso em: 10 Mar. 2016.

VASCONCELOS, Ana Maria et al. Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social.in: BRAVO, Maria Inês Souza et al (orgs.). **Saúde e Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p.48-76

VILELA, Janaína Alcântara. O movimento social das profissionais do sexo e a luta pelo reconhecimento de seus direitos sociais. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, s/n, n. 91, agot. 2011. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10088 . Acesso em: 20 Jul. 2014.

7. APENDENCE

Roteiro de entrevista

CIDADANIA E PROSTITUIÇÃO: A CONFIGURAÇÃO DA CIDADANIA DAS MULHERES “PROFISSIONAIS DO SEXO” NO ACESSO A SAÚDE PÚBLICA DE SOUSA-PB

1. Qual sua profissão? Médico, Enfermeiro, Tec. De Enfermagem ou Assistente Social ?

2. Considera a prostituição uma profissão Por que?

3. As mulheres em situação de prostituição tem receio de revelar no momento do atendimento que exercem a prostituição?

4. Em quais circunstâncias as mulheres prostitutas buscam atendimento médico-hospitalar. Agressão física, DSTs, Exames Preventivos ou outros casos?

No caso de outros

5. No trabalho interdisciplinar e multidisciplinar aqui no hospital, existe algum mecanismo que inclua as especificidades e demandas dessa fração populacional para a construção de atendimento de qualidade? Qual? _____

8. ANEXOS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **CIDADANIA E PROSTITUIÇÃO: À configuração da cidadania das mulheres “profissionais do sexo” no acesso a saúde pública na cidade de Sousa-PB**, desenvolvida a partir dos pressupostos do Projeto Ético-Político do Serviço Social.

- A pesquisa será realizada sob a responsabilidade da pesquisadora **Gessik Alanny Alexandre Gomes** e com a orientação da professora **Larissa Sousa Fernandes**
- Ao voluntário só caberá à autorização para responder ao roteiro de entrevista, não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qual quer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica através do e-mail: gessikalannygomes@gmail.com ou larasousa@hotmail.com.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

-----/-----/----- Sousa-PB

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Curso: Serviço Social