

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

PATRICIA TERESINHA SCHERER

**ERA UMA VEZ... A HISTÓRIA DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E O
RECONHECIMENTO DA RELAÇÃO ENTRE OBESIDADE E SAÚDE MENTAL:
nem magia, bruxaria ou encanto, mas conhecimento, ética e compromisso**

Porto Alegre
2009

PATRICIA TERESINHA SCHERER

**ERA UMA VEZ... A HISTÓRIA DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E O
RECONHECIMENTO DA RELAÇÃO ENTRE OBESIDADE E SAÚDE MENTAL:
nem magia, bruxaria ou encanto, mas conhecimento, ética e compromisso**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado à Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini

Porto Alegre

2009

PATRICIA TERESINHA SCHERER

**ERA UMA VEZ... A HISTÓRIA DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E O
RECONHECIMENTO DA RELAÇÃO ENTRE OBESIDADE E SAÚDE MENTAL:
nem magia, bruxaria ou encanto, mas conhecimento, ética e compromisso**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado à Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em 15 de dezembro de 2009.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi - PUCRS

Tatiane Moreira de Vargas

Com o coração cheio de saudade, a você meu amado paizinho dedico este trabalho. Rudy Athanzio Scherer, pai que com um coração enorme, ensinava não somente através de suas palavras, mas principalmente através de suas ações. Exemplo de trabalho, honestidade, humildade, fé e amor.

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos aqui colocados não são por simples formalidade ou obrigação, são de coração! Cada uma das pessoas lembradas durante a redação deste, mesmo sem ter nome aqui descrito, tem sua verdadeira e grande importância na história da minha vida. E cada uma delas tem o seu papel e contribui, de certa forma, para tornar minha história tão bonita e feliz quanto ela é e a dar à minha vida real, um toque de conto de fadas.

Agradeço a Deus que é a grande força que me guia e ilumina o caminho, ajudando a escrever minha história.

A meus pais, Rudy (*in memoriam*) e Ivone Scherer, vocês são os responsáveis pela maior história de amor que já conheci: a história da nossa família. Paizinho, mesmo não estando mais entre nós, tenho certeza que estas presenciando este momento e cheio de orgulho, pois sempre foste grande incentivador e motivador na minha formação. Obrigada por tudo meus amores! Meus pais amados, vocês são os principais responsáveis por dar a minha vida, um toque de conto de fadas.

A minha irmã Berenice Scherer que é, sempre foi e sempre será muito mais que uma irmã. És uma mãe, uma irmã, uma amiga, uma fada cheia de encanto! Que me encantou com seu brilho e amor e me fez crescer rodeada de afeto, respeito, cuidado e carinho... Sem você eu não estaria aqui. Muito obrigada é muito pouco para expressar todo meu agradecimento por tudo que fizeste e fazes por mim! Sempre foi minha fada encantada, transformando meu mundo num conto de fadas com teu amor e encanto.

A meu irmão Giovane Scherer, meu amigo, meu irmão, meu filho, meu amor. Com certeza, Deus, o grande roteirista da nossa história, não poderia ter te dado outro papel, se não este que tens em minha vida. És também um mago meu maninho, um mago que com sua magia tem o poder de deixar minha vida mais bonita e colorida. Obrigada por todo carinho, empenho, apoio e amor a mim dedicados!

Ao meu grande amor, por todo o cuidado, dedicação, carinho, proteção, respeito, compreensão, e amor! Meu sonho, meu tudo, príncipe encantado da

minha história, te amo! Felipe, obrigada pela contribuição para tornar este sonho real.

A Rosa e Walter, obrigada pela acolhida, pelo apoio e carinho a mim dedicados durante minha formação.

Aos meus tios e primos, em especial a toda família da tia Leoni e ao tio Seno (*in memoriam*). Obrigada pela ajuda e torcida de sempre. Aline, prima querida, obrigada por tua contribuição neste trabalho.

As minhas supervisoras de campo Alice, Giselda e Adi Berenice, exemplos de profissionais, obrigada pelo apoio e por acreditarem no meu trabalho, contribuindo para eu escrever a história apresentada neste TCC.

A todas as colegas dos Correios, vocês fazem parte da minha história e sempre lembrarei dos nossos momentos de amizade, companheirismo, alegria, confidências, descobertas, aprendizado e crescimento profissional e pessoal. Cada uma de vocês é um tijolinho da construção forte do nosso castelo de amizades.

A Equipe de Saúde Mental Leste/Nordeste de Porto Alegre e UBS Morro Santana, obrigada pela acolhida e apoio durante o estágio. Vocês são personagens especiais na história contada neste trabalho.

Aos meus professores, meus mestres que proporcionaram a construção do meu conhecimento, do agir profissional. Vocês são a inspiração para eu continuar a escrever outras e novas histórias.

A minha supervisora acadêmica Professora Ms. Inês Amaro, exemplo de profissional. Foste uma estrela guia que com teu brilho, que me guiou e iluminou o caminho da construção do conhecimento. Teu brilho jamais vai se apagar em meu coração. Obrigada por tudo!

A minha fada Bela, minha orientadora Professora Dra. Maria Isabel Barros Bellini. Belinha foste como uma fada na orientação deste Trabalho de Conclusão de Curso, com teu encanto, magia e sabedoria me guiaste na construção deste Trabalho de Conclusão de Curso, contribuindo para que o sonho se tornasse realidade.

Aos meus queridos colegas do curso de Serviço Social, obrigada por cada momento compartilhado, cada momento de carinho, respeito, aprendizado,

amizade, amor, cumplicidade, dificuldades, medos, anseios e superação. Vocês desempenham um papel muito importante na minha história.

Aos usuários com quem tive a honra de trabalhar durante minha formação, sem vocês não seria possível contar essa história, pois vocês me ajudaram a escrevê-la. Vocês são os personagens principais de qualquer conto ou história que foi e que ainda será escrita.

Enfim, agradeço a todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram para que esta história fosse escrita e que este sonho se tornasse realidade.

O País dos Dedos Gordos

Vivia num país distante e céu cor de anil,
um povo pobre e feliz, que na sua pobreza
tinha tempo e gosto para cantar, brincar,
fazer versos e experimentar com aquelas
artes e aquarelas ciências que faziam
alegre o seu coração. Felizes também
eram o rei e a rainha, amigos de todos e
que esperavam, para completar sua
felicidade, o nascimento de uma criança.

Nasceu uma menina linda, mansa e fofa.
Ah! Ela seria a mais bela, a mais feliz, a
mais amada. E, para que nada lhe
acontecesse, convidaram como madrinhas
e padrinhos do batizado todas as fadas e
magos do reino, que com seus
encantamentos haveriam de envolver a
criancinha com um círculo mágico protetor.
Ignoraram, é claro, a bruxa malvada que
vivia na floresta negra.
Quando ela soube, pela leitura das colunas
sociais, que havia sido desprezada, teve
um acesso de cólera e jurou vingança.

Mandou ao palácio seus corvos espiões:
que verificassem se havia algum ponto
vulnerável nos encantamentos que
protegiam a princesinha. Voltaram
desapontados: “O corpo da princesa está
fechado. Nada de sério lhe pode ser feito.

Só existe um lugarzinho. Esqueceram-se do dedo “seu vizinho”, da mão esquerda...

A bruxa deu uma gargalhada: “Mais que suficiente. Jogarei uma praga que fará com que o rei e a rainha se arrependam pelo resto de suas vidas. Aquele dedinho vai engrossar, engrossar. E não haverá remédio que cure...”

E assim foi. E a malvada ainda mandou dizer, por mensagem no bico de seus corvos-correio. O rei e a rainha foram tomados de grande aflição. Chamaram fadas e magos. Inutilmente bruxedo não se desfaz. Vieram médicos, cirurgiões plásticos, invocaram homeopatia, fizeram compressas de confrei, apelaram para o poder das pirâmides e a meditação transcendental. Em vão. Pobre princesinha.

Seu dedinho virou dedão, grotesco e vermelhão. Não podia usar aquelas lindas luvas brancas. E nem os anéis reais. Também não podia tocar piano, violino ou violão. O dedão esbarrava e a nota desafinava. Chorava a pobre princesinha, inconsolável pelo "seu vizinho"... quem queria se casar com uma jovem de dedo-grosso?

O rei, desesperado, chamou seus sábios e pediu conselho. Foi então, que um deles

fez sensata ponderação! " Alteza, se não é possível fazer que o dedo da princesinha fique igual aos dedos dos outros, é possível fazer que os dedos dos outros fiquem iguais ao dedo da princesinha. Ao final, o resultado será o mesmo. Ninguém terá vergonha".

O rei ficou encantado. E logo chamou os técnicos que foram encarregados de viabilizar a solução. O que se decidiu foi o seguinte: o rei promoverá, anualmente, um baile para qual todos os jovens do reino estão convidados. Infelizmente, nem todos poderão ser admitidos porque só há lugar para mil pares no salão de festas. Muitos serão os chamados, poucos os escolhidos.

Mas estes serão regiadamente recompensados: empregos públicos vitalícios. E um, dentre estes, será escolhido pela princesa, como marido, futuro rei. O critério para a admissão? Os mil que, dentre todos, tiverem os mais grossos "seu vizinho" da mão esquerda.

Para que haja justiça, sem fraude, se colocarão orifícios eletrônicos no vestibulo do palácio. Os moços enfiarão seus dedos, o computador dirá quantos pontos fizeram, se passaram ou não.

E assim fez. Os arautos anunciaram a boa-nova. De repente o reino mudou. Todos

compreenderam que o futuro passava pelos vestibulares, e que só havia uma única coisa que importava: a grossura do "seu vizinho" da mão esquerda. Cessou a antiga alegria inconseqüente e descontraída. Os pais deixaram de prestar atenção nos risos para prestar atenção no dedo. E se gabavam: "Menino de futuro promissor; veja só o dedo, tão jovem e tão grosso..." As escolas passaram por revoluções. Os estabelecimentos antiquados, preocupados com sorrisos, viram-se repentinamente sem alunos. "Alegria não engrossa dedo", diziam os pais, categóricos, ao pagar sua última prestação. E as que progrediam eram aquelas que desde cedo introduziam as crianças na filosofia do dedo grosso. Música, literatura, brinquedos, as artes e as ciências que davam prazer foram todas aposentadas. O que importava era passar no vestibular e, no vestibular, só contava a grossura do dedo.

E foi assim que se criou uma nova filosofia da educação, e coisas novas, cursinhos que viam tudo pelo Ângulo e segundo o Objetivo de engrossar os dedos. Os preços eram exorbitantes. Os pais trabalhavam horas extras, as viúvas lavavam mais roupas: "Pai não mede sacrifício para o bem de seu filho..." E de noite rezavam "Oh

Deus, ajuda o meu filho para que ele tenha disciplina e se aplique pra que o seu dedo engrosse..."

Mas, ano vai ano vem, a mesma coisa acontecia. Só mil entravam. Os que ficavam de fora se punham a olhar para seus dedos grossos. Aquele era o resultado de anos de disciplina e privações.

Será que adiantou? E pensavam nas coisas perdidas, nunca mais. Dedo grosso, inútil, gordo de abstenções e sacrifícios. As coisas que davam prazer haviam sido abandonadas e, agora, estavam sem o baile e sem o prazer. A suspeita era de que haviam sido vítimas de uma grande burla...

A cada ano que passava, aumentava o número de jovens tristes. Nunca entrariam no baile. E o pior: estavam aleijados. O mundo se havia transformado num gigantesco dedo grosso. Era como se um pedaço da vida lhe tivesse sido roubado, irremediavelmente. O passado não se recupera. Por todo o País, a nuvem de tristeza. Os técnicos sugeriram que, talvez, com técnicas mais eficientes, a qualidade do ensino poderia ser melhorada. Dedos mais grossos, talvez... O único problema é que o tamanho do salão de bailes continuava o mesmo.

Lá dentro, a situação não era melhor. A

princesinha não se decidia sobre o seu eleito: "Pai, eles são tão chatos. Só sabem falar sobre dedos grossos. Preferiria um moço de dedo fino mas que fosse alegre e pudesse me alegrar..."

O rei compreendeu, repentinamente, o tamanho de sua estupidez. Às vezes, o amor é cego e burro. Mandou seus arautos, de novo, País afora, dizendo que dali pra frente ninguém mais seria julgado pela grossura do dedo. O que importaria seria a alegria de viver. E, então, como que por encanto, o País acordou do seu feitiço.

Ninguém mais procurava os cursinhos engrossa dedo, que tiveram de fechar suas portas. Os pais mudaram suas orações, pediam a Deus que fizessem alegres seus filhos, pararam de fiscalizar os seus dedos "seu vizinho", e iam às escolas para saber das coisas belas e gostosas que ali se faziam. Os poemas voltaram a ser lidos, os moços brincavam com suas flautas e violões sem dores de consciência, e das ciências e artes se dedicavam àquelas que lhes davam prazer.

O salão de festas continuou do mesmo tamanho. Mas sua sombra sinistra já não mais enfeitiçava os anos de juventude.

Mesmo os que ficavam de fora continuavam a sorrir, porque sabiam que

tinha valido a pena. O mundo ficara mais
belo. O tempo não tinha sido perdido. O
passado não tinha sido inútil. E o rei,
olhando para a princesinha, feliz,
cantarolava que o que importa é que cada
um "da alegria seja aprendiz".
E os moços tocavam seus instrumentos e
dedilhavam as cordas. E não havia dedos
gordos que atrapalhassem.

Rubem Alves

RESUMO

Nesta monografia, a autora problematiza as relações existentes entre obesidade e transtorno mental na sociedade capitalista. Demonstra como a obesidade torna vulnerável a saúde física e mental do sujeito, interferindo em suas relações sociais, pessoais e profissionais. Além disso, enfatiza como a mídia, o modelo neoliberal e o capitalismo influenciam na vida dos obesos e dos portadores de transtorno mental e contribuem para que eles sejam estigmatizados e excluídos. A autora, também, explicita o jogo de interesses do capital e suas contradições disfarçadas pelo consumo exacerbado e pela exaltação de um modelo de beleza inatingível como fonte mágica de felicidade. No trabalho, são feitas analogias com alguns personagens de contos de fadas. No entanto, em nenhum momento são perdidos os compromissos ético, científico e crítico. O conto “O País dos Dedos Gordos” de Rubem Alves é o fio condutor para apresentar de forma lúdica reflexões sobre a realidade nos campos de estágio. Não há relativização das experiências tampouco redução da importância do tema. A relevância do que foi apreendido e as percepções da intensidade do sofrimento dos usuários estão presentes em todo o trabalho. Dessa forma, a autora materializa de forma ética e instigante parte de sua aprendizagem oportunizada pelo estágio e pelas disciplinas de graduação em Serviço Social.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde Mental. Obesidade. Sociedade do Consumo. Mídia. Questão Social.

ABSTRACT

In this monograph the author discusses the connection between obesity and mental disorders in the capitalist society. She demonstrates how obesity turns the subject's physical and mental health vulnerable, interfering in labor and social relations. Besides she shows how the media, the neoliberal model and the capitalism contributes to stigmatize and exclude people with obesity and psychiatric patients. She also shows the capital interest game and its contradictions disguised by an excessive consumption and by an unattainable model of beauty as happiness magic source. In this paper, analogies are done with characters from fairytales without lose the ethical, scientific and critical engagement. The tale "The Country of the Fat Fingers" authored by Rubem Alves is the thread to lead the reflections about the reality in a trainee's experience. Nevertheless the experiences were not superficially analyzed. The relevance of what was learned and the consciousness of the patient's suffering are present in the whole work. So, she materialized her learning during the practice of the stage and the Social Work's graduation disciplines.

Key words: Social Work. Mental Health. Obesity. Society for Consumer Affairs. Media. Social Question.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
1 BRASIL TAMBÉM É UM PAÍS DE “DEDOS GORDOS”? O CORPO E SEU SIGNIFICADO NA SOCIEDADE CAPITALISTA	22
1.1 Bruxa ou Princesa? A influência da aparência nos pré-julgamentos estabelecidos pela sociedade	22
1.2 A Maldição do Reino: a obesidade na sociedade do consumo e da beleza.....	28
1.3 Obesidade: o dedo gordo que exclui, fere e imobiliza	36
2 ERA UMA VEZ... APRESENTANDO O REINADO: EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS	40
2.1 A História do Reino ECT	40
2.2 Espelho, Espelho Meu: o reflexo das interfaces do reino.....	45
2.3 Políticas Públicas na Instituição: fábula ou realidade?	50
2.4 O Serviço Social no Reino ECT	53
3 EM BUSCA DO REINO ENCANTADO... A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	61
3.1 A Trajetória do Projeto de Intervenção.....	61
3.2 O Projeto de Intervenção: do sonho à realidade	66
3.3 Existe um Final Feliz?	81
4 OUTRO REINO, OUTRAS FÁBULAS, OUTRAS REALIDADES NOS ESPERAM	90
4.1 Era Uma Vez... História do PET - Saúde e sua realização na UBS Morro Santana.....	90
4.2 A História da Saúde Mental no Brasil: abrindo os alçapões dos castelos	93
4.3 Nem magia, bruxaria ou encanto, mas competência, ética e Instrumental para o trabalho do Assistente Social na Saúde Mental	97
4.4 Lendo e interpretando as páginas de um novo livro: Obesidade e Saúde Mental, uma história sem fim	103

5 CONCLUSÃO	109
REFERÊNCIAS.....	112
APÊNDICE A	118
APÊNDICE B	119
APÊNDICE C	120

INTRODUÇÃO

Iniciamos esta monografia com o conto de Rubem Alves, pois ele nos ajuda a falar de uma maneira poética, em tom de fábula, da realidade que encontramos em nossa experiência de estágio, tornando, assim, mais leve esta realidade “sofrida e pesada” e também por identificarmos no seu conto uma semelhança com a atual conjuntura. Destacamos a importância da leitura do conto antes de dar continuidade à leitura deste Trabalho de Conclusão de Curso, pois, sem essa leitura, muitas das frases e analogias elaboradas no trabalho não terão o mesmo sentido.

No transcorrer da leitura do conto de Rubem Alves, fomos dando-nos conta de que o Brasil também é um país do “dedo gordo”, isto é, um país onde a “ditadura da beleza”¹ determina como as pessoas devem ser, vestir, moldar seus corpos. É um mundo onde quem não tem o “dedo gordo”, quem se diferencia, não segue um modelo vigente, não usa as roupas da moda, não tem um corpo bonito, não segue padrões de consumo, está fora, excluído, estigmatizado. Em nosso estágio tivemos a oportunidade de intervir em expressões da questão social que materializam isso: a obesidade e o transtorno mental².

A obesidade, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a doença do século, produz vulnerabilidades na saúde tanto física quanto mental, nas relações sociais, nas relações pessoais, nas relações de trabalho, provocando perdas econômicas e afetivas. Muitas vezes o obeso vira motivo de chacota, é estigmatizado e sofre preconceitos por sua condição física, por sua mobilidade, pelo espaço que ocupa, por sua aparência e por não conseguir se

¹ As aspas tem o intuito de chamar atenção à dramaticidade do que estamos discutindo.

² O Ministério da Saúde utiliza para usuários em saúde mental o termo “Portador de Transtorno Mental”, assim como o livro “Transtorno mental e o Cuidado na Família” da autora Lucia Rosa, que também refere este termo. Portanto, neste trabalho será designado o mesmo para os usuários da Saúde Mental.

encaixar nos padrões da moda e consumo impostos hoje pelo capitalismo e impulsionados pela mídia.

Realizamos os estágios I e II na Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT), imediatamente, ao ingressarmos em nosso campo de estágio, observamos os reflexos da obesidade naquele ambiente. Nos primeiros contatos com os trabalhadores/usuários pudemos escutar os relatos de sofrimento, adoecimento e exclusão desencadeados pela obesidade.

O estágio III foi realizado na Equipe de Saúde Mental Leste/Nordeste de Porto Alegre, por meio de vinculação com o Programa Educação para o Trabalho na Saúde (PET-Saúde), o qual explicaremos ao longo do trabalho. Estagiando na Equipe de Saúde Mental, identificando as demandas e ouvindo os usuários, começamos a verificar que obesidade e transtorno mental são temas que têm implicações de um sobre o outro, ou seja, a obesidade pode provocar transtorno mental e o transtorno mental pode desencadear aumento de peso. Entender, conhecer, desmitificar e reconhecer esta relação, trabalhar com ela, não é tarefa simples, porém constata-se que, além de serem expressões da questão social, a obesidade e o transtorno mental desencadeiam na vida dos sujeitos outras expressões também evidentes.

Para conhecer a Política de Saúde Mental hoje, ao longo do trabalho faremos uma retrospectiva histórica acerca dessa política, mostrando como se deu a “abertura dos alçapões das masmorras dos castelos”, os grandes manicômios onde os “loucos” eram jogados para ficarem alijados, segregados da sociedade “normal”.

Desta forma buscamos, neste trabalho, sintetizar o aprendizado de nossa formação, materializada pelo processo de estágio e, por que não dizer, com a construção desta monografia. Para isso, abordamos, refletimos, problematizamos a relação entre obesidade e transtorno mental e como se dá o trabalho do assistente social com os usuários, atuando nas expressões da questão social por elas desencadeadas.

Ao longo do trabalho faremos analogias com o conto que inicia esta monografia e contos de fadas, ou contos infantis, tentando mostrar de uma forma lúdica que a realidade que vivemos hoje, muitas vezes, busca alternativas ou

soluções mágicas que só existem em contos de fadas ou na ficção. Sendo assim, os nomes escolhidos para os usuários, em todo o trabalho, são fictícios, para proteção e por cuidado ético. Como nos inspiramos em um conto, optamos por nomes de personagens infantis para designar os usuários. E também porque muitos dos contos infantis reforçam padrões de aparência e beleza, por exemplo: A Bela Adormecida, Patinho Feio, Cinderela, Shrek, Rapunzel, Corcunda De Notre Dame. Nesses contos infantis os personagens sofrem e/ou se beneficiam por sua aparência física, tal qual identificamos na realidade durante o processo de estágio. Os títulos dos capítulos também se utilizam de expressões que lembram contos infantis. Isso, contudo, não é relativizar a experiência ou a importância do tema discutido. A seriedade do que apreendemos e a intensidade do sofrimento dos usuários está presente em todo nosso relato e é “muito pesado”!

O trabalho está dividido em capítulos. No segundo capítulo faremos uma contextualização da sociedade capitalista e o significado da aparência física, do consumo como produtor de sentimentos de inclusão, de aceitação, de cidadania. Seguindo, discutiremos também como a obesidade é vista e tratada na sociedade atual do consumo e da beleza, ilustrando, com falas de usuários, seus sentimentos, suas experiências, como se dão os estigmas e preconceitos vivenciados por esses sujeitos em uma sociedade na qual quem é respeitado é quem tem, é quem se encaixa no padrão de beleza ditado pela mídia. Problematizaremos neste capítulo a mídia e como ela incentiva e influencia nos modelos e padrões estéticos impostos hoje, ajudando, assim, a impulsionar os interesses do capital e aprofundaremos o tema da obesidade como expressão da questão social.

No terceiro capítulo apresentaremos o “reinado”: Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT), campo dos estágios I e II. Contaremos sua história, os produtos comercializados, suas interfaces e contingências estruturais, como se dão as relações com seus trabalhadores e com a comunidade. Ainda neste capítulo, abordaremos a história do Serviço Social na instituição, passado e presente.

No quarto capítulo, apresentaremos o projeto de intervenção desenvolvido durante estágio na ECT. Posteriormente, mostraremos os

resultados do projeto de intervenção que puderam ser mensurados e uma reflexão acerca do processo de trabalho que desenvolvemos durante o estágio. Abordaremos algumas questões relacionadas à intervenção e refletiremos acerca da nossa prática profissional.

No quinto e último capítulo, apresentaremos um novo campo de estágio, no qual foi desenvolvido o estágio curricular obrigatório III: a Equipe de Saúde Mental Leste/Nordeste de Porto Alegre. Neste capítulo, além de apresentarmos a nova instituição, abordamos o Programa de Educação para o Trabalho na Saúde (PET- Saúde) e como se deu nossa inclusão de estágio. Elaboramos um relato histórico sobre a Política de Saúde Mental no Brasil e como se ocorre a inserção e o trabalho do assistente social em uma equipe de saúde mental.

Finalizamos o TCC sobre nossa experiência de estágio, que contribuiu para que pudéssemos estabelecer e reconhecer as relações que existem entre obesidade e transtorno mental e conhecer o trabalho dos assistentes sociais que incide nessas expressões da questão social. O trabalho do assistente social é construído por meio de muita teoria, metodologias/técnicas e cuidado ético, sempre considerando o usuário como o personagem principal e mais importante em qualquer história.

Salientamos a importância de colocar neste Trabalho de Conclusão de Curso a experiência dos dois campos de estágio curricular obrigatório, pois consideramos importante socializar experiências tão ricas e que tanto contribuíram para nossa formação e aprendizado. E ainda que não existam finais felizes, sempre é possível garantir acesso aos direitos, uma melhor qualidade de vida e um toque de sonhos na realidade.

1 BRASIL TAMBÉM É UM PAÍS DE “DEDOS GORDOS”? O CORPO E SEU SIGNIFICADO NA SOCIEDADE CAPITALISTA

Neste capítulo abordamos mídia e consumo na sociedade contemporânea, assim como as influências nos padrões de beleza, na cultura do corpo perfeito, refletindo sobre os preconceitos, estigmas e sentimentos que esses padrões desencadeiam na vida dos sujeitos. É certo que ser gordo ou magro não é apenas uma questão de aparência; além da saúde, é muitas vezes a possibilidade de se sentir incluído.

1.1 BRUXA OU PRINCESA? A INFLUÊNCIA DA APARÊNCIA NOS PRÉ-JULGAMENTOS ESTABELECIDOS PELA SOCIEDADE

A obesidade deforma os corpos e os sentidos na sociedade do belo. Ela é mais que um peso excedente na balança, é um peso nos gastos públicos, no orçamento das famílias, as quais, como no conto, recorrem a: “[...] fadas e magos. [...] médicos, cirurgiões plásticos, [...] homeopatia, fizeram compressas de confrei, [...] para o poder das pirâmides e a meditação transcendental” (ALVEZ, 1984, p. 71).

A obesidade como produto de uma sociedade consumista ou como patologia demanda uma atenção muito mais complexa e ampla, pois *“bruxedo não se desfaz...”*. Mas a obesidade também gera lucros, também é investimento para a medicina, para a indústria de medicamentos, para as terapias, para as clínicas estéticas,

[...] é a imagem da mídia, há o culto do individualismo, da competência, do trabalho, do dinheiro, da aparência. Esse discurso é feroz, pode empalidecer possibilidades de diálogo, criar indiferença, impedir o

reconhecimento do outro e do mundo do outro, impedir o encontro [...] (BELLINI, 2002, p 174).

E o obeso? É aquele digno de pena, de nojo, o colega “privilegiado” para as piadinhas, o último escolhido para as brincadeiras. O “bonachão, a baleia, o fofão”.

A beleza, como dizia o poeta, “é fundamental”, principalmente no país campeão em cirurgias plásticas. O Brasil atualmente é um dos países que detém recordes de cirurgias plásticas estéticas; e o gordo não é considerado belo. Segue abaixo exemplo de pesquisa encomendada pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e realizada pelo Instituto de Pesquisas Datafolha, publicada em janeiro de 2009 e que denuncia esta realidade:

No prazo de um ano são realizadas aproximadamente 629 mil cirurgias plásticas no Brasil por profissionais especializados. São efetuadas mais intervenções estéticas (73%) que reparadoras (27%). A maior parte das cirurgias é de caráter privado, realizada em hospitais particulares (58%), paga pelo próprio paciente (82%).

Excetuando as intervenções ambulatoriais, de pequeno porte, os profissionais plásticos em 2008 realizaram 178 cirurgias plásticas, sendo:
→ 132 estéticas, resultando em 11 por mês, cerca de 3 por semana e
→ 58 reparadoras, aproximadamente 5 por mês, 1 por semana.

Os procedimentos não-cirúrgicos, apesar de não serem os mais freqüentes (14%), são numerosos. Os mais realizados são os preenchimentos (92%) e toxina botulínica (91%). Além de peeling (53%), laser (24%) e suspensão com fios (21%) (DATAFOLHA, 2009).

A aparência, a imagem corporal é supervalorizada, é praticamente um passaporte para ser socialmente aceito, para assegurar participação em espaços... “ser convidado para o baile do Rei.” A sociedade dita padrões de beleza, estética, comportamento e consumo, aos quais todos são obrigados a se engajar, a seguir, a reproduzir esses padrões, caso contrário são tratados como um “dedão grotesco e vermelhão”, vivenciando preconceitos. E sofrem, sofrem muito com isso. Um sofrimento que perpassa a saúde física e emocional e gera inúmeros outros sofrimentos na família, no trabalho, nos grupos sociais, criando comportamentos e relações de exclusão, de valores equivocados, como no conto,

em que os moradores do país criaram verdades que ignoravam as necessidades individuais, ignoravam as singularidades e acreditavam que dedos gordos lhes trariam prosperidade e felicidade. “[...] se não é possível fazer que o dedo da princesinha fique igual aos dedos dos outros, é possível fazer que os dedos dos outros fiquem iguais ao dedo da princesinha” (ALVEZ, 1984, p. 71).

A imagem corporal é utilizada como veículo de propaganda para incentivar o consumo de muitos produtos ou ideias, inclusive a ideia de que existe um padrão de corpo ideal, perfeito e que todos devem seguir este padrão. Hoje, existem programas de TV, *reality shows*³ que mostram somente pessoas que buscam cirurgias estéticas, para adequarem seus corpos a fim de atingir um padrão de corpo perfeito, estimulando assim a busca por esse recurso arriscado, mas que gera muito lucro e contribui para fomentar o capitalismo.

Cada vez é maior o número de pessoas que arriscam suas próprias vidas em uma cirurgia, somente para corresponder a um padrão estabelecido e serem socialmente aceitas. O preço da beleza é o preço da inclusão. Ser reconhecido como cidadão porque consome e está na moda, ter um corpo bonito, se igualar a todos, pois “[...] Ao final o resultado será o mesmo. Ninguém terá vergonha” (ALVEZ, 1984, p. 71).

O preconceito, a humilhação e os estigmas com pessoas que não estão nos padrões de moda e de beleza se mostram no cotidiano, pois é nele que as relações acontecem. É no cotidiano se criam e recriam estigmas e preconceitos, por isso mesmo é nesse cotidiano que se deve buscar alternativas de superação e resistência. A imagem de alguém “diferente”, alguém que não está nos padrões de beleza, nos padrões considerados normais, é discriminada. Esta pessoa não consegue acessar certos direitos e sofre preconceito, conforme Faleiros:

As discriminações são formas de exercício de poderes para excluir pessoas do acesso a certos benefícios ou vantagens ou do próprio convívio social da maioria, através da rotulação ou etiquetagem de estereótipos socialmente fabricados. Esses rótulos perpassam as

³ Traduzindo do inglês, espetáculo do real, programas de televisão que mostram cenas da vida cotidiana das pessoas.

relações cotidianas de dominação produzindo a identificação social das pessoas (FALEIROS, 1995, p.124).

Assim como a princesinha que, apesar de linda e saudável, tinha o dedo grosso e não podia usar luvas, nem os anéis reais, nem tocar piano ou violão, ou seja, não correspondiam ao modelo desejado, as pessoas que estão fora dos padrões sofrem preconceito, discriminação. Não podem usar muitos dos produtos que são veiculados pela mídia e ditados como moda. Mídia, neste trabalho é entendida como todos os meios de comunicação disponíveis hoje, em que a população busca informação, cultura, diversão, entre outros, de maneira rápida e acessível a todos. Mídia esta que pode ser entendida também como meio de disseminar ideias capitalistas, como “indústria cultural.” Conforme Adorno e Horkheimer:

[...] criam a expressão “indústria cultural” para evitar o termo ambíguo “cultura de massa” que poderia ser lido como uma cultura produzida pela massa, e não produzida pelo capital como forma de manipulação de massa. Desta forma os autores apontam a cultura de massa como uma cultura produzida para o consumo de massa, atendo as necessidades do produtor, visando o lucro (1969 apud Scherer, 2008, p. 27).

Quem está fora dos padrões impostos pela mídia é excluído do mundo do consumo, do mundo da moda, do mundo da imagem perfeita, das festas, das amizades, da felicidade, sofrendo com o preconceito. O preconceito, porém, é democrático. Ele pode atingir as pessoas por qualquer diferença, por qualquer traço em sua aparência física, por diferentes motivos: cor da pele, origem, cor do cabelo, dos olhos, altura, peso, forma de falar, condições econômicas, procedência, gênero, grau de instrução.

Presenciamos todos os dias situações preconceituosas de formas diversas: nas piadas sobre loiras, dizendo que são burras; com negros, insinuando que são inferiores aos brancos; com mulheres ou homens bonitos que “só” conseguem bom emprego devido à aparência física; com índios, com baixinhos, com obesos, com pobres e tantos outros. O preconceito é, portanto,

democrático, pois atinge muitas e diferentes pessoas, em vários níveis e por vários e diferentes motivos e, muitas vezes, amparado pela mídia que dita modelos e padrões.

Podemos, desta forma, inspirados no conto, criar uma analogia⁴: a mídia é o Rei do País dos Dedos Gordos, pois o rei, assim como a mídia, determina o que todos devem usar, como se comportar. Todos os súditos devem seguir o padrão da princesa: ter o dedo gordo. O Rei/mídia impõe um padrão e, a partir daí, as pessoas não medem esforços para se enquadrar nesse padrão, mesmo que isso lhes custe todo o seu dinheiro, todo o seu esforço, toda a sua felicidade, tudo para se encaixar no padrão ditado pelo Rei/mídia e entrar no “baile real”. Vivemos em uma sociedade midiática que transforma o sujeito em consumidor, em que esse sujeito tem introjetado que tudo que se deseja pode ser comprado e tudo é transformado em desejo de consumo. Nesse sentido, a mídia legitima seu poder, pois convence as pessoas a comprar seus produtos e, assim, garantir o lucro do mercado – O Deus Mercado substituiu todos os Deuses, sua fome é o lucro (BOAL, 2005).

Muitos querem seguir o padrão, muitos querem ser aceitos, ir ao baile, mas nem todos conseguem e os que não conseguem, apesar de ter dedo gordo, mas não gordo suficiente para entrarem no baile, ficam frustrados, excluídos. Em nossa experiência de formação, em vários momentos pudemos constatar isso e, mais especialmente no estágio, convivemos com esta realidade vivida pelos trabalhadores/usuários atendidos pelo Serviço Social na Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, trabalhando no Projeto de Prevenção e Tratamento da Obesidade. O fragmento a seguir apresentado, extraído de nosso Diário de Campo, possibilita aproximarmo-nos de alguns dos enfrentamentos cotidianamente vividos pelos trabalhadores/usuários que estão com sobrepeso. São depoimentos plenos de sofrimento, de sentimentos de humilhação:

⁴ Analogia, segundo dicionário Aurélio: [Do gr. *analogia*, pelo lat. *analogia*.] Substantivo feminino. 1.Ponto de semelhança entre coisas diferentes. 2.Semelhança, similitude, parecença. 3.Filos. Identidade de relações entre os termos de dois ou mais pares. [...] 5.Filos. Semelhança de função entre dois elementos, dentro de suas respectivas totalidades. [Cf., nas acepç. 3 a 5, *generalização* (5).] [...] 8.E. Ling. Modificação ou criação de uma forma lingüística por influência de outra(s) já existente(s) (FERREIRA, 2004, p. 129).

Bela Adormecida- “Um dia eu entrei na loja Truc⁵ para comprar uma roupa para minha sobrinha que veste 36. Logo que entrei na loja a vendedora veio me atender e antes que eu perguntasse qualquer coisa já foi logo me dizendo que não trabalhavam com roupa para o meu tamanho. Poxa, nem era para mim, ela nem deixou eu falar! Foi logo despejando! Eu saí da loja muito mal, chorei até chegar em casa! Fiquei me sentindo um nada! Como se eu, por ser gorda, não pudesse nem entrar naquela loja, mesmo que fosse comprar para outra pessoa. É como se eu fosse proibida de entrar em certas lojas, em certos lugares por causa do meu peso. Me senti proibida de gastar meu próprio dinheiro, só porque sou gorda” (Diário de Campo de 26/09/2008).

A fala da trabalhadora/usuária traduz o sentimento e a realidade de muitas pessoas que estão acima do peso, que sequer podem acessar um espaço, quanto mais um direito. Ela é um exemplo de tantos outros desabafos que foram escutados durante o processo de estágio. Uma pessoa obesa não é socialmente aceita, pois ela está fora dos padrões estabelecidos. Ainda que problemas de saúde desencadeados pela obesidade sejam graves e conhecidos, o que mais parece atingir é a autoestima, o afeto, conforme fragmento:

Branca de Neve- “Eu quero emagrecer para ter mais saúde claro! Mas acho também muito importante a estética! Quem não quer ficar bonita?! Poder sair de casa bem arrumada, na moda?! Desse jeito que estou não consigo comprar nada. Nada que eu visto fica bem em mim. Eu vivo procurando roupas diferentes, maquiagens e coisas que me deixem mais linda. Se eu perder peso vou unir o útil ao agradável: Ficar saudável e andar na moda. Vou finalmente poder usar e comprar o que todo mundo compra” (Diário de campo de 26/09/2008).

A imagem do obeso é aceita socialmente quando vinculada à venda de um produto, textos de folclore ou tradição, por exemplo, o Papai Noel, o Rei Momo. Do contrário, a figura do obeso é discriminada por estar fora dos padrões, assim como no País dos Dedos gordos. Lojas são inacessíveis, bancos de ônibus e aviões não são adequados, muitos não recebem convites para festas, pois, se

⁵ Nome atribuído a loja é fictício, assim como também, das outras lojas que serão mencionadas no trabalho.

não tem o dedo igual ao de quem dita a moda, não entra no baile. A frustração é inevitável:

Mas, ano vai ano vem, a mesma coisa acontecia. Só mil entravam. Os que ficavam de fora se punham a olhar para seus dedos grossos. Aquele era o resultado de anos de disciplina e privações. Será que adiantou? E pensavam nas coisas perdidas, nunca mais. Dedo grosso, inútil, gordo de abstenções e sacrifícios. As coisas que davam prazer haviam sido abandonadas e, agora, estavam sem o baile e sem o prazer (ALVEZ, 1984, p. 73).

Percebemos, então, que a imagem corporal, além de objeto de consumo, tem o impacto de um símbolo, que pode simbolizar beleza, status, agilidade, saúde, preguiça, doença e tantas outras interpretações que a imaginação e a mídia determinarem. Por isso, talvez estejamos vivendo sim no “País dos Dedos Gordos”, pois grande parte das pessoas corre atrás de um padrão de beleza imposto pelo Rei, pela mídia, de um corpo magro, esbelto, belo, a eterna juventude, como se a beleza fosse algo estático e não estivesse também nos olhos de quem vê. Para se encaixar no padrão imposto se faz qualquer coisa, não importando quantos sacrifícios, quantos sofrimentos, em nome da obediência à ditadura da estética, do consumo, assim como no “País dos Dedos Gordos”.

1.2 A MALDIÇÃO DO REINO: A OBESIDADE NA SOCIEDADE DO CONSUMO E DA BELEZA

*[...] Onde terei jogado fora
Meu gosto e capacidade de escolher,
Minhas idiossincrasias tão pessoais,
Tão minhas que no rosto se espelhavam
E cada gesto, cada olhar
Cada vinco da roupa
Sou gravado de forma universal,
Saio da estampanaria, não de casa,
Da vitrine me tiram, recolocam,*

*Objeto pulsante mas objeto
Que se oferece como signo dos outros
Objetos estáticos, tarifados.
Por me ostentar assim, tão orgulhoso
De ser não eu, mas artigo industrial,
Peço que meu nome retifiquem.
Já não me convém o título de homem.
Meu nome novo é Coisa.
Eu sou a Coisa, coisamente
(Carlos Drummond de Andrade, p.92).*

Ao buscarmos na literatura, encontramos que a sociedade de consumo teve início com a Revolução Industrial, no final do século XVIII, e que uma das suas características é alicerçada no capitalismo monopolista. Seguido da Revolução Industrial veio o êxodo rural, o crescimento das cidades, a expansão do comércio mundial, a economia de mercado, etc. Posterior a isso, com o modelo capitalista “tomando conta” do mundo, o final do século XX e começo do XXI tem como marca registrada o consumo. Uma sociedade altamente marcada pelo consumo para, assim, mover o capital.

O consumo transformou-se, na sociedade atual, em um símbolo de status, de enquadramento social, de pertencimento, entre outras coisas. Consumir hoje, na sociedade em que estamos inseridos, é quase tão importante quanto respirar ou alimentar-se; é sinônimo de sobrevivência. “O problema da sociedade de consumo é que as necessidades são artificialmente estimuladas, sobretudo pelos meios de comunicação de massa, levando os indivíduos a consumirem de maneira alienada” (Aranha, 2003, p. 47).

Consumir, comprar as roupas da moda, andar com um carro novo, ter bolsas de marcas famosas, pagar para comer em bons restaurantes ou restaurantes da moda, ou simplesmente comer fora de casa o máximo possível, não precisar cozinhar, tudo isso dá status ao sujeito, faz com que ele se sinta incluído. Os shoppings centers são os novos templos de adoração.

O sujeito contemporâneo tornou-se escravo do próprio desejo de liberdade e autonomia. Os shoppings centers ficam lotados de adultos,

jovens e crianças, é uma forma de aprisionamento em grades que protegem. Num mundo de possibilidades, o sujeito vê-se confinado, domado dentro da escassez provocada pelo excesso (BELLINI, 2002, p. 105).

E, na verdade, para estar incluído e para ser reconhecido como alguém importante nesta sociedade, ou para ser reconhecido como cidadão, as pessoas precisam consumir, até mesmo os valores da sociedade de hoje passam a ser objetos de consumo.

Insatisfação, compulsão, criação de novas necessidades desejo de obtenção de lucro são os pilares para a construção e desenvolvimento da sociedade de consumo. Quanto maior for a posse de bens de um indivíduo, maior será seu prestígio social. Deste modo, a sociedade de consumo tem como lógica a criação de novas necessidades que se traduzem na criação de novos bens de consumo (PIETRACOLLA, 1989, p.37-38).

Hoje, a sociedade compra imagens, imagens de gente perfeita: bonita, magra, rica, etc. Todos almejam ser iguais às imagens vinculadas pela mídia e ditas como perfeitas. E, para ficar magra e bonita, é preciso ir à academia, fazer massagem, usar cremes, tomar vitaminas e/ou medicamentos, comprar roupas sempre novas, entre outras coisas. Além da saúde, o que importa é a aparência. Mas para se sentir incluído, ao mesmo tempo você precisa frequentar restaurantes e comer, festas e comer, comprar as comidas que estão na televisão e comer, frequentar a lanchonete que é o “*point*” do momento e comer. A alimentação também é um mercado de consumo poderoso, em torno do qual giram milhões, gerando altos lucros para os empresários deste ramo. Ingerir tudo que é despejado pela mídia como sendo bom, entupir nossos estômagos e nossas cabeças com comidas e desejos de consumo que são, muitas vezes, inatingíveis para que assim, possamos estar socialmente incluídos e aceitos.

A cada dia, a alimentação distancia-se da função de necessidade básica para tornar-se fonte de prazer minimizando as frustrações do dia-a-dia. Como reflexo desta situação, acompanhamos o crescimento dos casos de obesidade entre a população (SANTOS, 2007, p. 30).

O consumismo é uma realidade da sociedade atual e está associado à obesidade no sentido de que a mídia vende uma imagem de corpo perfeito. No entanto, ao mesmo tempo vende produtos cada vez menos naturais, menos saudáveis, cheios de gordura e prejudiciais à saúde, o chamado *fast food*⁶. E a mídia ajuda a vender esses alimentos, ricos em gorduras, como solução para a falta de tempo de preparar uma refeição saudável. As pessoas compram a imagem do corpo perfeito, compram *fast food* e ao mesmo tempo compram uma série de medicamentos, cremes, tratamentos, massagens para emagrecer e chegar ao corpo perfeito. É uma cadeia de consumo em que as pessoas são levadas a comprar e comprar. Isso tudo leva a uma série de sentimentos e enfrentamentos difíceis de serem respondidos. Situações essas que podem resultar em dificuldades financeiras, endividamento, exclusão, problemas de saúde físicos e mentais, etc.

O excesso de peso, na maioria das vezes, está ligado ao excesso de comida e o círculo cruel que se cria é que a pessoa obesa sente-se desajustada, o que a deixa com a autoestima fragilizada, desiludida e frustrada e busca na comida o consolo, gerando, assim, uma grande contradição. Entendemos contradição como:

[...] lei fundamental da dialética a interpenetração dos contrários, ou seja, a unidade e a luta dos contrários. Assim, pode-se entender melhor a contradição, se os termos que lhe são contraditórios não forem identificados como dois positivos contrários ou opostos, mas como dois predicados contraditórios do mesmo sujeito, os quais só existem negando um ao outro (CHAUÍ, 2002 apud LEWGOY, 2007, p. 132).

⁶ Traduzindo literalmente do inglês, *fast* quer dizer rápido e *food*, comida. Nomenclatura utilizada nos Estados Unidos, Brasil e em vários outros países para designar o conceito de comidas e lanches que são preparados de forma rápida e em um intervalo de tempo curto por grandes empresas especializadas nesse ramo. Normalmente, é aplicado a pizzas, sanduíches, pastéis, entre outros, além de ser considerado rico em gorduras, açúcares e outros elementos prejudiciais à saúde.

Entender a contradição neste caso é entender que a mesma sociedade que induz ao consumo é a que discrimina aquele que consome alimentos em excesso. Ainda que entendamos que neste processo também estejam presentes as categorias cotidiano, historicidade e mediação, estamos nos detendo na explicação da referida contradição. A comida está associada ao prazer, felicidade e bem-estar, mas, contraditoriamente, quem desfruta desse prazer compulsivamente, exageradamente, é desprezado e vira chacota na sociedade. Por isso, para estar verdadeiramente bem e feliz, o sujeito precisa consumir, precisa comer sim, comprar comida sim, mas também freqüentar uma academia, comprar produtos *diet* (normalmente mais caros), fazer uso de cosméticos, etc. Ou seja, quanto mais comida, mais consumo, mais peso, mais remédio para emagrecer, mais gastos com produtos *diet*, mais cirurgia, mais consumo. Neste movimento instituído de padrões, as pessoas negam suas singularidades, negam as características que as diferenciam dos outros e o mundo se homogeneiza em corpos e rostos parecidos, todos são “Objetos estáticos, tarifados. Por me ostentar assim, tão orgulhoso. De ser não eu, mas artigo industrial” (Drummond). A perversidade deste sistema, desta cadeia de consumo, ao mesmo tempo em que cria e exige um padrão estético, cria formas de consumo que vão contra esse padrão: esta é a contradição. Em busca de encontrar um corpo ideal, as pessoas se perdem de si mesmas. “De ser não eu, mas artigo industrial, Peço que meu nome retifiquem. Já não me convém o título de homem. Meu nome novo é coisa, coisamente” (Drummond). O modelo ideal nunca é atingido, pois o Rei/mídia não permitiria. Ele perderia sua força e seu poder e isso, não raras vezes, gera um círculo vicioso.

A erotização e a valorização do corpo, frutos da sociedade de consumo, que vende beleza, magreza e juventude - tudo isto associado ao poder -, acaba de cevar as necessidades para além da comida, mas também para toda forma de consumo que significa prazer (SANTOS, 2007, p.134).

Podemos dizer, então, que a obesidade também é uma consequência, um modelo de acumulação do capital via ampliação do consumo, transformando artigos em necessidades essenciais, por meio da mídia. A obesidade é uma doença que pode ser causada pelo excesso de consumo, fragiliza, exclui e enfraquece e os sujeitos ao mesmo tempo em que potencializa para o mesmo consumo.

Quando os sujeitos não conseguem obter o que a mídia apresenta, frustram-se e desencadeiam sentimentos que podem deixar sérias marcas. Todos querem ficar bem, ficar bonitos. Mas o que é mesmo ser bonito?

Durante o processo de estágio, não foram poucas as vezes em que nos deparamos com falas que expressavam essa relação entre obesidade, consumo e mídia. E sempre que parávamos para refletir, vinha em mente a perversidade deste sistema no qual estamos inseridos, reproduzindo certos padrões e conceitos. É a lógica do capital, do lucro, da acumulação. É em função disso que existe a equação 'mídia + consumo', para manter este sistema em que tudo é descartável, tudo sai de moda. Para, assim, todos considerarem necessário estar consumindo mais, comprando mais.

O consumo se torna alienado quando passa a ser um fim em si e não um meio, criando dessa forma desejos nunca satisfeitos, um sempre querer mais, um poço sem fundo. A ânsia do consumo perde toda relação com as necessidades reais, o que faz com que as pessoas gastem sempre mais do que têm (ARANHA, 2003. p. 48).

Conforme os trabalhadores/usuários expressam, a obesidade exerce um importante papel dentro da lógica do consumo e, de certa forma, conforme exemplificado no texto, também fruto deste sistema. Seguem fragmentos dos desabafos extraídos do diário de campo de 26/09/2008:

Fiona - "Eu sempre tive vontade de entrar na Variedades ou na Departamentos e comprar roupas para mim. Mas nunca pude! Lá não tem roupa para gordo, só para gente magra. Aí eu fico olhando as propagandas das roupas na TV e penso: Que linda! Aí logo vem uma

tristeza porque me lembro que não vou poder comprar, não existe roupa com o meu tamanho lá.”

Rapunzel - “Quando eu olho as novelas eu vejo como eu sou feia. Porque que eu não tenho aquele corpinho como as atrizes?! Eu queria ser como elas!”

São exemplos de falas de vários relatos que mostram como o consumir é importante para as pessoas e a decepção expressa nos seus rostos por não comprar aquilo que a mídia veicula, por serem gordos e também o quanto gastam para tentar emagrecer ou para se “encaixar” em um padrão de corpo, de aparência imposta hoje. É uma cadeia de consumos que a mídia veicula e o resultado é pesado. Pesado em vários sentidos, pois para todos é difícil encarar e resistir aos ditames da moda. Pesado, também, porque, se consumirmos tudo que nos é apresentado, em termos de alimentação e bebidas, certamente a balança vai mostrar um resultado de peso. Pesado ainda para o bolso, já que, para estar no padrão de beleza, precisamos consumir todos os outros produtos que nos fazem emagrecer, ou manter o peso saudável. Também sentimos o peso de não ter condições financeiras de manter tudo isso. E, finalmente, também pesado porque carregamos o pesado fardo de estarmos sempre correndo atrás do padrão de beleza imposto, da moda que sempre muda, da beleza que nos é apresentada pela mídia. Certamente ‘mídia + consumo’ é uma equação que tem como resultado o “peso”.

Para trabalhar com estas questões é essencial reconhecer o papel do Serviço Social nesta equação. Muitas vezes, durante o estágio, questionamo-nos, buscamos responder, entender e reconhecer esse papel. Buscamos as respostas, então, no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais de 1993. Entendemos que trabalhar com ética é ultrapassar o olhar individual e passar para o coletivo. Se muitas pessoas estão obesas e o número de obesos é cada vez maior, estamos trabalhando com um problema coletivo, uma expressão da questão social. Os sujeitos não podem ficar submissos e calados, condicionados ao que dita a moda e o Serviço Social precisa intervir nessa realidade.

Privilegiando a noção de sujeito social, o serviço social volta sua intervenção na perspectiva do fortalecimento dos sujeitos, no resgate da autoestima, autonomia e cidadania (SANTOS, 2007, p. 21).

Trabalhando com usuários obesos, percebemos a necessidade de propor políticas voltadas à prevenção, inclusive observando melhor os apelos da mídia. Trabalhar a informação e apresentar formas adequadas de tratamento é essencial para reduzir o número de casos de obesidade. Destacamos que resolver a questão da obesidade como doença pode ser diminuir os casos de obesidade, porém, diminuir a discriminação, o estigma que a obesidade representa, precisa de outros tipos de abordagem e entendimento por parte dos usuários obesos, dos profissionais das diferentes áreas que trabalham com esses usuários e com a comunidade em geral.

O Serviço Social tem um importante papel na escuta dessas falas, fazer “sucessivas aproximações desta realidade”, poder desvendar essa realidade, interpretando as falas dos trabalhadores/usuários e percebendo que gera determinadas situações. Só assim podemos fazer uma intervenção, trabalhar compartilhando experiências de outras áreas e reconhecer como objeto de intervenção uma temática, não tememos em dizer, difícil de ser trabalhada, dada a sua complexidade, mas possível de ser desvendada e trabalhada, tendo como norte o Código de Ética, o Projeto Ético-Político do Serviço Social e a garantia dos direitos dos usuários, inclusive o direito a liberdade. Só é verdadeiramente livre aquele que vê, entende, interpreta sua realidade com autonomia. Segundo Cattani (1997, p.27), "autonomia remete a uma vasta gama de valores e de experiências sociais, que tem como centro o princípio de livre determinação do indivíduo". E assim, só é verdadeiramente livre, aquele que pode escolher o caminho que vai seguir, com muita informação e conhecimento sobre o que se passa consigo e com o que lhe rodeia.

1.3 OBESIDADE: O DEDO GORDO QUE EXCLUI, FERRE E IMOBILIZA

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em estudo realizado com a população brasileira entre os anos de 2002 e 2003, constatou que cerca de 38,8 milhões (40%) das pessoas avaliadas apresentaram sobrepeso; destas, 10,5 milhões foram consideradas obesas. A Região Sul do país foi a que se destacou, pois, 45% da população residente nesta área apresentou excesso de peso e 12,6% apresentou obesidade. Segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (ABESO), 13% das mulheres e 8% dos homens brasileiros apresentam índices de obesidade e cerca de 40% das pessoas apresentam sobrepeso.

O percentual de obesos passou de 11,4% em 2006 para 12,9% em 2007 entre os brasileiros. Os dados são da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)⁷, realizada pelo Ministério da Saúde (MS).

O critério das pesquisas para considerar que alguém está acima do peso é o de índice de massa corporal (IMC): igual ou superior a 25, é chamado de pessoa com sobrepeso. A designação de obeso, segundo o padrão internacional, é para aquele que tem IMC igual ou maior do que 30. A OMS afirma que a obesidade é, atualmente, uma epidemia em muitos países, inclusive no Brasil.

A estimativa é que as doenças decorrentes da obesidade provoquem cerca de 80 mil mortes por ano no país. Entre os problemas de saúde que podem ocorrer com a obesidade estão: hipertensão arterial, arteriosclerose, insuficiência cardíaca; diabetes tipo 2, gota, síndrome de insuficiência respiratória do obeso, apnéia de sono (ressonar), embolismo pulmonar; infertilidade, carcinomas, hérnias, entre muitos outros.

⁷ O VIGITEL tem como objetivo monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, por meio de entrevistas telefônicas realizadas em amostras probabilísticas da população adulta residente em domicílios servidos por linhas fixas de telefone em cada cidade (BRASIL, 2008c).

Esta realidade apresentada pelas pesquisas pode ser comprovada dentro da ECT. Os trabalhadores/usuários da empresa representam uma particularidade deste todo que é a sociedade e refletem aspectos desta totalidade. Dados obtidos na Semana da Saúde da ECT, em abril de 2002, indicaram que, dos 187 funcionários que responderam ao questionário sobre saúde, 45% estavam com excesso de peso e 13% com obesidade. Outras pesquisas e avaliações nutricionais foram realizadas após esta data e confirmaram os dados.

A obesidade compromete de forma acentuada a saúde do indivíduo e influencia em sua qualidade de vida, bem como na produtividade no trabalho. O conceito qualidade de vida:

[...] está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o auto-cuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. O conceito de qualidade de vida, portanto, varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo (NOGUEIRA DE ALMEIDA; LOUREIRO; SANTOS, 2001).

A complexidade do tema é enfatizada por Volker (2009, p. 112): “Tecer idéias sobre a qualidade de vida remete ao campo que vai para além do binômio saúde-doença. Alicerça-se na capacidade de criação da humanidade na riqueza de seus atributos mais vitais”.

A obesidade acarreta múltiplas e graves consequências para a saúde⁸ de trabalhadores/usuários da ECT, e desencadeia uma série de impactos sociais. Por isso a importância de se fazer um trabalho voltado para o entendimento da temática obesidade. Os fatores que levam um sujeito a se tornar obeso são complexos e podem ter origem genética, metabólica, ambiental e comportamental.

⁸ A OMS define *saúde* não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (OMS, 2008).

A obesidade é uma doença psicossomática, de caráter crônico, com determinantes genéticos, neuroendócrinos, metabólicos, dietéticos, ambientais, sociais, familiares e psicológicos. É definida como excesso de gordura corporal, com maior prevalência nas mulheres, abrangendo todas as faixas etárias e níveis sócio-econômicos e culturais (BARROS, 1997, p. 97).

A obesidade é uma expressão da questão social por estar vinculada a vários aspectos da sociedade contemporânea que a determinam, como: o consumismo, o preconceito, a exclusão e as dificuldades financeiras, sendo que muitos tratamentos não são acessíveis aos indivíduos com sobrepeso. Esses fatores influenciam na vida social dos sujeitos, trazendo à tona questões que irão rebater diretamente nos sujeitos obesos, como: a exclusão, o isolamento, a não aceitação de si mesmo, baixa autoestima, vergonha, medo, tristeza, entre outros. Constatamos essas expressões nos trabalhadores/usuários da ECT e em seus dependentes, nas falas, nas lágrimas, nas queixas, durante os atendimentos, entrevistas, encontros realizados pelo Serviço Social. Referiam serem “ansiosos”, “depressivos”, “não gostarem de seu corpo”, “se sentirem cansados”, “estar com a saúde comprometida por algum problema relacionado à obesidade” e “não conseguirem desempenhar suas funções de trabalho devido ao peso” e tudo isso com comprometimento na qualidade de vida, conforme fala da trabalhadora/usuária:

Cininho - “...eu sou carteira e tenho um distrito bem grande que preciso entregar as correspondências. Então, por causa do meu peso eu não consigo caminhar rápido, tenho esporão nos pés e muitas dores nas pernas. Aí eu preciso caminhar devagar, não consigo caminhar rápido porque me dói tudo e me sinto muito cansada. Assim, acabo me atrasando e não consigo entregar tudo no tempo certo. Isso me deixa ainda mais ansiosa e preocupada, porque não estou fazendo o meu trabalho do jeito certo e no tempo que preciso” (Diário de campo de 23/05/2008).

A obesidade provoca alterações psicossociais e dificuldades socioeconômicas: discriminação laboral e social, isolamento social, depressão e perda de autoestima, acirrando problemas cotidianos, econômicos, sociais e

afetivos que comprometem a qualidade de vida pela configuração da obesidade e pelos múltiplos fatores que ela envolve. Percebemos a importância de trabalhar em equipe multidisciplinar, não trabalhando apenas o físico, mas também o emocional, psíquico e social do sujeito atendido, pois a obesidade não é:

[...] uma síndrome ligada a uma única especialidade. É um problema que deve ser tratado por todos os profissionais das áreas médicas e áreas afins, uma vez que apresenta comprometimentos relacionados não só com a endocrinologia, a cardiologia e a ginecologia, mas também com a psiquiatria, na medida em que o obeso pode desenvolver doenças mentais e precisa aprender a enfrentar mais preconceitos e a lidar com as dificuldades psicológicas e sociais que o cercam (CORDÁS, 2009).

A obesidade já se tornou um problema de saúde pública e por isso requer Políticas Públicas para tratá-la. Como ainda não temos respostas do Estado com relação a políticas específicas sobre essa temática, cabe a nós, coletivamente, exigir e participar da elaboração/execução de políticas. Por estar em consonância com os objetivos da empresa, pela preocupação com a saúde e qualidade de vida do trabalhador/usuário, essa demanda também vai ao encontro do objetivo do Serviço Social na empresa. Nessa perspectiva, desenvolvemos o Projeto de Intervenção “Obesidade: Conhecendo e Enfrentando esta Expressão da Questão Social”.

Desta forma, por meio das “sucessivas aproximações na realidade”, dos trabalhadores/usuários, da empresa, fomos construindo nosso trabalho simultaneamente à construção de um saber profissional através da intervenção. Construção esta que continua em processo, constantemente. Foi nesta perspectiva que iniciamos, em junho de 2008, o projeto de intervenção do qual falaremos posteriormente.

2 ERA UMA VEZ... APRESENTANDO O REINADO: EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS

Neste capítulo falamos da história da instituição, sua missão, visão valores e como a empresa está estruturada em vários âmbitos para, assim, se concretizar em um mercado cada vez mais competitivo. Desta forma, apresentamos aqui as interfaces institucionais, as políticas públicas que perpassam a instituição e como o Serviço Social se apresenta e interage nesta realidade.

2.1 A HISTÓRIA DO REINO ECT

Em nosso processo de aprendizagem no estágio I, começamos com uma tarefa muito significativa, que é a elaboração da análise institucional, entendida como o estudo das relações sociais com ênfase na instituição. Para Guirado (1987, p.25), “Análise Institucional é forma [...] de compreender e intervir em grupos e organizações, trazida, [...] como uma maneira singular de entender o que são as relações instituídas, bem como uma forma de trabalhá-las ou agir sobre elas.” É uma tarefa significativa, porque é a partir da análise que tudo começa, é a partir dela que podemos nos aproximar das demandas institucionais, das demandas dos trabalhadores/usuários, conhecendo e desvelando o que estava posto no cotidiano de estágio.

A presente análise está amparada no Método Dialético Materialista Histórico, o qual enfatiza ver no material (fatores econômicos e técnicos) a explicação da história, levando em consideração que caracteriza o homem de maneira fundamental, é a forma como ele conhece, entende suas condições de existência. E utiliza as categorias totalidade, contradição, historicidade, trabalho, mediação e cotidiano para iluminar a nossa leitura da realidade e,

conseqüentemente, nossa prática. Tais categorias serão explicadas e exemplificadas ao longo do trabalho.

O materialismo histórico é a teoria que aplica os princípios do materialismo dialético ao campo da história. Como o próprio nome indica, é a explicação da história por fatores materiais, ou seja, econômicos e técnicos. [...] embora possamos tentar compreender e definir o ser humano pela consciência, pela linguagem, pela religião, o que fundamentalmente o caracteriza é a forma pela qual reproduz suas condições de existência (ARANHA, 2003, p. 265).

Pudemos nos aproximar e reconhecer as particularidades da instituição, tendo compreensão que essas particularidades fazem parte de uma totalidade de um contexto social amplo. A presente análise teve um enfoque no objeto de trabalho do Serviço Social, ou seja, nas expressões da questão social e suas resistências, sendo que a questão social é definida como:

[...] conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura [...] sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem (IAMAMOTTO 2001, p. 27 e 28).

A organização onde realizamos os estágios I e II é a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT), empresa pública, com capital sendo 100% do governo federal. Identificamos que, apesar de ser uma empresa estatal, é caracterizada como uma instituição de Segundo Setor, pois tem fins privados. O Segundo Setor é a iniciativa privada que tem como objetivo final o lucro. É caracterizado, principalmente, por empresas que geram empregos e fomentam a economia. O foco institucional, o objetivo teleológico da ECT, é a **comunicação**, ou seja, prestar serviços de correios com excelência e inovação e visando o lucro para manter sua sustentabilidade. A ECT é, portanto, uma empresa pública com fins privados. Sua sede nacional fica localizada em Brasília.

Reverendo os aspectos históricos da instituição, lembramos que a história postal do Brasil tem início em 1500, na ocasião do descobrimento, com a primeira correspondência oficial ligada ao país: a carta escrita por Pero Vaz de Caminha, enviada ao Rei de Portugal. A história dos Correios no Brasil tem início em 25 de janeiro de 1663, com a prestação de serviços postais. Com o desenvolvimento do Brasil, verifica-se a necessidade de reorganizar o serviço postal de forma mais moderna. Então, em 20 de março de 1969, pela Lei nº 509, cria-se a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, como empresa pública vinculada ao Ministério das Comunicações (ECT, 2009). Mais informações sobre os dados históricos da Instituição podem ser acessados no site www.correios.com.br.

Hoje, a ECT tem cerca de 108 mil empregados. Destes, 7.850 estão no Rio Grande do Sul, na Diretoria Regional do Rio Grande do Sul (DR/RS). Esses empregados ingressam na ECT por meio de concurso público, e são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), Decreto-Lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943; e os cargos de chefia são indicados pelo diretor da Regional. Os objetivos estratégicos da empresa existem para traçar um caminho que vise o desenvolvimento e crescimento da ECT, de seus trabalhadores e comunidade. Os objetivos atuais são:

- 1-Econômico Financeiro - Garantir o crescimento econômico sustentável;
- 2-Cliente e Mercado - Atender às necessidades dos clientes e aumentar a participação da ECT no mercado;
- 3-Responsabilidade Social - Aumentar a percepção da sociedade em relação à atuação da ECT como empresa socialmente responsável;
- 4-Processos Internos - Obter os padrões de qualidade e produtividade requeridos pelas partes interessadas;
- 5-Pessoas - Ter as pessoas satisfeitas e com as competências requeridas;
- 6-Ambiente Organizacional - Gerir a ECT orientada para a excelência empresarial (ECT Plano Estratégico, 2008).

A ECT tem como missão: “Facilitar as relações pessoais e empresariais mediante a oferta de serviços de correios com ética, competitividade, lucratividade e responsabilidade social”. E como visão: “Ser reconhecida pela excelência e inovação na prestação de serviços de correios” (ECT, 2009).

Com relação aos objetivos, observamos que o Serviço Social tem sua ação incidindo em todos eles e, essencialmente, ao objetivo número 5, que se refere aos trabalhadores/usuários, às pessoas. Os programas desenvolvidos pelo Serviço Social têm como foco “ter pessoas satisfeitas e com as competências requeridas”. Certamente os objetivos, principalmente este, relacionado às pessoas, também estão ligados à produtividade da empresa, pois, se a empresa tiver trabalhadores/usuários satisfeitos, saudáveis, estes produzirão mais, aumentando o lucro da empresa, a mais-valia, entendida como:

[...] a forma específica que assume a exploração sobre o capitalismo, a *differentia specifica* do modo de produção capitalista, em que o excedente toma a forma de LUCRO e a exploração resulta do fato da classe trabalhadora produzir um produto líquido que pode ser vendido por mais do que ela recebe como salário. Lucro e salário são formas específicas que o trabalho excedente e o trabalho necessário assumem quando empregados pelo capital (BOTTOMORE, 2001, p.227).

O Serviço Social é requisitado pela empresa para desenvolver projetos e programas que trabalhem com o clima organizacional, o absenteísmo, as condições físicas do ambiente de trabalho e do trabalhador, entre outros aspectos, ou seja, com as expressões da questão social, conforme veremos posteriormente.

Em uma perspectiva que vai além da comunicação, a ECT oferece a prestação de serviços financeiros nas agências dos Correios, os Bancos Postais⁹, que vêm se constituindo em uma importante contribuição para a inserção

⁹ Conjunto dos Serviços Financeiros Postais, que inclui os Serviços Financeiros Postais convencionais e outros serviços financeiros correlatos prestados pelos Correios. O objetivo é levar serviços bancários básicos à população e promover inclusão social aos desprovidos de atendimento bancário (ECT, 2009).

bancária de muitas pessoas que, até poucos anos, não tinham acesso aos serviços bancários. Com a criação do Banco Postal, a ECT conseguiu atingir milhares de pequenas comunidades onde, anteriormente, as pessoas tinham que se deslocar para uma cidade vizinha para realizar uma simples operação bancária. Agora tudo poder ser feito na própria cidade onde moram, em uma agência dos Correios.

A empresa possui uma vertente social, realiza uma função importante de integração social e entende que isso é indispensável para o desenvolvimento do país. E, com sua modernização, oferece soluções em serviços de correios para atender as necessidades de comunicação de empresas e instituições, em um mercado que se torna mais competitivo a cada dia.

Os principais produtos e serviços que a ECT disponibiliza aos seus clientes, sendo todos pagos, são: filatelia/selos, aerogramas, caixas de encomendas, envelopes de Sedex, cartas, telegramas, cartão postal, pagamentos e recebimentos diversos, Sedex, malotes, encomendas, entre outros. Além desses serviços, a ECT também presta serviços à comunidade, sempre engajada nas campanhas do governo: entrega de livros didáticos para escolas, transporte das urnas na época de eleição, confecção e entrega do Cadastro de Pessoa Física (CPF), participação e engajamento em campanhas de órgãos públicos como Agência Nacional de Saúde, prefeituras, Ministério da Saúde, entre outros (ECT, 2009).

A ECT, por ser uma empresa pública Federal, tem esse caráter e interesse de atender e ser acessível a toda população brasileira. Por isso, existem agências até mesmo nos lugarejos mais afastados do Brasil, para prestar atendimento às pessoas que vivem em cidades muito afastadas e que, muitas vezes, não dispõem de uma agência bancária. Talvez, se a ECT fosse uma empresa privada, com interesses voltados somente para o mercado, não estaria presente em lugares tão remotos, que não representam um lucro significativo para a empresa. Mas, por ser uma empresa pública, apesar de também ter o lucro como objetivo, a ECT e o governo levam acesso à comunicação e pagamento de benefícios a todos os recantos do país.

Os atores sociais da ECT são seus trabalhadores, familiares, diretores, clientes e toda a comunidade atingida pelas ações sociais em que a empresa está envolvida (distribuição de livros didáticos, Papai Noel dos Correios, aposentados e pensionistas que recebem seus salários nas agências dos Correios, entre outros). Daremos continuidade ao trabalho discutindo e problematizando questões relacionadas à empresa.

2.2 ESPELHO, ESPELHO MEU: O REFLEXO DAS INTERFACES DO REINO

A empresa é o lugar onde as pessoas trabalham e produzem, transformam uma determinada matéria-prima em produto e o fruto desse trabalho é o salário. Salário este que proporciona o sustento da família e que proporciona ao sujeito estar inserido no mundo capitalista, mundo de consumo, estabelecer relações com outros sujeitos, entre outras coisas. Aí destacamos a centralidade da categoria trabalho na vida dos sujeitos, pois é através do trabalho que o sujeito se relaciona com a sociedade, com os outros sujeitos e com o mundo, produzindo, transformando as relações sociais e sustentando o modelo de sociedade capitalista vigente hoje. Para Barroco (2003, p. 26), o trabalho:

[...] não é obra de um indivíduo, mas da cooperação entre os homens; só se objetiva socialmente, de modo determinado; responde a necessidades sócio-históricas, produz formas de interação humana como a linguagem, as representações e os costumes que compõem a cultura.

Portanto, adensando conhecimento à categoria trabalho, aprendemos que o trabalho na ECT é a forma como seus trabalhadores/usuários se sustentam, mas é também uma forma de expressão, de criação, de manifestação de suas potencialidades e possibilita aos trabalhadores/usuários um lugar em que buscam garantir a saúde, através do plano de saúde, e buscam mais qualidade

de vida para eles e seus dependentes, se inserindo em um dos projetos da instituição. Também por meio do trabalho podem apreender sua realidade, entender suas necessidades e formas de satisfazê-las, construir suas próprias histórias de vida.

Por ser capaz de agir racionalmente, o homem pode conhecer a realidade, de modo a apreender sua própria existência como produto de sua práxis; a totalidade pode ser reproduzida e compreendida teoricamente; transforma suas necessidades e formas de satisfação em novas perguntas; autoconstrói-se como um ser de projetos; torna-se autoconsciente, como sujeito construtor de si mesmo e da história, autoconstrução dos próprios homens, em sua relação recíproca com a natureza (BARROCO, 2003, p. 27).

Temos clareza de que a realidade posta na ECT é a realidade do mercado de trabalho hoje, e que a ECT é como um reflexo de muitas outras empresas que utilizam o mesmo referencial de mercado e de forma de tratar seus “recursos humanos”. Cabe ao Serviço Social apreender o que está obscurecido pela imagem, o que está nebuloso ou encoberto, ou seja, decifrar a realidade posta e ter uma atitude investigativa do cotidiano para propor novas alternativas de trabalho nesta realidade, pois, conforme Iamamoto:

A poli valência, a terceirização, a subcontratação, a queda de padrão salarial, a ampliação de contratos de trabalho temporários, o desemprego são dimensões constitutivas da própria feição do Serviço Social e não uma realidade alheia e externa, que afeta “os outros” (IAMAMOTO, 2001, p.48 e 49).

A empresa, portanto, se preocupa com a qualidade de vida do trabalhador/usuário porque entende que seu trabalhador/usuário estando bem de saúde, estando feliz e conseguindo ter uma boa qualidade de vida, vai ser também um cidadão cumpridor de seus deveres, ajudando a construir um país

melhor (palavras do diretor de RH da DR/RS RS10 em reunião com os trabalhadores/usuários em março de 2008). Consideramos que, principalmente, a empresa precisa da colaboração deste trabalhador/usuário, que ele esteja bem física e emocionalmente para render mais e atingir o objetivo maior da empresa, o fim maior da ECT, que é prestar serviços de comunicação escrita e entrega de encomendas. Neste ponto percebemos a contradição, pois, se o trabalhador/usuário estiver obeso e com as doenças associadas à obesidade ou ainda com problemas familiares, por exemplo, ele não conseguirá fazer com que o Sedex chegue ao seu destino no horário marcado. Desta forma, a empresa perde competitividade, confiabilidade e pode perder o cliente, o que implica diretamente nos lucros da empresa. Então, o trabalhador/usuário precisa estar em condições de saúde para que esse Sedex seja entregue corretamente. Este é o motivo pelo qual, não só a ECT, mas tantas empresas hoje investem em Recursos Humanos e em políticas de saúde e qualidade de vida para seus trabalhadores/usuários. Refletindo sobre a realidade, embasados pela categoria totalidade, compreendemos a realidade como um todo, não no sentido de conhecer todos os fatos ou juntá-los, mas de compreendê-los através da conexão e interdependência existentes entre os fenômenos, assim:

A realidade é sempre mais rica do que o conhecimento que a gente tem dela. Há sempre algo que escapa às nossas sínteses; isso, porém, não nos dispensa do esforço de elaborar sínteses, se quisermos entender melhor a nossa realidade. A síntese é a visão de conjunto que permite ao homem descobrir a estrutura significativa da realidade com que se defronta, numa situação dada. E é essa estrutura significativa – que a visão de conjunto proporciona – que é chamada de totalidade (KONDER, 1981, p. 37).

Diante disso, percebemos que este investimento em qualidade de vida do trabalhador/usuário, pelas empresas, atualmente faz parte de uma tendência e exigência do mercado para garantir a competitividade para as empresas, inclusive

¹⁰ Nomenclatura designada pela ECT para referenciar sua Diretoria Regional do Rio Grande do Sul

para a ECT. Em um primeiro momento pensamos que só existe uma empresa de Correios no Brasil e, de fato, a ECT é a única referência de Correios que a maioria das pessoas conhece e tem acesso, mas não é a única a prestar serviços postais hoje.

A ECT têm hoje fortes concorrentes, inclusive algumas multinacionais. São empresas que também prestam serviços de entrega de encomendas e que representam concorrência acirrada com a ECT. A Fedex é uma multinacional que concorre diretamente com a ECT, isso devido ao fato de estar inserida em um país de fronteiras abertas, mercado consumidor com crescimento acentuado e inserido em um mundo globalizado. Por isso toda a preocupação em desempenhar sua finalidade maior, que é a comunicação, e buscar atingir a missão da empresa: “Facilitar as relações pessoais e empresariais mediante a oferta de serviços... Com lucratividade” (ECT, 2009). E facilitar esta comunicação entre as pessoas, que é o negócio da empresa, está cada vez mais difícil dada a concorrência e as dificuldades de mercado, o que implica, por parte da empresa, investimento na saúde dos recursos humanos, para que tenham saúde e desempenhem o trabalho com eficácia, qualidade e produtividade. Talvez, essa também seja uma das razões pelas quais a ECT vem incentivando ações que visem a melhora da saúde e qualidade de vida de seus trabalhadores/usuários. Isso porque, hoje, uma das maiores preocupações das organizações é como elaborar produtos melhores no menor tempo possível, a chamada produtividade e qualidade total que tantos lucros trazem para a empresa, independentemente do custo que isso tenha para o trabalhador/usuário.

[...] os precursores da moderna teoria das organizações passam agora a reconhecê-la como um sistema social integrante de um sistema maior, que é a sociedade. [...] A preocupação fundamental das organizações é como produzir melhor, como realizar melhor suas funções (SOUZA, 1995, p. 44).

Entendendo que o estilo de vida produz diferenças na saúde e nas formas de produção das pessoas é possível entender também o porquê do investimento

das empresas na qualidade de vida e saúde de seus trabalhadores, melhorando, com isso, seus índices de lucratividade.

Durante o período de nosso estágio na ECT, não foi possível visualizar ou reconhecer parcerias com Conselhos de Direitos, organizações não-governamentais (ONGs) ou movimentos sociais. Percebemos neste ponto um recuo, pois essas parcerias poderiam existir e ajudariam a viabilizar uma série de benefícios para os trabalhadores/usuários e a comunidade em geral. O problema é que, muitas vezes, esbarra nos interesses da empresa, que podem ser contrários aos interesses dos movimentos sociais, por exemplo.

Uma potencialidade a destacar é com relação ao sindicato dos trabalhadores/usuários da ECT. No período do estágio, ocorreram duas greves da categoria carteiros, que reivindicavam melhores salários e mais segurança no exercício profissional, já que muitos carteiros sofrem assaltos durante o expediente. Ocorre que os carteiros estão inseridos em um contexto violento, que é a atual conjuntura brasileira, e são assaltados. As pessoas que cometem esses delitos estão em busca de talões de cheque e cartões de crédito que a empresa entrega aos clientes dos bancos, tornando esses profissionais alvos fáceis para assaltos. A mobilização da greve reivindicava mais segurança e revisão da forma de entrega das mercadorias. Essas questões chamam atenção sobre as condições de trabalho dos carteiros, aos riscos durante a jornada de trabalho, gerando medo, insegurança, desencadeando stress e outros transtornos mentais.

O sindicato, então, se destacou nesta luta e juntamente com os trabalhadores realizou acordo com a empresa e atingiu o objetivo da greve: revisão das condições de entrega de produtos bancários e até escolta policial quando necessário, além de um adicional de risco na remuneração. Consideramos, portanto, um avanço nas condições de trabalho e também um avanço para os clientes, pois diminui o risco de extravio de produtos bancários, o que pode gerar muitos transtornos para os clientes dos bancos e para os bancos. Porém, a solução foi pontual para a empresa, mas não gerou nenhum questionamento ou impacto na sociedade em geral, que segue sofrendo com a insegurança que é impulsionada pelo aumento da pobreza e exclusão.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS NA INSTITUIÇÃO: FÁBULA OU REALIDADE?

Antes da Constituição de 1988, a saúde no Brasil era um benefício previdenciário. Só quem trabalhava no mercado formal e contribuía tinha direito; quem não contribuía precisava buscar serviços de saúde pagos na forma de assistência médica ou uma ação de misericórdia que era oferecida à parcela da população que não tinha acesso à previdência pelo mercado formal de trabalho ou recursos para pagar por serviços médicos. Em meados de 1970, o Movimento de Reforma Sanitária se organiza, propondo uma nova concepção de saúde pública para o conjunto da sociedade brasileira, incluindo a saúde do trabalhador.

Se observa que, até a Constituição Federal (1988), a história da Política de saúde demonstra que as pessoas que não tinham atividades de trabalho contratuais, restava-lhes a medicina popular, exercida comumente por benzedeiros, curandeiros ou ainda as Santa Casa de Misericórdia, onde era predominante o tratamento de pobres ou indigentes. Isto é, os cidadãos que não produzissem, que não estivessem inseridos no mercado de trabalho eram merecedores de favores (VOLKER, 2009, p. 89).

A partir do Movimento da Reforma Sanitária, qual “tem uma importância significativa na construção da atual Política de Saúde, sendo um movimento organizado e que representou uma ruptura sobre como se conhecia saúde” (VOLKER, 2009, p. 90), é que identificamos mudanças no sistema de saúde, vindo a culminar no Sistema Único de Saúde (SUS)¹¹, que tem como princípios básicos a universalidade – todo o brasileiro tem direito de acesso às ações e serviços de saúde; equidade –, direito a assistência em saúde para todos os

¹¹ Sistema Único de Saúde “é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração direta ou indireta e das Fundações mantidas pelo poder público e complementarmente pela iniciativa privada”, Lei Federal 8.080/90 (BRASIL, 1990).

brasileiros sem preconceito, discriminação e privilégios; integralidade – visa garantir todas as ações e serviços necessários para promoção, proteção, tratamento e reabilitação da saúde e gratuidade – visa garantir que todos os serviços de saúde sejam prestados, pelo poder público ou entidade contratada pelo governo de forma gratuita (BRASIL, 2008c).

Essas transformações na concepção de saúde e no sistema de saúde são conquistas do povo brasileiro e, portanto, incidem na forma de acessá-los.

[...] a saúde assume a condição de função pública, a partir da definição de suas ações e serviços como sendo de relevância pública, reafirmando as prerrogativas do Poder Público na sua regulação, fiscalização e controle (FLEURY, 1997, apud VOLKER, 2009, p 103).

A partir da Constituição de 1988, a saúde tornou-se "um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas". A Constituição Federal, em seus artigos 196 ao 200, título VIII – da ordem social; capítulo II – Seção II, da saúde- dispõe sobre a saúde e fala do SUS. Segundo a Constituição Brasileira de 1988, sobre o Sistema Único de Saúde, diz que: “[...] A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde – SUS, em caráter complementar” (BRASIL, 1990), portanto o SUS perpassa a instituição, regulando o plano de saúde da ECT e estando compatível com políticas de promoção à saúde que a empresa disponibiliza.

A ECT fornece aos seus trabalhadores/usuários e dependentes plano de saúde e odontológico, auxílio creche, auxílio para transporte e tratamento para filhos dos funcionários com necessidades especiais, programa de previdência, vale-alimentação e vale-transporte. Devido a esses benefícios, poucas vezes são acionadas políticas sociais públicas, mas as políticas públicas mais presentes na instituição são a Política Nacional de Saúde e Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST)¹². Existem também programas que articulam as políticas e

¹² Em vigor desde 2004, a PNST do Ministério da Saúde tem diretrizes descritas na portaria nº 1.125 de 06 de setembro de 2005 (BRASIL, 2005).

estão dentro da lei do SUS nº. 8080, como: Programa Nacional sobre álcool e Antidrogas, que são utilizados na empresa. Com relação ao tripé da Seguridade Social – Previdência, Assistência e Saúde –, o mais acionado é a previdência (auxílio doença e aposentadoria – INSS).

Segundo o Portal da Saúde do Ministério da Saúde, a Saúde do Trabalhador é uma área da Saúde Pública que prevê o estudo, a prevenção, a assistência e a vigilância aos agravos à saúde, relacionados ao trabalho. Faz parte do direito universal à saúde, e a execução de suas ações é um campo de atuação do SUS. A Lei 8080/90, com relação à saúde do trabalhador, estabelece que:

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...] (BRASIL, 1990).

Com relação à Política Nacional de Saúde do Trabalhador, a legislação perpassa a instituição na medida em que projetos como o Dependência Química e Obesidade (desenvolvidos pelo Serviço Social) trabalham com áreas ligadas diretamente à saúde do trabalhador e fazem parte do direito universal à saúde. A execução de suas ações é de competência do SUS, mas, no caso da ECT, a própria empresa dispõe de programas e projetos, como os citados anteriormente e suas ações ficam, então, de responsabilidade da empresa. As ações que dizem respeito à área médica, o plano de saúde dos Correios é quem atende, pois a ECT dispõe de plano de saúde próprio para seus funcionários e dependentes, que é considerado pelo governo brasileiro como saúde complementar e responde a todas as regras de saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)¹³,

¹³ A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais – inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país. Lei 9.961/2000 - criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e definiu a sua finalidade,

assim como os demais planos de saúde particulares do país. A ECT está engajada em campanhas nacionais da ANS, divulga as campanhas e trabalha as temáticas e campanhas nacionais como aleitamento materno, parto normal, prevenção e combate à dengue, entre outras.

2.4 O SERVIÇO SOCIAL NO REINO ECT

A implantação do Serviço Social na DR/RS se deu em 28 de novembro de 1977, com a contratação de uma assistente social. Depois foram implantados os programas sociais, por meio do Manual de Serviço Social – módulo 17 –, encaminhado pela área de Serviço Social de Brasília. O Serviço Social na ECT surge em meio à Ditadura Militar¹⁴ e sua finalidade corresponde à finalidade do Serviço Social na época de seu surgimento. Ele surge como forma estratégica e deveria contribuir com as políticas de controle da época.

Na construção de nosso entendimento e apropriação sobre a empresa, somos amparados pela categoria historicidade, que potencializa nossa articulação da história do sujeito ou instituição, com as relações sociais em um nível mais amplo. Percebemos que historicidade é a história em movimento, que a história, a criação, o surgimento do Serviço Social dentro da ECT não é diferente da história, do surgimento do Serviço Social. Esta profissão surgiu baseada em ideias positivistas, para “adequar” o sujeito à sociedade e para mediar conflitos entre a classe trabalhadora ou explorada e o capital. O positivismo pregava:

estrutura, atribuições, sua receita, a vinculação ao Ministério da Saúde e a sua natureza (BRASIL, 2008a).

¹⁴ Podemos definir a Ditadura Militar como sendo o período da política brasileira em que os militares governaram o Brasil. Esta época vai de 1964 a 1985. Caracterizou-se pela falta de democracia, supressão de direitos constitucionais, censura, perseguição política e repressão aos que eram contra o regime militar (SUAPESQUISA, 2008)

[...] a cientifização do pensamento e do estudo humanos, visando a obtenção de resultados claros, objetivos e completamente corretos. Augusto Conte (1798- 1857) é geralmente reconhecido como o fundador do Positivismo ou “filosofia positivista”. [...] Conte estava comprometido com um modelo de explicação baseado numa “lei geral”, segundo o qual a explicação é simétrica com a previsão. A previsibilidade dos fenômenos é, por sua vez, uma condição para estabelecer o controle sobre eles, e é isso que torna possível o emprego da ciência na tecnologia e na engenharia (BOTTMORE, 2001, p. 290).

Na ECT, não foi muito diferente. Criado em uma empresa pública em meio à Ditadura, o Serviço Social também foi um meio de controle dos trabalhadores/usuários, um meio de tentar satisfazer algumas necessidades dos trabalhadores e mediar as relações de conflito entre empregados e donos dos meios de produção. A finalidade do Serviço Social era como mantenedor dos interesses do capital, de acordo com Iamamoto:

O Serviço Social sempre foi chamado pelas empresas para eliminar focos de tensões sociais, criar um comportamento produtivo da força de trabalho, contribuindo para reduzir o absenteísmo, viabilizar benefícios sociais, atuar em relações humanas na esfera do trabalho. [...] Para assegurar a qualidade do produto é necessário a adesão do trabalhador às metas empresariais da produtividade, da competitividade (IAMAMOTO, 2001, p.47).

Mas, se a história do Serviço Social na ECT é a mesma história do Serviço Social brasileiro na sua origem, também é a mesma nas transformações preconizadas no movimento de ruptura do conservadorismo.

A introdução da análise do pensamento conservador no Serviço Social é também fruto do conjunto da produção do início dos anos 80, calcada na literatura da Sociologia e da Psicologia social. A preocupação era decifrar criticamente o universo cultural do qual o Serviço Social é caudatário, indicando elementos que permitam elucidar o modo de pensar que informou decisivamente a profissão ao longo de sua trajetória (IAMAMOTO, 2008, p. 263).

O Serviço Social da ECT já avançou muito e é possível perceber nos profissionais, hoje, uma consciência social que reconhece as demandas sociais, ainda que as contradições estejam sempre presentes também nos processos de trabalho desses profissionais. O assistente social hoje é desafiado a todo o momento e a realidade por sua diversidade e dinâmica impõem um perfil diferenciado, corroborando o afirmado por Iamamoto (2008, p. 193) “[...] requisita um perfil profissional culto, crítico e capaz de formular, recriar e avaliar propostas que apontem para a progressiva democratização das relações sociais”.

Um profissional que não tenha dúvidas quanto a valores que são fundamentais para o ser humano, conforme Iamamoto (2008, p. 193). “Exigi-se, para tanto, compromisso ético-político com valores democráticos e competências teórico-metodológicas na teoria crítica em sua lógica de explicação da vida social.” Também um profissional que não tome a realidade como dada, mas faça dela um objeto de investigação, podendo, assim, segundo Iamamoto (2008, p. 193), “decifrar as situações particulares com que se defronta o assistente social no seu trabalho, de modo a conectá-las aos processos sociais macroscópicos que as geram e as modificam”. Enfim, um profissional que saiba ser, conhecer e fazer, um profissional:

[...] versado no instrumental técnico-operativo, capaz de potencializar as ações nos níveis de assessoria, planejamento, negociação, pesquisa e ação direta, estimuladora da participação dos sujeitos sociais nas decisões que lhes dizem respeito, na defesa de seus direitos e no acesso aos meios de exercê-los (IAMAMOTO, 2008, p. 193).

Na ECT, a área de Serviço Social e Cidadania tem como objetivo promover ações sócio-educativas e subsidiar os gestores na condução das expressões das questões sociais, no âmbito da sua equipe, com vistas a criar um ambiente organizacional favorável à motivação e ao comprometimento das pessoas com a excelência do trabalho. As ações da área de Serviço Social têm como princípios norteadores: o respeito à pessoa humana e aos valores morais e éticos, bem como manutenção do sigilo profissional. A Seção de Serviço Social e

Benefícios tem como usuários os trabalhadores da ECT de todos os níveis e seus familiares (Manual de Pessoal ECT – módulo 17-2006).

O Assistente Social deve trabalhar, respeitando a Lei de Regulamentação da Profissão – Lei 8662/93 – e o Código de Ética Profissional, desenvolvendo uma prática comprometida com a profissão, com a classe trabalhadora, com os objetivos da empresa e as demandas dos trabalhadores/usuários, ou seja, promovendo elementos que contemplem o Projeto Ético Político do Serviço Social, que tem em seu núcleo:

[...] o reconhecimento da liberdade como valor central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. [...] se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero. [...] tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional (NETTO, 2006, p. 155).

Respeitando sempre a liberdade, a autonomia dos usuários, esclarecendo as possibilidades e conseqüências de suas tomadas de decisão. O Serviço Social é, então, uma profissão que atua no campo das políticas sociais, com uma prática que visa à expansão e garantia de direitos constitucionais.

Em especial, o projeto prioriza uma nova relação com os usuários dos serviços oferecidos pelos assistentes sociais: é seu componente elementar o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, aí incluída a publicidade dos recursos institucionais, instrumento indispensável para a sua democratização e universalização e, sobretudo, para abrir as decisões institucionais à participação dos usuários (NETTO, 2006, p. 156).

Diversas expressões da questão social são identificadas como demanda do Serviço Social na ECT e frequentemente são demandas dos

trabalhadores/usuários e algumas delas são demandas da própria empresa para a Seção de Serviço Social e Benefícios. Conforme Baptista (2001, p. 113):

[...] por um lado, a *instituição tem o monopólio do objeto e dos recursos institucionais*, se é ela que define o significado objetivo do papel do profissional e a expectativa que existe com relação a ele, por outro lado, *é o modo particular, subjetivo, como o profissional elabora a sua situação na instituição estabelecendo sua própria ordem de relevâncias, que vai dar o sentido do seu trabalho.*

Desta forma, reconhecemos na instituição várias demandas, tanto de um lado quanto do outro, ou seja, tanto dos trabalhadores/usuários e seus familiares quanto da empresa. Entre as demandas dos trabalhadores/usuários, as que mais emergem são: saúde mental, dependência química, obesidade, acidentes de trabalho, doenças relacionadas ao trabalho, questões de relacionamento interpessoal, violência doméstica, riscos no trabalho, sobrecarga de trabalho, conflitos familiares, problemas financeiros, necessidades especiais (filhos de empregados com necessidades especiais), encaminhamentos para recursos/benefícios internos (da empresa) ou recursos da comunidade.

Outras demandas para o Serviço Social são demandas da empresa, por exemplo: reduzir o alto índice de absenteísmo, diminuir a obesidade e dependência química, conflito interpessoal, reduzir sequelas dos assaltos durante o trabalho, entre outras. Percebemos, então, que muitas demandas da empresa são as mesmas dos trabalhadores/usuários e, com o trabalho das assistentes sociais e estagiárias, essas demandas dos trabalhadores/usuários se transformam em demandas reconhecidas pela empresa. Baptista consegue explicitar o trabalho do assistente social sendo tomado por essas demandas e diz que o profissional se faz, fazendo: “Isto significa que a situação dada tem o significado de um ponto de referencia para um *processo constitutivo* da ação na instituição, que se realiza na relação intersubjetiva entre profissional/instituição/usuário” (BAPTISTA, 2001, p. 113).

Percebemos algumas demandas não contempladas pelo Serviço Social, uma vez que a empresa não disponibiliza recursos que, muitas vezes, se fazem

necessários, por exemplo, em caso de transtorno mental. Quem possui algum transtorno mental e não está vinculado a projetos como dependência química ou obesidade, não tinha direito a acompanhamento psiquiátrico pelo plano de saúde da empresa. Esses trabalhadores/usuários, portadores de transtorno mental, precisavam recorrer ao SUS para conseguir atendimento. Com as mudanças ocorridas ultimamente nos planos de saúde com relação a coberturas de algumas especialidades, uma delas foi a inclusão de acompanhamento psiquiátrico como direito para todos os usuários de planos de saúde. Acompanhamos, durante o estágio, esta mudança no plano de saúde da empresa (Correiossaúde) para ver se esse direito dos trabalhadores/usuários e dependentes estava sendo efetivado, e foi percebido um esforço por parte da empresa para se adaptar à nova legislação e suprir o que antes era uma demanda reprimida.

O exercício profissional exige, portanto, um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e atribuições profissionais (IAMAMOTO, 2008, p. 171).

Não devemos pensar que a solução e a melhoria de atendimento de saúde para os usuários seja ampliar o sistema privado de saúde, pois sabemos que, hoje, há uma disputa de mercado entre o SUS e os planos de saúde privados. Mas, sim, devemos trabalhar para efetivar o SUS. Porém, no caso da ECT, como a empresa oferece o plano privado para os empregados, é papel do assistente social da empresa trabalhar na efetivação deste plano, conforme as normativas legais, efetivando, assim, o direito ao acesso de certas especialidades médicas aos trabalhadores/usuários que contribuem para acessar este direito quando necessário. Podemos aqui suscitar a discussão deste “direito” do trabalhador/usuário. Consideramos que ele tem direito de acessar a saúde por meio do plano de saúde da empresa porque ele paga para conseguir acessar esse direito, mas, então, poderíamos indagar que: se é um direito, por que ele paga? Então deixa de ser um direito se o trabalhador não paga? Concluímos que a saúde é um direito e que se paga por ela. Mas então não é um direito, pois se

não paga é excluído de acessar a saúde através da empresa. Desta forma, consideramos importante destacar que o acesso aos serviços oferecidos pela empresa é um benefício e não um direito, na visão da empresa. O direito se faz, de fato, quando existe a garantia do Estado em prestar assistência a saúde, garantido por lei e efetivado via políticas públicas, com acesso de todos.

O Serviço Social não disponibiliza de recursos materiais para os usuários, então procura estabelecer contato com recursos da comunidade para o encaminhamento de trabalhadores/usuários e seus dependentes. Por exemplo, em casos de enchentes, incêndios de residências, entre outras situações, o Serviço Social não dispõe de recursos materiais ou financeiros para colaborar na reconstrução das casas, compra de novos utensílios domésticos ou roupas. Nesses casos, os trabalhadores/usuários precisam acessar recursos da comunidade, prefeituras, órgãos de assistência, já que a empresa não disponibiliza desses recursos. Portanto, nessas situações, os trabalhadores/usuários são encaminhados para a rede, normalmente para serviços oferecidos pelo Estado ou por recursos da comunidade, organizações não-governamentais, etc. Com o devido acompanhamento do Serviço Social, pois o trabalho em redes pressupõe:

[...] uma atividade aberta e flexível, que se estende ou se reduz e muda nas suas formas de ação de acordo com o movimento que lhe é dado pelos atores envolvidos, redefinindo-se dialeticamente sua missão, suas estratégias, suas táticas e suas operações (FALEIROS, 1999, p. 181).

Normalmente, os trabalhadores/usuários se dirigem até o Serviço Social para buscar recursos materiais, assistenciais, este tipo de recurso que a empresa não disponibiliza. E não disponibiliza por não ser este o objetivo da empresa. A ECT tem como foco de atuação promover a comunicação escrita entre as pessoas e empresas, e não cabe a ela fornecer assistência aos trabalhadores/usuários. É dever do Estado prover e garantir ao cidadão o que

está na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica da Assistência (LOAS) e no Sistema Único de Assistência Social (SUAS)¹⁵.

¹⁵ LOAS e SUAS disponíveis para consulta em <[http://: www.mds.gov.br](http://www.mds.gov.br)>. Acesso em 17 de junho de 2008.

3 EM BUSCA DO REINO ENCANTADO... A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O ingresso, o início da vivência de estágio curricular é um momento muito importante em uma formação profissional. O estágio foi um momento único, permeado de desafios e que pode ser considerado como o momento de tomada de decisão entre ser ou não assistente social. E a decisão foi sim: eu quero ser uma assistente social! E uma assistente social competente!

Aqui apresentamos o projeto de intervenção desenvolvido durante o estágio na ECT. Posteriormente, refletimos acerca dos resultados alcançados com o projeto de intervenção e da prática do Serviço Social nesta realidade. E, como príncipes e heróis, enfrentamos dragões, bruxas e vilões em forma de limites institucionais, preconceitos, estigmas, etc.

3.1 A TRAJETÓRIA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Durante estágio na ECT, sempre guiados pelo Código de Ética Profissional e orientados pelas dimensões da profissão, fomos nos aproximando do cotidiano institucional e das demandas do campo de estágio. Assim, a partir da análise institucional, elaboramos um projeto de intervenção social que contribuiu para efetivar a prática profissional na ECT, para vislumbrar novos horizontes e buscar conhecer e/ou transformar o “Reino Encantado” através da intervenção. O estágio participou de forma efetiva para a formação profissional, através de lutas, conquistas, dificuldades, desafios, superações e frustrações que fazem parte de um processo de formação, assim como a frustração dos moradores do “País dos Dedos Gordos”, que tanto lutaram para ter seus dedos engrossados e depois se deram conta de que só a grossura do dedo não lhes garantia a almejada felicidade e sucesso. É preciso muito mais para ser feliz (ou muito menos). Assim

como é preciso muito mais apreensões da realidade para ter uma intervenção efetiva.

Hoje, na elaboração deste trabalho de conclusão, é tempo de refletir sobre a prática de estágio e o projeto de intervenção, organizar a experiência, traduzi-la em um trabalho científico escrito. E, assim, rever a trajetória de aprendizagem, a incorporação e construção de conhecimentos, sendo o estágio o campo fértil para experimentar nossa potencialidade como profissional em formação.

O momento era de intervenção, tínhamos um foco que era o objeto de intervenção do Serviço Social. Este objeto, pensar sobre ele, identificá-lo em sua singularidade, naquele campo, remetia às competências teóricas e técnicas do Serviço Social, requeria postura ética para entender e reconhecer os variados projetos societários existentes hoje e optar por um em consonância com o Projeto-Ético Político da profissão. Primando pela democracia, por Políticas Públicas condizentes à realidade e defesa dos direitos sociais e políticos dos usuários, visamos uma ordem societária, mais justa e igualitária, com trabalhadores/usuários informados, autônomos e fortalecidos para enfrentar e transformar sua realidade social.

Como a sociedade é atravessada por projetos sociais distintos – projeto de classes para a sociedade – cria o terreno sócio-histórico para a construção de projetos profissionais também diversos, indissociáveis dos projetos mais amplos para a sociedade. Tem-se, portanto, a presença de forças sociais e políticas reais – não mera ilusão – que permitem à categoria profissional no sentido de reforçar interesses de classe subalternas, alvo prioritário das ações profissionais (IAMAMOTO, 2008, p. 25).

Desta forma a origem do projeto de intervenção se deu após sucessivas aproximações com os usuários no cotidiano institucional, identificando o processo de sofrimento e discriminação que esses trabalhadores/usuários vivenciavam e que foi expressa nos atendimentos individuais, além das análises de dados de pesquisas realizadas com os trabalhadores/usuários da ECT sobre obesidade.

Tivemos o cuidado de levar o projeto para discussão com as chefias, equipe do Serviço Social, pois é necessário considerar que:

Sendo a profissão atravessada por relações de poder, dispõe de um caráter essencialmente político, o que não decorre apenas das intenções pessoais do assistente social, mas dos condicionantes histórico-sociais dos contextos em que se insere e atua (IAMAMOTO, 2008, P. 25).

Na época do ingresso em estágio na ECT, a empresa já dispunha de um projeto de prevenção e tratamento da obesidade que atendia trabalhadores/usuários e dependentes em nível estadual, o qual será melhor explicitado mais tarde. A demanda apresentada no campo de estágio para ser trabalhada, dentro deste projeto já existente, foi a obesidade e suas influências na saúde do trabalhador da ECT e de seus familiares. Conforme já justificado neste trabalho, a eleição dessa demanda foi feita a partir do índice de obesidade e sobrepeso constatado nos trabalhadores/usuários da ECT.

Diante da demanda, iniciamos uma aproximação com os usuários a fim de investigar o que originava tal realidade, qual a importância e o impacto na vida desses usuários, tentando entendê-la em todas as suas dimensões: que consequências desencadeadas pela obesidade se transformam em expressões da questão social, reconhecendo, assim, as demandas dos trabalhadores/usuários. E, desta maneira, considerando todos esses aspectos, dimensões e impactos, elaboramos o projeto de intervenção. No semestre subsequente pudemos re-elaborar o objeto de intervenção e, então, adensar o nosso projeto.

O projeto está articulado com um Projeto Regional, já desenvolvido pelo Serviço Social e Nutrição da ECT, desde 2004, com a temática da Obesidade, o qual disponibiliza aos seus participantes apoio no tratamento e na prevenção da obesidade. Para fazer parte do projeto, o trabalhador e/ou dependente procura voluntariamente, ou por indicação médica (médicos da área de saúde da empresa), o Serviço Social e faz seu ingresso no Projeto através da assinatura de um termo de compromisso que tem por finalidade, além de pegar os dados do

participante do projeto, expor a ele seus direitos e deveres com relação ao Projeto. A partir daí, o trabalhador/usuário, seja ele empregado ou dependente, passa a ter direito a fazer consultas e acompanhamentos com profissionais especializados na temática obesidade (médicos, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas). Todos esses encaminhamentos ocorrem por meio da rede credenciada ao plano de saúde da empresa. Esse plano é descontado mensalmente do salário dos trabalhadores/usuários e, além dessas consultas, o usuário é acompanhado pelo Serviço Social da ECT, através de atendimentos individuais periódicos. Esses atendimentos têm como objetivo socializar informações sobre direitos e como acessá-los, verificar as mudanças e impactos que o projeto gera na vida dos trabalhadores/usuários, desenvolvendo uma prática reflexiva em que o usuário participa ativamente,

[...] entendemos por prática reflexiva uma prática que, envolvendo dois sujeitos sociais- usuário/profissional –, contribua na politização das demandas apresentadas ao Serviço Social, ao socializar informações necessárias e fundamentais quando da viabilização dessas demandas, na busca da superação da práxis cotidiana, a partir de sua análise, desvendamento, explicação, interpretação, fortalecendo os envolvidos no processo enquanto sujeitos políticos coletivos (VASCONCELOS, 1997, p.179).

Articulado ao Projeto de Prevenção e Tratamento da Obesidade, desenvolvemos o projeto de intervenção, que tinha como objetivo geral: desenvolver estratégias de enfrentamento das expressões da questão social relacionadas à obesidade, tendo em vista o fortalecimento, a autonomia e a promoção da qualidade de vida dos usuários obesos. Fortalecimento no sentido de que o sujeito sinta-se forte por ter conhecimentos e seja capaz de produzir mudanças em sua vida e transformações sociais. Esse processo se dá através do conhecimento, da informação e da clareza e garantia dos direitos. Segundo Faleiros:

O fortalecimento do sujeito na prática profissional significa a intervenção na capitalização do sujeito, enquanto enriquecimento da vida individual/coletivamente para que se possa enfrentar essa condição de perda do poder, de perda de “capitais”, de patrimônios afetivos, familiares, culturais, econômicos, para enfrentar as mudanças de relações/trajetórias de vida, no tempo histórico e social desta sociedade determinada (FALEIROS, 2001, P.23).

Com os objetivos específicos pretendíamos: disseminar informações / conhecimentos aos usuários com relação à temática da obesidade; viabilizar um espaço individual e coletivo, de reflexão e de compartilhamento de informações sobre as implicações da obesidade na vida do usuário obeso; incentivar a motivação para mudança nos hábitos alimentares e estilo de vida do usuário obeso; verificar se o usuário está conseguindo perder e manter seu peso saudável e quais os impactos em sua vida.

Os beneficiários diretos do projeto foram os trabalhadores/usuários da ECT e seus dependentes, lotados em Porto Alegre ou Grande Porto Alegre, que fizessem parte do Projeto de Prevenção e Tratamento da Obesidade. O critério de inclusão era que os usuários já estivessem inseridos no Projeto de Prevenção e Tratamento da Obesidade e continuassem com seus acompanhamentos médicos e nutricionais, pois o projeto de intervenção só teria viabilidade se os usuários estivessem vinculados ao Projeto Obesidade para acessarem a rede credenciada para atendimento (nutricionista, psicólogo e psiquiatra). Sabemos que as empresas e, portanto, a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, é beneficiada indiretamente, na medida em que seus trabalhadores e dependentes diminuem seu peso e o número de doenças associadas ao excesso de peso, contribuindo, assim, para reduzir o número de absenteísmo no trabalho, reduzir o número de intervenções médicas e cirúrgicas realizadas, bem como os custos do plano de saúde da ECT.

3.2 O PROJETO DE INTERVENÇÃO: DO SONHO À REALIDADE

Conforme observado no texto, a obesidade já é um problema de saúde pública, portanto, precisa ser tratada com programas e projetos voltados para a transformação das relações sociais, e de acesso a todos e, como uma expressão da questão social, requer o trabalho do assistente social o qual:

[...] situa-se na divisão capitalista do trabalho, que cria novas necessidades sociais, transforma as relações sociais, a moral, os costumes, a religião, a organização familiar, o lazer, etc. Afeta todo o modo de vida e de trabalho da sociedade (IAMAMOTO, 1997 p.75).

Com a preocupação de não intervir apenas nas consequências, mas intervir na perspectiva da promoção de saúde, um dos objetivos da intervenção estava voltado para a prevenção, no sentido de informar a população usuária sobre a obesidade e todas as suas implicações, seja na saúde ou na vida pessoal, social e profissional dos trabalhadores/usuários obesos, e também a motivação dos usuários para aderir ao tratamento proposto pelo Projeto de Prevenção e Tratamento da Obesidade, oferecido pela empresa. Essa motivação poderia ser gerada através de informação, esclarecimentos de dúvidas, reflexão, propósito de mudança, melhora da autoestima, do encontro e compartilhamento com os em igual situação, entre outros aspectos, justificando, assim, o projeto de intervenção. O Serviço Social, nesta perspectiva, passa a atuar no planejamento de projetos também de prevenção e combate ao preconceito contra obesidade, disponibilizando informações das mais variadas sobre os riscos a que estão expostos e sobre seus direitos e as possibilidades de controle e cura da obesidade:

[...] merece atenção a socialização de informações enquanto uma das atividades profissionais exercidas pelo assistente social. Ela não se reduz ao mero repasse de dados sobre as normas e recursos legais; é

uma informação transmitida na ótica do direito social, em que os sujeitos individuais ou coletivos são reconhecidos em suas necessidades coletivas e demandas legítimas, considerando a realidade macrosocial de que eles são parte e expressão (IAMAMAOTO, 2008, p.427).

Contribuindo, assim, para um entendimento mais apropriado sobre obesidade, tanto dos trabalhadores/usuários quanto de suas chefias, colegas, familiares, entre outros; desmitificando que “[...] a obesidade é fruto somente de maus hábitos alimentares e de descontrole, mas que surge de interesses sociais contraditórios, das relações de poder presentes na sociedade” (FELIPPE, 2001, p. 237).

A proposta metodológica de trabalho para alcançar os objetivos foi realizar atendimentos individuais, encontros e/ou oficinas mensais, entrevistas, aplicação de questionário (Apêndice A) e observação, com os trabalhadores/usuários participantes do Programa de Prevenção e Tratamento da Obesidade lotados (que trabalham) em Porto Alegre ou Grande Porto Alegre. Essas podem ser consideradas as técnicas e instrumentais utilizadas na intervenção.

Concebemos instrumental como o conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional. [...] O instrumental é, por excelência, uma categoria relacional, uma instância de passagem que permite que se realize a trajetória que vai da concepção da ação à sua operacionalização, incluindo-se aí o momento da avaliação (MARTINELLI e KOUMROUYAN, 1994, p. 137).

Os atendimentos individuais, oficinas, palestras e discussões foram sobre temas diversos, como: nutrição, autoestima, consumismo, preconceito, exclusão de pessoas obesas, saúde relacionada à obesidade, importância do apoio familiar, entre outros. Também realizávamos divulgação mensal de pequenas notas no Boletim Informativo da empresa sobre o projeto e a temática da obesidade. Com isso, buscávamos atingir outros trabalhadores/usuários, que não estivessem vinculados ao nosso projeto. A adesão ao projeto era voluntária e os convites se davam por meio de boletins informativos da empresa (que tem sua

divulgação on-line), e-mail, cartas e cartazes. O grupo não era fechado, nem se caracterizava por ser grupo terapêutico, mas eram encontros informativos, oficinas e o tema era sugerido/extraído das avaliações da oficina anterior, o que também tinha a função de motivá-los a vir no encontro seguinte. Então, considerando o tema proposto, optava-se por uma oficina, buscando, com isso, tornar os encontros interessantes para os participantes, estimulando o retorno. Consideramos o instrumental aqui utilizado como sendo oficinas.

Oficina é um trabalho estruturado com grupos, independentemente do número de encontros, sendo focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, em um contexto social. A elaboração que se busca na Oficina não se restringe a uma reflexão racional, mas envolve os sujeitos de maneira integral, formas de pensar, sentir e agir (AFONSO, 2006, p. 9).

É importante, porém, destacar que o formato/dinâmica da oficina seguinte não era discutido com o grupo, apenas o tema era. Por sugestão deles, nós decidíamos conforme as possibilidades institucionais e nossas como seria a dinâmica da oficina posterior. Alguns participantes compareceram em todas as oficinas, enquanto outros apresentavam ausências em determinados oficinas, mas retornavam em outras e sempre tínhamos novas presenças. Dessa forma, através do conjunto de técnicas e instrumentos utilizados na intervenção, tentamos fazer um movimento dialético entre as entrevistas, atendimentos individuais, oficinas e atendimentos clínicos (consultas com nutricionista, psicólogo, psiquiatra). Consideramos dialético por estarem articulados entre si, um complementando o outro de forma a fazer um movimento espiral, que através de mediações ia e vinha com patamares diferentes. Os usuários, em cada atendimento, em cada oficina, se mostravam mais informados, mais conscientes sobre as implicações da obesidade em sua saúde e, à medida que a participação crescia nas oficinas, atendimentos e nas consultas, crescia também a apropriação sobre as implicações da obesidade nas suas vidas e as possibilidades de mudanças vislumbradas por meio da intervenção. Naquele momento, a participação do público do projeto era avaliada por nós desta forma, apesar de

hoje levantarmos algumas considerações acerca da nossa intervenção, conforme será demonstrado posteriormente.

A metodologia do Projeto foi elaborada em fases e foram executadas conforme segue abaixo:

- 1ª Fase - junho de 2008, realizadas duas reuniões com a supervisora de campo (também chefe da equipe de Serviço Social na ECT) e equipe do Projeto de Prevenção e Tratamento da Obesidade (nutricionista do projeto e duas estagiárias de nutrição), quando apresentamos o projeto de intervenção e discutimos o mesmo. O projeto foi bem recebido e apoiado pela equipe.

-2ª Fase - Realizadas reuniões com a assistente social supervisora de campo e com a profissional de Nutrição para a escolha e definição das temáticas a serem trabalhadas nas oficinas. Nessas reuniões, eram escolhidos os palestrantes, oficineiros, assuntos a serem tratados, a dinâmica das oficinas e das palestras, levando em consideração as sugestões trazidas pelos usuários ao longo do projeto, que eram registradas em um formulário de papel preenchido pelos trabalhadores/usuários. Pelo cronograma do projeto, essas reuniões deveriam ser mensais. No entanto, em decorrência de tempo e de incompatibilidade de horários, conforme será explicitado posteriormente, em alguns meses elas não aconteceram. Programávamos as oficinas e passávamos as informações para os demais da equipe. As oficinas eram realizadas no auditório da empresa, localizado no prédio sede da mesma, no Centro de Porto Alegre.

- 3ª Fase - Teve início no final de julho de 2008, quando começaram as oficinas com o público beneficiário.

- 1º Oficina: Tema: “Conversando sobre Obesidade”.

Esta oficina contou com 25 participantes, todos já inseridos no Projeto de Prevenção e Tratamento da Obesidade da empresa. Abordamos, de maneira geral, sobre obesidade, os riscos para a saúde, os fatores que a desencadeiam e as comorbidades e fenômenos que são desencadeados quando o usuário já se encontra na situação de obeso.

Apresentamos a equipe do projeto ao grupo, bem como a proposta de trabalho a ser desenvolvido com eles. Todos concordaram com a proposta e se

mostraram interessados pelo tema e também aproveitaram o espaço para elogiar o projeto da empresa e a equipe que o vinha desenvolvendo. A equipe verbalizou sentir-se muito gratificada com os elogios dos participantes da oficina sobre a importância do programa para eles, suas famílias e a empresa. Por ser a primeira oficina, foi importante conhecermos os participantes e que eles nos conhecessem, assim como também toda a equipe, para sentir e perceber quais suas impressões, demandas, principais dúvidas e dificuldades com relação à obesidade.

Avaliação: Os participantes saíram da oficina entusiasmados e, pelo o que foi observado e pela avaliação respondida ao final da oficina, motivados a continuar no projeto e satisfeitos com o encontro, pois tiveram espaço para falar, compartilhar dificuldades, dúvidas e conquistas. Foi um espaço produtivo e motivador para continuar no desenvolvimento do Projeto de Intervenção. Abaixo alguns fragmentos registrados durante a oficina e na avaliação respondida, ao final da mesma, que demonstram seus sentimentos com relação ao programa:

Príncipe Encantado: “- Posso falar com certeza que depois que entrei no programa minha vida está mudando. Comecei a fazer as consultas com a nutricionista e toda minha família está mudando, está mais saudável. Hoje nossa alimentação é bem diferente do que era antes e me sinto muito melhor. Perdi peso e, sem dúvida nenhuma, quero continuar e melhorar tudo que posso ainda melhorar! Com o projeto, que foi apresentado para a gente hoje, a gente poderá melhorar, será mais um motivo para continuar no programa”.

Neste depoimento, percebemos a motivação para continuar no projeto e melhorar os hábitos alimentares de toda a família e, assim, buscar também a melhora na sua saúde, no trabalho, entre outros. A motivação é muito importante dentro do projeto, pois, sem ela, dificilmente o trabalhador/usuário irá aderir ao tratamento. Estando motivado, ele terá um propósito de mudança de seus hábitos alimentares e estilo de vida. Essas mudanças, no momento em que o usuário passar a se alimentar de forma mais saudável, incorporar exercícios físicos no seu cotidiano, dedicar seu tempo livre para atividades diferentes, mas tão

prazerosas quanto o comer, tudo isso contribuirá para uma melhor qualidade de vida e, principalmente, para uma maior autoestima, para uma autovalorização.

Motivado e acreditando em si mesmo, o cliente ganha energia para novos ou antigos empreendimentos, ganha ainda confiança, segurança e posicionamento. Tudo isso o faz não só romper com o estigma já aceito como também promover mudanças rumo a seus objetivos de vida, nas relações profissionais na melhoria das relações familiares, afetivas e sociais, no desenvolvimento pessoal, no tratamento de sua saúde física e mental ou de sua qualidade de vida em geral (FELIPPE, 2001, p. 242).

Com o depoimento que segue, percebemos o quanto o compartilhamento de informações, de dados, de vivências, é importante para que o trabalhador/usuário possa refletir sobre seus atos, sobre sua vida, sua saúde, entre outras coisas. Quanto ao projeto, foi referido que através do encontro se aprende coisas e se pode refletir, fortalecer, ter mais autonomia e discernimento na hora de fazer escolhas.

Cinderela: “- Eu queria dizer que estou muito satisfeita com o encontro de hoje porque eu pude ouvir várias coisas que eu não sabia. Apreendi muito e quero continuar no projeto até atingir meu objetivo.”

Nos depoimentos seguintes percebemos novamente o quanto a informação é importante para proporcionar acesso e reconhecimento de direitos, aqui no caso, direito de, ao participar do projeto, consultar com psicólogo, nutricionista, ainda que esses direitos também expressem a contradição de que as condições de trabalho que adoecem também são as que permitem a criação de formas de enfrentamento. O investimento da empresa no trabalhador é reconhecido por eles, como no depoimento da Branca de Neve, mas é importante refletirmos que, nesse depoimento, também está expressa a contradição de agradecer ao ambiente que a fez adoecer.

Branca de Neve: “- Eu queria dar os parabéns para vocês da equipe, porque este programa é excelente! A empresa também está de parabéns por apoiar a iniciativa de vocês e assim nos dar a chance de a gente ficar mais saudáveis. Com certeza não faltarei nos próximos encontros”.

Shreck: “-Eu vou sair daqui mais consciente do que posso usufruir com o programa, dos direitos que eu tenho, e queria dizer que este programa é uma ótima chance que temos para mudar e melhorar várias coisas na nossa vida. E muito obrigada à equipe! Só acho que a empresa poderia disponibilizar mais tempo para podermos fazer mais atividades que contribuam para nossa melhora”.

Também podemos ressaltar que a oficina é um espaço de participação, uma vez que o trabalhador/usuário pode, além de reconhecer seus direitos, buscar informações e dar sugestões, mostrando quais são as suas demandas e o que considera importante de ser trabalhado. Isso é uma forma de participação, entendendo participação como:

[...] processo existencial concreto, se produz na dinâmica da sociedade e se expressa na própria realidade cotidiana dos diversos segmentos da população. Estimular o avanço desse processo implica ter compreensão clara sobre ele e também sobre a própria realidade social na qual se processa (SOUZA, 2004, p. 79).

Esta oficina foi avaliada pelos participantes, dos quais 23 consideraram-se muito satisfeitos; 02 satisfeitos e nenhum participante se considerou insatisfeito. Várias sugestões para as oficinas seguintes foram passadas pelos participantes, entre elas: maiores esclarecimentos sobre cirurgia de redução de estômago, palestras com profissionais da área de saúde, dicas para amenizar a ansiedade, espaço para cada um trazer suas dificuldades, continuação dos encontros, entre outras.

A partir de então o projeto seguiu seu cronograma, uma oficina/palestra mensal e atendimentos individuais com os participantes do projeto. No mês de agosto de 2008 não foi realizada oficina por sugestão da supervisora de campo, pois é mês de acordo coletivo na empresa. Neste período são realizadas muitas reuniões com os trabalhadores/usuários e muitas “paradas”.

Nas oficinas que sucederam foram trabalhados os seguintes temas:

Oficina – “Os 10 Passos para uma alimentação saudável” – Com a nossa coordenação e com a participação da estagiária de nutrição da empresa que

comandou a dinâmica utilizada nesta oficina. Objetivo: esclarecer dúvidas sobre um cardápio diário adequado, sobre as porções de cada alimento, o número de calorias de cada alimento e dúvidas sobre quantidades diárias de cada tipo de alimento. Assim, com as corretas informações sobre alimentação, os trabalhadores/usuários poderiam fazer escolhas com maior clareza com relação à alimentação e, assim, poder ter a liberdade de escolher o que e quanto comer, tendo claros os resultados dessas escolhas.

A oficina foi iniciada por nós, do Serviço Social, recebendo os participantes e dando as boas-vindas, colocando-os a vontade, demonstrando a importância de estarem presentes. Em todas as oficinas buscamos socializar as informações com clareza, explicando que a oficina fazia parte do projeto de intervenção e de uma ação maior da empresa e que eles tinham o direito de ter acesso a toda e qualquer informação para decidir sobre sua saúde, sobre sua vida, respeitando, assim, os princípios do Código de Ética, entre eles:

Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física (CFESS, 1993).

Logo depois, informamos que o encontro fazia parte do Projeto de Intervenção, sempre com a proposta de discutir um tema relacionado à obesidade. Em seguida, apresentamos a estagiária de nutrição, que foi convidada a participar da oficina. Depois da abertura, a estagiária de nutrição começou a explicar “Os 10 passos para alimentação saudável”, recomendados pelo Ministério da Saúde, e deu início às atividades da oficina. Posteriormente, os participantes foram convidados a falar, a darem suas sugestões quanto às oficinas e ao projeto. Nessas falas eles esclareceram dúvidas sobre alimentação em geral, quantidade de calorias em cada alimento, entre outras. No final foi feita uma avaliação da oficina. Conforme as avaliações e falas dos participantes, foi

um espaço produtivo e que respondeu ao objetivo proposto. A oficina é um tipo de trabalho que tem resultados positivos com este tipo de demanda, pois:

(...) usa informação e reflexão, mas se distingue de um projeto apenas pedagógico, porque trabalha também com os significados afetivos e as vivências relacionadas com o tema a ser discutido. E, embora deslanche um processo de elaboração da experiência que envolve emoções e revivências, a Oficina também se diferencia de um grupo de terapia, uma vez que se limita a um foco e não pretende a análise psíquica profunda de seus participantes (AFONSO, 2006, p. 9).

Seguem alguns exemplos das falas dos trabalhadores/usuários, registradas em nosso Diário de Campo de 19/09/2008:

Rapunzel: “- Bah!! Hoje me dei conta de umas coisas que eu nem pensava! Eu não sabia que o “caldo de galinha” tinha tanto sal! Só podia mesmo aumentar minha pressão, fora a gordura! Que loucura! Certo que agora vou cuidar mais disto quando estiver cozinhando”.

Rei Leão: “- Eu adorei esta oficina hoje! Olha só: às vezes a gente pensa que está comendo certo, por estar comendo somente fruta ou verdura, e não é assim. O certo é comer isto tudo que tu mostrou aí no cardápio e comer as quantidades certas. Gostei das dicas de como cozinhar com menos gordura!”.

Fiona: “- Eu estou com minha saúde prejudicada por causa da gordura, realmente estou sofrendo por estar assim tão gorda. Mas depois de hoje percebi que sei muito pouco sobre alimentação. Na oficina vi porque cheguei neste ponto e agora tô vendo como sair deste buraco! Eu acho que este projeto pode me ajudar muito”.

Nas falas, percebemos como a questão da obesidade influencia na saúde dos trabalhadores/usuários, que relatam dificuldades ocasionadas pela obesidade. Com o projeto eles podem ter mais informações sobre a obesidade, sobre alimentação saudável. As informações sobre alimentação compartilhadas na oficina capacitam os participantes para observarem seu cotidiano e organizarem o que pode e deve ser diferente na alimentação, perder peso e,

consequentemente, conquistar uma vida mais saudável. Segundo avaliação da oficina, os participantes consideravam-se: 15 pessoas muito satisfeitas; 05 pessoas satisfeitas e nenhuma insatisfeita. Sugestões de temas para as seguintes oficinas foram: nutrição e dicas para o dia-a-dia, mais divulgação e apoio por parte do gestor; calorias dos alimentos, exercícios e informações sobre obesidade infantil.

Para a oficina seguinte foi organizado um seminário com a temática “As Causas e Consequências da Obesidade”, com enfoque na infância e na adolescência. O tema foi decidido pela equipe do Projeto Obesidade, tentando contemplar e responder uma demanda que o projeto não atende: crianças e adolescentes, pois, para participar do Projeto Obesidade, o trabalhador ou dependente deve ter mais de 18 anos. Na nossa oficina realizada no projeto de intervenção, os trabalhadores/usuários trouxeram a temática da obesidade na infância e adolescência, mostrando a importância de atender esse público que hoje não é contemplado pelo projeto. A equipe resolveu realizar o seminário com este enfoque. Foram convidadas duas psicólogas e uma nutricionista para realizarem uma palestra, cada uma delas com um tema diferente.

A primeira palestra foi de uma nutricionista que falou sobre “Obesidade nos Ciclos da Vida”, abordando a temática da obesidade desde a gestação até a velhice. A profissional explicou as causas e consequências da obesidade nos diferentes ciclos da vida e os usuários tiveram espaço para questionamentos ao final da palestra. A segunda palestrante, uma psicóloga, abordou o tema “Transtornos Alimentares.” Foi uma palestra interessante, pois foi tratada a questão da imagem, da autoimagem e como isso, principalmente em crianças e jovens, desencadeia transtornos alimentares. Também houve espaços para questionamentos no final da palestra. Após um intervalo de 20 minutos, a palestra que seguiu foi sobre “Influência da Mídia na Obesidade Infantil”. Tendo como palestrante uma psicóloga, doutora em Serviço Social pelo PPGSS/PUCRS. Essa terceira palestra abordou o tema proposto com um diferencial, pois o profissional graduado em psicologia e com doutorado em Serviço Social pode contemplar na explanação as dificuldades, preconceitos e exclusões que crianças e adolescentes obesos enfrentam em seu cotidiano, dos impactos individuais e

sociais da obesidade. No final, os participantes tiveram a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas sobre a temática.

O seminário e as palestrantes foram muito elogiados e avaliados positivamente, assim como a importância das informações. Para alguns participantes, foi tocado em assuntos que até então ainda não tinham sido abordados e que os fizeram realmente refletir. A influência e importância da família foram muito falados na maioria das palestras, o que, de certa forma, fez com muitos pudessem dar-se conta de fatos e expressões cotidianas que influenciam muito na questão da obesidade. Isso pode ser percebido pelas perguntas feitas e pelos comentários dos participantes:

Bela Adormecida: “- Eu nunca pensei nas coisas que vocês falaram aqui hoje. Eu me dei conta que sou diretamente responsável por alguns hábitos no meu filho que eu não gosto. Eu brigo com ele por causa destes hábitos e hoje percebi que muitos deles são culpa minha. Eu vi que posso ajudá-lo e como ajudá-lo e assim me ajudar também”.

Gato de Botas: “- Achei estas palestras perfeitas, acho que caíram como uma luva sobre a gente. Por favor, palestrantes, não nos abandonem! Risos....Sério mesmo, este seminário me fez perceber por que me encontro na condição que estou hoje, assim: gordo. Lembrei da minha história de vida e entendi um monte de coisas que eu nem percebia”.

Princesa Aurora: “- Acho que além de tudo que já foi falado, tenho que dizer que as palestras foram mesmo ótimas! Muito obrigada ao projeto obesidade por nos dar esta oportunidade. É uma oportunidade para mudarmos não só os nossos hábitos errados, mas também na nossa família e ajudar não só a gente mesma, mas também nossos filhos. Acho que achei uma saída para algumas coisas que eu sozinha não encontraria”.

Nas falas acima, percebe-se que o seminário proporcionou um momento de reflexão e, mais que isso, um momento de autoconhecimento e de verificar alternativas de mudança. Com certeza, os participantes saíram mais fortalecidos e com muitas informações sobre obesidade e suas influências na vida social dos sujeitos. Esta foi uma dinâmica diferente das demais, por ser amplamente divulgada em toda a empresa, com um tempo de duração maior e com participantes diferentes, pois foi aberto para todos interessados e não somente

para os integrantes do projeto obesidade, visando atingir o objetivo de disseminar informações sobre a obesidade para gestores, colegas de trabalho, com o intuito de que essas pessoas compreendam melhor a questão da obesidade, diminuindo os preconceitos que sofrem os trabalhadores/usuários obesos. Conforme avaliação feita pelos participantes e por observação, o objetivo do seminário foi atingido, no momento em que os participantes puderam, pelo menos em parte, conhecer mais sobre a questão da obesidade na infância e adolescência. Esse seminário contou com a participação de 36 pessoas, que tiveram espaço para perguntas dirigidas aos palestrantes. De acordo com a avaliação do seminário: 22 muito satisfeitos; 10 satisfeitos e 04 insatisfeitos.

A oficina de encerramento do ano de 2008 foi a última realizada por nós, apesar de, na época, não termos essa perspectiva de interromper o estágio, conforme já explicado no início deste trabalho. A atividade foi uma oficina cujo objetivo era avaliar as atividades do projeto desenvolvido em 2008 e expectativas e projetos para 2009. A oficina foi realizada no auditório do prédio sede da empresa. Estavam presentes 15 pessoas, entre trabalhadores/usuários e dependentes. Primeiramente, fizemos a acolhida e, feito isso, explicamos a dinâmica do encontro. Depois da dinâmica, os participantes foram convidados a compartilhar suas dificuldades, expectativas e êxitos com relação ao projeto. Neste momento, muitos falaram sobre suas experiências em 2008, como estava o projeto e os impactos deste em suas vidas. Depois foi entregue para cada um deles uma avaliação sobre a oficina, na qual havia três opções de marcar, cujo resultado foi: 10 pessoas consideraram-se muito satisfeitos; 07 pessoas consideraram-se satisfeitos e ninguém considerou-se insatisfeito. Muitas falas interessantes emergiram nessa oficina, falas que demonstram as expectativas dos participantes, assim como alguns fatores que já podem ser considerados resultados do projeto de intervenção. Seguem alguns exemplos:

Príncipe Encantado: “-...eu, por exemplo, descobri que preciso dedicar mais tempo para mim. Hoje dedico muito tempo para a família, para as coisas da casa, supermercado, estas coisas. Sei que minha casa e minha família precisam de tempo e gosto de dedicar este tempo a eles, mas o problema é que estou esquecendo de mim. Ouvindo vocês

falarem, percebi que uma das coisas que posso fazer para relaxar e cuidar de mim é ouvir música. Eu adoro música e ela me ajuda a relaxar, fico menos ansioso e com isto também passo a comer menos. Música, para mim, é uma boa terapia. E só descobri isto com a ajuda de vocês, colegas, quando vocês falavam eu ficava ouvindo e me dando conta, descobrindo um monte de coisas”.

Na fala acima, assim como nas que seguem, percebemos que durante as oficinas os trabalhadores/usuários buscavam também falar de si mesmos, das suas dúvidas, dos seus conflitos, como também escutar os colegas, compartilhando experiências, expectativas e sentimentos. Sendo assim, as oficinas contribuíam também para interação entre os colegas e um melhor entendimento sobre a obesidade e o que a mesma desencadeia na vida dos sujeitos, assim como sobre seus direitos. Porém, na terceira fala aqui exemplificada, percebemos a perversidade do sistema no qual estamos incluídos e uma contradição. A usuária se mostra muito bem e feliz, contudo um dos motivos para isso é o fato de entrar em uma loja e comprar uma roupa, coisa que antes não podia fazer. Consumir mais remete à felicidade: é a tal contradição a qual nos referíamos no início deste trabalho.

Peter Pan: “-... eu penso que estou precisando de uma terapia. Acho que uma psicóloga poderia me ajudar bastante. Preciso ter com quem conversar e contar algumas coisas e trabalhar minha ansiedade. Acho que vou procurar uma psicóloga para me ajudar. Nas oficinas eu falo com vocês e quando eu falo me sinto bem melhor, mais aliviado, por isto acho que com a terapia ficarei ainda mais aliviado em falar das coisas que eu sinto, vou aproveitar o programa para isto”.

Rapunzel: “-... eu, um tempo atrás, procurei uma psicóloga e não gostei, era por outros motivos, não obesidade, não deu certo, tanto que abandonei a terapia. Hoje voltei ao acompanhamento devido à obesidade e está me ajudando muito. Estou muito melhor hoje. Acho que vai muito do momento em que cada pessoa está passando e para você, Bela, pelo o que eu vejo aqui nas oficinas, vai te ajudar sim”.

Princesa Aurora: “-... eu estou cuidando de mim e estou feliz. Hoje eu consigo entrar na René Modas e comprar uma roupa, coisa que antes eu nunca conseguia. Roupa para gordo é sempre horrível e faz a gente se sentir ainda mais horrível. Hoje eu perdi 13 quilos, ainda quero perder mais, mas posso dizer que sou bem mais feliz. Me sinto mais bonita, mais disposta e com vontade de viver. Minha autoestima foi lá em cima e estou lutando para melhorar ainda mais”.

Foi um espaço importante, pois possibilitou ouvir os participantes do projeto, eles puderam falar e ser ouvidos e despertados para algumas coisas. De maneira geral, todos disseram que o projeto é importante para eles e que querem continuar em 2009 com as oficinas e trabalhando para atingir suas metas.

Além das oficinas mensais mencionados acima, foram realizados atendimentos individuais/entrevistas com os participantes do projeto. Esses instrumentos fazem parte do eixo técnico-operativo da profissão, pois os instrumentos são imprescindíveis para qualificar a intervenção do assistente social. Este precisa sempre se qualificar, atualizar-se e buscar meios e instrumentos que operacionalizem seu trabalho de forma a contribuir para uma boa e real leitura da realidade e uma intervenção que respeite o trabalhador/usuário e suas demandas. Este acúmulo de conhecimento será parte da “bagagem” profissional do assistente social durante toda a sua vida.

A noção estrita de instrumento como mero conjunto de técnicas se amplia para abranger o conhecimento como um meio de trabalho, sem o que esse trabalho especializado não consegue afetar sua atividade ou trabalho. As bases teórico-metodológicas são recursos essenciais que o Assistente Social aciona para exercer o seu trabalho: contribuem para iluminar a leitura da realidade e imprimir rumos à ação, ao mesmo tempo em que a moldam. [...] Nessa perspectiva, o conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridos pelo Assistente Social ao longo de seu processo formativo são parte do acervo de seus meios de trabalho (IAMAMOTO, 2005, p.63).

Esses atendimentos individuais eram para acompanhar os participantes do projeto, com o objetivo de verificar o impacto da obesidade em suas vidas, as dificuldades e potencialidades para adesão ao tratamento, a perda de peso, a diminuição ou não de doenças associadas e o impacto de uma possível perda de peso em suas vidas. Verificar também como eles estavam vivenciando essas mudanças, buscando fortalecer os vínculos com a família, no espaço de trabalho e na participação nas oficinas. Os atendimentos também eram importantes, pois se constituíram como espaço para compartilhar sentimentos, experiências que não queriam socializar durante as oficinas.

Esses atendimentos eram previamente marcados por telefone, realizados sempre com as mesmas pessoas que estavam inseridas no projeto, a fim de acompanhar esses usuários ao longo do estágio. Nos atendimentos eram realizadas entrevistas e observações, para avaliar as mudanças ocorridas em sua qualidade de vida depois do ingresso no projeto e a opinião dos usuários sobre as temáticas dos encontros, visando o esclarecimento de dúvidas. Conforme Herkenhoff, (1987, p. 127) “Através de um atendimento individual, os sujeitos poderão encontrar-se consigo, voltando a acreditar em sua capacidade de criação, de participação e de autodeterminação”.

Outro instrumental utilizado no projeto de intervenção, segundo especificado acima, foi a entrevista, que pode ser entendida como:

[...] instrumental que possui uma operacionalidade na realidade da prática profissional, onde podem ser utilizados conhecimentos e ao mesmo tempo e de onde podem ser obtidos dados para conhecer as situações sociais em que estão inseridos os usuários entrevistados, ultrapassando as aparências e indicando alternativas (SILVA, 1995, p. 54).

Nas entrevistas, utilizamos o diálogo como forma de interação, discussão e reflexão das questões que os trabalhadores/usuários trouxeram, transformando este espaço em um espaço para informação, apreensão das situações vivenciadas e busca de efetivação dos direitos destes trabalhadores/usuários. Foram realizados 14 atendimentos individuais/entrevistas que faziam parte do projeto de intervenção, durante execução do mesmo. Nestes atendimentos, conseguimos compreender o significado que a condição de obeso tinha na vida dos trabalhadores/usuários, assim como o que a perda ou ganho de peso impactava em suas vidas. Segue fala de uma trabalhadora/usuária, em atendimento individual, registrada em nosso Diário de Campo, que demonstra como a obesidade impacta em sua vida das mais variadas formas, inclusive afetando o desempenho do trabalho:

Branca de Neve: "... Nem tenho vontade de sair, passear, ir em festas, então, nem pensar. Nunca nenhuma roupa bonita, que tenho vontade de usar, me serve e não quero sair. Os gordos são sempre olhados de canto e as pessoas me olham com desprezo, parece que têm nojo. Assim é no ônibus. Quando vou sentar do lado de alguém, a pessoa fica se ajeitando no banco e me olha com cara feia" (Diário de Campo, 19/09/08).

Este depoimento nos remete novamente ao conto de Rubem Alves e ao que foi discutido no início deste trabalho, pois é um depoimento que revela o preconceito e estigma que os obesos sofrem na sociedade atual. A trabalhadora/usuária relata que não tem vontade de sair de casa, participar de festas, por não estar nos padrões, assim como quem não tinha o dedo gordo suficiente, não podia entrar no baile real.

A fala acima expressa o quanto a obesidade afeta a vida das pessoas das mais variadas maneiras. Nos atendimentos individuais, os empregados/usuários se mostravam, muitas vezes, com medo, frustrados, com vergonha, rejeitados e com vários outros sentimentos que afetam suas vidas e implicam muito as relações sociais. Com o desempenho do projeto nos deparamos com falas, como a acima, várias vezes, mas também, muitas vezes, com a superação desses sentimentos e mudanças que ocorreram na vida dos usuários. Posteriormente, o trabalho segue com a avaliação dos resultados observados na execução do projeto e alguns exemplos destas superações.

3.3 EXISTE UM FINAL FELIZ?

O projeto de intervenção precisou ser interrompido em dezembro de 2008 por ocasião do término do contrato de estágio com a ECT. O contrato de estágio não pôde ser renovado, mesmo contra nossa vontade e da supervisora de campo. Ocorreu que, em setembro de 2008, foi sancionada pelo presidente da República,

Luiz Inácio Lula da Silva, uma nova lei que regulamenta os estágios no Brasil. A lei 11.788/08¹⁶ foi publicada dia 26/09/2008 no Diário Oficial da União e, por mudar as normas para os estágios, fez com que as empresas fossem obrigadas a cumprir e pagar benefícios aos estagiários antes não obrigatórios. Isso gerou uma maior despesa e compromissos legais para com os estagiários. Em virtude disso, a ECT, para se adaptar à nova legislação, recebeu da diretoria de Brasília uma normativa orientando que todos os contratos de estágio não fossem ser renovados, até se adequarem à nova lei, o que ocasionou a interrupção do estágio e nos fez procurar novos campos.

Este fato não prejudicou apenas o andamento do projeto de intervenção que vinha apresentando seus primeiros resultados, mas também os trabalhadores/usuários que ficaram sem os atendimentos individuais e sem as oficinas. Durante os atendimentos, era percebida a importância daquele espaço de compartilhamento de informações, experiências e momentos de fala e escuta para que fossem trabalhadas as questões referentes à obesidade e que abalam significativamente as relações sociais dos sujeitos que sofrem desta doença.

Devido à interrupção do estágio, não foi possível mensurar os resultados de acordo com os indicadores de avaliação (Apêndice C) da maneira como os eles foram propostos no projeto de intervenção, deixando, assim, o projeto sem a possibilidade de se verificar os resultados efetivos. Porém, pelas falas dos trabalhadores/usuários ao final das oficinas, nas avaliações escritas que faziam a cada encontro, e pelas falas nos atendimentos individuais, foi possível perceber que algo novo estava acontecendo com aquelas pessoas. Elas se diziam mais informadas, com conhecimento sobre a obesidade, sabendo dos perigos que a doença causa à saúde física e mental, entendendo o preconceito e a exclusão

¹⁶ LEI Nº 11.788, DE 25 DE SETEMBRO DE 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis nºs 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória nº 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências (BRASIL, 2008b).

social que sofriam e, principalmente, sabendo como enfrentar isso e como buscar a efetivação dos seus direitos perante a empresa e o Estado.

Fazendo uma análise com os indicadores de avaliação do projeto de intervenção, é possível perceber que, mesmo sem poder concluir o projeto de intervenção e sem mensurar os indicadores de avaliação da forma prevista, alguns resultados puderam ser verificados, através de questionário (Apêndice B), respondido pelos trabalhadores/usuários na última oficina do projeto e pelas falas durante os atendimentos e oficinas. Responderam ao questionário 15 pessoas. Abaixo seguem alguns resultados percebidos com o questionário, com dados levantados pela área médica e com as falas dos trabalhadores/usuários:

- A efetividade nos atendimentos clínicos (médico, psicológico e psiquiátrico) pelos trabalhadores/usuários do projeto era de 98%, de acordo com os relatórios enviados por esses profissionais durante a execução do nosso projeto de intervenção.

- A frequência dos trabalhadores/usuários nos encontros coletivos e nos atendimentos individuais foi de 93% durante execução do projeto.

- A pesagem e verificação de IMC e índices bioquímicos, feitos pela médica do projeto, mostraram que, durante a execução da proposta de intervenção, dentre os 28 participantes, 78% reduziram o IMC e índices bioquímicos (colesterol, triglicerídeos e glicose).

- A maioria dos participantes dizem que melhoraram seu conhecimento com relação à temática da obesidade depois de ingressar no projeto.

- Dentre as mudanças e impactos que a perda de peso gerou na vida dos trabalhadores/usuários, os mais destacados foram: mais agilidade na execução de trabalhos domésticos e no desempenho de trabalho na ECT; autoestima elevada; mais vontade de sair de casa para passear, ir a festas e encontros com amigos; mais saúde com a redução de colesterol e hipertensão; maior compreensão e entendimento dos colegas com relação às limitações que a obesidade impõe na pessoa obesa.

O fim do nosso trabalho no projeto representou uma perda no sentido de não concluirmos nossas ações de forma adequada, mas o que foi possível trabalhar neste curto espaço de tempo prova a importância para os

trabalhadores/usuários, para suas famílias e por que não dizer, para a empresa e para nós.

Durante o estágio na ECT, várias vezes nos questionamos sobre o papel do Serviço Social na empresa e, hoje, quando finalizamos nosso estágio e estamos realizando a análise reflexiva dessa experiência na elaboração do TCC, novas indagações surgem sobre fatos que durante aquele período nem sempre estavam claros para nós. Esses processos fazem parte da construção do conhecimento e do saber profissional:

Em síntese, a construção do saber profissional, tendo como horizonte a intervenção, realiza um tríptico movimento: de crítica, de construção de um conhecimento “novo” e *de uma nova síntese no plano do conhecimento e da ação*, em um movimento que vai do particular para o universal e retorna ao particular em outro patamar, desenhando um movimento em espiral de relação ação/conhecimento, *de pontos de situação/pontos de lançamento* (BAPTISTA, 2001, p.119).

Desta forma, na construção do nosso saber profissional, em nossa análise e na analogia com o conto de Rubem Alves, podemos associar não apenas à mítica o papel de Rei, mas a empresa também pode ser considerada como o “Rei”. Como ele, a empresa dita regras, rotinas, cobra e dá exemplos, cria padrões, determina comportamentos, principalmente voltados para o trabalho que é realizado com os súditos/usuários.

Nesta analogia, qual o lugar do Serviço Social? Funciona como o sábio, aquele que, requisitado pelo rei, vem responder às demandas do Rei/empresa? Aquele que, na sua intervenção, reproduz ideologias que massificam, padronizam, que todos devem se enquadrar às regras ditadas pelo Rei/empresa? Ou é aquele sábio que vai escutar as demandas dos súditos/usuários e que busca novas formas de expressão, de superação de suas vulnerabilidades? Terá ele sabedoria para mediar as demandas do Rei/empresa e súditos/usuários? Nossas dúvidas em relação ao que fazer em nosso estágio seguem essas mesmas indagações.

É nesse terreno denso de tensões e contradições sociais que se situa o protagonismo profissional. Ainda que os profissionais disponham, no mercado de trabalho, de uma relativa autonomia na condução de suas atividades, os empregadores articulam um conjunto de condições que informam o processamento da ação e condicionam a possibilidade de realização dos resultados projetados, estabelecendo as condições sociais em que ocorre a materialização do projeto profissional em espaços ocupacionais específicos (IAMAMOTO, 2008, p.219).

Hoje, ao voltarmos nossa reflexão para aquele momento de estágio, conseguimos perceber e problematizar certas questões que na época não conseguimos visualizar. É o nosso processo de amadurecimento que se dá pelo distanciamento e novas leituras em nossos relatórios, refletindo sobre as pontuações feitas no processo de supervisão. Com algum sofrimento, nos perguntamos em que medida nossa intervenção junto aos trabalhadores/usuários do Projeto de Prevenção e Tratamento da Obesidade não representou também uma prática de padronização, normatização, disciplinarização, enfim, transformar todos em corpos belos ou “dedos gordos”?

Percebemos bons resultados com a intervenção. Muitas pessoas atingiram seus objetivos e estavam mais informadas, mais magras, mais saudáveis e a saúde melhorou com a perda de peso, com certeza, é um dos principais, se não o principal ganho com o projeto. Porém, quem emagreceu se mostrava satisfeito e mais feliz, e por quê? Não é possível ser feliz sem ter o dedo gordo? Somente quem entra neste padrão é feliz? Ou será que o exemplo dos moradores do país não nos mostra que, mesmo buscando se encaixar em um padrão de dedo gordo, mesmo atingindo este padrão, haverá fatores que impedirão uma felicidade plena, completa, sem adversidades, ou seja, corpo belo e magro é garantia de felicidade? Assim, fazendo esses questionamentos, nos damos conta de que havia muitas indagações sobre nossa intervenção, na prática do “Sábio/Serviço Social” no “País dos Dedos Gordos/empresa”. Sabemos que algumas dessas indagações não serão respondidas e sabemos também que é fundamental que elas nos acompanhem sempre. Não temos uma receita, não temos um padrão a seguir, pois a realidade é dinâmica e o ser humano, nosso

usuário, é único e mesmo nós nos transformamos a cada dia, portanto, os questionamentos farão parte sempre de nossa trajetória.

Em um dado momento, durante o processo de orientação deste trabalho, a orientadora nos fez o seguinte questionamento: Por que querias que as pessoas perdessem peso? Esse questionamento reeditou questionamentos, reflexões e incertezas acerca de nossa intenção com esses trabalhadores/usuários. Depois de refletir, a primeira resposta que encontramos foi de que não queríamos que esses trabalhadores ou seus dependentes sofressem em função do seu sobrepeso. Ou será que nós não toleramos o sofrimento deles? Pois já no início do estágio nos deparamos com falas como as que seguem e que exemplificam o sofrimento de um trabalhador, de uma pessoa obesa. Em atendimento a uma trabalhadora/usuária, a mesma, com os olhos cheios de lágrimas, relatou que, ao pedir um uniforme novo para o gestor, já que o seu estava pequeno, ouviu a seguinte resposta: “Tu precisa tomar vergonha na cara e parar de engordar. Onde tu vai parar? É o segundo uniforme em menos de cinco meses!”. A trabalhadora/usuária compartilhou seu sentimento de vergonha:

Eu fiquei com muita vergonha dele, não sabia o que dizer. Eu fiquei humilhada, me senti lá em baixo e nem consegui responder nada para ele. Aí resolvi procurar o programa, sozinha eu não consigo emagrecer (Diário de Campo de 08/04/2008).

As nossas indagações seguem, na medida em que ajudamos o trabalhador/usuário quando o conduzimos em processos de adaptação, processos perversos de abrir mão de si para se sentir reconhecido e aceito. Será que não deveríamos ajudá-los a se aceitarem como são, a enfrentarem esses processos de normatização, reivindicando o seu jeito, o seu modo, o seu corpo? Será que o usuário que, neste momento, deveria ser prioridade para o Serviço Social, não deveria ser o gestor que naquele momento foi desrespeitoso, e mesmo cruel com a usuária? E que naquele momento representava não apenas a ele, mas a empresa, por ter um cargo de gestão? Estávamos caolhos e respondendo apenas ao que nos era solicitado diretamente? Sabemos que

corremos o risco de fazer um discurso “[...] tendencioso, discriminador e, ao mesmo tempo, revelador dos sentimentos de culpa [...] Por receio, incapacidade ou preconceito [...]” (BELLINI, 2002, p.115).

Ou ainda, em outro atendimento, a esposa de um trabalhador/usuário fez o seguinte relato, também emocionado:

Tenho uma filha de 9 anos e ela morre de vergonha de mim porque eu sou gorda. Ela evita sair comigo, sempre prefere sair com o pai, pede para ele levá-la para todos os lugares e não gosta que seus coleguinhas me vejam com ela. Outro dia eu quis levá-la até a escola e ela disse que queria que o pai a levasse e eu perguntei por quê. Para minha decepção e tristeza, ela disse: ‘Ai mãe, eu tenho vergonha, as mães das minhas amigas são todas bem magrinhas e novas. Eu não quero que elas vejam que minha mãe é gorda. Depois que tu emagrecer tu pode me levar na aula’. Isto foi a pior coisa que já ouvi na vida! Minha filha tem vergonha de mim, não quer sair comigo. Isto dói muito! (Diário de Campo de 10/09/2008).

Percebemos, então, que as pessoas sofriam muito sendo obesas, vivenciavam experiências dramáticas e corriam sérios riscos devido aos agravos que a obesidade causa à saúde. Mobilizamo-nos, portanto, para propor uma intervenção que acabasse ou amenizasse esse sofrimento, pois, se as pessoas perdessem peso, ficariam mais saudáveis e aceitas por esta sociedade que exclui e estigmatiza o obeso, e não só o obeso, mas todos que não se encaixam nos padrões: minorias étnicas, pobres, negros, pessoas com deficiência, com transtorno mental, entre outros. Assim, a intenção era disponibilizar informes, criar espaços de falas e escuta com compartilhamento de informações, sentimentos, direitos, para, desta forma, mais fortalecidos, buscarem conquistar seu espaço no trabalho, na família, nos grupos sociais. Queríamos livrar o trabalhador/usuário do sofrimento e, de certo modo, com os resultados do projeto, conseguimos. Porém, percebemos que nossa prática estava ao mesmo tempo colaborando para adaptar, cooptar o trabalhador/usuário a se encaixar no modelo imposto pelo Rei ECT e Mídia, reafirmando, assim, uma prática do Serviço Social, por vezes contraditória.

[...] é necessário re-situar na análise o caráter contraditório da profissão, extraindo dele efetivas consequências para análise das funções tradicionais e emergentes do assistente social nas experiências vigentes no mercado de trabalho. Considerando as possibilidades diferenciadas de autonomia que dispõe o assistente social nos vários espaços ocupacionais e a força dos interesses sociais distintos que neles se refratam, a efetivação de um projeto profissional não pode depender de uma seleção de tipos seletivos de práticas; mas da direção social e política impressa ao trabalho nos diferentes espaços ocupacionais, consoante os limites e possibilidades de um fazer profissional que, embora denso de conteúdo político, distingue-se da arena da militância política (IAMAMOTO, 2008, p. 329).

Desta forma, hoje percebemos que o Serviço Social é chamado para trabalhar exatamente na contradição, nas fissuras, principalmente em um ambiente empresarial, em que o profissional é exigido, a cada dia de trabalho, contemplar as demandas da empresa e, ao mesmo tempo, dos trabalhadores/usuários, incluído em uma sociedade diversa e desigual.

A diversidade cultural, as diferentes formas de socialização presentes na vida dos sujeitos, as diferentes possibilidades e visões de mundo, as diferentes possibilidades e capacidades de autoridade, a distribuição dos papéis sociais associada ao domínio e à sujeição, a instabilidade nas relações pessoais e sociais e as características singulares de cada sujeito criam uma sociedade contemporânea marcada pela heterogeneidade de valores e interesses (BELLINI, 2002, p.37).

Darmos-nos conta disso e buscar potencializar essa experiência e todas as indagações que ela produz, estimula no sentido de que a nossa prática profissional seja pensada, repensada e trabalhada na perspectiva de efetivar o Projeto Ético Político profissional em um movimento dialético. E, com certeza, não se pode também deixar de levar em consideração as mudanças ocorridas na vida dos usuários que conseguiram perder peso e atingir seus objetivos, melhorando, assim, sua qualidade de vida.

Com a interrupção do convênio com a ECT, encaminhado pela empresa para organizar-se frente às novas solicitações da Lei 11.788, não foi possível realizar o estágio III na ECT. Foi então que um novo campo de estágio pôde ser conhecido, e novas demandas, apresentadas. Novas demandas que, de certa

forma, nos surpreenderam, pois nos vimos trabalhando com saúde mental no estágio III e percebemos que existe uma relação grande entre transtorno mental e obesidade. E que as expressões da questão social geradas por ambos também se aproximam, concluindo que obesidade e transtorno mental representam uma história sem fim, conforme explicitaremos posteriormente.

4 OUTRO REINO, OUTRAS FÁBULAS, OUTRAS REALIDADES NOS ESPERAM

Com o término do convênio de estágio na ECT, se fez necessário buscar um novo campo de atuação para o estágio III e este novo campo foi vislumbrado através do Programa de Educação no Trabalho para a Saúde – PET-Saúde, e a atuação se deu na Unidade Básica de Saúde (UBS) Morro Santana, em Porto Alegre- RS. Esta unidade é vinculada à Secretária Municipal de Saúde da Prefeitura de Porto Alegre, atende os usuários pelo SUS, através do ambulatório para atendimento da saúde mental dos usuários da região Leste/Nordeste da cidade. Neste capítulo, apresentamos este novo campo de estágio, a história do atendimento à saúde mental no Brasil, o trabalho do assistente social e a relação entre transtorno mental e obesidade descoberta por meio da intervenção neste novo reino, nesta nova realidade.

4.1 ERA UMA VEZ... HISTÓRIA DO PET - SAÚDE E SUA REALIZAÇÃO NA UBS MORRO SANTANA

O Programa PET-Saúde foi instituído pela Portaria Interministerial dos Ministérios da Saúde e da Educação (MS/MEC) nº. 1.802/08, e é destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, viabilizando programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências dirigidos aos estudantes da área, por meio do pagamento de bolsas. O PET-Saúde é direcionado às instituições de Educação Superior, abrangendo 14 cursos de graduação da área da Saúde, e às Secretarias Municipais de Saúde. Cada grupo PET-Saúde é formado por 1 (um) tutor acadêmico, 30 estudantes e 6 (seis) preceptores (supervisores de campo).

De acordo com o estudo sobre o Programa, constata-se que o objetivo é, entre outros, facilitar o processo de integração entre ensino e serviço de saúde; promover que as experiências e necessidades dos serviços sejam fonte de produção de conhecimento e pesquisa na universidade. Com isso, espera-se fomentar a integração ensino-serviço-comunidade; desenvolver planos de pesquisa em consonância com áreas estratégicas de atuação da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde; estimular para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas públicas de saúde do país e satisfazer o usuário do SUS (BRASIL, 2009).

Através de nossa inclusão em um grupo de tutoria do PET-Saúde, fomos designados a trabalhar (atividade prática que o Programa PET exige além da pesquisa) na Unidade Básica de Saúde Morro Santana, na área de saúde mental, atividade esta que seria também nosso estágio curricular obrigatório III.

Iniciamos neste campo de estágio no dia 23/03/2009, realizando 20 horas semanais. No período desempenhávamos, além das atividades do estágio curricular III, atividades relacionadas à pesquisa do PET-Saúde, que ainda estava em fase embrionária. Por isso, praticamente todo o tempo no campo de estágio foi dedicado ao desempenho do estágio III, e as atividades do PET eram realizadas em reuniões semanais do grupo de tutoria.

Este campo de estágio fica localizado na UBS Morro Santana, localizada na Rua Marieta Menna Barreto, 210, Morro Santana, em Porto Alegre. Porém, desempenhamos o estágio na equipe de Saúde Mental da Região Leste/Nordeste de Porto Alegre, que está fisicamente lotada nesta UBS.

A equipe de saúde mental é composta de: uma assistente social, dois psicólogos, três psiquiatras, uma monitora. Na ocasião do estágio, esta equipe também contava com três estagiárias de Serviço Social e mais os residentes do Programa de Residência Multiprofissional /PREMUS/ PUCRS: um psicólogo, um farmacêutico e duas enfermeiras.

Constatamos que a equipe era integrada, trabalhando em uma perspectiva de interdisciplinaridade, levando em conta os saberes de cada área e contribuindo sempre para que o usuário receba um atendimento de qualidade e com os resultados satisfatórios quanto ao seu tratamento. Esta proposta de

trabalho da equipe de saúde mental vai ao encontro dos preceitos legais, respaldados pelo art. 4º da Lei Federal 10.216/01, quanto ao tratamento dos portadores de transtornos mentais, que deve envolver desde a internação à: “§ 2º [...] assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros” (BRASIL, 2001).

Percebemos, durante o processo de intervenção do estágio III, que o assistente social é um profissional importante dentro das equipes multidisciplinares que atendem a saúde mental, pois trabalha visando a reinserção social do usuário portador de transtorno mental que antes era confinado no hospital, casa, manicômio, entre outros espaços, e privado das ruas e do convívio social. O assistente social trabalha, nesta perspectiva, com o usuário e também com sua família, com a comunidade e com a rede de atendimento. Desta forma, concordamos com Eva Faleiros quando ela afirma que:

[...] os assistentes sociais têm um papel fundamental. Trata-se de romper o “dentro”, do hospital psiquiátrico, da casa, do quarto, da doença, inserindo os usuários no “fora”, na sua casa, na cidade, na sociedade, na vida cotidiana, nas trocas afetivas e sociais, no trabalho, no consumo, na informação, no lazer, na saúde. Fortalecendo suas redes primárias e secundárias, fragilizadas ou destruídas por internações, medos, preconceitos, incompreensões (FALEIROS, 2002 apud in TONETTO, 2009 p.44).

Se a história da saúde mental, ou melhor, da psiquiatria, revela que a característica principal era o isolamento, a exclusão, então a articulação e o fortalecimento dessa rede é romper com esse isolamento. O trabalho do assistente social nesta equipe se desenvolve, assim como em outros espaços, balizado pelos princípios do Código de Ética do Serviço Social e pelo Projeto Ético Político, bem como pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, sobre a qual falaremos posteriormente.

O conhecimento das Políticas Públicas, da legislação vigente, é sempre fundamental em qualquer campo, mas nesse campo é impossível atuar sem conhecer os direitos dos cidadãos, principalmente no que diz respeito à saúde e,

mais especificamente, à saúde mental. Dispomos de ampla legislação nesta área, principalmente no que diz respeito à Reforma Psiquiátrica. Depois da reforma, houve um avanço muito grande com relação ao tratamento do sujeito portador de transtorno mental. Hoje, a equipe de saúde mental, assim como tantas outras em nosso país, trabalha “na ponta”, contribuindo para fazer a reforma acontecer. É assim, na prática, no cotidiano, que percebemos quantas categorias, quantas dificuldades, quantas barreiras, quantas potencialidades, quantas estratégias existem para fazer a reforma sair do papel e se concretizar de forma justa e com o respeito que o usuário e sua família necessitam.

Esta troca de campo, processo que foi tão assustador no início, dado todas as demandas do estágio, hoje pode ser percebida como ganho no processo de aprendizagem. A nova experiência também motivou e motiva a conhecer as demandas que são diferentes das que chegavam na ECT e conhecer os recursos disponíveis, que são ainda mais diferentes, os usuários, as potencialidades e dificuldades que, com certeza, contribuíram de forma plena para nossa formação. Atualmente, aquela troca é vista como ganho, uma experiência diferente da anterior e riquíssima, um campo novo, com muitas possibilidades de contribuição para intervenção do Serviço Social.

4.2 A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: ABRINDO OS ALÇAPÕES DOS CASTELOS

Entender a história do atendimento em saúde mental no Brasil é requisito para entender sua dinâmica atual. Por isso, vemos a necessidade de fazer um breve relato da Política de Saúde Mental no país. Breve porque, dada a sua complexidade e riqueza histórica, nos detivemos nos principais fatos.

Na Idade Média, o transtorno mental era associado a fenômenos sobrenaturais. Acreditava-se que os sujeitos eram possuídos por demônios e as instituições religiosas cuidavam desses sujeitos apartando-os do convívio social, porque eram vistos como um perigo para a sociedade e precisavam ter seus

espíritos salvos das influências malignas. Ao longo do tempo, a loucura, como era chamada, passou a ser considerada uma doença que precisava de tratamento.

Para tratar a loucura surgiram os locais para internação, e a loucura passou a ser tema de estudo porque se sabia pouco e muito se temia. Assim, tentava-se dominar e defender-se da loucura repreendendo e trancafiando as pessoas em hospitais psiquiátricos. Hospitais estes que, na época, podíamos comparar aos alçapões dos castelos dos contos de fadas. Alçapões nos quais os prisioneiros podiam ter suas cabeças cortadas por um carrasco, assim como também os prisioneiros/usuários eram privados, tinham cortados todos os seus direitos de cidadãos, inclusive do convívio familiar e comunitário.

A luta pela Reforma Sanitária no início da década de 1980 foi alavancada pelos profissionais, principalmente os da saúde, que durante séculos trataram a “loucura” como um problema, um risco para a sociedade. Porém, com o Movimento da Reforma Sanitária, várias mudanças nas concepções e paradigmas foram realizadas, produzindo no seu bojo a luta pela Reforma Psiquiátrica, unindo-se, concomitantemente, com várias outras lutas dos movimentos sociais e da sociedade civil na mesma época no Brasil. Assim, em 1987 acontece a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, onde há um movimento para romper com os cadeados dos alçapões dos castelos, trazendo a tona essa discussão. A partir de então há toda uma movimentação e luta pelo reconhecimento dos direitos das pessoas com transtorno mental, incluindo um novo modelo de atendimento a essas pessoas e suas redes de pertencimento. Rompe-se com o modelo hospitalocentrico, prima-se agora pela desinstitucionalização e novas formas de atendimento são criadas, entre elas: residenciais terapêuticos, leitos em hospital geral, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios na rede básica para atendimento e acompanhamento.

Trata-se, pois, a desinstitucionalização, de uma concepção baseada em princípios éticos e democráticos, segundo a qual as pessoas acometidas de transtornos mentais não têm apenas a identidade de doentes, incapazes e perigosos, mas de cidadãos, com múltiplas identidades sociais (pai, filho, trabalhador, consumidor, eleitor e muitas outras), com os direitos individuais, sociais e políticos iguais aos de qualquer brasileiro, além de direitos especiais de cuidado (FALEIROS, 2002 Apud in TONETTO, 2009, p.28).

Depois da Constituição de 1988 no Brasil, a Política de Saúde Mental prima pela desinstitucionalização e preparar/fortalecer a rede de atendimento ambulatorial a nível municipal, sempre priorizando e enfatizando o convívio familiar e comunitário do usuário. Trabalhar nesta dimensão é um desafio para os profissionais envolvidos, dados o nível de complexidade que esse tipo de tratamento exige, inclusive para o Serviço Social.

O trabalho em equipe na saúde mental deixa de abarcar só o status “saúde” ou “doença” do paciente, e passa a acompanhar todo o desfecho do contexto histórico-social deste. Cada área trabalha dentro da sua especialidade, para fazer com que o tratamento seja mais eficiente e menos traumático. As abordagens específicas acabam por formar uma rede de atendimento direta, onde todos os problemas que permeiam e se entrelaçam em torno da pessoa com transtorno mental ganhem atenção qualificada, de forma a serem resolvidos ou minimizados, numa tentativa de amenizar todo o sofrimento do paciente, e não só o “controle” de “sua doença” (TONETO, 2009, p.43).

A Constituição de 1988 preconiza o direito à saúde, porém, muitas vezes, efetivar esse direito é um grande desafio aos profissionais envolvidos, dado o grande número de pessoas portadoras de transtorno mental, estima-se que mais de 25% das pessoas, independente da sua localização em país desenvolvido ou em desenvolvimento, apresentam um ou mais transtornos mentais e comportamentais durante o ciclo da vida (OMS, 2001).

Na história da Política de Saúde e de Saúde Mental, nem sempre esteve presente a perspectiva dos direitos e dos cuidados dignos aos indivíduos, mas sim sob a égide da filantropia e da preocupação de manter as condições necessárias para reprodução da força de trabalho. Neste ponto há de se pensar que a categoria dos assistentes sociais e várias outras forças sociais têm o compromisso de contribuir para construir uma nova cultura na sociedade brasileira, um novo modo de cuidar e de considerar os que portadoras de transtorno mental, tendo a Constituição de 1988 como instrumento para isso, efetivando, assim, os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental.

Pensando nos valores do Código de Ética, a ação do assistente social deve estar articulada com outros segmentos da sociedade que defendem a Reforma Psiquiátrica e sua efetivação, formulando estratégias para efetivar o direito à saúde, articulado com os preceitos da Reforma Sanitária que vão ao encontro com o Projeto Ético-Político do Serviço Social e com os princípios do Código de Ética, pensando nos valores básicos do Código de Ética:

No horizonte do projeto ético-político do Serviço Social que aponta na direção da ampliação da cidadania às camadas sociais alijadas do usufruto das riquezas produzidas socialmente e no “reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais” (CFESS, 1993).

Trabalhando pela efetivação dos direitos dos usuários, entendendo que saúde envolve uma série de fatores, não só a ausência de doença, o assistente social deve ter clareza de que muito já se evoluiu com a Reforma Psiquiátrica, mas que muito ainda precisa ser superado. Em suma, o assistente social precisa ter domínio técnico e teórico, compreender as relações sociais na sociedade na qual está inserido e ter clareza do Projeto Ético- Político do Serviço Social, para, assim, colocar em prática as competências ético-políticas, técnico-operativas e teórico-metodológicas, trabalhando não só como executor das políticas, mas também no planejamento e na assessoria em equipes de Saúde e como pesquisador.

Entretanto, não podemos ter uma visão simplificada do fenômeno e acreditar que a materialidade no acesso a meios e modos de vida mais dignos sejam suficientes para gerar a emancipação destes sujeitos. A emancipação é um processo a ser construído com o devido respeito aos usuários e seus desejos expressos: mais liberdade, independência em relação à instituição e como indivíduo juridicamente reconhecido.

4.3 NEM MAGIA, BRUXARIA OU ENCANTO, MAS COMPETÊNCIA, ÉTICA E INSTRUMENTAL PARA O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

Hoje, para atuar como assistente social, aqui enfatizando a Política de Saúde Mental, torna-se necessário conhecer e entender a estrutura de atenção, e conhecer a história de muitos anos de atendimento desta área. Saber como se davam os atendimentos nos manicômios, as práticas de atendimento e tratamento que foram deixadas para trás e entender que aquelas práticas que ficaram para trás, deram lugar a um atendimento em saúde mental respaldado por uma política de atenção universal.

O atendimento se dá, hoje, por equipes multidisciplinares e interdisciplinares, focadas em atendimentos multifacetados, cujo assistente social está inserido nessas equipes, principalmente quando falamos em saúde pública. Os processos de trabalho em que o assistente social se insere na saúde mental devem ser realizados como em qualquer outro espaço que este profissional esteja inserido, respeitando os princípios do Código de Ética e trabalhando em prol do Projeto Ético Político do Serviço Social, o qual

[...] se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero. A partir destas opções que o fundamentam, tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional (NETTO, 2006, p. 155).

Tal projeto vai ao encontro das ações em saúde, considerando o conceito ampliado de saúde, de acordo com a Constituição de 1988, que traz consigo a lei do SUS e Política Nacional de Saúde e preconizando princípios como equidade, integralidade e universalidade por exemplo.

Fatores como o conceito ampliado de saúde; a garantia da saúde como direito social a partir da CF/88; a consequente universalidade na atenção à saúde; a composição multiprofissional e interdisciplinar do atendimento em saúde, entre outros, ratificam a necessidade do trabalho do Assistente Social, sem ferir o projeto profissional que, em muito, se identifica com as ações em Saúde, e mesmo com a garantia da Saúde como direito social legitimado (TONETO, 2009, p.38).

O trabalho do assistente social na saúde mental é requisitado pela equipe que trabalha com essa temática e este é um fato que identificamos na equipe em que realizamos o estágio III. O assistente social aborda e trabalha questões individuais, familiares, sociais, entre outras, que precisam ser compreendidas para uma boa adesão ao tratamento e que contribuem para o sucesso do mesmo.

Uma condição que se faz necessária para atuar em saúde coletiva e saúde mental é fazer sempre uma leitura da realidade, conhecer as principais políticas, trabalho com o SUS, com saúde coletiva, identificar implicações que impactam diretamente na atuação do assistente social, sejam elas: condições de trabalho, influências teóricas, aumento da demanda e relação com os demais profissionais, usuários, sociedade e movimentos sociais. O trabalho está cada vez mais precarizado, a classe trabalhadora está cada vez mais empobrecida, o Estado está cada vez mais mínimo para as Políticas Sociais Públicas e cada vez maior para atender aos interesses do capital.

A lógica da saúde pública no Brasil, hoje, é proporcionar o mínimo para quem não tem condições de pagar pelo atendimento, deixando para o mercado privado atender quem tem condições de pagar. Quem não tem condições, fica somente com o mínimo, com a precariedade no serviço, com as filas, com a falta de equipamentos. E os profissionais que atuam no setor público, precisam conviver diariamente com a escassez de recursos financeiros, físicos e humanos, o que, muitas vezes, interfere no atendimento do usuário, que nem sempre consegue voltar para casa com seu direito à “saúde” efetivado. Assim, o Serviço Social precisa se articular com os movimentos sociais que lutam pelo atendimento digno em saúde, fomentar a participação nos conselhos, fóruns, questionando a cultura de que saúde coletiva não é saúde, lutando pela consolidação da Reforma Sanitária, do SUS e do direito à saúde.

Uma questão que consideramos que deve ter muita atenção e cuidado por parte dos assistentes sociais é ter claro a especificidade de nossa profissão, principalmente quando falamos em saúde coletiva e no trabalho em equipes multidisciplinares. Por exemplo, em uma equipe de Saúde Mental, se o assistente social ficar levantando hipóteses diagnósticas sobre aspectos clínicos, físicos ou psicológicos/psiquiátricos (o que deve ser feito por médicos, psiquiatras), ele estará agindo sem competência necessária para estas atitudes. É certo que o assistente social deve ter conhecimento sobre as doenças, sintomas, sequelas, tratamentos, indicando riscos, pois este conhecimento qualifica o atendimento, mas ele não pode deixar de lado a especificidade da profissão, conforme Bravo e Matos (2006, p. 212):

O problema não reside no fato de os profissionais de Serviço Social buscarem estudos na área da saúde. [...] o problema não está no domínio das teorias que abordam o campo psi ou sobre as doenças, mas sim quando este profissional se distancia no cotidiano de seu trabalho profissional, do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão os aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões.

Portanto, é preciso ficar atento aos “desvios” que o cotidiano institucional pode nos revelar, pois, na ânsia de fazer um bom trabalho, de atender bem o usuário, é necessário ter o cuidado para não nos envolvermos somente na área médica, com questões clínicas. É preciso desvelar o que se passa com a saúde do usuário, com que questões estão ligadas seu transtorno mental e estabelecer a relação destas questões com a situação de vulnerabilidade social que o usuário se encontra ou que poderá vir a se encontrar, trabalhando, assim, com o saber específico do Serviço Social e com o objeto da profissão, que é a questão social e suas expressões. O que se pode fazer, quando necessário, é discutir o caso com a equipe, levantar questionamentos e dúvidas com os colegas de outras áreas e mostrar também para a equipe qual o papel do Serviço Social ali, e assim trabalhando com o objeto de intervenção do Serviço Social.

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais (CFESS, 2009, p. 19).

O assistente social tem, por meio de sua formação, a competência para analisar a totalidade dos fenômenos para, depois de várias aproximações com a realidade, compreender o fenômeno em sua amplitude. No caso de trabalho em equipe, o assistente social, olhando sempre a totalidade dos fenômenos, pode mostrar à equipe, também, a importância deste saber, não ficando apenas focado no processo de doença/tratamento. Pois, nos atuais moldes de atendimento à pessoa portadora de transtorno mental, o trabalho torna-se inviável sem os saberes das diferentes áreas profissionais que trabalham com essa temática: enfermagem, psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional, Serviço Social, etc. Então, o Serviço Social, com seu saber, percebendo a totalidade, sua formação generalista, e o fato de o Projeto Ético-Político do Serviço Social ter pontos em comum com a Reforma Sanitária e os preceitos do SUS, mostra a importância do trabalho deste profissional na saúde, fora todos os outros fatores que tornam a ação do assistente social importante dentro da equipe de saúde mental. Desta forma, conforme Tonetto:

O trabalho em equipe na saúde mental deixa de abarcar só o status “saúde” ou “doença” do paciente, e passa a acompanhar todo o desfecho do contexto histórico-social deste. Cada área trabalha dentro da sua especialidade, para fazer com que o tratamento seja mais eficiente e menos traumático. As abordagens específicas acabam por formar uma rede de atendimento direta, onde todos os problemas que permeiam e se entrelaçam em torno da pessoa com transtorno mental ganhem atenção qualificada, de forma a serem resolvidos ou minimizados, numa tentativa de amenizar todo o sofrimento do paciente, e não só o “controle” de “sua doença” (2009, p. 43).

No que diz respeito ao atendimento do Serviço Social, para pessoas portadoras de transtorno mental, não devemos trabalhar somente com o usuário,

mas também sua família. Devemos trabalhar com a rede, com outros profissionais, para qualificar o atendimento. No estágio III, percebemos que as demandas apresentadas ao Serviço Social estavam vinculadas com a questão da desinstitucionalização do usuário portador de transtorno mental, do recebimento do mesmo por sua família, do encaminhamento e acompanhamento do mesmo para um residencial, quando esta não existir ou não tiver as mínimas condições para receber o usuário, etc. Também esta prática profissional precisa romper com as amarras destes usuários, trabalhando na inserção deles junto ao convívio social, fora de um hospital e dentro da comunidade, com informações, cultura, saúde, afeto, trabalho, entre outras coisas.

Além de viabilizar o acesso a informações sobre benefícios previdenciários, direitos e, nos casos de desrespeito de leis e direitos, também denunciar. Trabalhando no que Bellini definiu como recuperação da “cidadania das famílias a partir de competências e não destacando vulnerabilidades”, famílias que frequentemente estão fragilizadas e desprotegidas frente à situação de doença de um de seus membros “inserindo-as em políticas que se constituem em torno de redes sociais com o fortalecimento da vida comunitária” (2002, p.196). Trabalhar também os receios, medos, preconceitos, desinformação e demais fragilidades que possam ocorrer. Então, a prática profissional está diretamente ligada à Reforma Psiquiátrica e fazendo esta reforma acontecer de fato.

Na atuação profissional, o assistente social deve estar sempre pressionando o Estado, fomentando o controle social, a participação dos usuários na busca de melhores condições de atendimento, para garantir melhores recursos financeiros, humanos, materiais e técnicos que ajudem a ampliar e efetivar o direito destes usuários. É importante destacar a importância de trabalhar com a mídia, tão responsabilizada pelos danos, transformando-a em “canal de problematização das situações e relações, contribuindo em mudanças estruturais, na produção social dos direitos e na mudança de hábitos cotidianos” (BELLINI, 2002, p197).

Pensamos que refletir e falar sobre a prática do Serviço Social pode contribuir para qualificar a atuação profissional, por isso também escrevemos e

refletimos sobre isso. Atuação esta que não pode ser alienada, nem engolida pelas atividades do cotidiano de trabalho, devendo sempre ser repensada e respaldada pela teoria e pela legislação vigente para a categoria.

O assistente social pode fazer muita coisa em Saúde Mental – assistência social, benefícios previdenciários, cuidado, oficinas, [...] – desde que faça a conexão entre intervenção e a totalidade das relações sociais que afetam o problema, isto é, unindo o singular e o particular no universal, recolocando as demandas do mundo “psi” na sua própria referência profissional, sem perder de vista os conteúdos políticos da Saúde mental e a perspectiva histórica e social de sua atuação. Ou seja, a melhor estratégia não é se colocar como um paramédico ou um técnico clínico, nem tentar se isolar numa pretensa especificidade “soci”, mas articular uma metodologia integrada dialeticamente (BISNETO, 2005, p. 127).

Trabalhando na busca pela efetivação dos direitos dos usuários, entendendo que saúde envolve uma série de fatores como: saneamento básico, coleta de lixo, prevenção de doenças, alimentação balanceada, etc. Tendo clareza de que, muito já se evoluiu com o SUS, com os princípios de universalidade, equidade no atendimento, participação social, com a Reforma Psiquiátrica, mas que, muito ainda precisa ser superado: escassez de recursos, precariedade de equipamentos, capacidade de atendimento, qualidade nos atendimentos, etc. Em suma, o assistente social precisa ter domínio técnico e teórico, compreender as relações sociais na sociedade em que está inserido para, assim, colocar em prática as competências ético- políticas, técnico-operativas e teórico-metodológicas.

Ficamos satisfeitos com a troca do campo de estágio, com esta experiência, pois com certeza saímos com conhecimento acumulado sobre a Política de Saúde Mental. A construção da prática profissional do assistente social é de constante aprendizado e construção, permeada de desafios que precisam ser discutidos e pensados para que possam ser superados. E quem precisa discutir esta prática somos nós! Assistentes sociais, estudantes de serviço social: a categoria. Pois esta prática é nossa, é o nosso saber, é o nosso fazer que

precisa, sim, ser questionado e repensado para podermos, assim, ser críticos, mas também, e principalmente, propositivos.

4.4 LENDO E INTERPRETANDO AS PÁGINAS DE UM NOVO LIVRO: OBESIDADE E SAÚDE MENTAL, UMA HISTÓRIA SEM FIM

Atualmente, a mídia tem veiculado muitas reportagens, documentários, notícias, filmes e novelas que abordam o tema saúde mental. Fala-se muito sobre depressão, ansiedade, síndrome do pânico, psicopatias, hiperatividade, transtornos obsessivos compulsivos, obesidade (também tratada como saúde mental em muitos casos).

As pessoas, de uma maneira geral, não têm muito conhecimento sobre transtorno mental, são muitos os mitos, os preconceitos, os medos que este tipo de doença causa nas pessoas. Hoje encontramos uma gama de especialistas neste tema, mas é importante que a população seja informada a respeito dos processos de saúde/doença, de tipos de tratamento disponíveis e qual o tratamento indicado. Dessa forma, a contribuição que a mídia pode prestar é de um grande serviço para a população, uma vez que pode descrever as doenças existentes de uma maneira simples e compreensível. Portanto, a mídia, usando de sua influência nas novelas, nos filmes, pode descrever as doenças e pode apresentar formas adequadas de tratamento. Porém, existe o outro lado, o qual já discutimos no início deste trabalho, que é o fato de bombardearem as pessoas com estigmas, com padrões, com moda, entre outras coisas, que podem desencadear algum tipo de transtorno mental nos usuários, como no País dos Dedos Gordos, onde o Rei/Mídia dita os padrões a serem seguidos. Por isso, é necessário ficarmos atento aos ditames da mídia, observar melhor seus apelos e sempre trabalhar fomentando a correta informação para os usuários.

Conforme discutimos anteriormente, as pressões sociais para se ter um corpo magro e esbelto ganharam força (com ajuda do Rei/mídia) e, com isso, as pessoas com sobrepeso estão sendo cada vez mais estigmatizadas, sendo alvo

de preconceito, discriminação e exclusão social, devido à sua aparência física. Inúmeros fatores socioculturais, como pressão dos amigos, da família, da mídia, etc., podem contribuir para afetar a saúde mental do sujeito que vira alvo de comentários, fórmulas arriscadas, receitas de dietas, conselhos para emagrecer, entre outras coisas que, muitas vezes, contribuem, inclusive, para depreciar ainda mais a percepção do sujeito com relação ao seu corpo e o torna vulnerável a transtornos mentais dos mais variados.

Não temos comprovado cientificamente que transtornos psicológicos ou psiquiátricos ocorram com maior incidência em usuários com sobrepeso ou obesidade, porém, percebemos que há uma relação significativa entre transtornos mentais e obesidade.

Ainda que haja alguns achados que sugerem que a obesidade em pacientes clínicos pode estar associada a transtornos psicológicos, é menos clara a evidência de que o sofrimento psicológico também seja maior em populações não clínicas de obesos. Vários estudos transversais e prospectivos, mas não todos, relataram comorbidade psiquiátrica em indivíduos obesos (VEGGI et al, 2004, p. 07).

O fato é que percebemos, comprovado pelas falas dos usuários, que a obesidade causa sofrimento devido à pressão social em busca do corpo perfeito e ao rechaço do corpo obeso e que o transtorno mental aliado ao uso de certas medicações ajuda o sujeito a ganhar peso. Semelhante aos depoimentos escutados na ECT, os desabaços dos usuários durante atendimentos na equipe de saúde mental demonstram os sentimentos desencadeados pela obesidade e nos aguçou a percepção quanto à relação obesidade – transtorno mental.

Corcunda de Notre Dame: -“Sempre que estou triste eu como mais. Parece que quando estou comendo minha tristeza passa, tenho prazer em comer. O problema vem depois quando me dou conta do que fiz, do monte de coisas que comi e aí vem a culpa”.

Neste depoimento, assim como também no que segue, sentimentos como culpa, tristeza e o ato de comer formam como que uma bola de neve, uma história que não tem fim. Não tem fim, pois é um círculo: ansiedade, depressão, comida como válvula de escape, culpa por comer exageradamente, e retoma o círculo, a comida é o consolo imediato para o sofrimento e ansiedade e, ao mesmo tempo, gera sofrimento e mais ansiedade.

Princesa Jasmine: -“Eu como muito mais quando estou ansiosa! Sempre que algo me incomoda ou que tenho preocupações é a comida que me consola. Sabe que já sou ansiosa e quando o Jaques¹⁷ me incomoda, quando vem com aquelas loucuras dele, eu não me controlo, eu tenho gana por comer! Mas acontece que eu não posso comer do jeito que eu como, eu sei disto, eu preciso mudar! Se eu não fizer isto, vou virar um balão, ficar ainda pior do que já estou e já estou muito acima do peso. Tenho sofrido, porque minhas roupas já não servem mais e porque estou cada vez mais feia”.

Nas falas acima é visível o sofrimento dos usuários por estarem acima do peso. Eles têm discernimento de que buscam na comida uma fuga, um consolo, um prazer e que este consolo desencadeia outros sentimentos, novas culpas, outras questões que, muitas vezes, eles não sabem como resolver, pois vêm na comida uma válvula de escape, conforme também pode ser percebido na fala que segue:

Patinho Feio: -“Eu não sei mais o que fazer, tenho outros problemas, tenho depressão, sou bipolar e tomo medicação para controlar isto. Só que a medicação que eu uso abre mais ainda o meu apetite, por isto estou sempre comendo, o doutor já me falou isto. Também comer é a minha única fonte de prazer, não vejo graça em mais nada, tem nada mais que eu tenha vontade de fazer ou que me agrade”.

¹⁷ Nome fictício do filho da usuária que tem, segundo informações da equipe, o diagnóstico de esquizofrenia.

Percebemos, através deste relato, que muitos usuários, em função do transtorno mental, depressão, entre outros, diagnosticados pelo psiquiatra, tomam medicações que aumentam a vontade de comer e, aliado a esta vontade, o usuário não tem uma rede social fortalecida e busca na alimentação sua única fonte de prazer.

Os fatores que levam uma pessoa a se tornar obesa são variados: excesso de alimentação, perturbações metabólicas, endócrinas, psicológicas/psiquiátricas, entre outras e, em nossa experiência, observamos que as pessoas estão com sobrepeso ou obesidade por diferentes fatores. Mas o fato é que todas sofrem com suas situações, todas buscam um ideal de beleza, de corpo perfeito e sofrem com isso, sofrem a pressão para irem em busca desse corpo perfeito, da saúde e sofrem as frustrações de nunca atingirem o padrão de beleza que almejam.

Muitas pessoas são obesas porque têm uma alimentação excessiva ou pobre em vitaminas, minerais, mas rica em gorduras e açúcares, ou usam da comida como um componente que alivia tensões e ansiedade. Neste caso, o fato de comer não está apenas relacionado ao prazer de comer. A pessoa que transforma a comida nesta válvula de escape pode se tornar dependente de comida para conseguir se sentir bem. A comida se torna uma dependência semelhante ao álcool ou outras drogas. Assim, o peso aumenta, a autoestima diminui, a capacidade física diminui, o desejo de parar de comer e não engordar aumenta igualmente ao desejo pela comida. E este vício de comer, esses sentimentos, se refletem na saúde de várias formas. Kahtalian (1992) considera que o ato de comer, para os obesos, é tido como tranqüilizador, como uma forma de localizar a ansiedade e a angústia no corpo, sendo apresentadas também dificuldades de lidar com a frustração e com os limites.

Precisamos salientar que cada pessoa é diferente, cada pessoa tem sua singularidade, por isso todos reagem de formas diferentes ao excesso de peso. Uma pessoa com excesso de peso pode conseguir conviver com seu corpo tranquilamente, se este não afetar sua saúde, porém outra já pode sofrer muito com o excesso de peso mesmo este excesso não afetando sua saúde. Quando o sujeito sente que o excesso de peso o faz sofrer ou afeta sua saúde, isso vira,

sim, um problema, que precisa ser trabalhado. Se a comida faz o sujeito dependente dela, então é preciso encontrar atividades e tratamentos para essa dependência. A obesidade pode ser vivida de forma tão opressora, que quando uma pessoa obesa é alvo de olhares, cria um sentimento de inadequação. Muitas falas dos usuários que atendíamos na equipe de saúde mental relatam experiências com esse tipo de sofrimento. Contudo, muitas vezes estes olhares podem não ser pelo fato de o sujeito ter excesso de peso, mas a percepção do sujeito obeso varia de como ele mesmo se enxerga e a autoimagem é um componente muito importante para a saúde mental do obeso ou do sujeito com excesso de peso. E tudo pode ainda ficar pior quando o sujeito não encontra uma poltrona para o seu tamanho no cinema, não passa pela roleta do ônibus, etc.

Outra questão a ser contemplada em saúde mental e obesidade, é o fato de vivermos em uma sociedade em que se cobra resultados rápidos, o tempo é sempre curto, tudo é imediato, e o que uma pessoa obesa quer, quando se propõe a um tratamento, uma reeducação alimentar, é ver o resultado logo, ou seja, quer olhar no espelho e se ver mais magro, quer subir na balança e ver que perdeu vários quilos. Mas perder e manter o peso saudável são tarefas bastante difíceis, que exigem esforço, força de vontade, propósito de mudança, ajuda de profissionais e tempo. Por isso, muitos sujeitos ficam frustrados, decepcionados consigo mesmo quando não conseguem um resultado imediato. Isso leva a mais ansiedade, mais nervosismo, depressão, entre outras coisas.

Percebe-se, então, uma série de complicações psicológicas e sociais associadas à obesidade: baixa autoestima, distorção da imagem corporal, preconceito, sentimentos de rejeição, exclusão social, problemas de saúde física, problemas de relacionamento familiar/conjugal/social, revolta, isolamento social, depressão e até mesmo ideação suicida. Assim, muitos fatores da vida do usuário ficam com sérios comprometimentos, principalmente os relacionados com seu aspecto emocional.

Quanto aos aspectos emocionais associados à obesidade, as pacientes obesas relataram manifestações de nervosismo, desânimo, tristeza e infelicidade com frequência significativamente maior do que as mulheres

com peso normal. Estas mulheres não obesas, apesar de terem apresentado escores significativamente inferiores aos das obesas em todas as outras categorias, o maior prejuízo com relação à saúde foi o relativo ao aspecto emocional (NOGUEIRA et al, 2001).

Poderíamos dizer, então que, a obesidade leva ao transtorno mental ou que o transtorno mental é que leva à obesidade? É uma questão que talvez não tenha uma resposta tão objetiva, pois devemos considerar inúmeros fatores, sociais, pessoais, econômicos. O que percebemos é um círculo vicioso, segundo explicitado no texto: as pessoas buscam na comida uma válvula de escape para suas frustrações e a comida acaba sendo o vetor que gera ainda mais frustração por trazer a tona a questão da obesidade e todos os problemas que esta desencadeia na vida dos sujeitos. O consumo de alimento estimulado pela mídia, o consumo de roupa estimulado pela mídia, o consumo do corpo estimulado pela mídia.

Assim remetemos ao título deste capítulo, pois a obesidade e transtorno mental são uma história sem fim. Uma história sem fim com capítulos diferentes e distintos, cada um com suas particularidades, porém, desencadeados por fatores muito semelhantes ou até pelos mesmos fatores. Entender, assim, quais são esses fatores, perceber que são causados por uma sociedade na qual o imediatismo, o consumismo, a beleza, são essenciais para o sujeito estar incluído, como no País dos Dedos Gordos. E quando o usuário não está dentro destes padrões impostos pela Rei/mídia e pela sociedade, ele é então excluído socialmente, sofre preconceitos é alvo de rótulos e tudo isto acaba por deixar seu sofrimento ainda maior.

5 CONCLUSÃO

No trabalho aqui apresentado, temos a conclusão do último capítulo da história de nossa graduação, pois a história de nossa formação continuará sendo escrita. Este é um processo constante, sem fim.

Sabemos agora que, interpretar a totalidade, entender como se dão as relações de poder nesta sociedade, perceber as implicações tanto da obesidade quanto do transtorno mental na vida dos sujeitos e perceber a relação que há entre elas, entendê-las como expressões da questão social, conjunto das expressões de desigualdades sociais, é essencial para se trabalhar e buscar alternativas para enfrentamento dessas desigualdades.

Percebemos que a influência da mídia nesses estigmas e preconceitos com quem não “se encaixa” no padrão está a serviço do capital. A mídia é um veículo que é muito utilizado pelo capital como meio de influenciar e vender seus produtos e ideias para a população, aumentando as vendas e, conseqüentemente, o lucro de quem anuncia esses produtos e imagens. Isso tudo, somado ao contexto neoliberal, ao estímulo do individualismo, à valorização do capital acima de tudo, a um Estado cada vez mais mínimo, ao ter mais importante que o ser, contribui para o isolamento social, para a criação de estigmas, para a destruição de singularidades.

Contraditoriamente, o Estado não dá conta de proteger quem sofre desses estigmas e quem é alvo deste sistema. Por exemplo, uma cirurgia de redução de estômago, em casos de obesidade mórbida, é de extrema importância pelos riscos que ocasiona, porém, para um usuário do SUS conseguir tal cirurgia, precisa entrar em uma lista e esperar anos até que chegue a sua vez. Desta forma, muitas vezes, a pessoa quando é chamada, já é tarde, pois as complicações na saúde relacionadas ao peso são graves: hipertensão, diabetes, problemas cardíacos, câncer, entre outros. Entender esse contexto, conhecer a complexidade do fenômeno e encontrar possibilidades de intervenção nesta realidade é papel do Serviço Social.

O Serviço Social, trabalhando com os usuários, tem papel fundamental de reconhecer o reino, os sótãos, os porões, os seus castelos, os súditos, as relações que se dão entre eles, ou seja, reconhecer que a mídia que impõe os padrões a serem seguidos é a mesma que exclui e rotula esses sujeitos, e é a mesma que cobra e impede o sujeito de sair da condição de doente justamente por continuar excluindo-o, fechando-o no círculo vicioso, na sua história sem fim. Mas também é a mesma que informa, socializa possibilidades e pode exercer um papel importante, diferente do que vem exercendo hoje, de contribuir no combate ao preconceito, aos estigmas e aos mitos com relação à obesidade e ao transtorno mental. O papel do Serviço Social, reconhecendo essas contradições e norteado pelos princípios de seu Código de Ética, é trabalhar – seja na empresa, na rede de saúde ou outro espaço institucional – para que o sujeito, seja ele obeso, pobre, com transtorno mental ou não, reconheça seu papel de protagonista nesta sociedade que o exclui e exerça seus direitos. “Trabalhar com empenho para eliminar todas as formas de preconceito, incentivando o respeito a diversidade [...]; Reconhecimento da liberdade como valor ético central [...]; Defesa intransigente dos direitos humanos[...].” (CFESS, 1993).

Os princípios do nosso Código de Ética devem permear nossas ações, nossa tomada de posição frente a essas questões na sociedade atual, buscando reconhecê-las como expressão da questão social e também reconhecer as resistências aos processos de discriminação, exclusão e adoecimento dos sujeitos. Pois a resistência, as formas de eliminar os preconceitos, de reconhecer os direitos desses cidadãos, de efetivar o direito ao acesso à saúde, ao tratamento indicado, é nosso compromisso. Estar articulado com a rede de atendimento, conhecer os recursos disponíveis, articular a participação do usuário no controle social, participando de comissões, do Conselho Municipal de Saúde, cobrando seus direitos; informar o usuário sobre as formas de tratamento que ele pode acessar através da rede; informar quais são os seus direitos; tencionar junto aos gestores por políticas que contemplem segmentos excluídos, vulnerabilizados; apresentar bons projetos para captação de recursos da empresa para melhor atender os usuários, tudo isto é trabalhar com o que propõe nosso Código de Ética. O Projeto Ético-Político da profissão é contemplar as

competências exigidas do assistente social (ético-política, técnico-operativa, teórico-metodológica), esse é o papel do Serviço Social frente a essas demandas.

Para contemplar e exercer as competências exigidas de um assistente social, não basta apenas reconhecer e entender as relações sociais, como se dão as formas de preconceito ou desrespeito aos direitos dos usuários. É preciso partir para a ação e buscar formas e alternativas de trabalho que respeitem e efetivem o direito de cada cidadão, entendendo que, nesta sociedade, obesidade, transtorno mental, pobreza, preconceito, desemprego, entre outros, são expressões da questão social diferentes, mas que podem ter uma mesma origem, ou que uma pode levar a outra, por isso, trata-se de uma história sem fim, com capítulos distintos, mas que podem ser re-escritos. Re-escritos de maneira que não virem apenas estatísticas, não sejam esquecidos, não sejam ignorados, mas que cada uma dessas histórias possa ser escrita e re-escrita, que seja real e factível, mas que não deixe de ter um toque de conto de fadas, um toque de sonhos, de esperança, na busca de que ao final dessas histórias, possa ser escrito: ...e foram cidadãos para sempre!

REFERÊNCIAS

ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade. **Página Institucional**. Disponível em: <[http:// www.abeso.org.br](http://www.abeso.org.br)>. Acesso em março de 2008.

AFONSO, Maria Lúcia M.(org.) **Oficinas em Dinâmica de Grupo**: um método de intervenção psicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

ALVES, Rubem. **Estórias de Quem Gosta de Ensinar**. 2ªed. Cortez. São Paulo, 1984.

ANDRADE, Carlos Drummond. **Corpo: novos poemas**. Rio de Janeiro: Record, 1985.

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda. Maria Lucia Pires Martins. **Filosofando: introdução a filosofia**. 3. ed. Revista. São Paulo: Moderna, 2003.

BAPTISTA, Myrian Veras. A Ação Profissional no Cotidiano. In: MARTINELLI, Maria Lúcia; ON, Maria Lúcia Rodrigues; MUCHAIL, Salama Tannus (org). **O Uno e o Múltiplo nas Relações Entre as Áreas do Saber**. São Paulo: Cortez, 2001.

BARROCO, Maria Lucia Silva. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

BARROS, Carlos Alberto Sampaio Martins de. Compulsão Alimentar na Obesidade. **Aletheia** Universidade Luterana do Brasil- ULBRA. Canoas RS, v. 5, n. 1, p. 65-70, 1997.

BELLINI, Maria Isabel Barros. **Arqueologia da Violência Familiar**. 2001. 218 f. Tese (Doutorado em Serviço Social)- Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

BISNETO, José Augusto. Uma Análise da Prática do Serviço Social em Saúde Mental. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 82, Julho de 2005.

BOAL, Augusto. **Teatro do Oprimido e Outras Poéticas Políticas** – 7º ed, Rio de Janeiro RJ. Civilização Brasileira, 2005.

BOTTOMORE, Tom. **Dicionário Crítico Marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Educação para o Trabalho na Saúde PET-Saúde**. Disponível em: <<http://www.prosaude.org/not/prosaude>>. Acesso em: 02 de setembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANS- **Agência Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal>>. Acesso em 17 de junho de 2008a.

BRASIL. LEI Nº 11.788, DE 25 DE SETEMBRO DE 2008. **Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT**. In: Diário Oficial da União, Brasília, 26 de setembro de 2008b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL. **Portal Saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 16 de Junho de 2008c.

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br>>. Acesso em 17 de outubro de 2009.

BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE setembro DE 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. In: Diário Oficial da União, Brasília, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. LEI Nº 10.216, DE 06 DE ABRIL DE 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o**

modelo assistencial em saúde mental. In: Diário Oficial da União, Brasília, 09 de abril de 2001.

BRASIL. PORTARIA 1.125 DE 06 DE JULHO DE 2005. **Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS.** In: Diário Oficial da União, Brasília, 07 de julho de 2005.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete. (Org.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

CATTANI, Antonio David. **Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico.** Petrópolis: Vozes, 1997.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais.** Brasília, 1993.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.cressrs.org.br>>. Acesso em: 24 de novembro de 2009.

CORDÁS, Taki. **Obesidade Grau três.** in: VARELLA, Drauzeo. Disponível em <http://www.drauziovarella.com.br/entrevistas/obesidade_3.asp> Acesso em 22 de novembro de 2009.

DATAFOLHA Instituto de Pesquisas; Sociedade Brasileira De Cirurgia Plástica. **Cirurgia plástica no Brasil.** São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.cirurgiaplastica.org.br>>. Acesso em: 01 de setembro de 2009.

ECT- Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos. **Manual de Pessoal ECT.** Módulo 17: Serviço Social. Brasília: 09 de abril de 2006.

ECT- Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos. **Plano Estratégico 2009.** Brasília: 20 de outubro de 2008.

ECT- Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos. Disponível em: <<http://www.correios.com.br>>. Acesso em agosto de 2009.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____ A questão da metodologia em serviço social: re-produzir-se e representar-se. **Caderno ABESS (Assoc. Bras. de Ensino de Serviço Social)**, n. 3. A metodologia do serviço social. São Paulo: Cortez, 1995.

_____ Desafios do Serviço Social na Era da Globalização. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 61- ano XX- Cortez. Novembro, 1999.

FELIPPE, Flávia: **O Peso Social da Obesidade**. 2001. 282 f. Tese (Doutorado em Serviço Social)- Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 3. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

GUIRADO, Marlene. **Psicologia Institucional**. São Paulo : EPU, 1987.

HERKENHOFF, Maria Beatriz. Serviço Social na Empresa: Uma experiência profissional. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº23-ano 8 - Cortez. Abril, 1987.

IAMAMOTTO, Marilda. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social: Ensaios críticos**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1997.

_____ **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____ **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 08 de maio de 2008.

KAHTALIAN, A. **Obesidade: um Desafio**. Em J. Mello Filho (org.) *Psicossomática Hoje*. p. 273- 278. Porto Alegre. Artes Médicas, 1992.

KONDER, Leandro. **O que é Dialética**. 4 ed. São Paulo: Brasiliense, 1981.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista. **Pensar a Supervisão de Estágio em Serviço Social: ser ou não ser, eis a questão!** 2007. 255 f. Tese (Doutorado em Serviço Social)- Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

MARTINELLI, Maria Lúcia e KOUMROUYAN, Elza. Um Novo Olhar para a Questão dos Instrumentais técnico-operativos em Serviço Social. **Revista Serviço Social e Sociedade** nº 45, Ano 15. São Paulo, Cortez, 1994.

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto Ético Político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabeth.(org) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA DE ALMEIDA, Graziela Aparecida, LOUREIRO, Sonia Regina y DOS SANTOS, José Ernesto. **Obesidade mórbida em mulheres - Estilos alimentares e qualidade de vida**. [online]. dic. 2001, vol.51,no 04. Disponível em: <<http://www.scielo.org.br/scielo.php>>. Acesso em: 28 de abril de 2009.

OMS- Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <<http://www.omsbrasil.com.br>>. Acesso em: 08 de maio de 2008.

PIETROCOLLA, Luci Gati. **Sociedade de Consumo**. São Paulo: Global, 1989.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. Biblioteca Central Ir. José Otão. **Orientações para apresentação de citações em documentos segundo NBR 10520**. Disponível em: <<http://www3.pucrs.br/portal/page/portal/biblioteca/capa/BCEPesquisa/BCEPesquisaModelos>>. Acesso em: 19 de novembro de 2009.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o Cuidado na Família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SANTOS, Andréia Mendes dos. **Sociedade do Consumo : criança e propaganda, uma relação que dá peso**. Tese de Doutorado. (Programa de Pós-graduação em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

SCHERER, Giovane Antonio. **Em Cena: Arte, Teatro e Serviço Social**. Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social- Universidade Luterana do Brasil- ULBRA. Canoas, 2008.

SILVA, Jurema Alves Pereira. O Papel da Entrevista na Prática do Serviço Social. **Em Pauta- Cadernos da Faculdade de Serviço Social da UERJ**. Nº 06. Rio de Janeiro, 1995.

SOUZA, Maria Luiza de. **Serviço Social e Instituição: a questão da participação**. 5ª ed. – São Paulo. Cortez, 1995.

SOUZA, Maria Luiza de. **Desenvolvimento de Comunidade e Participação**. 8ª ed. – São Paulo: Cortez, 2004.

SUA PESQUISA. Página Eletrônica. <<http://www.suapesquisa.com.br/ditadura>>. Acesso em 08 de Maio de 2008.

TONETTO, Veridiana Torri. **O Processo de Trabalho do Assistente Social: por que estamos nós falando ainda sobre isso?** 2009. 78 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)- Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

UOL. Página Eletrônica. Disponível em: <<http://www.ram.uol.com.br/matéria>>. Acesso em 14 de maio de 2008.

VASCONCELOS, Ana Maria. Serviço Social e Prática Reflexiva. **Em Pauta**. Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ. Nº 10. Julho, Rio de Janeiro, 1997.

VEGGI, Alessandra Bento, LOPES, Claudia S, FAERSTEIN, Eduardo e SICHIERI, Rosely. **Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro** [on line] dic 2004, vol.26 no.4. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em 29 de abril de 2009.

VOLKER, Emanuelle Silveira. **Dimensões Constitutivas da Ação Profissional: particularizando o trabalho do assistente social em unidades de diálise**. 2009. 154 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)- Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

APÊNDICE A - Questionário nº 01- Distribuído no final de cada oficina realizada no projeto de intervenção.

1-Com relação ao encontro de hoje, você se considera:

muito satisfeito Satisfeito insatisfeito

2-Você tem acesso e costuma ler as notas sobre o programa obesidade divulgadas no Boletim Informativo da empresa?

Não Sim. Considera as informações divulgadas contribuem para motivá-lo a seguir no tratamento?

Sim Não

3-Com relação ao projeto, você se considera:

Muito Satisfeito Satisfeito Insatisfeito

4-Deixe aqui sua critica, sugestão ou comentário sobre o projeto:

5-Sugestões de temas para os próximos encontros:

APÊNDICE B - Questionário nº 02- Distribuído no final da última oficina do projeto de intervenção.

1-Marque o(s) benefício(s) que você obteve depois da adesão ao projeto:

- melhora de índices bioquímicos
- redução de peso
- melhora da auto-estima
- melhora da qualidade de vida
- menos afastamentos do trabalho
- mais facilidade ao desempenhar suas funções no trabalho
- melhora do relacionamento familiar e pessoal
- melhora do relacionamento no trabalho
- Outros

Cite:

2-Ocorreram mudanças em seu estilo de vida pós ingresso no projeto? Quais ?

3-A perda de peso gerou algum impacto em sua vida? Quais ?

4-O que considera ser o seu principal ganho com sua participação no projeto?

5-Qual o grau de conhecimento sobre obesidade que considerava ter antes de ingressar no projeto?

- Alto Médio Baixo

6-Qual o grau de conhecimento sobre obesidade que considerava ter hoje, depois de participar do projeto?

- Alto Médio Baixo

7-Com relação ao projeto, você se considera:

- Muito Satisfeito Satisfeito Insatisfeito

8-Deixe aqui sua crítica, sugestão ou comentário sobre o projeto:

APÊNDICE C - Indicadores de Avaliação do Projeto de Intervenção

Objetivo	Indicador	Meios de verificação
<p>Verificar se o usuário está conseguindo perder e manter seu peso saudável e quais os impactos disso em sua vida</p>	<p>1-Redução e manutenção do peso dos usuários participantes do projeto Obesidade: Conhecendo e enfrentando esta expressão da questão social; 2-Mudanças e melhoras na qualidade de vida, ocorridas na vida do sujeito com a perda de peso; (menor índice de doenças associadas, maior auto-estima)</p>	<p>1.1-Pesagem e verificação de IMC e índices bioquímicos pela médica do projeto. 2.1- Observação, depoimentos e exames clínicos. (Realizados ao longo do projeto, pois são solicitados pela médica que acompanha os usuários) e Questionário para mensurar os impactos da perda de peso na vida do sujeito (apêndice B)</p>
<p>Incentivar a motivação para mudança nos hábitos alimentares e estilo de vida do usuário obeso;</p>	<p>1-Usuários motivados e comprometidos com mudanças. 2- Mudanças e melhora na qualidade de vida, ocorridas na vida do sujeito com a perda de peso; (menor índice de doenças associadas, maior auto-estima)</p>	<p>1.1- Ficha de frequência dos usuários nas consultas com nutricionista, psicólogo e psiquiatra (quando utilizado) 1.2-Lista de presença dos usuários nos encontros/oficinas mensais e atendimentos individuais do projeto. 1.3-Questionário para mensurar as mudanças ocorridas pós a entrada no projeto. (apêndice B) 2.1-Observação, depoimentos e exames clínicos. (Realizados ao longo do projeto, pois são solicitados pela médica que acompanha os usuários) e Questionário para mensurar os impactos da perda de peso na vida do sujeito (apêndice B)</p>

Objetivo	Indicador	Meios de verificação
Disseminar informações/ conhecimentos aos usuários com relação à temática da obesidade;	1-Usuários com conhecimentos sobre obesidade, fortalecidos e participativos, desenvolvendo estratégias de enfrentamento desta realidade	1.1-Questionário para verificar o grau de conhecimento sobre obesidade, que o usuário considerava ter antes de participar do projeto e durante sua participação. 1.2-Verificar o alcance das notas sobre alimentação no Boletim Informativo, através de questionário.
Viabilizar um espaço individual e coletivo, de reflexão e de compartilhamento de informações sobre as implicações da obesidade na vida do usuário obeso;	1- Usuários com conhecimentos sobre obesidade, fortalecidos e participativos, desenvolvendo estratégias de enfrentamento desta realidade	1.1-Observação; 1.2- Entrevistas semi-estruturadas; 1.3-Depoimentos dos usuários durante os encontros e atendimentos individuais; 1.4-Frequência e número de participantes nos encontros e atendimentos individuais; 1.5-Procura pelos usuários de fatores que auxiliem na adesão ao tratamento e perda de peso (psicólogo, academia, etc.)