

EIXO TEMÁTICO 4 – SEGURIDADE SOCIAL: ASSISTÊNCIA, SAÚDE E PREVIDÊNCIA**MAIN THEME 4 - SOCIAL SECURITY: CARE, HEALTH AND SOCIAL SECURITY****O PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO NO PIAUÍ NOS ANOS DE 2009 A 2013****THE PROGRAM OF OUT HOME CARE ON PIAUÍ THROUGHOUT THE YEARS OF 2009 UNTIL 2013****Sandro Roberto de Azevêdo**

Mestre em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí, Especialista em Auditoria pela PUC – MG, Bacharel em Ciências Contábeis pela Universidade Federal do Piauí, Professor do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Piauí – IFPI – *Campus* Campo Maior. Desenvolve pesquisas na área de Políticas Públicas

Resumo

O Tratamento Fora de Domicílio (TFD) é o instrumento legal que visa tornar possível o tratamento, pelo Sistema Único de Saúde, aos cidadãos portadores de enfermidades não tratáveis em seu município de origem, mediante o custeio de passagens e diárias. Este artigo tem como objetivo geral analisar a implementação do TFD no Piauí. Para tanto se fez a análise da produção de TFD nos anos de 2009 a 2013 em termos de quantidade de procedimentos e de valores orçamentários e financeiros. Constatou-se que o TFD foi implementado no Piauí de acordo com o modelo previsto pela Política Nacional de Regulação. Percebeu-se que a maior parte dos pacientes foi tratada no próprio Estado. A execução orçamentária e financeira revela que a fixação dos recursos orçamentários para o TFD ficou aquém dos valores médios da produção aprovada e que a execução financeira representou pouco mais da metade dos recursos orçamentários fixados.

Palavras-chave

Saúde. Regulação. Acesso. Tratamento Fora de Domicílio.

Abstract

The “Out of Home Care” (OHC) is the legal tool which aims to make treatments possible by the “Single Healthcare System” (SHS) for the citizens who bear highly, non-treatable in their original cities through the cost of tickets and daily rates. The presented research as a study object, and a general goal: to analyze the implementation process of OHC on the state of Piauí. Being so, an analysis of OHC’s efficiency from the years of 2009 to 2013 has been made, taking in account the amount of procedures and economical values. It has also been found that OHC has been implemented on the state of Piauí according to the model established by the National Regulation Policy. It has been revealing so that most patients have been treated in their own state. The data correspondent to the budgetary and financial execution reveals that during the researched time, the fixation of budgetary resources for OHC was below the medium valuation for an approved production and that the financial execution represented only little more than half of the fixed budgetary resources.

Keywords: Healthcare. Regulation. Access. Out of Home Care.



Introdução

O Programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) é um instrumento legal que visa garantir, por meio da rede pública de saúde, o atendimento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis em seus municípios de origem por falta de condições técnicas ou profissionais, mediante o custeamento das passagens e diárias necessárias para o deslocamento e estada desses pacientes, enquanto durar o tratamento. Dessa forma, constitui-se elo entre o paciente usuário do SUS e o prestador do serviço de saúde, funciona como instrumento de cidadania e inclusão social, e colabora para o efetivo funcionamento de outras políticas de saúde.

A importância do TFD torna-se mais explícita quando se verifica que muitos usuários do SUS não possuem às vezes condições financeiras para deslocarem-se dos municípios de suas residências, por não encontrarem mais ali, possibilidades para o tratamento adequado do qual necessitam para a conservação ou promoção de sua saúde. Visto dessa forma, não é difícil perceber que o TFD, em muitos casos, pode significar até mesmo a própria sobrevivência de muitos cidadãos.

O objetivo deste artigo é mostrar os resultados da pesquisa realizada sobre a operacionalização do TFD no Piauí e que se constituiu numa dissertação de mestrado em Políticas Públicas na Universidade Federal do Piauí com o título: “O Programa de Tratamento Fora de Domicílio no Piauí: Uma análise de sua implementação a partir das dimensões jurídica, operacional e financeira nos anos de 2009 a 2013”.

Os resultados são apresentados em quatro tópicos, além dessa introdução, que é o primeiro. O segundo tópico tem o título de “A Implementação do Tratamento Fora de Domicílio no Estado do Piauí” apresenta o TFD, seu arcabouço jurídico-legal, o posicionamento dentro da Política Nacional de Regulação (PNR) e suas fontes de financiamento. No terceiro tópico, intitulado de “A Produção do Programa de Tratamento Fora de Domicílio no Piauí nos anos 2009 a 2013” é feita a apresentação e a análise dos



dados coletados sobre o TFD no período de 2009 a 2013 em termos de quantidade e valores de procedimentos e também em termos de execução orçamentária e financeira. No quarto tópico são tecidas as Considerações Finais, onde se destaca que o TFD é um importante instrumento na promoção do acesso dos usuários do SUS à rede assistencial de saúde e que no Piauí o mesmo foi implementado de acordo com os ditames da Portaria/SAS nº 55/99, cumprindo assim as funções estabelecidas pela Política Nacional de Regulação no sentido de controlar e direcionar o fluxo de pacientes. Com relação ao aspecto quantitativo da produção de TFD aprovada no período analisado destaca-se o bom desempenho do Piauí. Porém, quanto aos aspectos orçamentários e financeiros, a análise aponta para ineficiência tanto da execução orçamentária quanto da execução financeira em relação à produção aprovada.

A implementação do tratamento fora de domicílio no estado do PIAUÍ

O processo de implementação do TFD no estado do Piauí obedece, dentre outras, às diretrizes gerais da Portaria/SAS nº 55 de 24 de fevereiro de 1999 e da Política Nacional de Regulação do Sistema de Saúde (PNR), instituída pela Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008.

A análise foi elaborada enfatizando-se os aspectos referentes ao arcabouço jurídico que confere a legalidade e a legitimidade das ações desenvolvidas pela central de regulação no estado do Piauí e as respectivas fontes de financiamento em nível federal e estadual, em contraposição às quantidades e valores dos procedimentos concedidos pelo TFD no Piauí nos anos de 2009 a 2013.

Procurou-se, dessa forma, analisar a relação entre os valores orçamentários alocados pela Secretaria de Planejamento do Piauí (SEPLAN) no orçamento anual aprovado para os respectivos anos no período pesquisado, a execução financeira efetivada pela Secretaria Estadual da Saúde do Piauí (SESAPI), por meio da utilização do Sistema de Administração Orçamentária e Financeira Para Estados e Municípios (SIAFEM) e as informações disponibilizadas para acesso público no Departamento de Informática do SUS



(DATASUS) referentes aos procedimentos concedidos em termos de quantidades e valores efetivamente pagos. Essa abordagem, leva em consideração o modelo de análise de políticas públicas proposto por Giovanni (2009) e Silva (2013).

Em 24 de fevereiro de 1999, o Ministério da Saúde por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) disciplinou a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 com a edição da Portaria/SAS nº 55 que dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos do programa na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS além de outras providências com relação à implementação do TFD.

Atualmente, os procedimentos referentes ao TFD estão classificados conforme a Tabela 1:

Tabela 1: Procedimentos de TFD na tabela OPM/SUS

Nomenclatura	Valor(R\$)
Ajuda de custo para alimentação/pernoite de paciente.....	24,75
Ajuda de custo p/alimentação de paciente s/pernoite.....	8,40
Ajuda de custo p/alimentação/pernoite de paciente (p/ tratamento CNRAC).....	24,75
Ajuda de custo p/alimentação/pernoite de acompanhante.....	24,75
Ajuda de custo p/alimentação de acompanhante s/pernoite.....	8,40
Ajuda de custo p/alimentação/pernoite de acompanhante (p/ tratamento CNRAC).....	24,75
Deslocamento de acompanhante por transporte aéreo.....	181,50
Deslocamento de paciente por transporte aéreo.....	181,50



Deslocamento de acompanhante por transporte fluvial.....	3,70
Deslocamento de acompanhante por transporte terrestre.....	4,95
Deslocamento de paciente por transporte fluvial.....	3,70
Deslocamento de paciente por transporte terrestre.....	4,95
Deslocamento interestadual de acompanhante transporte aéreo (p/tratamento CNRAC).....	181,50
Deslocamento interestadual de paciente por transporte aéreo (p/tratamento CNRAC).....	181,50

Fonte: DATASUS/SIGTAP. Acesso em 02/12/2014. Adaptada pelo autor.

Percebe-se que a classificação dos procedimentos considera separadamente os procedimentos que devam ser regulados pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), assim como os procedimentos referentes ao paciente e ao acompanhante. Percebe-se também que a legislação garante que, em caso de pernoite, o paciente não fique desacompanhado.

A Política Nacional de Regulação (PNR) foi instituída em função, dentre outras, da necessidade de estruturação das ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS e da necessidade de organizar e garantir o acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde da rede assistencial do SUS, objetivando o fortalecimento do processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços em saúde. O artigo 2º da PNR estabelece que as ações de regulação são necessariamente integradas entre si e são organizadas em três dimensões: a) Regulação de Sistemas de Saúde; b) Regulação de Atenção à Saúde e; c) Regulação do Acesso à Assistência, dimensão na qual o TFD está inserido.

No Piauí, a estratégia de implementação do TFD foi objeto da pauta da 137ª Reunião Extraordinária da CIB/PI realizada em 21 de setembro de 2007. A Reunião aprovou por meio da Resolução CIB/PI nº 058/2007 a normatização dos benefícios do TFD por intermédio da edição do Manual TFD –SUS /PI, sendo assim, o Manual define em regras gerais as



responsabilidades da SES e das SMS para autorização do TFD, os atores, os critérios, rotinas e fluxos operacionais os recursos financeiros envolvidos no trâmite dos processos de solicitação de TFD, sistematizando dessa forma, as atividades de regulação, autorização e liberação de benefícios no estado do Piauí.

Os recursos orçamentários para o TFD são alocados no orçamento anual do Estado pela Secretaria de Planejamento do Estado do Piauí (SEPLAN). Na Tabela 2 estão demonstrados todos os valores autorizados por fonte de recurso e por elemento de despesas discriminadamente referentes ao período pesquisado.

Tabela 2 - TFD Piauí - quadro de detalhamento da despesa – QDD

	SUS		TESOURO		TOTAL
	Passagens	Diárias	Passagens	Diárias	
QDD 2009	1.200.000	3.513.633	250.000	250.000	5.213.633
QDD 2010	2.000.000	5.070.450	500.000	500.000	8.070.450
QDD 2011	3.100.000	4.000.000	100.000	120.000	7.320.000
QDD 2012	3.000.000	10.000.000	400.000	400.000	13.800.000
QDD 2013	2.000.000	3.998.849	400.000	400.000	6.798.849
TOTAL	11.300.000	26.582.932	1.650.000	1.670.000	41.202.932

Fonte: SEPLAN. Acesso em 30/06/2014. Elaborada pelo autor

A execução orçamentária e financeira dos recursos do governo do Piauí é executada por intermédio do SIAFEM, cuja implantação no Piauí foi instituída pela Lei Ordinária nº 5.423 de 20 de dezembro de 2004. A Tabela 3 foi elaborada com base nos dados disponíveis no SIAFEM sobre a execução da despesa do TFD no período pesquisado em termos orçamentários e financeiros.



Tabela 3 - TFD Piauí - execução orçamentária e financeira

POSIÇÃO SIAFEM EM 31/12	Disponível	Restos a Pagar	Liquidado	Desp Paga
Execução da despesa 2009	470.343,59	20.136,75	3.921.268,66	3.798.178,33
Execução da despesa 2010	565.495,37	304.123,08	3.640.831,55	3.586.797,06
Execução da despesa 2011	1.419.197,73	265.299,92	5.415.502,35	5.383.724,01
Execução da despesa 2012	5.783.150,98	23.627,60	7.213.221,42	7.142.248,77
Execução da despesa 2013	2.113.018,76	27.568,99	6.008.261,25	5.961.436,81
	10.351.206,43	640.756,34	26.199.085,23	25.872.384,98

Fonte: SIAFEM. Acesso em 30/06/2014. Elaborada pelo autor

Percebe-se no processo de execução orçamentária e financeira do TFD no Piauí, que as ações executadas pelos atores institucionais SEPLAN e SESAPI visam garantir que os objetivos estabelecidos pela PNR em relação à regulação do acesso sejam atingidos, e que as ações desenvolvidas na operacionalização dos procedimentos em termos financeiros sejam executadas de maneira eficiente.

A produção do programa de tratamento fora de domicílio no Piauí nos anos 2009 a 2013

A análise do processo de implementação do TFD no estado do Piauí foi realizada por meio de uma abordagem quanti-qualitativa visando à identificação do volume dos aportes orçamentários e financeiros destinados ao Programa e à quantidade e natureza dos benefícios concedidos no período de 2009 a 2013, além dos aspectos jurídicos legais do arcabouço jurídico que conferem a legalidade às ações executadas na operacionalização do TFD.

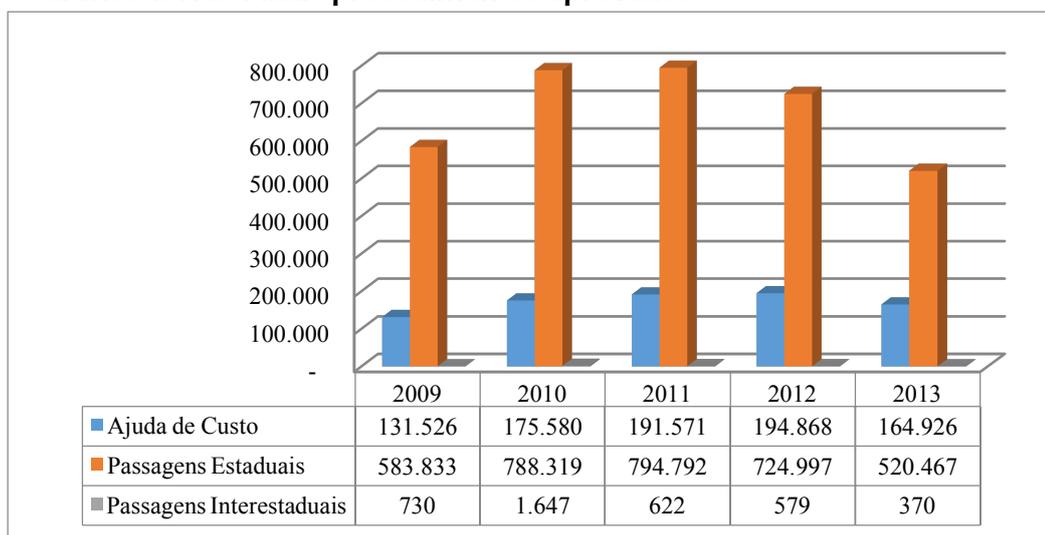
As informações referentes à análise foram obtidas com apoio de pesquisa documental, por meio, principalmente, de consulta às leis federais e do estado do Piauí, a base de dados do DATASUS e outras fontes documentais oficiais que versam sobre a temática, ancorada em bases conceituais propostas por Giovanni (2009), Silva (2013), Apolinnário (2006) e Spink (2000).



Para melhor visualização dos gráficos que dão suporte às análises, optou-se por reunir os procedimentos em três grupos, segundo a semelhança entre a natureza dos procedimentos. Assim, os dados dos procedimentos foram condensados em apenas três classificações denominadas de: a) Ajuda de Custo; b) Passagens Estaduais e; c) Passagens Interestaduais.

O Gráfico 1 demonstra a produção ambulatorial aprovada para os procedimentos do TFD para o estado do Piauí no período de 2009 a 2013.

Gráfico 1: TFD Piauí - procedimentos aprovados



Fonte: Ministério da Saúde - SIA/SUS. Acesso em 02/11/2014. Adaptado pelo autor

Os procedimentos referentes a passagens estaduais e ajuda de custo representaram praticamente a totalidade da produção apresentada pelo Piauí com 79,83% e 20,08% respectivamente. As passagens aéreas interestaduais representaram apenas 0,09% do total da produção do período. Esses dados apontam para a constatação de que o tratamento dos pacientes que recorreram aos benefícios do TFD foi realizado quase totalmente dentro do próprio Estado, por meio da rede pública ou conveniada/credenciada, sem a necessidade de deslocamentos interestaduais. Essa tendência se manteve constante, com pequenas variações no período observado.

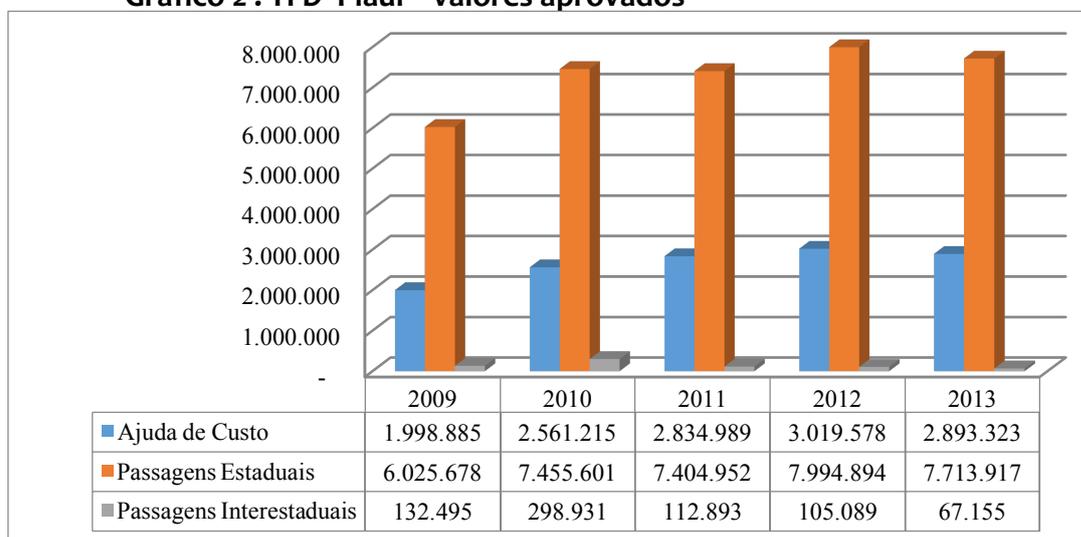


As quantidades totais aprovadas apresentaram uma variação negativa nos anos analisados em termos percentuais no valor de 4,23%. Os procedimentos referentes à ajuda de custo registraram um aumento percentual de 25,39% no período, no entanto os procedimentos relativos às passagens estaduais e passagens interestaduais apresentaram respectivamente 10,85% e 49,32% de variação negativa no período.

Esse fato, no entanto, não deve ser considerado como negativo em relação à eficiência da operacionalização do TFD, como poderia se supor, levando-se em conta apenas a quantidade apresentada no período. De fato, uma suposição plausível poderia ser levantada, considerando que a diminuição de benefícios concedidos pelo programa TFD poderiam indicar uma melhora geral na saúde pública ou maior resolutividade dos entes municipais, porém seriam necessários dados adicionais sobre a rede estadual de saúde do Piauí.

O Gráfico 2 demonstra a produção aprovada no período pesquisado em termos de valores monetários:

Gráfico 2 : TFD Piauí - valores aprovados



Fonte: Ministério da Saúde - SIA/SUS. Acesso em 02/11/2014. Adaptado pelo autor

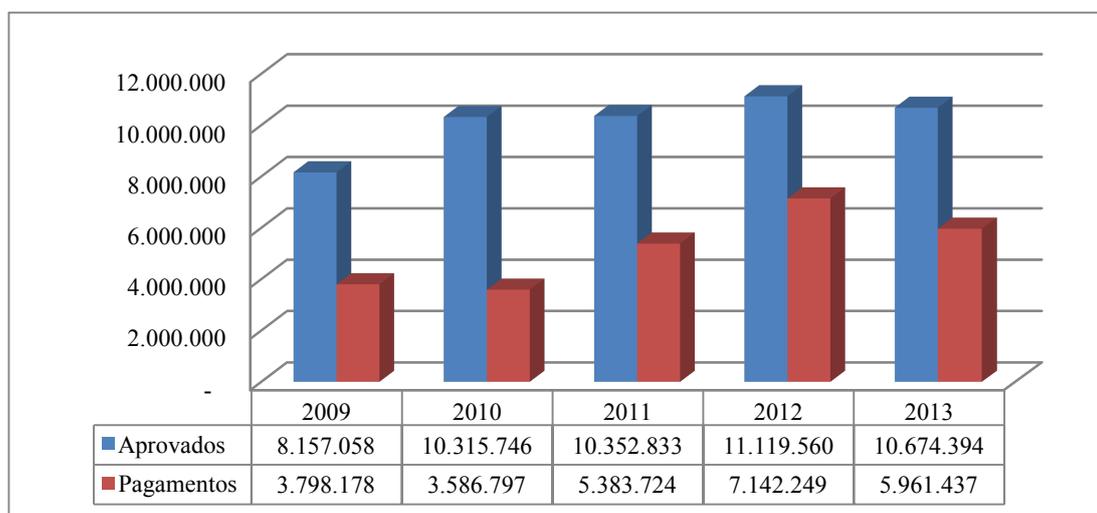
Da análise do Gráfico 2 percebeu-se que no Piauí houve aumento na produção aprovada no período pesquisado em termos de valores originais na ordem de 30,86%. No entanto, esse aumento não foi constante para todos os procedimentos. O aumento



apresentado pelo item “Ajuda de Custo” representou uma variação positiva de 44,75%, o mesmo comportamento é observado no item “Passagens Estaduais”, com variação positiva de 28,82%, porém, o item “Passagens Interestaduais” apresentou variação negativa de 49,32%. A constatação da redução de praticamente metade dos procedimentos de TFD de natureza interestadual e o conseqüente aumento dos procedimentos de natureza intermunicipal levam inicialmente à suposição de uma possível ampliação no atendimento e de melhoria na resolutividade da rede assistencial do Piauí, ou são resultantes das mudanças socioeconômicas havidas na região, uma vez que os valores são tabelados e não sofreram alteração no período pesquisado. No entanto, pode-se supor também que o aumento dos procedimentos intermunicipais se dá em função da escassez de serviços de saúde nos municípios do Piauí.

O Gráfico 3 demonstra a relação entre os valores da produção de TFD aprovada para



Gráfico 3: TFD Piauí - valores aprovados X pagamentos

Fonte: SIAFEM. Acesso em 30/06/2014. Adaptado pelo autor

Fonte: Ministério da Saúde - SIA/SUS. Acesso em 02/11/2014. Adaptado pelo autor

Ao analisar a relação entre os valores da produção aprovada dos procedimentos do TFD oriundas da base de dados do DATASUS e o valor dos pagamentos realizados pela SESAPI oriundos do SIAFEM, observou-se uma queda no percentual de eficiência da realização das despesas.

O valor da produção aprovada e o valor dos pagamentos realizados no período em análise apresentaram o mesmo comportamento: aumento dos valores históricos nos anos de 2009 a 2012 e uma diminuição em 2013. A relação percentual entre os pagamentos efetuados e a produção aprovada apresentou os seguintes valores: 2009 – 46,56%; 2010 – 34,77%; 2011 – 52,00%; 2012 – 64,23% e 2013 – 55,85%. Percebeu-se que a média de pagamentos ficou em torno da metade da produção aprovada (50,68%) e que nesse caso, a atipicidade do ano de 2012 influi de maneira positiva para o aumento da média. Sem se



levar em consideração os valores de 2012, o percentual médio de pagamentos diminuiu para 47,30%. Esses dados demonstraram a eficiência dos pagamentos em patamares de menos da metade da produção aprovada.

Os valores orçamentários alocados para o TFD no período de 2009 a 2013, de maneira geral ficaram abaixo dos valores da produção aprovada, o que implica dizer que os valores pagos também tiveram comportamento idêntico.

Considerações Finais

O acesso universal e igualitário estabelecido como princípio do SUS vem sendo estabelecido de forma gradual em função da complexidade decorrente das enormes diferenças regionais e da pluralidade de contextos vivenciados pelos municípios brasileiros, uma vez que o acesso à saúde engloba também fatores de ordem política, cultural, econômica e funcional que podem resultar em dificuldades que impedem, por um lado a satisfação das necessidades de assistência de grande parte da população e, por outro lado, dificultam a disponibilização por parte do governo de uma estrutura de saúde que garanta serviços de boa qualidade capazes de atender ao cidadão em seu município de origem.

Diante da necessidade de organizar e controlar o fluxo de pacientes que recorrem à rede assistencial pública de saúde instituiu-se a Política Nacional de Regulação do SUS, como forma de possibilitar aos três níveis de governo a execução de ações direcionadas a tornar universal o acesso aos serviços públicos de saúde, por meio da regulação do acesso à assistência, dimensão na qual o TFD está inserido.

O TFD, ao atingir de forma eficiente o seu objetivo, que é o de proporcionar o acesso dos usuários do SUS aos serviços necessários para o restabelecimento de sua saúde, na forma de passagens e ajuda de custo para hospedagem e alimentação enquanto durar o tratamento, torna-se elo entre o paciente e o tratamento e contribui de



maneira definitiva para tornar possível o princípio da universalização do acesso à assistência à saúde.

A análise desenvolvida nesta pesquisa permite ver a implementação do TFD no Piauí em pelo menos dois aspectos: No primeiro, a implementação do ponto de vista da observação da fundamentação legal e operacionalização do fluxo do processo de pedido de TFD: Percebe-se que as disposições da legislação aplicável ao TFD foram obedecidas satisfatoriamente em termos de operacionalização das ações de aprovação dos processos, o que reflete o volume de procedimentos aprovados, demonstrando que no Piauí, o acesso dos usuários do SUS à rede assistencial pode ser considerado satisfatório. No segundo aspecto, a implementação do ponto de vista da execução orçamentária e financeira, o desempenho do Piauí demonstra ineficiência em função dos baixos índices apresentados. No entanto, essa ineficiência não pode ser explicada somente a partir dos dados pesquisados, neles não se podem perceber as causas da ineficiência, apenas seus efeitos refletidos na execução orçamentária e financeira dos recursos alocados para o TFD.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em 14 set.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria/SAS/Nº55 de 24 de fevereiro 1999. Disponível em: <http://drt2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/PT-055.html> Acesso em 04 out. 2014.

SEPLAN. Secretaria do Planejamento. Governo do Estado do Piauí. Orçamento 2009. Disponível em http://www.seplan.pi.gov.br/upe/Orçamento/orçamento_2009/qdd-2009.pdf página116 Acesso em 29 abr. 2014.

_____. Secretaria do Planejamento. Governo do Estado do Piauí. Orçamento 2010. Disponível em http://www.seplan.pi.gov.br/upe/Orçamento/orçamento_2010/7-qdd-executivo.pdf página100 Acesso em 29 abr. 2014.



_____. Secretaria do Planejamento. Governo do Estado do Piauí. Orçamento 2011. Disponível em: <http://www.seplan.pi.gov.br/upe/Orçamento/orçamento_2011/lei/QDD_EXECUTIVO_FINAL.pdf> página103 Acesso em 29 abr. 2014.

_____. Secretaria do Planejamento. Governo do Estado do Piauí. Orçamento 2012. Disponível em: <http://www.seplan.pi.gov.br/upe/Orçamento/orçamento_2012/QDD_2012_EXECUTIVO_FINAL.pdf>página100 Acesso em 29 abr. 2014.

SEPLAN. Secretaria do Planejamento. Governo do Estado do Piauí. Orçamento 2013. Disponível em: <http://www.seplan.pi.gov.br/upe/Orçamento/orçamento_2014/QDD_Executivo/17000.pdf> página 6 Acesso em 29 abr. 2014.



TRABALHO SOCIAL COM FAMÍLIAS E AS RELAÇÕES DE GÊNERO

SOCIAL WORK WITH FAMILIES AND GENDER RELATIONS

Julietty Nunes Cardoso

Assistente Social. Professora de Graduação em Serviço Social. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí. Área de pesquisa Seguridade Social: Assistência Social, Saúde e Previdência.

Resumo

Este artigo tem como objetivo apresentar algumas reflexões sobre as políticas públicas e programas de combate à pobreza que têm como foco as mulheres, em especial o Programa Bolsa Família, a partir do trabalho social com famílias e sua relação com o gênero, através de revisão bibliográfica. De forma geral, essas políticas e programas têm centrado suas ações na família e, dentro dela, as mulheres, reforçando seus papéis tradicionais na esfera doméstica, responsabilizando-as pela falha nos cuidados, proteção e socialização, o que acaba reforçando os papéis tradicionais de mãe, cuidadora dos filhos e do lar, e pouco contribuindo para a superação das desigualdades de gênero. Ao final, destacam-se os desafios do trabalho social com a família e apontando pistas para repensá-lo e superar seus conservadorismos.

Palavras-chave

Políticas Públicas. Gênero. Trabalho Social com Famílias. Programa Bolsa Família.

Abstract

This article aims to present some reflections on public policies and programs to combat poverty which focuses on women, especially the Bolsa Família Program from social work with families and gender relations through literature review. Generally, these policies and programs have focused their actions in the family and within it women, reinforcing their traditional roles in the domestic sphere blaming them for the failure in the care, protection and socialization, which ends up reinforcing their traditional roles of mother, caregiver of the children and the home and contributing little to overcome gender inequalities. Concluding the article, highlighting the challenges of social work with family and pointing clues to rethink it and overcome their conservatism.

Keywords

Public Policy. Gender. Social Work with Families. Family Grant program



Introdução

A família, ao longo da história da humanidade, tem assumido diferentes funções, entre elas a de proteção social de seus membros. Nas sociedades pré-capitalistas e na longa fase do liberalismo, constituía-se na principal fonte de proteção dos indivíduos, e para os desvalidos, a proteção social da sociedade civil (mercado e organizações religiosas e filantrópicas).

Com o Estado Social, mediante políticas de corte social, as funções de proteção social passam a ser públicas. Na contemporaneidade, com as mudanças na regulação estatal e retorno dos ideais liberais, reatualizados e repaginados, a família assume a centralidade nas políticas sociais, ora como sujeito de direitos ora como agente de proteção social de seus membros e, na maioria das vezes, como parceira dos serviços sociais, em especial, na assistência social, o que fez surgir e reatualizar demandas por serviços e programas que tivessem como foco a família e o trabalho social com elas.

A partir da matricialidade sociofamiliar, o primeiro serviço criado pelo MDS, dentro do SUAS, foi o de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, que consiste na oferta de trabalho social a famílias no âmbito da proteção social básica, por meio de ações socioassistenciais de caráter continuado. Tem como público famílias em situação de vulnerabilidade social, em especial, famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) e do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI, em descumprimento de condicionalidades; e as com pessoas com deficiência, de 0 a 18 anos, beneficiários do BPC; entre outras.

A política de Assistência Social e o trabalho com famílias, para sua materialização, têm impactos nas relações de gênero, seja mantendo as assimetrias ou contribuindo para sua redução. Este estudo objetiva refletir acerca das políticas públicas e programas de combate à pobreza, que têm como foco as famílias, em especial, as mulheres, como o



Programa Bolsa Família e o PAIF, a partir do trabalho social com famílias e sua relação com o gênero, mediante revisão bibliográfica.

O presente artigo se organiza em dois momentos. O primeiro apresenta e reflete sobre o conceito de gênero e sua incorporação nas políticas públicas, concluindo que em função das atuais características das políticas sociais e dos programas de transferência de renda com condicionalidades, esses acentuam novas responsabilidades familiares e os poucos serviços públicos de apoio às famílias demonstram que essa centralidade acaba reforçando os papéis tradicionais da mulher dentro do lar e da família, como esposa, mãe cuidadora, educadora e socializadora, restrita ao âmbito doméstico e privado, reproduzindo a divisão sexual do trabalho. Embora esses busquem enfrentar necessidades voltadas para o combate à pobreza, na verdade pouco contribuem para a conquista do empoderamento e autonomia das mulheres. Finalizando, destacam-se os desafios do trabalho social com família, apontando pistas para repensá-lo e superar seu conservadorismo.

Gênero, família e políticas públicas

O termo gênero é empregado para designar vários significados, neste estudo se utilizou o conceito que reforça a ideia de construção social das assimetrias entre homens e mulheres, pois permite compreender o fenômeno gênero nas diferentes sociedades, inclusive na sociedade contemporânea, fundamentada nas definições de gênero trazidas por Saffioti (2004) e Scott (1995).

Para Saffioti (2004), o conceito de gênero não se resume a uma categoria de análise, mas apresenta uma captura da realidade, um modo de ser da realidade social. Ressalta-se que cada autora feminista aponta certos aspectos dessa realidade de gênero, mas há uma zona de consenso. Para Saffioti (2004, p. 45), o gênero é a construção social do masculino e do feminino:

Gênero se refere a uma categoria histórica, pode ser concebido em várias instâncias: como aparelho semiótico (LAURETIS, 1987); como símbolos culturais e vocadores de representações, conceitos normativos como grade de



interpretação de significados, organizações e instituições sociais e atribuições assimétricas de características e potencialidades (FLAX, 1987); como numa certa instância, uma gramática sexual, regulando não apenas relações homem-mulher, mas relações homem-homem e relações mulher-mulher.

A categoria gênero, no início foi utilizada pelas feministas para se referir à organização social da relação entre os sexos. Nesse sentido, é importante definir o conceito de gênero como uma construção social e cultural, pois esse conceito oferece elementos para compreender como historicamente e socialmente foram construídos os papéis sexuais e sociais atribuídos às mulheres e aos homens.

Destarte, gênero para Scott (1995) tem uma dimensão histórica, relacional, ou seja, é o elemento constitutivo das relações sociais e de poder; esse último, por sua vez, descentralizado, não somente quanto ao Estado e as leis, e apresenta como característica a fixidez da posição binária. Essa autora, então, propõe desconstruir a oposição binária igualdade/diferença, sem perder de vista a importância da diferença dentro da luta pela igualdade. Além de sugerir que o gênero deve ser redefinido e reestruturado e conjugado com uma visão de igualdade política e social que contenha não apenas o sexo, mas também a classe e a raça. Segundo Scott, o termo "gênero" passou a ser utilizado como uma maneira de se referir às construções sociais da relação entre os sexos, rejeitando, dessa forma, o determinismo biológico.

No Brasil, o campo de estudos sobre gênero aparece no final de 1970, e se consolidou juntamente com o fortalecimento dos movimentos feministas. O primeiro momento em que as mulheres e a problemática de gênero estiveram presentes foi por meio da presença expressiva de mulheres nos movimentos sociais urbanos, em que essas deixam a esfera privada e passam a atuar no espaço público, constituindo-se como sujeito político, dando-se, inicialmente, por meio de uma mobilização em torno da democratização do regime e de questões que atingiam os trabalhadores urbanos pobres em seu conjunto, tais como baixos salários e elevado custo de vida; além disso, os movimentos das mulheres ou as mulheres nos movimentos levantaram temas peculiares



à condição da mulher, como o direito à creche, à saúde, à sexualidade, à contracepção, e o combate à violência contra a mulher.

A agenda sofreu um desvio no final dos anos de 1980, com a Reforma do Estado, decorrente da crise e da capacidade de investimento, em um cenário marcado pela globalização e pela reestruturação produtiva, pelo corte de gastos na área social, pela privatização, focalização e modernização gerencial como prioridades. No final dos anos de 1980, a agenda era formulada por um movimento não mais unitário, tornando-se mais difícil a conexão da agenda de reforma da ação do Estado com a de gênero.

Nesse aspecto, Carloto (2012) aponta que essas políticas apresentam caráter focalizado e fragmentado, centradas nos papéis tradicionais da mulher dentro do espaço doméstico e da família. Assim, a grande maioria das políticas, programas e projetos dirigidos às mulheres, no mundo inteiro, focalizam seus papéis de esposas e mães, reproduzindo a tradicional divisão sexual do trabalho, e buscam enfrentar necessidades voltadas à esfera doméstica, mas, na verdade, pouco colaboram para a conquista do empoderamento e autonomia das mulheres.

Quanto a isso, Silveira (2004, p.3) nos mostra:

Muitas vezes, essas propostas de inclusão nada mais são do que instrumentalização das mulheres como substitutas da ausência de políticas sociais e criam armadilhas no caminho de sua cidadania, pressuposto que deveria balizar a construção de uma política pública.

Deste modo, as políticas focalizam a mulher em suas ações, programas e projetos, mas não lhes dão meios para que se insiram no mercado de trabalho, e impõem a elas exigências que acabam reforçando seus papéis domésticos de cuidadoras dos filhos, como os programas de transferência de renda com condicionalidades. Diante da ausência de uma rede pública de serviços para as famílias, pressupõe-se que a mulher, ao receber o benefício, tem a obrigação de prestar os cuidados e a assistência aos membros da família.



Segundo Carloto (2012), o principal enfoque é o papel das mulheres na esfera doméstica, relacionado fundamentalmente à maternidade; a justificativa para isso é que as mulheres são mais confiáveis como mães, como são mais confiáveis que os homens na aplicação correta do benefício, e tão ou mais capazes do que eles, garantindo, assim, a eficácia dos programas. Como afirma Carloto (2008, p.3):

A principal estratégia das políticas focalizadas centradas nas famílias tem sido a entrega direta de bens ou atividades de capacitação que reforçam as habilidades consideradas adequadas às donas de casa e mães não trabalhadoras. Exemplos de programas são os de provisão direta de alimentos, os programas de combate à desnutrição, os programas de planejamento familiar, os programas de erradicação do trabalho infantil, o programa bolsa família, programas que exigem que seja a mãe a responsável pelo recebimento do benefício.

Além da entrega de bens e benefícios, ou de capacitação para o desempenho de funções de dona do lar e mãe, as mulheres, a partir do papel de mãe, devem estar presentes em todas as atividades previstas nesses programas, como por exemplo, as de caráter socioeducativo.

Farah ressalta que as políticas e programas analisados sugeriram que entre a invisibilidade das mulheres e de suas necessidades, e demandas de uma ação governamental resultante de uma consciência de gênero que incorpore a perspectiva de gênero de forma sistemática e generalizada, há um terreno intermediário associado a um processo incremental de transformação em que alguns temas da agenda de gênero e algumas das abordagens propostas por movimentos e entidades das mulheres são incorporados de forma gradual, abrandando, talvez, o caminho para transformações mais profundas.

Trabalho social com famílias e gênero

Na década de 90, os programas de combate à pobreza tinham como público prioritário pessoas em situação de pobreza ou vulnerabilidade; nesse contexto, os



programas de transferência condicionada de renda-PTCR atuais, têm como foco a família, como entidade privilegiada, em termos de socialização e de ruptura da reprodução intergeracional da pobreza.

Os PTCR tendo como foco a família, focalizando a mulher como a responsável pelo recebimento do benefício, utilizando como justificativa que a mesma é quem sabe melhor gerir os recursos em benefício dos filhos; além disso, são elas responsáveis pelo cumprimento de condicionalidades, o que reforça o papel de cuidadoras, o que acaba por restringir suas possibilidades de inserir-se no mercado de trabalho.

De Martino (2015) aponta que os PTCR não favorecem uma distribuição equitativa do trabalho associada aos cuidados, reproduzindo a divisão sexual do trabalho doméstico; sendo a mulher reprodutora e o homem provedor, que é incapaz de gerir de forma eficaz a renda familiar. Para a autora, esses programas não geram uma negociação de papéis no âmbito doméstico, eles têm por base e reforçam funções tradicionais da mulher como cuidadora das crianças.

No que concerne aos PTCR, pode-se dizer que não superam a ideia de família normal e heteronormativa, nem admitem quebrar o padrão heterossexual predominante e a importância ao sexo como o primeiro “nível” através do qual é tecida uma série de atributos socioculturais atribuídos pelo fato biológico. Segundo Carloto (2015, p.180), “os programas de transferência de renda reforçam o papel doméstico das mulheres e consolidam estereótipos do feminino”.

No Brasil, o Programa Bolsa Família– PBF, criado em 2003, objetiva transferir renda, através da incorporação de todos os programas de transferência de renda existentes: instrumento de transferência de renda para garantia da segurança alimentar e nutricional (ALVES, 2008).

Carloto (2015) aponta que o PBF, assim como todos os programas de transferência condicionada de renda na América Latina, opera com uma noção tradicional de família em que a mulher é a provedora de serviços domésticos e reprodutivos, e que pode dedicar seu tempo e esforço às condicionalidades que o programa exige. Eles apresentam um



caráter “feminizado”, pois existe uma tendência em considerá-los uma política pública para as mulheres. Entretanto, se fosse assim, esses deveriam atuar sobre os elementos que impedem a autonomia das mulheres e sobre os principais obstáculos à igualdade de gênero, ou seja, deveriam, por se dirigirem às mulheres, contribuir para a equidade de gênero.

Considerado um dos mais admiráveis programas de transferência de renda, o PBF parece contribuir para a redução da condição de pobreza em que se encontra a maioria da população brasileira, principalmente as mulheres e crianças, os mais atingidos pela pobreza. No entanto, a exigência do cumprimento das condicionalidades reforça o papel da família como “parceira” do Estado, mais precisamente a mulher, que se torna responsável pela saúde e educação dos membros da família, além da administração da renda; mas vale destacar que o programa não pode desconhecer as desigualdades de gênero. Assim, ele também contribui para manter as atuais relações de gênero, reforçando os papéis tradicionais da mulher na esfera doméstico-familiar, ao controlar e orientar, de forma punitiva, as mulheres, através da imposição de condicionalidades. Percebe-se faltam ofertas de serviços públicos de cuidados à criança, aos idosos e aos doentes; recaindo os cuidados nas mulheres, dificultando sua autonomia e empoderamento.

Para Carloto (2015, p.205), “é necessário o fim da visão maternalista da política social. As mulheres têm seus direitos próprios, que não podem ser derivados de sua posição nos lares e nem de sua condição particular de mães”. Com efeito, as reflexões e debates sobre o PBF devem levar em consideração a relação entre pobreza e gênero, e a questão da autonomia e cidadania das mulheres, mas, também, os encargos da esfera dos cuidados doméstico-familiares.

Historicamente, na assistência social o trabalho social com famílias as consideravam irregulares, desestruturadas, por causa de seus modelos. Sobre elas recaía um trabalho normativo, moralizador, individualizante e integrador, fundamentado no



paradigma da patologia social e com os recursos terapêuticos do trabalho psicossocial individualizante (MIOTO, 2010).

Por meio do Decreto nº 5.085, de 19/05/2004, o PAIF se tornou “ação continuada da assistência social”, sendo sua oferta obrigatória e exclusiva nos CRAS (BRASIL, 2012), cujos objetivos, além de superar as abordagens fragmentadas e individualizadas dos programas tradicionais, incluem a garantia de sobrevivência familiar e comunitária aos seus membros. E definiu como diretrizes a família como unidade de atenção, valorizando as heterogeneidades, as particularidades de cada grupo familiar e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Na Tipificação, o PAIF é definido como:

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura de seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo (BRASIL, 2009, p.6).

O trabalho com famílias, desenvolvido no âmbito do PAIF, tem priorizado ações que enfatizam o trabalho socioeducativo. Esse pode ter efeitos emancipatórios ou reprodutores da ordem e das relações de gênero. Nesse segundo caso, ocorre quando as ações se voltam para as questões internas à família, no sentido de determinar habilidades para o cuidado doméstico, para o reforço de responsabilidades familiares, *a priori*, de novos conhecimentos adquiridos e da discussão e reflexão do seu cotidiano. Nessa dimensão, o trabalho social com famílias, a partir de métodos educativos, preserva a herança da educação disciplinadora e normatizadora da família, que assume faces modernizadoras que camuflam sua dimensão normativa.

Destarte, as orientações técnicas do PAIF se voltam para uma dimensão conservadora do trabalho social com a família, ou seja, o fortalecimento da função protetiva delas. Todavia, verifica-se potencialidade do trabalho social nos CRAS, em especial, com grupos onde pode ser redirecionado para a compreensão da sua realidade



e a busca de soluções coletivas. Assim, o trabalho nos CRAS pode ampliar-se, como um antídoto à sua transformação em serviço cartorial, de cadastramento, recadastramento, de encaminhamentos, e transformar-se em espaço de oferta de serviços de suporte à família e seus membros, com serviços de orientação, informação, conscientização sobre direitos, modos de acessá-los e garanti-los, sobre suas dificuldades cotidianas.

A capacidade das famílias vulneráveis é interpretada como um espartilho que pode ser esticado ainda mais; e como as famílias usuárias do PAIF detêm ativos importantes, já que os usuários do serviço são “[...] famílias em situação de vulnerabilidade social decorrentes da pobreza, do precário ou nulo acesso aos serviços públicos, da fragilização de vínculos de pertencimento e sociabilidade e/ou qualquer outra situação de vulnerabilidade ou risco social” (BRASIL, 2009, p. 7). O que significa que ela necessita de meios para garantir a proteção social dos seus membros, que deveriam ser oferecidos pelo poder público, de forma preventiva, para que elas não chegassem a vivenciar as situações de riscos.

Para Teixeira (2010), o trabalho social com famílias pode ter efeitos emancipatórios ou reprodutores da ordem e das relações de gênero. Nesse segundo caso, ocorre quando as ações se voltam para as questões internas à família, no sentido de determinar habilidades para o cuidado doméstico, para o reforço de responsabilidades familiares, *a priori*, de novos conhecimentos adquiridos e da discussão e reflexão do seu cotidiano. Nessa dimensão, o trabalho social com famílias, a partir de métodos educativos, preserva a herança da educação disciplinadora e normatizadora da família, que assumem faces modernizadoras que camuflam sua dimensão normativa

Conclusão

Além do modelo estereotipado, ideal de família, programas que focalizam as mulheres em situação de vulnerabilidade como público prioritário, a falta de acesso a creches, a escolas em período integral, a um sistema de saúde de qualidade, a moradias



dignas, e demais fatores, dificulta a inserção da mulher no mercado formal de trabalho e seu empoderamento, e acaba reproduzindo e reforçando seus papéis tradicionais de cuidadoras do lar e dos filhos. Estas políticas e programas poderiam dar apoio às famílias e, assim, teriam um grande impacto na vida das mesmas, numa perspectiva de gênero.

No que concerne às políticas públicas na perspectiva de gênero, Silveira (2004) destaca um aspecto relevante, do ponto de vista da efetividade de políticas públicas que não sejam “cegas para o gênero”, refere-se ao fortalecimento da participação das mulheres em espaços de definição de políticas e disputa por recursos, e aos mecanismos de controle social dessas políticas e à possibilidade de acesso aos espaços de decisão das políticas prioritárias.

Bandeira (2005) destaca que um dos principais fatores da cegueira para a perspectiva de gênero nas políticas do passado é a naturalização das desigualdades de gênero, e essa costuma ser o instrumento principal para a sua aceitação social e incorporação em políticas, práticas e comportamentos.

Segundo a mesma autora, as políticas sensíveis a gênero devem fundamentar-se no reconhecimento de que práticas e rotinas organizacionais requerem novos processos, por exemplo: a inclusão de atores implicados na formulação de políticas públicas nas instituições de tomada de decisão, a desagregação dos indicadores por sexo e raça/etnia e a avaliação dos impactos diferenciados das ações governamentais em diversos grupos socioculturais, principalmente nos mais vulneráveis. Só assim será possível superar as barreiras invisíveis que impedem que as mulheres sejam plenamente consideradas nas políticas públicas.

Assim sendo, as ações do trabalho social com famílias devem ser pautadas na lógica dos direitos, e o trabalho socioeducativo deve buscar a inserção desses sujeitos no circuito do território e da rede de segurança social, com a finalidade de articular o individual e o familiar no contexto social, levando a ultrapassar o imediatismo de suas concepções.



Referências

ALVES, Adriana Amaral Ferreira. Descentralização de responsabilidades x recentralização de recursos: a política de Assistência Social pós-88. In: **Assistência Social: História, Análise Crítica e Avaliação**. Curitiba: Juruá, 2008. p. 82-147.

BANDEIRA, Lourdes. **Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres avançar na transversalidade da perspectiva de Gênero nas Políticas Públicas**. Convênio Comissão Econômica para América Latina e Caribe – CEPAL, Secretaria Especial de Política para as Mulheres – SPM UnB, Brasília, Janeiro, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais** (Resolução nº. 109, de 11 de novembro de 2009). Brasília, MDS: 2009.

CARLOTO, Cassia Maria. Condicionalidades nos Programas de Transferência de Renda e autonomia das mulheres. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 18(2), p.121-130, jul./dez.2012.

_____. Políticas Públicas, Gênero, Família. In: *Serviço Social em Revista*, n. 1, v. 5, 2012. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v5n1_cassia.htm> Acesso em: 20 jun. 2015.

_____. Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social. In: TAMASO, Regina Célia; MIOTO, Marta Silva Campos; CARLOTO, Cássia Maria (orgs.). **Programa Bolsa Família, cuidados e o uso do tempo das mulheres**. São Paulo: Cortez, 2015, p.179-209.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e políticas públicas. In: **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, n. 12, jan./abr. 2004, p. 47-71.

MARTINO, Mônica de. Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social. In: TAMASO, Regina Célia; MIOTO, Marta Silva Campos; CARLOTO, Cássia Maria (orgs.). **Programas de Transferências condicionadas, famílias e gênero: aproximações a alguns dilemas e desencontros**. São Paulo: Cortez, 2015, p.95-124.

MIOTO, M. C. T. Família trabalho com famílias e Serviço Social. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 12, n. 2, 2010, p.163-176.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 20, n.2, Porto Alegre, jul./dez. 1995, p.71-99.

SILVEIRA, Maria Lúcia. Políticas Públicas de Gênero: impasses e desafios para fortalecer a agenda política na perspectiva da igualdade. In: **Revista Presença de Mulher**, ano XVI, n. 45, out. 2003.



TEIXEIRA, Solange Maria. Trabalho Social com Famílias na Política de Assistência Social: elementos para sua reconstrução em bases críticas. **Serviço Social em Revista** (Impresso). Londrina: v.13, n. 1, jul./dez. 2010,p. 4-23.



A AÇÃO EM REDE NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL: limites e possibilidades

ACTION NETWORK IN POLITICS SOCIAL ASSISTANCE IN BRAZIL: limits and possibilities

Adriana de Carvalho Santana Lavor
Graduanda de Serviço Social na UFPI

Verônica Maria e Silva Pereira
Graduanda de Serviço Social na UFPI.

Iolanda Carvalho Fontenele

Professora do Departamento de Serviço Social da UFPI, Doutora em Políticas Públicas pela UFMA, pesquisadora na área de família e política de assistência social.

Resumo

O presente artigo tem como objetivo fazer uma análise da política de Assistência Social no Brasil sob uma perspectiva de execução dentro de um conjunto integrado de ações, concebido como rede socioassistencial. Diante da compreensão da política de Assistência Social, permeada por entraves políticos, sociais e econômicos, em especial da ofensiva neoliberal que se contrapõe a intervenção estatal e mercantiliza direitos sociais, serão apreendidos e destacados os limites e as possibilidades da ação em rede.

Palavras-chave

Política de Assistência Social. Rede Socioassistencial. Reforma Neoliberal.

Abstract

This present article aims to analyze the policy Social Assistance in Brazil beneath an execution perspective inside an integrated set of actions, designed as social assistance network. With the understanding about the Social Assistance's politic, permeated by political, social and economic obstacles, especially the neoliberal offensive that is opposed to the state intervention, which is responsible for commercializing social rights, the limits and possibilities of the network action will be here studied and demonstrated.

Keywords

Political Social Assistance. Social Assistance Network. Neoliberal Reform.



Introdução

O ponto de partida da nossa análise é no sentido de identificar uma relação estabelecida entre pobreza, trabalho e assistência social, que se manifesta na realidade de forma indissociável. A assistência social é uma política que se volta para os pobres, famílias e gerações, tendo em vista ainda problemáticas como a violência, o não acesso a direitos, e, de acordo com a PNAS (2004), a questão do risco pessoal e social e da vulnerabilidade, que se relaciona a privações e fragilidades de vínculos. Esses indivíduos e famílias, por vezes não estão inseridos no mercado formal de trabalho, ou inseridos de forma precária, necessitando da intervenção estatal, sendo, portanto, essa condição ocupacional um critério fundamental para o acesso a políticas e serviços, especificamente a assistência social. Os mesmos, além de terem os seus direitos sociais violados, são estigmatizados e criminalizados por sua condição social.

A Política de Assistência Social no Brasil, no âmbito da Constituição Federal de 1988, conquista avanços significativos, com destaque para o conceito de seguridade social. No entanto, diante da ofensiva neoliberal, ocorrem reformas nessa proposta, o que reflete e interfere na execução da política de Assistência Social. As tendências atuais na Seguridade Social apontam para, de acordo com Mota (2007): a implementação de políticas compensatórias de combate à pobreza e de caráter seletivo e temporário; a privatização e mercantilização dos serviços sociais; a emergência de novos protagonistas da sociedade civil como a empresa socialmente responsável e o voluntariado em ações em rede voltadas para o empoderamento e empreendedorismo social; a despolitização das desigualdades sociais de classe; o desenvolvimento de ações pontuais e de duvidosa eficácia contra o desemprego, a geração de renda e a formação da mão-de-obra, entre outras tendências.

Nesse cenário, a sociedade civil, em especial a família, ganha destaque com uma visão idílica e de corresponsabilidade na execução da proteção social sem levar em consideração a diversidade de composições familiares, enquanto que ocorre uma parcial



desresponsabilização do Estado. De fato, a família historicamente é o lócus da proteção social no sentido de que esta é complementar ao Estado e nela esperamos encontrar um manto de proteção e afetividade, mas a família também é alvo de processos de vulnerabilidade social, sendo atravessada pelas expressões da questão social, cabendo ao Estado a promoção de direitos sociais e políticas públicas para que a família venha a cumprir o seu papel protetivo. No entanto, em meio ao desmonte da seguridade social, tem-se o oposto: um pluralismo de bem-estar social, em que a família substitui o Estado na provisão de bens e serviços sociais básicos em um modelo plural de proteção social. (PEREIRA, 2010)

Essa discussão não é alheia à construção da rede socioassistencial. O modelo de Estado da reforma privatizante, segundo Yazbek (2009), redesenha suas ações de acordo com a agenda neoliberal, com uma direção compensatória e seletiva voltada para os mais pobres dos pobres, ao mesmo tempo em que apela para a solidariedade social e se põe como parceiro da sociedade em suas responsabilidades sociais.

Tendo em vista o exposto, o presente artigo tem como objetivo fazer uma análise da política de Assistência Social no Brasil sob uma perspectiva de execução dentro de um conjunto integrado e articulado de ações, concebido como rede socioassistencial.

Diante da compreensão da política de Assistência Social, permeada por entraves políticos, sociais e econômicos, em especial da ofensiva neoliberal que se contrapõe a intervenção estatal e mercantiliza direitos sociais, faz-se uma análise dos limites e possibilidades da ação em rede, visto que esta possui aspectos positivos e negativos.

A metodologia adotada na elaboração desse texto teve como base uma vasta pesquisa bibliográfica sobre as temáticas que aqui constam, colaborando para a construção de uma visão crítica acerca da rede socioassistencial.



A política de assistência social no Brasil pós Constituição Federal de 1988: a proteção na perspectiva da rede socioassistencial

De acordo com Fontenele, “a assistência social é marcada por contradições”. Por um lado, constitui mecanismo de resposta a necessidades, principalmente de subsistência de segmentos empobrecidos, e por outro, atua como forma de controle dos pobres (FONTENELE, 2008, p. 1)

Discorrer sobre a política de assistência social no Brasil consiste em compreender o posicionamento do Estado no trato da questão social, sendo esta apreendida aqui como “desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais” (IAMAMOTO, 2004, p. 268, grifos da autora), cujo desdobramento “é também a questão da formação da classe operária e de sua entrada no cenário político, da necessidade de seu reconhecimento pelo Estado e, portanto, da implementação de políticas que de alguma forma levem em consideração seus interesses.” (IAMAMOTO, 2014, p. 135).

Historicamente, no tocante à posição do Estado no trato da questão social, as políticas sociais no Brasil foram perpassadas por ações policiais e por concepções, segundo Santos (1987), de cidadania regulada, fragmentada, ou mesmo, de acordo com Teixeira (1985), por uma cidadania invertida, onde o pobre tinha que comprovar sua condição de subcidadão. Nesse sentido, tratava-se de um Estado pautado numa justiça essencialmente contributiva, mercantilizada e de uma proteção atravessada pela filantropia.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, alcunhada de “Constituição Cidadã”, o Estado insere na legislação brasileira aspectos que apontam para um caráter de universalidade no acesso às políticas públicas, a participação da sociedade civil no processo decisório das políticas e a responsabilidade do Estado na proteção social dos cidadãos, ou seja, a nova Constituição trouxe a ampliação e extensão dos direitos sociais, assim como uma concepção de Seguridade Social formada pelo tripé: Saúde, Previdência Social e Assistência Social.



No cenário internacional, desde o final dos anos 1970 e início dos anos 1980, desenvolvia-se a crise do capitalismo e do Estado de Bem-Estar Social articulada a um processo de globalização, mundialização do capital e reestruturação produtiva. Nesse contexto, houve a adesão a uma nova ideologia econômica, política e social, o neoliberalismo, caracterizado por uma perspectiva de Estado mínimo, ênfase na liberdade individual, no mercado e no setor privado, redução dos programas de proteção social, desregulação dos mercados de trabalho e redução de gastos. Sobre isso, afirma Pereira:

Ancorada na tese de que este novo cenário não comportava mais a excessiva presença do Estado, a ideologia neoliberal em ascensão passou, cada vez mais, a avalizar políticas de ingerência privada. Isso teve como resultado uma alteração na articulação entre Estado e sociedade no processo de proteção social, concorrendo para o rebaixamento da qualidade de vida e de cidadania de consideráveis parcelas da população do planeta. (PEREIRA, 2002, p. 159)

O Brasil, ao mesmo tempo em que avança no seu sistema de proteção social com a Constituição Federal de 1988, “nada contra a maré” e sofre o ataque da reforma estatal liberal-privatizante que atenta contra a seguridade social em prol do desmonte de direitos. Na década de 1990, o Brasil percorre por um caminho oposto à tentativa de consolidação de direitos ao defrontar-se com a emergência de novas exigências econômicas por parte do modo de produção capitalista, tendo em vista maior emprego da ciência e da tecnologia, priorizando a diversificação e flexibilização da produção e a desregulação do trabalho, a fim de reduzir custos. Por conseguinte, as mudanças na economia têm impactos na esfera política do Estado. Nesse contexto, a reforma do Estado contempla:

a) o processo de privatização, transferindo “para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado”; b) a parceria com o terceiro setor na resposta às demandas sociais, como forma de desresponsabilizar o Estado; c) a descentralização da gestão das políticas para os municípios; d) a discussão da administração pública de cunho burocrático e centralista. (FONTENELE, 2009, p. 3).

Apesar das tendências de cunho neoliberal e das velhas práticas clientelistas e autoritárias presentes nas políticas sociais no Brasil, que se contrapõem às conquistas da



seguridade social, especificamente no tocante à reforma da assistência social enquanto política pública, em 1993 é sancionada a Lei nº. 8.742, Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Nesta, tem-se a Assistência Social definida como “[...] direito do cidadão e dever do Estado, é política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais [...] através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (BRASIL, art. 1º, LOAS, 1993).

Depois da LOAS, em 1993, podemos destacar a definição de uma Política Nacional de Assistência Social em 1998, no governo de FHC. No governo Lula, em 2004, tem-se a aprovação de uma nova Política Nacional tendo em vista a implementação do Sistema Único de Assistência Social (FONTENELE, 2008, p. 19).

As consequências desse modelo de caráter privatizante se reatualizam no sentido de apontar para uma relativa desresponsabilização do Estado, com ênfase na participação do terceiro setor e da família, e negação dos direitos de cidadania. Por outro lado, apesar da contrarreforma, as políticas sociais e a assistência social, especificamente, alcançaram avanços importantes, no sentido de que as propostas da seguridade social não foram integralmente solapadas pelo neoliberalismo, ou mesmo pelos ranços históricos das políticas no Brasil. Dessa forma, podemos destacar como avanços: o estatuto de política de direito e não dádiva, favor; a possibilidade de participação da sociedade civil e controle do Estado por parte dessa mesma sociedade, a despeito de seus limites; a sistematização e definição da política presentes na legislação, dentre outros.

Assim, há um confronto de forças progressistas e conservadoras (neoliberais), onde o avanço ou recuo de uma ou outra força depende de fatores de mobilização da sociedade ou dos grupos dominantes, das questões internacionais, bem como das conjunturas internas. A questão da reforma do Estado e da reestruturação das políticas sociais constitui, então, uma necessidade apontada por ambas as forças em cena, com destaques diferenciados e divergentes entre si.

Dentre as várias propostas e visões sobre a reforma do Estado e das políticas, destacamos aqui a de Minhoto e Martins (2001), os quais afirmam que a partir da



emergência de conflitos múltiplos gerados pelos processos de mundialização, o Estado vivencia uma proliferação de movimentos reivindicatórios e passa a ter a sua margem de ação limitada devido à internacionalização de mecanismos financeiros e políticos. Desse modo, assume o compromisso de recuperar a sua legitimidade. A proliferação de conflitos múltiplos e difusos vai de encontro com as gestões hierárquicas e centralizadas, ou seja, formas de organização piramidais, fazendo com que a descentralização, a intersetorialidade e o trabalho em rede sejam demandados como a melhor opção para gestão de políticas públicas e sociais, visando discutir e solucionar problemas por meio de processos que envolvem múltiplos atores e saberes através de ações em rede. Estes atores (Estado, mercado, família e sociedade) devem agir em prol de um objetivo comum, onde o Estado distribui recursos e compartilha responsabilidades entre os mesmos tendo em vista de uma ação coletiva de cooperação.

Para Minhoto e Martins (2001) as redes podem ser entendidas como um novo modelo de relações interorganizacionais entre agências públicas ou privadas, pressupondo a ausência de relações hierárquicas. Tendo em vista a crise de legitimidade e operacionalidade do Estado, este utiliza a estratégia da organização em rede como tentativa de reconstruir sua capacidade de atuação ao racionalizar ações e diminuir custos, buscando alternativas para a garantia de maior efetividade nas ações através de relações de parceria estabelecidas entre Estado e sociedade.

A ação em rede, segundo Neves (2009), deve ser articulada e integrada entre as diversas organizações governamentais e não governamentais que atuam nas políticas sociais, portanto a rede deve integrar e articular diferentes ações visando à proteção social dos usuários de serviços sociais, que devem ter seus direitos resguardados. Nos serviços sociais o trabalho em rede deve priorizar a comunicação entre todos os envolvidos, articulando pontos em lugares diferentes, desconcentrando o poder e favorecendo a criação de um ambiente fértil para parcerias, envolvendo múltiplos níveis de organização e ação.



No espaço estatal, agir em rede requer ações que envolvam vários componentes, exercendo ações que priorizem os indivíduos e suas famílias. Apesar de uma das principais características das redes ser a horizontalidade, fator que atribui a mesma um caráter de democratização, a concepção de rede nas políticas do Estado, em última instância, é pautada na centralização e coordenação estatal.

A Política de Assistência Social tem como objetivos, de acordo com a LOAS: a proteção social, a vigilância socioassistencial e a defesa de direitos. Com a criação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, a proteção deve se estruturar a partir de uma rede socioassistencial organizada em dois níveis: básico e especial. A partir do SUAS, a rede tem o objetivo de articular ações públicas e ações organizadas pelo terceiro setor (não governamental, não lucrativo, enfatizando o voluntariado). Portanto, os elementos que a rede deve conter são: “caráter público de corresponsabilidade e complementaridade entre as ações governamentais e não governamentais, hierarquização entre básica e especial, porta de entrada dos serviços, oferta capilar e caráter contínuo e sistemático” (VITORIANO, 2011, p. 4). Os parâmetros descritos devem ser organizados de maneira integrada, objetivando o alcance da efetividade e complementaridade das políticas, considerando os níveis de governo, frente aos diversos e complexos problemas relacionados à pobreza, à violência, à problemática das gerações e das famílias, buscando alternativas para a escassez de recursos.

O conceito de redes no âmbito das políticas públicas, através do apelo à solidariedade de seus componentes, exige que os mesmos assumam tarefas no processo de efetivação da política de assistência social. Tendo em vista o exposto, o Estado se utiliza de conceitos como cooperação, aumento de eficácia e eficiência e a construção de parcerias como forma de introduzir uma nova forma de assistência social, na qual é possível observar um *mix público-privado* (TEIXEIRA, 2007), de forma que as ações privadas são estimuladas pelo setor público sob a lógica do Estado mínimo, cujo papel é apenas a regulação, demonstrando a contradição entre o potencial da rede na efetivação



de ações integradas e as reais intenções no processo de privatização da assistência social, reforçando a mercantilização e filantropização dos direitos.

I

A AÇÃO EM REDE: limites e possibilidades

A ação em rede como modo de gestão, permeada por todos os processos já mencionados, no que concerne à sua eficiência e efetividade, pode ser analisada a partir de seus limites e possibilidades de atuação. Diversos autores trazem abordagens diferenciadas acerca do assunto, observando as vantagens e desvantagens da rede como estratégia para execução de políticas públicas e privadas. Utilizaremos a abordagem de três autores, aos quais encontramos importantes contribuições em suas produções sobre a temática: Teixeira (2002), Neves (2009) e Vitoriano (2011).

É possível apreender, a partir das considerações de Teixeira (2002), aspectos positivos e negativos na ação em rede. Como aspectos positivos a autora destaca que, dada a pluralidade de atores envolvidos na rede, é possível uma maior mobilização de recursos e garante-se a diversidade de opiniões sobre o problema; por envolver conjuntamente governo e organizações não governamentais, pode-se criar uma presença pública sem criar uma estrutura burocrática; devido à flexibilidade inerente à dinâmica da rede, esta seria mais apta a desenvolver uma gestão adaptativa; por ser uma estrutura horizontalizada em que os participantes preservam sua autonomia, os objetivos e estratégias estabelecidos são fruto de consensos obtidos através de processos de negociação entre seus participantes, o que geraria maior compromisso e responsabilidade destes com a meta compartilhada e a sustentabilidade.

A respeito dos aspectos negativos a autora (TEIXEIRA, 2002) considera que a rede envolve numerosos participantes governamentais e privados; o processo de geração de consenso é demasiadamente lento; as metas compartilhadas não garantem eficácia, uma vez que as responsabilidades são muito diluídas; os critérios para participação na rede não são explícitos e universais e podem provocar a marginalização de grupos,



instituições, pessoas e até mesmo regiões, podendo deixar a política nas mãos de uma elite.

Teixeira, na sua análise da questão da organização em rede, afirma que a proliferação das mesmas se deve a dois grandes fenômenos: os processos de descentralização e de democratização. Sobre os processos de descentralização, a autora afirma que apesar de provocarem uma fragmentação política e administrativa, eles geram “formas novas de coordenação que buscam garantir a eficácia da gestão das políticas públicas”, nesse sentido o risco “para as autoridades locais é decorrente da perda da coesão garantida pelos sistemas centralizados e pelo fortalecimento da autonomia e independência funcional das unidades sem o desenvolvimento de contrapesos”, necessários ao êxito e sucesso dos governos locais (TEIXEIRA, 2002, p. 18).

A autora (TEIXEIRA, 2002), ao se referir à multiplicidade de atores que compõe a rede, inclusive os órgãos privados e as ações do Terceiro Setor, afirma que os mesmos impulsionam as redes de políticas sociais. Portanto, conclui que essas redes são fundamentais para a gerência das políticas, embora ressalte que estas possuem limitações no cumprimento de algumas funções como, por exemplo, a garantia de direitos sociais e a regulação pública.

Ainda abordando as questões relativas a possibilidades e limites, Neves (2009) mostra que a partir da Constituição de 1988 o indivíduo passa a ser considerado sujeito de direitos, o qual em uma situação de vulnerabilidade social tem necessidades que o Estado deve atender. Dessa maneira, o atendimento deve ter como objetivo principal a qualidade do serviço prestado aos usuários e as ações devem ser despersonalizadas. Os serviços prestados devem considerar o indivíduo inteiro e não de forma fragmentada.

De maneira geral, Neves (2009) elenca como pontos positivos que o atendimento em rede diminui custos e maximiza recursos; facilita a circulação de informações, promovendo uma tomada de consciência coletiva, além de possibilitar uma visão geral de recursos e potencialidades; a rede pode funcionar como elemento mediador facilitando relações interpessoais. Como desafio posto para essa forma de gestão é destacado a



redução de responsabilidades por parte do Estado, que tem por consequência a deterioração dos serviços sociais e o fato dos atendimentos revelarem-se personalistas, não institucionalizados e passíveis de falhas significativas. Neves (2009) conclui que há a necessidade de institucionalização da rede de atendimento social para que os serviços ocorram de acordo com o grau de necessidade dos usuários e não de acordo com vontades pessoais dos profissionais.

Para Vitoriano (2011) o conceito de rede passa a incentivar a solidariedade. Nesse caso, o aspecto solidário se constitui uma estratégia de política pública, ampliando a mesma. Dessa forma, é pensado outro lado desse modelo de organização, que passa a reforçar as ações do mercado, privatizando os meios de gestão da questão social. Logo, há a diminuição das formas de ação do Estado e a transferência de suas responsabilidades para a sociedade civil, destacando-se aqui o Terceiro Setor. Portanto, Vitoriano (2011) observa a mudança das relações entre Estado, Mercado e Sociedade Civil, ressaltando que sua configuração atual termina por reforçar as ações tradicionalistas com relação à questão social.

Conclusão

Em suma, é possível apreender que a organização em redes se constrói em um contexto de mudanças sociais, políticas e econômicas, havendo impacto sobre a ação estatal e a forma com que a mesma se estrutura. Logo, é possível perceber uma alteração na forma de gestão do Estado, o qual anteriormente agia de forma centralizada e hierarquizada, para uma ação horizontal e descentralizada, o que demonstra a sua intenção de recuperar a legitimidade e operacionalidade e a efetivação de políticas públicas em meio aos conflitos múltiplos que emerge dos movimentos reivindicatórios mediante a atual abertura para maior participação da sociedade civil na execução destas políticas.

No entanto, é importante ressaltar que a concepção de seguridade social e universalidade de direitos só é possível quando a política é ofertada diretamente pelo



Estado, o qual tem o dever de prestar serviços. Nas redes de solidariedade social e na parceria público-privada nega-se o princípio da universalidade, podendo reforçar a tradição assistencialista que marca a política de assistência social e da qual é preciso livrar-se, ou ainda há a mercantilização de serviços, que desconstrói o caráter de direitos sociais inerentes à cidadania. Além disso, a família não pode ser responsabilizada sozinha pela sua proteção social e nem ficar à mercê da filantropia ou benesse social. Esta precisa do respaldo de políticas públicas e sociais do Estado, para de fato ter acesso a uma seguridade social.

Assim sendo, a análise da ação em rede na execução das políticas sociais, em especial da política de assistência social, traz consigo o apelo por parte do Estado à solidariedade da comunidade, da família e de organizações do setor privado, caracterizando um processo de transferência de responsabilidades que corrobora com o ideário neoliberal. Podemos observar aspectos negativos e positivos na rede socioassistencial na forma como esta é concebida, de modo a apreender que seu conceito não é unívoco e que esta carrega diversas facetas, podendo ser abordada por diferentes ângulos. No entanto, a ação em rede não deve ser adotada com uma visão messiânica no enfrentamento da questão social.

Referências

BRASIL. **Lei nº 8.742**. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Brasília: DF, 7 de dezembro de 1993.

FONTENELE, Iolanda Carvalho. **A trajetória histórica da assistência social no contexto das políticas sociais no Brasil**. Teresina: UFPI, 2008.

_____. **Reforma do Estado e reestruturação das políticas sociais no contexto neoliberal**. Teresina: UFPI, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 41. ed. São Paulo: Cortez, 2014.



MARTINS, Carlos Estevam; MINHOTO, Laurindo Dias. As redes e o desenvolvimento social. In: **Cadernos FUNDAP**, n. 22, 2001.

MOTA, A. E. Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: MOTA, A. E. et all (org). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2007.

NEVES, Marília Nogueira Neves. Rede de atendimento: uma ação possível? In: **Revista da Católica**, Uberlândia, v. 1, n. 1, p. 147-165, 2009.

PEREIRA, Potyara A. P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: Mione Apolinario Sales, Maurílio Castro de Matos, Maria Cristina Leal (org). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. 6. Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

TEIXEIRA, Solange Maria. Descentralização e participação social: o novo desenho das políticas sociais. In: **Revista Katálysis**. Florianópolis v. 10 n. 2 p. 154-163 jul./dez. 2007

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. O desafio da gestão das redes de políticas. In: **VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Lisboa. Portugal, 8-11 Oct. 2002.

_____. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Dez. 1985, vol.1, no.4, p.400-417.

YAZBEK, Maria Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

VITORIANO, Isadora Serrano. A ação da rede socioassistencial: quais as possibilidades desta efetivar-se? In: **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís, Maranhão, 23-26 ago. 2011.



ADVOCACY E LOBBY NA ETNOGRAFIA DO VOLUNTARIADO DA SAÚDE DAS MAMAS

ADVOCACY AND LOBBYING IN ETHNOGRAPHY OF VOLUNTEERING HEALTH OF BREASTS

Lourdes Karoline Almeida Silva

Graduada em Ciências Sociais, mestre e doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí e professora adjunta nível I de Sociologia da Universidade Estadual do Piauí, *Campus* de Parnaíba. Áreas de atuação: voluntariado, políticas públicas, identidades sociais, câncer de mama, Estado e terceiro setor.

Francisco de Oliveira Barros Júnior

Graduado em Licenciatura Plena em Ciências Sociais pela Universidade de Fortaleza, mestre e doutor em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Atualmente é professor titular da Universidade Federal do Piauí. Áreas de atuação: bioética, síndrome de imunodeficiência adquirida, envelhecimento, educação gerontológica, universidade aberta para terceira idade, saúde pública.

Resumo

Este artigo é um resumo da segunda parte do resultado da construção etnográfica da pesquisa de campo sobre o voluntariado da saúde das mamas da Fundação Maria Carvalho Santos, em Teresina-PI, a qual ocupa a primeira vice-presidência da Federação Nacional de Entidades Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (Femama), em sua prática de *advocacy* e *lobby*, no período de 2011 a início de 2015, e que resultou em uma tese de doutorado.

Palavras-chave

Advocacy. Lobby. Voluntariado da saúde das mamas.

Abstract

This article is a summary of the second part of the result of ethnographic construction of field research on volunteering of breasts health of Maria Carvalho Santos Foundation, in Teresina-PI, which occupies the first vice-president of the National Federation of Support Philanthropic Entities Breast Health, in his practice of *advocacy* and *lobby* in the period from 2011 to early 2015, and which resulted in the doctoral thesis.

Keywords

Advocacy. Lobby. Health of Breasts Volunteering.



Introdução

A temática trabalhada neste artigo é o papel do voluntariado da saúde das mamas nas políticas públicas de controle do câncer de mama, cuja incidência cresce anualmente no mundo inteiro. Mas, que, primariamente, não é possível a total prevenção por causa de variados fatores de risco e os intrinsecamente ligados às condições genéticas envolvidas em sua etiologia, segundo dados fornecidos pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). As políticas públicas de controle do câncer mamário são as mais eficazes na redução dos índices de mortalidade por esta doença oncológica, portanto, as que proporcionam maiores sobrevida e qualidade de vida. Por voluntariado da saúde das mamas entende-se o voluntariado das associadas da Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (Femama), especialmente, o da Fundação Maria Carvalho Santos, campo de estudo deste trabalho. A partir dessas informações destacamos que o foco principal desse artigo é a relação do papel do voluntariado da saúde das mamas nas políticas públicas de controle do câncer mamário com a prática de *advocacy* e *lobby*, especialmente, durante as Campanhas Anuais do Outubro Rosa.

Para melhor entendimento da problemática apresentada, ressaltamos que os trabalhos na área de Saúde Pública e os relacionados ao câncer, pelo caráter multifatorial e multidisciplinar das doenças, não podem restringir-se apenas ao campo médico-científico. O câncer e a Saúde Pública estão inseridos no âmbito das políticas públicas, as quais trabalham com a interdependência entre as evidências científicas, as questões culturais, o contexto político e a mobilização social. Para tanto, a base teórica e metodológica, além das normas da pesquisa qualitativa que norteiam as discussões e análises dos dados obtidos no decorrer das pesquisas teóricas, documentais, midiáticas e de campo acerca da relação entre Estado e voluntariado da saúde das mamas, é a



histórico-estrutural. Ela reafirma o caráter de classes das sociedades modernas, processo vital à análise dos determinantes do crescimento da intervenção estatal na sociedade e na saúde. Este trabalho caracteriza-se como descritivo ou observacional, já que descreve uma realidade, sem a realização de experimentos (TEIXEIRA, 2011; TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Como complemento à base teórica e metodológica dita acima, utilizamos o método da interdisciplinaridade, em uma epistemologia da convergência que associa temas relacionados às disciplinas de políticas públicas e saúde pública. Embora o pensamento complexo não exista como paradigma de complexidade, sua problemática da não eliminabilidade é reconhecida por alguns traços, como a necessidade de associação entre o objeto e o seu ambiente, a necessidade de ligação entre o objeto e o/a observador/a, a desintegração do elemento simples e a confrontação com a contradição (MORIN, 1996). Em linhas gerais, o artigo está dividido nos seguintes tópicos: 1) advocacia e *lobby day* da saúde das mamas no Brasil e no Piauí; 2) a advocacia da saúde das mamas na luta contra o subfinanciamento das políticas públicas na área oncológica das mamas e 3) considerações finais.

Advocacia e *lobby day* da saúde das mamas no Brasil e no Piauí.

A advocacia em saúde defende o direito à saúde e difere da educação/promoção em saúde, preparando as pessoas para a cidadania. Mas esta última é condição necessária para que a advocacia em saúde se manifeste, assim como a advocacia em saúde é condição necessária para que a promoção da saúde saia da esfera teórica e torne-se uma prática concreta da vida social. A propósito, essa é um dos principais sustentáculos da Atenção Primária em Saúde (APS). Ou seja, a relação entre *advocacy* e educação/promoção em saúde possibilita a emancipação cidadã, a partir do reconhecimento dos problemas e da reivindicação de soluções, que tem como um dos principais resultados a transformação do sujeito-cidadão/ã em seu próprio/a advogado/a



(DALLARI *et al*, 1996; ANDRADE, 2012). Em síntese, para a advogada voluntária da Fundação Maria Carvalho Santos, Dr^a Ana Clara Craveiro, no Curso de Formação de Agente Rosa (2013), “a *advocacy*, na prática, identifica problemas e encontra soluções”.

As políticas públicas para o controle dos diversos tipos de cânceres incluem legislação, declarações e práticas políticas vigentes e promulgadas por aqueles que têm autoridade para guiar e/ou controlar institucional e comunitariamente o comportamento individual e social quanto à prevenção, controle, cuidados e cura dos/as pessoas com câncer e dos/as sobreviventes de câncer. Pois,

Advocacy for cancer control is needed in any resource setting in order to influence policy and to urge decision-makers to create an environment conducive to improving the way cancer control knowledge is put into practice. [...]. Advocacy for cancer control is most likely to be successful if it is synchronized with advocacy for noncommunicable diseases and other cancer-related problems. By combining their voices to deliver the powerful message that comprehensive and integrated cancer control is more effective than fragmented or isolated approaches, advocates can make a real difference (WHO, 2008, p. 02-03).

Nesta mesma linha, a WHO (2008, p. 05) define *lobbying* como “act of persuading decision-makers, such as elected officials and government agencies, to strengthen national cancer control planning and implementation through direct communications”. Desse modo, a Fundação Maria Carvalho Santos e a Femama apresentam em suas bases ideológicas a participação social na saúde, através da advocacia em saúde, em um processo de reivindicação pelo direito à saúde das mamas, posto que o mesmo não alcança a totalidade da população. Assim, “a advocacia em saúde surge da necessidade de fortalecer a população hipossuficiente por omissões institucionais no processo de reivindicação do direito à saúde” (DALLARI, *et al*, 1996, p. 596).

Exemplos da advocacia em saúde das mamas são as campanhas anuais do Outubro Rosa. Em 2011, a Campanha “Faça por mim” mobilizou a população em geral sobre a importância do diagnóstico precoce através da mamografia. Nesta campanha, reivindicou-se o aumento do número percentual de mulheres na faixa etária de 40 a 70



anos para realização do exame mamográfico, do qual, em 2011, era de apenas 12%, de acordo com dados fornecidos pelo INCA. Em 2012, a pauta de reivindicação da Campanha “Todo dia uma vitória contra o câncer de mama” foi o investimento no acesso ágil a tratamentos adequados às pacientes com câncer de mama (FEMAMA, 2014b).

As atividades da Campanha Outubro Rosa 2013 foram iniciadas com reuniões entre o voluntariado da saúde das mamas e os parlamentares, em Brasília, para discussão das questões inerentes à saúde da mulher. Dentre os inúmeros compromissos, o então primeiro vice-presidente da Femama, Dr. Luiz Ayrton Santos Júnior, principal criador da Fundação Maria Carvalho Santos e da Femama, participou da audiência de inauguração da campanha com o presidente do Senado, Renan Calheiros (PMDB-AL), anunciando a votação pelo Senado, ainda no mês de outubro, do Projeto de Lei nº 3595/2012, para garantir o acesso às políticas de detecção e tratamento do câncer de mama por mulheres portadoras de deficiência. Também o Projeto de Lei nº 3998/2012, que obriga as operadoras de planos de saúde a oferecer medicamentos orais domiciliares para o tratamento da doença. Em seu discurso durante a audiência, o Dr. Luiz Ayrton Santos Júnior disse que “o movimento é um alerta aos gestores de todo o país, para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a temática do câncer” (FEMAMA, 2014a).

A Campanha do Outubro Rosa 2014 foi sobre a Lei dos 60 dias. Ela garante que pacientes com câncer tenham o direito de começar o tratamento pelo SUS em, no máximo, 60 dias após o diagnóstico. Por conseguinte, a Fundação, a Femama e todas as demais associadas advogaram, no ano de 2014, pelo direito garantido em lei que toda e qualquer pessoa diagnosticada com câncer tenha seu tratamento iniciado o mais rápido possível, já que em oncologia, como trabalha o lema da Campanha, “o tempo corre contra”. Para a Dr^a Maira Caleffi, no Fórum de Combate ao Câncer da Mulher (2014),

Não basta a lei existir, se não for executada com qualidade. [...]. A Lei dos 60 dias já estava em vigor, mas temos um conhecimento que há muitos casos de descumprimento da mesma. Como mudar esse cenário? Formando os maiores interessados em ativistas da causa. Oferecendo o quê? Conhecimento sobre lei



e ferramentas de mobilização. Se alguém sabe sobre a Lei dos 60 dias, é porque as ONG's estão batendo nessa tecla. Porque não há interesse do executivo em falar disso.

A concepção ideológica de *advocacy* visa a constituir cidadãos-advogados na negociação e pressionamento dos poderes públicos na garantia da universalidade dos direitos à saúde. Nesse contexto, as organizações não governamentais, as entidades filantrópicas como a Fundação Maria Carvalho Santos, são fundamentais na reivindicação coletiva e no processo de negociação com os poderes públicos. Há, dessa maneira, a defesa de *advocacy* como o exercício da cidadania. Nas palavras da atual presidente voluntária da Fundação, Dr^a Ana Célia Faustino (2014), em entrevista para a tese base deste artigo, “o *advocacy* é exatamente um momento pra se refletir sobre o que se vai fazer. [...]. Então, é o teu conhecimento do que nós temos que fazer, como fazer, como realizar, o que pode vir acontecer”.

Alguns dos direitos garantidos em lei e defendidos pela Fundação Maria Carvalho Santos, pela Femama e suas associadas na causa anticâncer são: mamografia para mulheres a partir de 40 anos de idade – Lei nº 11.664/2008; distribuição gratuita do medicamento *Trastuzumabe* (conhecido por *Herceptin*), pelo Sistema Único de Saúde; e obrigatoriedade do início do tratamento da pessoa com câncer, pelo SUS, no prazo máximo de 60 dias, contados a partir do diagnóstico – Lei nº 12.732/2012.

Assim, pode-se dizer que através das campanhas anuais, a Fundação Maria Carvalho Santos e a Femama promovem mobilização social que visa conscientizar as pessoas quanto à detecção precoce e ao controle do câncer mamário na entrega de recursos e serviços (atendimentos médicos, exames clínicos e laboratoriais gratuitos pela Fundação), fortalecimento da participação da comunidade para a sua autossuficiência. Trata-se de todos os segmentos relevantes da sociedade: de decisão e formuladores de políticas, líderes de opinião, burocratas e tecnocratas, profissionais, grupos, associações religiosas, comércio, indústria, comunidades e indivíduos. A mobilização social apoia-se em ações prioritárias identificadas pelas comunidades, como por pessoas vulneráveis cujos direitos podem ter sido negados, como os exemplificados acima. Portanto,



atividades de mobilização social não devem ser impostas de cima, mas surgirem de ação comunitária (WHO, 2008).

A advocacia da saúde das mamas na luta contra o subfinanciamento das políticas públicas na área oncológica das mamas

Sobre as dificuldades de financiamento das políticas públicas na área do câncer, no ano de 2012, o Ministério da Saúde (MS) inseriu o medicamento *Trastuzumabe* de alto custo financeiro, a partir da Lei nº 12.401/2011, na lista de medicamentos fornecidos pelo SUS. O *Trastuzumabe* é um dos medicamentos mais procurados por sua eficácia na redução de incidência de tumores durante e após o tratamento contra o câncer de mama e por diminuir em 22% o risco de morte. Em 2011, o MS gastou R\$ 4,9 milhões para atender a 61 pedidos judiciais do medicamento, que custa, em média, R\$ 7 mil o frasco (INCA, 2011; BRASIL, 2012a; BASSETE, 2013; MARTINS, 2013; RONDON, 2013).

Porém, em agosto de 2012, o MS, apoiado pelo Comitê Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (Conitec), lançou uma nova resolução e restringiu o uso da medicação a pacientes com cânceres no estágio inicial (Portaria nº 19, de 25 de julho de 2012) e localmente avançado (Portaria nº 18, de 25 de julho de 2012), com a justificativa de que em pacientes com câncer avançado, o medicamento teria caráter paliativo e modesto. Na época da inclusão deste medicamento, o então ministro da saúde, Alexandre Padilha disse que “a expectativa é que o *Trastuzumabe* beneficie 20% das mulheres com câncer de mama em estágio inicial e avançado” (INCA, 2011; BRASIL, 2012b, 2012d; BASSETE, 2013; MARTINS, 2013; RONDON, 2013).

Mas, o Ministério da Saúde, ao incluir este fármaco, que foi uma inclusão demandada pelas organizações da sociedade civil de interesse público, que no ano de 2011, fizeram campanha de arrecadação de assinaturas, como a Fundação Maria Carvalho Santos, que recolheu cinco mil assinaturas, durante a Campanha do Outubro Rosa 2011, restringiu o uso da medicação. Dessa maneira, ao avançar na resposta de uma demanda social de alto custo financeiro com a incorporação de um medicamento caro no SUS, o



Ministério da Saúde retrocedeu ao excluir todas/os as/os pacientes com câncer de mama avançado em estágio metastático, o que se insere, conforme Maria Beatriz Kneipp Dias, gerente da Divisão de Detecção Precoce do INCA, em palestra no Fórum de Combate ao Câncer da Mulher da Femama, em 2014, na mentalidade/ideologia capitalista que visa de forma prioritária a relação custo-efetividade.

Frisamos que para o ex-ministro da saúde, Alexandre Padilha, a aquisição desse medicamento foi possibilitada pela junção de quatro fatores: economia de custos gerada por inovação tecnológica, parcerias público-privadas, comparação de preços internacionais e centralização de compras. Em suas palavras, “a melhor gestão dos recursos possibilitou gerar uma economia de R\$ 1,7 bilhão/ano no orçamento do ministério. Isso nos permite ampliar o acesso dos brasileiros às novas tecnologias” (RONDON, 2013).

É importante ressaltar que, em linhas gerais, nas discussões sobre a implementação de políticas públicas observa-se de forma contundente a relação custo-benefício como o principal entrave para a execução das mesmas, principalmente, na área da saúde, em que o fator prevenção – menor custo financeiro e impacto positivo na qualidade de vida das pessoas – é desconsiderado e, por conseguinte o fator terapêutico – maior custo financeiro e impacto negativo na qualidade de vida das pessoas, por causa da colateralidade dos medicamentos empregados no tratamento – é focalizado na acentuação da indústria hospitalar e farmacêutica.

A questão do financiamento do medicamento *Trastuzumabe* no tratamento do câncer mamário é apenas uma das inúmeras facetas delineadas nas últimas quatro décadas, em que a maior parte do ônus global do câncer está em países em desenvolvimento, principalmente os de pouco e médio recursos. Ora, em relação ao financiamento de políticas públicas como a Política Nacional de Atenção Oncológica, temos o retorno ao papel de pedinte do Ministério da Saúde, cujo “gasto público em alta e média complexidade é fortemente dependente da oferta de hospitais privados e filantrópicos, os quais tendem a concentrar-se em municípios com renda mais elevada”



(ARRETCHE, 2003, p. 341-342), como ocorre no estado do Piauí, cuja capital, Teresina, está sobrecarregada quanto à prestação de serviços médicos, laboratoriais e terapêuticos.

Para Leoni Simm, voluntária da Associação Brasileira de Portadores de Câncer (AMUCC), na palestra “CASE: mapeamento da política estadual de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero em Santa Catarina”, durante o Fórum de Combate ao Câncer da Mulher (2014), há um tabu quanto ao fazer *advocacy* e, conseqüentemente, à sociedade civil influenciar e atuar na elaboração e implementação de políticas públicas. Isto mostra que estamos inseridos em um contexto no qual, “a leitura que a sociedade brasileira faz da atividade voluntária ainda está plena de estereótipos e preconceitos ligados a representações que foram construídas ao longo do tempo e fazem parte de nossa cultura política” (SELLI; GARRAFA, 2006, p. 240).

Mas, de forma geral, a *advocacy* pela saúde da mulher, dentre seus vários eixos estratégicos, segundo Leoni Simm (2014), visa a atenção básica e incide sobre os tomadores de decisão para que elaborem e/ou tornem público o fluxo da detecção precoce e do rastreamento dos cânceres de mama e de colo uterino. Para tal, são necessários o controle social, a capacitação de agentes comunitários de saúde e a incidência política, em sua intenção de influenciar direta e/ou indiretamente as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher. Nesse decurso, a advocacia pela saúde da mulher deve empoderar as pacientes, em um processo de intervenção educativa. Via de regra, a advocacia pela saúde das mamas, segundo a Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (2010, p. 06),

[...] é uma ação política, no sentido de buscar interferir sobre determinados procedimentos – políticas públicas – relacionados com a atenção à saúde da mulher na perspectiva do acesso ao diagnóstico precoce, ao tratamento adequado e oportuno e ao seguimento pós-tratamento do câncer de mama. Isto implica também interferir sobre legislação que garante direitos ao acesso universal e equitativo a esta atenção e sobre a definição e monitoramento dos orçamentos públicos necessários e aplicados para assegurar tal assistência.



Isso quer dizer que as ações de *advocacy* relacionam-se com e refletem a capacidade de um grupo social em provocar mudanças e trabalhar no sentido de reunir pessoas e organizações na geração de mudanças sociopolíticas, culturais e econômicas. A associação entre *advocacy* e *lobby* objetiva influenciar pessoas, percepções, políticas, decisões e/ou a opinião pública sobre determinado tema ou sobre o cenário político e das políticas públicas.

Considerações Finais

De forma geral, o voluntariado da saúde das mamas participa ativa e beneficentemente de ações sociais, as quais visam a construir meios e recursos ao processo de democratização do Estado brasileiro na área da saúde. Portanto, como ator sociopolítico, consegue discernir e discriminar as dimensões sociopolíticas umbilicalmente ligadas à relação solidária e a intervir ativamente na definição de políticas públicas, por meio de *advocacy* e de *lobby*, audiências públicas e fóruns de discussão e deliberação, em sua contraditória posição em relação ao Estado. Essas características do voluntariado da saúde das mamas piauiense e brasileiro entrelaçam-se com as ações estratégicas da advocacia do combate e controle do câncer da WHO.

A Fundação Maria Carvalho Santos e a Femama, ao mediar os interesses das pessoas com câncer de mama com as instituições públicas e privadas, atuam como grupos de pressão e desenvolvem papel pedagógico na divulgação e no esclarecimento de direitos constitucionais, o que as tornam “porta-vozes” das demandas de uma maioria sem lugar, sem voz e sem representatividade. Entretanto, ao assumirem o papel de porta-vozes das mulheres, na área da saúde, desarticulam o espaço público como um direito de e para todos.

Enfim, a crítica da corrente teórica e ideológica neoliberal à atuação social do Estado não parte de princípios coerentes com sua prática. Pois a política econômica neoliberal pretende, com seus programas e diretrizes, redirecionar o Estado para



subsidiar o capitalismo financeiro internacional no enfrentamento de sua longa crise estrutural. Ao ser redirecionado para atender às demandas capitalistas, o Estado retrai-se em todo o percurso do ciclo das políticas públicas, ou seja, retrai-se na resolução da questão social, não sendo apenas o problema dos/as excluídos/as, mas também dos detentores de capital econômico-financeiro. A médio e a longo prazos, não terão como manter-se sem uma ampla e variada gama de cidadãos consumidores.

Referências

ANDRADE, R. D. **Em defesa da saúde da criança: o cuidado de enfermagem e o direito à saúde no contexto da atenção primária.** Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 08, n. 02, p. 331-345, 2003.

BASSETE, F. **Droga de alto custo para tratar câncer de mama será fornecida pelo SUS.** Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,droga-de-alto-custo-para-tratar-cancer-de-mama-sera-fornecida-pelo-sus-,904055,0.htm>. Acesso em: 01/02/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/521d4900470039c08bd8fb741a182d6f/pncc_mama.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=521d4900470039c08bd8fb741a182d6f. Acesso em: 12/01/2012a.

_____. Portaria nº 18, de 25 de julho de 2012. Torna pública a decisão de incorporar o medicamento Trastuzumabe no Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento do câncer de mama localmente avançado. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 144, 26 de julho de 2012b. Seção 1, p. 57.

CALEFFI, M. Palestra sobre a implementação da Lei dos 60 dias. In: **Fórum de Combate ao Câncer da Mulher**, São Paulo, 2014.

CRAVEIRO, A. C. Palestra: *Advocacy* no câncer de mama. In: **1º Curso de Formação Agente Rosa** – dias 21 e 22 de janeiro de 2013. Fundação Maria Carvalho Santos, Teresina-PI, 2013.

DALLARI, S. G. *et al.* Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 06, 1996, p. 592-601.



DIAS, M. B. K. Palestra: Panorama nacional do câncer de colo de útero. In: **Fórum de Combate ao Câncer da Mulher**, São Paulo, 2014.

FAUSTINO, A. C. **Respostas para a entrevista da tese**. Teresina-PI, 2014.
 Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA. **Capacitação para Advocacy e controle social em saúde da mama**. Salvador-BA, 2010. Material de apoio. Disponível em: Associação Brasileira dos Portadores de Câncer: <http://www.amucc.com.br/arquivos/file/Material%20de%20apoio%20Advocacy.pdf>. Acesso em 08 de abril de 2013.

FEMAMA. Fundação Maria Carvalho Santos. Disponível em: <http://www.Femama.org.br/novo/>. Acesso em 12/01/2014a.

_____. Associadas. Disponível em: <http://www.femama.org.br/novo/associadas.php?aba=associadas#mt>. Acesso em: 13/10/2014b.

INCA. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2011.

MARTINS, M. G. **Margareth Guimarães Martins: Trastuzumabe – pelo direito à vida**. Disponível em: <http://odia.ig.com.br/portal/opiniao/margareth-guimar%C3%A3es-martins-trastuzumabe-pelo-direito-%C3%A0-vida-1.529783>. Acesso em: 01/02/2013.

MORIN, E. Para um paradigma da complexidade. In: _____. **O problema epistemológico da complexidade**. Portugal: Publicações Europa-América, 1996, p. 236-255.

RONDON, R. Câncer de mama. **Novo medicamento será incorporado no SUS**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/6242/162/novo-medicamento-para-cancer-de-mama-sera-incorporado-no-sus.html>. Acesso em: 01/02/2013.

SELLI, L. GARRAFA, V. Solidariedade crítica e voluntariado orgânico: outra possibilidade de intervenção societária. **Revista História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 02, p. 239-251, abr.-jun. 2006.

SIMM, L. Palestra: Case – mapeamento da política estadual de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero em Santa Catarina. In: **Fórum de Combate ao Câncer da Mulher**, São Paulo, 2014.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reforma sanitária**. Em busca de uma teoria. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.



TEIXEIRA, L. A. PORTO, M. HABIB, P. A. B. B. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Card. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, n 20, v. 03, 2012, p. 375-380.

WHO – World Health Organization. Policy and Advocacy. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 6, 2008.



INTERFACES E TENSIONAMENTOS ENTRE OS FAMILIARES CUIDADORES E OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (SHRAD) DE UMA CAPITAL NORDESTINA

INTERFACES AND tensions BETWEEN FAMILY CAREGIVERS AND PROFESSIONALS OF HOSPITAL REFERENCE IN SERVICE ALCOHOL AND OTHER DRUGS (SHRAD) NORTHEAST OF A CAPITAL

Elayne Karoline Bezerra da Silva

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí Mestre em Políticas Públicas – UFPI. Doutoranda em Políticas Públicas – UFPI

Lucia Cristina dos Santos Rosa

Graduada pela Faculdade de Serviço Social de Piracicaba Especialista em Educação - área de concentração Ensino pela Universidade Federal do Piauí Especialista em Saúde Mental pela UFRJ, Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco Doutorado em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco Doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro

Resumo

Objetiva-se analisar as interfaces e tensionamentos entre os familiares cuidadores e profissionais de um Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e Outras Drogas de uma capital nordestina no provimento de cuidado às pessoas com transtornos mentais no contexto do ideário da reforma psiquiátrica. Os resultados obtidos apontam que ainda é muito confusa e embrionária a relação entre profissionais/Estado e familiares. A naturalização da produção do cuidado por parte das famílias e também dos profissionais persiste apesar dos avanços, sinalizando para a persistência do familismo e parco investimento no cuidado comunitário.

Palavras chaves

Famílias. Cuidado. Substâncias Psicoativas. Estado.

Abstract

The objective is to analyze the interfaces and tensions between family caregivers and professionals from a Reference Hospital Services on Alcohol and Other Drugs a northeastern capital in care provision to people with mental disorders in the context of the psychiatric reform ideals. The results show that it is still too confusing and embryo the relationship between professional / State and family. The naturalization of production of care by families and professionals alike persists despite advances, signaling the persistence of familism and meager investment in community care.

Keywords

Families. Care. Psychoactive substances. State



Introdução

A intensificação da circulação e consumo nocivo/arriscado de substâncias psicoativas (SPA) vem ganhando cada vez mais destaque na agenda pública, principalmente a partir do início do século XX, tanto pela ampliação da importância do narcotráfico, pelo uso crescente por diferentes segmentos da população, inclusive por crianças e adolescentes, quanto pelos efeitos resultantes dos diversos padrões de consumo e repercussões para as famílias e sociedade em geral, tornando-se um problema econômico, social e político complexo na contemporaneidade.

No Brasil, a consolidação das políticas públicas direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas, a partir dos anos 2000, configurou-se numa arena de disputas entre a política de segurança pública e de saúde. A primeira numa abordagem inicial predominantemente proibicionista, com um horizonte de construir uma sociedade sem drogas e a segunda mais na perspectiva da redução de danos, mais humanista e pragmática. Há um realinhamento entre as duas instâncias, e a redução de danos passa a ganhar maior aceitação. O tema do álcool e outras drogas é integrado à política de saúde mental, como questão de saúde pública apenas no ano 2003/2004, passando a fazer parte das estratégias de redução de danos, coerente com os princípios das políticas de saúde pós Constituição de 1988.

Neste novo contexto, os familiares das pessoas com transtorno mental (PCTM) e consumidoras de SPA passam a ocupar outros lugares e funções nos novos equipamentos reformistas, sendo exigidos a dividir com os serviços de saúde mental a produção e provisão do cuidado postulado como comunitário, o que antes era assumido integralmente pelos hospitais psiquiátricos/modelo manicomial. Em determinados cenários as famílias passam a assumir integralmente a produção e provimento de cuidado, tendo como ônus as sobrecargas objetivas e subjetivas. Em outros contextos se constituem mediadores da produção do cuidado comunitário.

Desse modo, o estudo em tela é fruto da dissertação de mestrado aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí, sob CAAE: 32906214.1.0000.5214 e teve



por sujeitos da pesquisa sete profissionais considerados mediadores das ações estatais e quatorze familiares cuidadores de pessoas consumidoras de SPA que se encontravam internados no serviço. A pesquisa caracterizou-se por ser de cunho qualitativo, tendo como instrumentos privilegiados para a obtenção de informações a entrevista semiestruturada e o grupo focal. Foi realizada em um Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e Drogas–SHRAD por este ser caracterizado como o serviço que carrega a missão principal do que é preconizado pela reforma psiquiátrica como o cuidado comunitário, na perspectiva de remodelação da relação entre a sociedade, a PCTM e seus familiares. Tal equipamento é estratégico na desconstrução do estigma que acompanhou historicamente tal segmento na perspectiva de reinserção em espaços igualmente destinados a todos, muito embora destine-se a um segmento ainda mais específico, os usuários de SPA. É, portanto, um serviço específico para usuários de SPA, tendo algumas ações voltadas para os grupos familiares, que sofrem intensos impactos com um de seus membros consumidores de SPA, o que tende a se configurar como uma vivência estigmatizada, tendendo a se estender aos familiares.

Destarte, com membros com consumo nocivo de SPA observa-se que as famílias requisitam a divisão de cuidado com o Estado, no enfrentamento de uma questão complexa e contornada pelo estigma, até pelo papel de sequestro representado pelo modelo segregador. Contudo, apesar da política de saúde mental se orientar para o cuidado comunitário, o Estado tende a devolver o cuidado para as famílias (SILVA; ROSA, 2014), pela própria falta de investimento, ampliação de ações para os familiares e pouco investimento em ações voltadas para a saúde mental na atenção primária/territoriais. Neste sentido, constitui-se uma arena de tensões entre o Estado e a família mediada pelo provimento de cuidado à PCTM no cenário de consumo nocivo/arriscado de SPA.



CONSUMO NOCIVO DE SPA: da naturalização à problematização da produção e provisão de cuidados nas famílias

A produção e provisão do cuidado às pessoas consumidoras de SPA foram historicamente construídas. Na Idade Média era uma questão privada, das famílias de origem (CASTEL, 1978). Com a institucionalização do cuidado no modelo manicomial a partir da sociedade moderna, tornou-se uma questão médica e estatal. Com os movimentos reformistas e incremento do cuidado comunitário é postulado como uma ação de co-responsabilização, família, Estado e sociedade. Logo, passa a figurar na intersecção entre o Estado e as famílias, de modo a haver uma influência mútua, ou seja, na interface entre famílias e Estado o comportamento de um refletindo na forma de ser e se organizar do outro.

Mas, como no Brasil as famílias são consideradas, primeira e principal rede de proteção do indivíduo, em função do restrito Estado de Bem Estar, meritocrático (DRAIBE, 1989) e também por ser no âmbito familiar que a sociabilidade do indivíduo inicia sua construção, que conforme Damatta (1997, p.38) a marca principal da construção da sociedade brasileira estar calcada na familiaridade e hospitalidade que tipificam as relações entre a casa e rua no País, constituindo o “jeitinho brasileiro”, em que as relações de amizade se imbricam com os códigos impessoais que norteiam a construção da cidadania.

De acordo com Santos (1979, p. 18), o credo meritocrático sustenta que “os homens são desiguais, e a distribuição de benefícios econômicos e sociais reflete essa desigualdade através do mercado, e nenhuma ação pública, tendo por objetivo modificar esse duro fato, é legítima”. Em outras palavras, o Estado deve intervir apenas quando os indivíduos não forem capazes de solucionar seus problemas sozinhos e apenas corrigindo as desigualdades existentes.

Nesse sentido, para a maioria da população brasileira, as famílias se conformaram como uma das principais fontes de proteção social, sobretudo nos momentos de infortúnio, como as doenças, configurando-se uma naturalização do cuidado como



obrigação familiar, inclusive no aspecto jurídico, um dever parental.

No plano legal a cidadania foi alargada, mas, no cotidiano, observa-se a persistência dos serviços públicos com parcas coberturas, com direitos restritos, qualidade assistencial agravada pelo crescente sucateamento dos serviços públicos, em especial os de saúde e conseqüente transferência de suas funções no âmbito da proteção social para a iniciativa privada, tanto da família quanto do mercado. Daí se recorrer inicialmente à família em momentos considerados difíceis, como nos casos de transtorno mental decorrente do uso nocivo/arriscado de SPA.

Essa naturalização da produção e provisão de cuidados nas famílias tem origem na divisão social e sexual do trabalho, no padrão meritocrático das políticas sociais brasileiras e na cultura brasileira, sendo reforçada pela retração do Estado no cumprimento de suas funções de proteção social, tendo em vista o atual quadro das Políticas Sociais dos anos 90, orientada pelo ideário neoliberal.

Para alargar efetivamente a cidadania seria necessário um equilíbrio na produção e provisão de cuidado no que se refere ao papel do Estado, do mercado e das famílias, de modo a não continuar sobrecarregando as famílias e conseqüentemente contribuir para o enfraquecimento da enraizada naturalização desta instituição como única ou exclusiva, principal provedora de cuidado para o indivíduo. O que só será possível no plano legal e nos planos das intenções jurídicas com a real operacionalização do proposto pela Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde-SUS.

No campo da Saúde Mental, historicamente, perpassado por estigmas e tensões, a trajetória de vida dos familiares cuidadores da PCTM acometidos pelo uso nocivo/arriscado de SPA assim como da pessoa que faz uso é marcada por intensos sofrimento e aflições, haja vista ser evento inesperado no desenvolvimento histórico do grupo e não terem preparo para este tipo de produção de cuidado.

Cuidar de uma pessoa com consumo nocivo de SPA é algo complexo, sendo marcado por sentimentos diversos e contraditórios, tais como: raiva, culpa, medo, tristeza, cansaço, estresse, vergonha, piedade, compaixão, irritação e impotência. Em



especial a vergonha e a culpa, foram os ressaltados com maior frequência nas falas dos familiares pesquisados.

Tal cenário é introjetado por muitos familiares, observado através de indagações como “onde eu errei”, como se houvesse um culpado pelo adoecimento de seu familiar. Este pensamento reproduz o individualismo capitalista e a tradição judaica cristã que prega a responsabilização total do indivíduo pelos seus sucessos e fracassos em todos os setores da vida, como se a PCTM não vivesse em sociedade e fosse afetada diretamente pelo meio em que vive. As questões contextuais tendem a ser ignoradas, até mesmo a facilidade de acesso a determinadas substâncias consideradas ilegais. As famílias acabam tentando guardar para si o sofrimento gerado por todo esse processo como algo pessoal, impedindo-a de problematizar esta questão e remetê-la ao Estado como demanda.

Além disso, a vergonha pode ser decorrente do fato da doença ser considerada algo íntimo da família e que ao tornar-se público via uso nocivo/ arriscado passa a ser visto como falha de caráter, fruto da estigmatização social, ilustrada no “olhar do outro”. A preocupação dos familiares passa também para a esfera da “imagem” que terão socialmente. E aqui se faz referência a uma doença que acomete mais diretamente os familiares cuidadores, mas com o mesmo grau de severidade ou até pior das enfermidades físicas e mentais, a “doença do olhar do outro” ilustrada pelos estereótipos, preconceito e discriminação social, pelo recorrente pensamento de “mas o que os vizinhos vão pensar? ”, haja vista o comportamento do consumidor tornar-se muitas vezes algo público e revelador do consumo. A tentativa de abordar a questão como segredo de família, no caso de consumo nocivo, comumente é fracassada, ganhando visibilidade pública, expondo a todos os familiares, não apenas o consumidor da substância. Como um comportamento reprovado socialmente, tal reprovação tende a ser extensível aos familiares.

A produção do cuidado no âmbito doméstico, na concepção de Gama (2014) majoritariamente é uma tarefa feminina comumente não remunerada, invisível econômica e socialmente. “Compreende tanto o cuidado material como o imaterial que



implica um vínculo afetivo e emocional. Supõe um vínculo entre quem presta e quem recebe o cuidado.” (GAMA, 2014, p. 47)

É nesse âmbito que se pode falar da sobrecarga subjetiva e objetiva do cuidador que é intensa, estando a primeira relacionada aos aspectos emocionais e a segunda vinculada aos aspectos materiais e quantificáveis da produção do cuidado.

Apesar dos participantes da pesquisa serem oriundos dos segmentos mais empobrecidos da população, os aspectos subjetivos da produção de cuidado ganharam maior evidência e dramaticidade nos depoimentos dos familiares cuidadores, haja vista estarem expostos as agressões verbais das pessoas para as quais prestam cuidado, através de palavras de baixo calão e atitudes desagradáveis direcionadas ao cuidador. Mesmo o cuidador estando ciente de que na maioria das vezes o comportamento “desagradável” e que foge ao aceito socialmente da PCTM, seja fruto de uma condição peculiar, haja vista informarem que sem o uso “é outra pessoa”, tal vivência, conduz o cuidador a um estado de fragilidade no qual a referida consciência sozinha não é capaz de evitar que ele comece a culpabilizar seu familiar com transtorno mental por tudo que está passando, até porque as ofensas, no geral feitas em voz alta, tendem a publicizar a falta de controle do familiar cuidador, espetacularizando as relações de cuidado, expondo a vida familiar.

As referidas sobrecargas têm consequências negativas no seio das famílias cuidadoras levando a brigas, tensões, desgastes e no caso específico acima, até mesmo o aparecimento de transtornos mentais nos familiares cuidadores, tamanho o sofrimento emocional e estresse a que são submetidos, bem como a representação do familiar com transtorno mental, por parte do cuidador, como ameaça ao bem estar físico e mental da família.

O cuidado se apresenta como um trabalho majoritariamente feminino, uma vez que os familiares entrevistados em sua maioria foram mulheres, no caso, esposas ou filhas. O que nos leva a refletir sobre a sobrecarga da figura feminina enquanto cuidadora e mais especificamente sobre o papel da mulher dentro família, que historicamente



assumiu o trabalho doméstico e o ato de cuidar dos seus entes. A figura masculina, por sua vez, “pouco socializados (educados) para cuidar de si e do outro (do espaço doméstico, do cuidado dos demais integrantes do grupo). (ROSA; LIMA, 2014, p. 58)

Comumente quando os familiares e o usuário descobrem sobre o transtorno mental, há a tendência da negação desta por ambas as partes, considerando-o como uma experiência extrema, existência-sofrimento e tendo o desconhecimento como agravante e o estigma social a que estão sujeitos PCTM e seus familiares.

Observou-se que independente da fase que se encontra o familiar cuidador, houve tendência a demonização da substância utilizada, com olhar restrito às sobrecargas subjetivas inerentes a produção de cuidado.

Na pesquisa realizada também foi observado através das falas dos próprios familiares que eles se reconhecem enquanto sujeitos que devem direcionar suas ações para o apoio e motivação ao seu ente familiar nessa trajetória tão difícil e complexa.

O apoio e incentivo familiar, de acordo com os familiares das pessoas que fazem uso nocivo/arriscado de SPA do SHRAD estudado referem-se a ajudá-los a procurar um tratamento, assim como motivá-los através do diálogo e da conversa.

No entanto, seja pelo estresse e problemas a que são submetidos os familiares na produção e provisão do cuidado, ou ainda pelo desconhecimento de como lidar com a PCTM e fragilidade decorrente de todo esse processo, que surge a descrença no seu potencial de motivador ao seu familiar enfermo e mesmo incredulidade em relação ao seu restabelecimento, chegando a colocar o transtorno mental como algo inerente ao familiar e, portanto, não passível de mudança de seu quadro de vida. O que pode ser encarado como fruto do desconhecimento do familiar a respeito da dinâmica do processo de tratamento e do movimento de vida, revelando uma das lacunas no diálogo entre as famílias e os profissionais de saúde e os serviços do SUS, pode expressar exaustão, nos tantos anos de dedicação sem retorno, uma vez que é papel primordial deste último orientar os familiares sobre a “doença”, e principalmente nos contornos que a mesma pode adquirir ao longo do tratamento, como por exemplo, a possibilidade de recaídas.



Por outro lado, para os profissionais entrevistados do SHRAD houve a repetição exacerbada da importância da participação desses familiares junto ao tratamento oferecido pelo serviço, reafirmando assim, a contribuição da nova abordagem direcionada aos familiares, advindas com o processo da Reforma Psiquiátrica, onde é tida como parceira dos serviços. O familiar é apontado como ator fundamental na recuperação do seu ente, vista como um sujeito capaz de exercer sua função de cuidadora, que também necessita de cuidados.

Foi visualizado que os profissionais frisam a relevância desses familiares no tratamento, no entanto, não se politiza os meios e estratégias do serviço na apreensão das reais necessidades dos familiares e dessa forma, incluí-los no Projeto Terapêutico Singular da PCTM.

Observou-se ainda que os profissionais não deixam claro de que modo o serviço atuaria no sentido de possibilitar o estreitamento deste vínculo entre o PCTM e a família. Esta última, vista sobre a perspectiva dualista/maniqueísta, “vilã” ou “mocinha”. Tal perspectiva pode ser questionada considerando que a família dada sua importância para o tratamento da PCTM, precisa ser considerada além desta visão dual e reducionista de que contribui ou não para o tratamento e sim entendida a partir de suas peculiaridades para que essas possam ser utilizadas em favor delas mesmas e, conseqüentemente do tratamento de seu familiar. A complexidade é sempre ignorada, sendo as famílias visualizadas de forma instrumental. Nesse sentido, observou-se que nos prontuários no geral há pouco investimento para se saber quem são os familiares, e em que condições produzem o cuidado, apesar de novas adequações nesse sentido. No prontuário é fixado mais o nome do familiar responsável e seus contatos.

Além disso, as famílias são o termômetro da evolução da PCTM, é o seu contato com a realidade, aqueles que por vivenciarem diariamente os percalços das conseqüências danosas do consumo e da produção do cuidado em casa podem refletir em seu ânimo, estado de espírito e mesmo na frequência e qualidade das visitas ao familiar com transtorno mental, o nível de satisfação com os resultados do tratamento.



Isso porque, a visita dos familiares também rompe com o clima impessoal da instituição (Botega, 2002), trazendo mais conforto para a PCTM. Entretanto questiona-se o fato da participação da família no tratamento ficar quase que exclusivamente restrita as visitas, e nesse sentido coloca-se em xeque a própria natureza desta “parceria”, considerando a necessidade de uma relação mais intensa entre ambos, pois no período da pesquisa apenas o psicólogo realizava grupos com os mesmos.

Há também nas falas dos profissionais a presença de resquícios fruto da herança hospitalocêntrica, diante do modo de ler a atuação desses familiares, como apenas acompanhantes, e os que atrapalham no tratamento. Fator que é explicado pelo lugar ocupado historicamente pelas famílias durante muito tempo, enquanto espaço que impõe regras de convivência e comportamento, sendo atribuída a elas a culpa pela sua disfuncionalidade e “desorganização familiar”.

Nesse âmbito a discussão sobre a participação ou não da família passa antes pelas seguintes indagações: em que medida as famílias atrapalham o tratamento da PCTM? Para quem seria interessante os familiares participarem ou não? Para os profissionais do SHRAD? Para as PCTM? É notório que os profissionais não se referem às famílias como parceiros, mas sim instrumentos que “ajudam” ou “atrapalham” levando a questionar se não cabe aos profissionais a construção de estratégias para potencializar a participação das famílias.

Entretanto pontua-se que as famílias são partes diretamente afetadas durante o tratamento e que talvez enquanto parceiras seria necessário criar dentro do serviço algum tipo de canal de participação e decisão no qual os familiares tivessem vez e voz e de fato assumissem seu lugar de protagonistas, não constituindo meros instrumentos no tratamento. Quem sabe assim seria mais fácil problematizar suas demandas junto ao Estado e com isso facilitar o diálogo entre as duas instituições.

Mesmo com as novas diretrizes direcionadas a posição dos familiares nesse cenário enquanto parceiros dos serviços, antes considerados potencialmente como agentes etiológicos, causadores do sofrimento psíquico, “levando os familiares a se



limitarem a ser visita, muitas vezes inconveniente, ou um recurso a ser acionado em determinadas circunstâncias. (ROSA; LIMA, 2014, p. 41), atualmente ainda é visualizado o entrelaçamento desses dois modelos na concepção dos profissionais do serviço.

Durante a pesquisa foi constatado ainda o receio da equipe do serviço na participação dos familiares por também exercerem o papel de reféns de algumas pessoas que fazem uso nocivo/ arriscado de SPA, que por serem alvos dos efeitos adversos da fissura, “obrigam” os seus entes a facilitar a entrada de SPA no SHRAD. O que ocorre entre outros motivos, pela falta de conhecimento dos familiares sobre o tratamento e, portanto, de como pode ser danoso a PCTM ceder aos apelos, frutos da abstinência, mas também pelo grau de vulnerabilidade no qual se encontram as famílias, o que compromete sua capacidade de impor os limites necessários, tornando mais fácil serem “manipuladas” pelos seus familiares enfermos. Também porque é precária a abordagem dirigida aos familiares pelo SHRAD, no sentido de aprimorar suas competências relacionais e habilidades emocionais. As tecnologias assistivas que desenvolveram foi aprendida no ensaio e erro da lida cotidiana, com parca colaboração dos serviços de saúde.

E aqui mais uma vez emerge a questão da qualidade do diálogo entre família e serviço. Isso porque, se foi identificado pelos profissionais esta problemática, o serviço já deveria estar trabalhando para forjar soluções e não apenas apontar o ocorrido e culpabilizar a família. Afinal, se as famílias são parceiras principais, já está mais do que na hora de tratá-las como tal. Identificar as dificuldades observadas nesta parceria é trabalho dos profissionais, tanto quanto refletir e buscar estratégias sobre como superá-las. E o ponto de partida passa pela problematização sobre a relação entre a família e o Estado de modo a romper com a naturalização da produção e provisão de cuidado por parte daquela e também pela real aproximação da família, conhecendo-a para que possam ser identificadas suas potencialidades e limitações.



Considerações Finais

A falta de conhecimento e consciência da população em geral sobre os efeitos nocivos do consumo arriscado de SPA como um problema de saúde pública e não apenas de segurança como é comumente retratado pelos meios de comunicação, somados ao fato das políticas públicas não estarem conseguindo, como deveriam articular os agentes econômicos e sociais, numa outra racionalidade assentada nos direitos da pessoa humana, tem contribuído sobremaneira para o agravamento da abordagem apenas polícial e biomédica do consumidor de SPA, sem reorientar o olhar para suas famílias.

É fato que os avanços na área são notórios, haja vista o enfoque da política na estratégia de redução de danos, adotado em meados da década de 2000, pela Política Brasileira de Álcool e outras Drogas, que foi inicialmente influenciada pelas convenções internacionais assumindo um viés proibicionista, baseado na repressão ao tráfico e no uso de SPA consideradas “ilícitas”.

A Reforma Psiquiátrica marca esse percurso histórico da construção e reconhecimento da cidadania da PCTM, incluindo aqui as pessoas que fazem uso de SPA, moldando um dos avanços fundamentais para a mudança no modelo assistencial rumo ao cuidar em liberdade e na comunidade, assegurando os direitos civis.

Com esse avanço, sob a égide do cuidado comunitário da PCTM acometido pelo consumo nocivo/arriscado de SPA, observa-se que novas demandas são colocadas para as famílias, que eram tidas pelo modelo manicomial como uma mera visita e recurso eventual ao seu familiar enfermo, passando a ganhar uma diversidade complexa no cerne do processo, sem que o Estado lhes ofereça suporte necessário para tanto.

No entanto, em traços gerais, houve bastante avanço na política pública brasileira de álcool e outras drogas, principalmente progressos quanto a compreender essa questão como de saúde pública e não mais enquanto questão mera e exclusivamente de polícia. A atenção à saúde de pessoas que fazem uso nocivo/arriscado de SPA encontra -



se bem delimitada com a concepção de atenção comunitária, firmada na redução de danos, mas ainda se constitui em um grande desafio, principalmente quanto a atenção as famílias.

Deste modo, foi percebido que apesar do modelo de atenção à saúde mental, estar diretamente ligada a construção da cidadania, ampliação dos espaços sociais e, portanto, autonomia dos sujeitos, ainda há no SHRAD práticas que criam barreiras quanto a esses pressupostos, sendo recomendado: ações mais articuladas entre a equipe do SHRAD com a rede sócio assistencial, uma aproximação do serviço à realidade da PCTM, investimentos em capacitações profissionais, visto que novas demandas são impostas aos profissionais que necessitam traçar novas estratégias de forma a suprir as necessidades do público do atendido e na inclusão de abordagens aos familiares cuidadores.

Referências

BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DAMATTA, Roberto. **A casa e a rua: espaço, cidadania mulher e morte no Brasil**. 5 ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DRAIBE, Sônia Miriam. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. **Caderno de pesquisa**, n 8. NEPP/UNICAMP, 1993.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

GAMA, A S. **Trabalho, família e gênero: impactos dos direitos do trabalho e da educação infantil**. São Paulo: Cortez, 2014.

ROSA, Lúcia C. dos S.; LIMA, Rita de C. C. Relação família e usuários de álcool e outras drogas na rede de atenção psicossocial (RAPS). In: BUHELE, Fátima; DIMENSTEIN, Diniz Bezerra (orgs.). **Recursos e estratégias do cuidado. Curso de Atualização em Álcool e outras drogas, da coerção à coesão**. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. p. 39 – 66.

SANTOS, Wanderley G. dos. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Editora Campos, Rio de Janeiro, 1979.



SILVA, Ellayne Karoline Bezerra da; Rosa, Lucia Cristina dos. *Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?* **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 17, n.2,2014.



DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO E TENDÊNCIAS DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

HISTORICAL DEVELOPMENT AND SOCIAL SECURITY TRENDS IN BRAZIL

Mylena Passos Araujo Ferreira

Graduação em Serviço Social pela Faculdade Santo Agostinho-FSA, em 2015. Discente da pós-graduação em Seguridade Social na Faculdade Ademar Rosado-FAR.

Luciana Oliveira de Abreu Soares

Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Especialização na área da Violência Doméstica pela Universidade de São Paulo-USP. Docente e pesquisadora pela FAR.

Resumo

O presente artigo, que tem como tema o desenvolvimento histórico da seguridade social no Brasil, objetiva compreender como a mesma foi se constituindo no país historicamente e quais são suas tendências na atualidade, dado o cenário atual de retalhamento dos direitos sociais. O estudo foi construído a partir de pesquisas de abordagem qualitativa, o método utilizado é o dialético e, quanto aos procedimentos de coleta de dados, trata-se de uma pesquisa do tipo bibliográfica. Os autores de base utilizados foram Mota (2006) e Teixeira (2013). Conclui-se com a pesquisa em questão que a seguridade social no Brasil não se concretizou, devido ao terreno dominado pelo neoliberalismo, totalmente adverso à efetivação dos direitos adquiridos formalmente e as tendências para a mesma na atualidade são a privatização e mercantilização dos serviços, o que representa um processo de regresso social.

Palavras chave

Seguridade Social. Neoliberalismo. Direitos sociais.

Abstract

This article, whose theme is the historical development of social security in Brazil, aims to understand how it was constituted in the country historically and what its trends at present, given the current scenario shredding of social rights. The study was constructed from qualitative research approach, the method is dialectical, and as the data collection procedures, it is a survey of bibliographic type. The autores used base were Mota (2006) and Teixeira (2013). It concludes with the research concerned that social security in Brazil has not materialized, due to the terrain dominated by neoliberalism, totally contrary to the realization of rights acquired formally and trends for the same at the present time are the privatization and commodification of services, which is a process of social return.

Keywords

Social Security. Neoliberalism. Social rights.



Introdução

A seguridade social foi instituída no Brasil a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual é composta pelas políticas de saúde, assistência e previdência sociais. Ela representa um conjunto de conquistas da classe trabalhadora após muita luta travada em prol de melhorias sociais. A seguridade social é ainda a maior expressão do sistema de proteção social brasileiro, dado os direitos que por meio dela passam a ser assegurados para o conjunto da população brasileira e os princípios inerentes a mesma para a sua operacionalização.

No entanto, a contradição que há entre o instrumento legal e a realidade social resultou na não concretização da seguridade social no Brasil, pois o terreno não é favorável à ampliação de direitos, mas sim ao contrário, à restrição dos mesmos. Isso se deve ao ideário neoliberal instalado no país na década de 1990 e persistente até os dias atuais.

Com base nessa discussão, o presente artigo tem como objetivo compreender como foi se constituindo a seguridade social no Brasil e as atuais tendências da mesma diante do cenário de redução dos direitos. Para isso, inicialmente, abordar-se-á a trajetória da proteção social no Brasil até culminar com a instituição da seguridade social a partir da Constituição de 1988. Em seguida, analisar-se-á a década de 1990 no Brasil e os impactos sobre a seguridade social. Logo após, serão discutidas as tendências da seguridade social na contemporaneidade, dada a hegemonia do neoliberalismo na gestão do Estado. E, por fim, apresenta-se uma conclusão do presente estudo.

TRAJETÓRIA DA PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL E CONSTITUIÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL: uma análise sintética

As iniciativas de proteção social no Brasil começaram a ser desenvolvidas a partir da década de 1930, quando a questão social passa a ser reconhecida como caso de política. Durante todo o período anterior a 1930, os problemas sociais, conforme



Montaño (2012), eram vistos como de responsabilidade do sujeito ou grupo de pessoas que viviam naquela situação, além de às vezes aparecer como um fenômeno natural. Somente a partir daquela década é que o Estado passou a visualizá-los de outra forma, como questões que necessitavam da sua intervenção, ainda que, neste período, a atuação do Estado no enfrentamento à questão social acontecesse de forma marginal, já que o foco não era o social, mas sim o econômico.

O Estado brasileiro, intencionando dar respostas às expressões da questão social, passa então a desenvolver uma série de políticas sociais a partir de 1930. Se comparado ao desenvolvimento das políticas sociais nos países desenvolvidos, como os da Europa, os quais, segundo Draiber (1989), puderam vivenciar o *Welfare State* ou Estado de Bem Estar Social ou ainda Estado Protetor nos fins do século XIX, pode-se afirmar que o Estado brasileiro iniciou sua intervenção no campo social tardiamente e sem a estrutura e eficácia do sistema de proteção social desenvolvido pelos países centrais.

É importante destacar que antes de 1930, mais especificamente na fase do capitalismo concorrencial, século XIX, a proteção social ficava por conta da benemerência, da filantropia, da solidariedade entre as pessoas. De acordo com Teixeira (2013, p. 267),

Nesse formato, também agiam a comunidade, a filantropia, a assistência religiosa e outras manifestações da sociedade civil, cabendo ao Estado uma intervenção esporádica e emergencial sobre os casos extremos de pobreza, ações coercitivas contra a vadiagem e a vagabundagem.

Portanto, antes do reconhecimento da questão social o Estado era personagem raro no enfrentamento às problemáticas sociais, constituindo-se mais em um mecanismo repressivo, coercitivo, punitivo, do que resolutivo dos problemas, uma vez que a pobreza era tratada como vadiagem, como caso de polícia e o indivíduo pobre era visto como responsável pela situação de miséria em que vivia.

Sendo assim, a década de 1930 constitui um marco na história do país devido aos acontecimentos que ocorreram no período, pois além do trato mais cuidadoso com a questão social que se iniciou nesta época, outras mudanças importantes, especialmente



socioeconômicas, ocorreram no Brasil, onde o país passou de um modelo de desenvolvimento agroexportador para o modelo urbano-industrial, gerando mudanças nas funções do Estado Nacional.

A atenção do governo, a partir de então, era o crescimento econômico do país através da indústria que emergia e, para isto, o proletariado urbano constituía peça fundamental. Como o trabalhador industrial era elemento chave no processo de desenvolvimento, o Estado então precisava atender às demandas essenciais deste proletariado para garantir o seu empenho no processo produtivo.

Deste período em diante, “o Estado passa a assumir, mais extensivamente, a regulação ou provisão direta no campo da educação, saúde, previdência, programas de alimentação e nutrição, habitação popular, saneamento, transporte coletivo” (SILVA; YAZBEK; GIOVANNI, 2012, p. 25).

No entanto, o acesso a esses serviços ofertados pelo Estado não era extenso a todos, mas voltado apenas para os trabalhadores urbanos inseridos no mercado de trabalho formal, constituindo o que Santos (1979) denominou de “cidadania regulada”. Aos excluídos da formalidade restava apenas a filantropia, movida pelo sentimento de solidariedade das pessoas, o amparo das igrejas, enfim, para estes ao Estado não cabia nenhum tipo de participação.

Com o passar dos anos, o Estado foi ampliando o sistema de proteção social, ao desenvolver várias políticas sociais, e estendendo aos grupos inicialmente excluídos, como os trabalhadores rurais, os autônomos e as domésticas, os quais passaram a estar protegidos a partir da década de 1970.

De acordo com Souza Filho (2013), no final da década de 1970 e início de 1980, diante de um panorama social, político e econômico delicados, uma vez que o país estava engolfado na ditadura militar (de 1964-1985), período bastante repressivo da história brasileira, os movimentos sociais ressurgiram clamando pela redemocratização do país, nas diversas dimensões, reivindicando condições dignas de saúde, educação, moradia,



respeito aos direitos humanos e ao meio ambiente, bem como também buscando fortalecer categorias específicas, como o índio, a mulher, o negro.

Essas manifestações sociais que ocorreram no período em questão,

Colocam na agenda pública a necessidade de ampliação e universalização de direitos sociais, culminando com o movimento pró-constituente que estabeleceu a Constituição Federal de 1988, cujo marco no campo da proteção social, foi a instituição da Seguridade Social, o que significou a ultrapassagem da prevalente cidadania regulada (SILVA, 2008, p. 27).

A seguridade social, consoante à Brasil (2012), consiste em um conjunto integrado de ações de iniciativa do Estado ou da sociedade civil, voltadas a assegurar os direitos referentes à saúde, assistência e previdência sociais. Com a seguridade estabelecida, o atendimento passa agora a ser universal, acabando com a seletividade que havia anteriormente na concessão dos direitos referentes a estas áreas.

De acordo com Senna; Monnerat (2008, p 193 *apud* MOURA, 2013),

A noção de seguridade social inova no padrão clássico de proteção social brasileiro, ao trazer os princípios de universalização dos direitos de cidadania e de responsabilidade pública e estatal na provisão e financiamento dos serviços sociais.

A proteção social brasileira, historicamente, apareceu condicionada à inserção do indivíduo no mercado de trabalho e à sua contribuição financeira para garantir a proteção diante de alguma vicissitude, constituindo a lógica do seguro social. A instituição da seguridade social vem desmontar exatamente isso, incluindo a todos, dada a sua universalidade e atribuindo responsabilidades, principalmente ao Estado, na execução das políticas.

Desta forma, pode-se afirmar que a instituição da seguridade social representa um grande avanço para a sociedade brasileira, em especial, para o sistema de proteção social que teve sempre o acesso aos direitos ocorrendo de forma muito restrita e com o Estado atuando minimamente. Além disso, a articulação entre as políticas de saúde, assistência



e previdência torna-se fundamental com o intuito de garantir os direitos assegurados legalmente.

Segundo Behring e Boschetti (2008), alguns princípios foram estabelecidos para nortear a operacionalização da seguridade social no Brasil, quais sejam: a universalidade no acesso, a uniformidade e equivalência dos benefícios, a seletividade na prestação dos serviços, a irredutibilidade no valor dos benefícios, a diversidade das bases de financiamento, o caráter democrático e descentralizado das políticas. Ou seja, tais princípios foram estabelecidos com o intuito de fazer com que as políticas pudessem funcionar prontamente no país, a partir da articulação das mesmas formando um amplo e forte sistema de proteção social.

Contudo, para Mota (2006), a exclusão promovida pelo mercado de trabalho, a imensa pauperização da sociedade, a gritante concentração de renda nas mãos de poucos permitem afirmar que não há como no Brasil a seguridade social se concretizar conforme foi estabelecida constitucionalmente, devido a estas características presentes historicamente na sociedade. Todavia, não se pode negar que os trabalhadores adquiriram sim novos direitos e serviços públicos não mercantis, antes inexistentes, principalmente nas áreas da saúde e assistência social.

Um outro agravante foi que esses avanços no campo social com a Constituição se esbarraram em um cenário político e econômico nada favorável à efetivação dessas conquistas, pois, a partir de 1990, tem-se a introdução do ideário neoliberal no país, o qual promoveu o desmonte dos direitos recém conquistados pela sociedade brasileira.

A década de 1990 e os impactos sobre a Seguridade Social no Brasil

A década de 1990 constitui um marco na história do Brasil, principalmente na área social, já que, a partir de então, assiste-se a uma crescente destituição dos direitos firmados na Constituição Federal promulgada no final da década anterior, redução do papel do Estado na área social e transferência de suas responsabilidades em grande parte



para a sociedade civil (surgindo o terceiro setor). Tudo isso decorrente da implantação do neoliberalismo no país, o qual passou a exigir um Estado mínimo para o social e máximo para atender aos interesses do capital.

O neoliberalismo surge como uma estratégia de enfrentamento à crise no padrão de acumulação taylorista-fordista, de dimensões globais, que se instalou em meados da década de 1970, decorrente do baixo crescimento econômico e aumento da inflação. Conforme Raichelis (2013) foi uma crise estrutural, destrutiva e de consequências terríveis, principalmente para o trabalhador. Com ela, os trabalhos se tornam frágeis e temporários, descontínuos e aumenta a informalidade, dada a redução dos trabalhos formais.

No caso do Brasil, a precarização do trabalho devido à crise não foi algo novo, uma vez que o país nunca ofertou a totalidade dos trabalhos com condições dignas. Sempre prevaleceu trabalhos e empregos precários. No entanto, a crise agravou esse quadro, alterando negativamente as relações de trabalho, os direitos e a proteção social.

Para enfrentar a crise estabelecida, difunde-se no Brasil, mais precisamente no governo de Fernando Henrique Cardoso, o discurso da promoção de reformas. De acordo com Moura (2013, p 489),

Tais reformas são direcionadas para o mercado, em um momento em que os problemas estatais são compreendidos como as causas da crise econômica e social vivenciados pelo país na década de 1980 [...] buscando adequar o Brasil aos ditames da economia internacional, na qual os interesses econômicos estão em posição privilegiada, enquanto os aspectos sociais são tratados de maneira desfavorável.

Compreende-se, portanto, porque a área social sofreu tanto retrocesso a partir de 1990. O foco da reforma do Estado proposta pelo neoliberalismo era retomar o crescimento econômico do país, inseri-lo na competitividade do mercado internacional. Sendo assim, como a prioridade não era o social, não ocorreu de fato a universalização dos direitos e serviços sociais no Brasil, mas sim o desmonte do sistema de proteção social



brasileiro decorrente da ofensiva neoliberal, o que permite afirmar que se trata, na realidade, de uma contrarreforma.

Diante desse cenário, a seguridade social é redefinida e a partir de 1990 observa-se o retorno dos serviços sociais para a dimensão privada, tanto a lucrativa, através da compra dos mesmos no mercado, quanto por meio das parcerias com a sociedade civil organizada, como as ONGs, as quais passam a se assumir como corresponsáveis pelas políticas sociais, ficando o Estado como interventor mínimo, apenas com a função de “normatizador e provedor das políticas e programas de proteção social” (SILVA, 2008, p 28).

Essas mudanças provocam o aumento da pobreza, do desemprego e, conseqüentemente, do trabalho informal, bem como também da demanda por acesso aos benefícios e programas ofertados pelo Estado. Mas, este passa a desenvolver somente políticas focalizadas, seletivas, ao em vez de universais, voltadas apenas para os mais pobres dentre os pobres e com critérios de acesso bastante limitados, como por exemplo os do Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Desta forma, muita gente fica desprotegida, restando a proteção ofertada pelo mercado, como os planos de saúde, as aposentadorias privadas. E àqueles que não conseguem nem a proteção altamente restrita do Estado e nem a vendida no mercado, resta a solidariedade e benemerência das pessoas. Percebe-se, assim, o retorno à refilantropização da questão social.

Portanto, a seguridade social em tempos de reforma devastadora, segundo Behring (s/ano), tem a proteção social sofrendo pressões da busca por acumulação de capital, uma intensa flexibilização das relações de trabalho, terceirização dos serviços, privatização dos setores públicos e ainda o crescimento do individualismo, do consumismo exacerbado e conseqüente endividamento da população, dada a ascensão do cidadão consumidor e das facilidades de compra. Este é o atual ambiente em que esta engolfada a sociedade brasileira, de redução de direitos e degradação do trabalhador, cujos danos são inexoráveis.



Tendências da Seguridade Social na contemporaneidade

As tendências da seguridade social na atualidade são bastante negativas, uma vez que restringem cada vez mais a possibilidade de reprodução da classe trabalhadora e a efetivação de direitos sociais, já que são tendências resultantes da ideologia neoliberal, cujo o interesse macro é o econômico, em detrimento do social.

Quando o Estado brasileiro, a partir do neoliberalismo, estabeleceu alguns mecanismos de gestão, tais como a descentralização e participação popular, considerados como democráticos, concomitantemente também limitou sua atuação, atendendo aos interesses do capital. O Estado de então transfere grande parte de suas responsabilidades no enfrentamento à questão social para a sociedade civil, fortalecendo o terceiro setor (TEIXEIRA, 2013).

Essa relação estabelecida entre a sociedade e o Estado faz parte de um novo modelo de proteção social denominado de proteção em redes, no qual, de acordo com Teixeira (2013), a intervenção e gestão da proteção social ocorre entre as instituições privadas, as não governamentais, a família, a comunidade e o Estado. Este modelo em redes ocasiona: a legitimação do pluralismo de bem estar social; a difusão de uma nova forma de ver o Estado e suas funções, o qual aparece como regulador, normatizador importante, mas externo; e o pressuposto de que somente essa articulação entre os entes da rede potencializa o bom desenvolvimento das políticas sociais públicas.

Trata-se, portanto, de um modelo de proteção social que consiste em mais uma estratégia do sistema capitalista de trazer ao seu favor o Estado, eximindo-o de suas responsabilidades com a área social e imbuindo a ideia de que somente a atuação coletiva tem eficácia. É um modelo que vem sendo naturalizado e legitimado pela sociedade, cujas consequências são a “reprivatização do trato da questão social e redução das demandas do Estado” (TEIXEIRA, 2013, p 277).



Outra estratégia utilizada pelo Estado na atualidade para fugir de suas obrigações é, como afirma Mota (2006), incorporar o processo de precarização do trabalho e a mercantilização dos serviços como inevitável, o privado como iniciativa complementar ao público, e nesse sentido se observa a satanização do público, ao se disseminar a ideia de que este não tem qualidade, mas sim o privado, o particular. Tudo isso nada mais são do que mecanismos que visam beneficiar o mercado e responder à lógica capitalista.

No campo da assistência social, irradia-se a seguinte hipótese:

O trabalho teria perdido sua capacidade de integrar os indivíduos à sociedade, razão pela qual os programas de assistência social, particularmente, os programas sociais de renda mínima, poderiam fazê-lo em contrapartida à desregulamentação da proteção social e do trabalho (MOTA, 2006, p. 4).

Esses programas sociais desenvolvidos pelo Estado são programas de exceção, uma vez que se voltam para um público específico, os mais pobres dentre os pobres, os miseráveis, denunciando seu caráter altamente focalizado, seletivo, temporário, eliminando o princípio da universalidade inerente à seguridade social. São programas voltados para os denominados excluídos da sociedade. No entanto, os critérios são tão seletivos e restritos que só incluem uma parcela mínima da população, ficando os demais desprotegidos. Trata-se do desmonte do sistema de proteção social brasileiro.

Mesmo as políticas sociais da atualidade voltadas para os mais pobres são apenas políticas compensatórias pela situação de pobreza em que vive grande parte dos brasileiros. São políticas paliativas que não dão conta de impactar na raiz do problema da pobreza, que está na lógica de funcionamento do Modo de Produção Capitalista. A pobreza é necessária para o capitalismo, pois é a partir dela que se produz riqueza. Essa é uma lógica perversa, mas real.

Os governos engolfados nessa estratégia devastadora de direitos operaram mudanças impressionantes nos princípios que fundamentam a seguridade social. Segundo Mota (2006, p. 5), “a previdência social transforma-se numa modalidade de seguro social, a saúde numa mercadoria a ser comprada no mercado dos seguros de saúde e a assistência social, que se expande, adquire o estatuto de política



estruturadora”, consequências decorrentes do ideário neoliberal que transferiu para o foro privado, mercantil ou não mercantil, as responsabilidades estatais, desmontando os direitos e a proteção social pública.

Outro aspecto a ser destacado por Mota (2006), como tendência da seguridade social na conjuntura atual, é o desenvolvimento de ações pontuais voltadas para o combate do desemprego, a geração de renda e a formação de mão de obra, a partir da implantação de programas de qualificação profissional em contrapartida ao enfrentamento da precarização e desproteção do trabalho. Tratam-se, mais uma vez, de medidas paliativas, imediatistas, que não garantem um trabalho protegido, garantias sociais ao trabalhador. São medidas que adequam muito mais o trabalho à nova lógica de gestão do Estado, que vem atendendo aos interesses do grande capital.

Sendo assim, o que se tem no cenário atual é uma inflexão significativa das políticas sociais, principalmente as de seguridade social, onde os direitos são asseverados legalmente, mas na prática são obstaculizados e remetidos à lógica do mister público/privado, retornando, assim, aos tempos liberais e sua forma de tratamento às expressões da questão social.

Conclusão

Com base na análise realizada sobre o desenvolvimento e as tendências da seguridade social no Brasil percebe-se, indiscutivelmente, que, embora a instituição da seguridade social a partir da Constituição de 1988 represente um grande avanço no que se refere à proteção social brasileira, o cenário posterior é desfavorável, tornando a operacionalização dos seus princípios inviável, já que vão de encontro com os interesses do neoliberalismo, o qual perversamente estabelece medidas que promovem arrasamento da seguridade social, ao reduzir as responsabilidades do Estado no campo social.



Sendo assim, as tendências atuais das políticas que compõem a seguridade social, dada a hegemonia do ideário neoliberal na gestão do Estado, passam a ser as seguintes: a previdência social retorna à lógica do seguro social, a saúde se torna uma mercadoria comprada nos planos privados e a assistência social se restringe ao enfrentamento da pauperização, por meio dos programas sociais, os quais são focalizados, seletivos, descontínuos e meros paliativos, limitando a proteção pública a isso. Além disso, destaca-se a atuação do segundo e terceiro setor (mercado e sociedade civil, respectivamente).

Destarte, o presente artigo tem a intenção de contribuir com essa discussão fundamental sobre o cenário atual desenhado pelo neoliberalismo para seguridade social, sendo que esta nunca foi concretizada no Brasil da forma como foi instituída constitucionalmente, dado os interesses políticos e econômicos dos governos brasileiros, muito mais preocupados em atender aos ditames neoliberais. Como consequência disso, tem-se o retalhamento dos direitos sociais conquistados com muita luta pelos trabalhadores e sua desproteção, e ampliação da atuação do mercado e da sociedade civil, como estratégia de compensação do recuo do Estado.

Referências

BEHRING, Eliane Rossetti. **Seguridade Social no Brasil: Perspectivas e Interfaces**. s/ ano. Disponível em: < <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-082.pdf> >. Acesso em: 14 jan. 2016.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: Fundamentos e história**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca básica do Serviço Social; v 2).

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 70/2012 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2012.

DRAIBER, Sônia Miriam. “Welfare State” no Brasil: características e perspectivas. In: **Ciências Sociais Hoje**, São Paulo: Vértice. Revista dos Tribunais, ANPOCS, 1989.



MONTAÑO, Carlos. Pobreza, “questão social” e seu enfrentamento. **Serviço Social e Sociedade**, n. 110. São Paulo: Cortez, 2012, p. 270-287.

MOTA, Ana Elizabete. Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: MOTA, A. Elizabete (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 1-10.

MOURA, Maria Aparecida Garcia. **Seguridade Social no contexto neoliberal brasileiro**. Revista Eletrônica da Faculdade José Augusto Vieira. Ano VI, setembro, 2013.

RAICHELIS, Raquel. Proteção social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. **Serviço Social e Sociedade**, n 116. São Paulo: Cortez, 2013. p. 609-635.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SILVA, M. O. da Silva e. Bolsa Família: apresentando e problematizando sua proposta. In: _____. **O Bolsa Família no enfrentamento à pobreza no Maranhão e Piauí**. São Paulo: EDUFMA, 2008, p. 23-51.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e; YAZBEK, Maria Carmelita; GIOVANNI, Geraldo Di. **A política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda**. 6. ed. Revisada e ampliada. São Paulo: Cortez, 2012.

SOUZA FILHO, Rodrigo de. **Gestão pública e democracia: a burocracia em questão**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2013.

TEIXEIRA, Solange Maria. Sistema de proteção social brasileiro na contemporaneidade: “novas” relações entre Estado e sociedade? **Revista FSA**, v 10, n 01. Teresina: FSA, 2013, p. 264-280.



O CONTROLE SOCIAL COMO FERRAMENTA DE DEMOCRATIZAÇÃO NA GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

CONTROL AS SOCIAL DEMOCRATIZATION TOOL HEALTH POLICY MANAGEMENT

Samara Moreira da Silva

Bacharel em Serviço Social-FSA, Pós-graduanda (*lato sensu*) em Família e políticas públicas-FSA

Thiana de viveiros Oliveira-

Bacharel em Serviço Social-FSA, Pós-graduanda (*lato sensu*) em Família e políticas públicas-FSA

Marfisa Martins Mota de Moura

Bacharel em Serviço Social-UFPI, Mestre em Políticas públicas-UFPI, Esp. Em violência doméstica contra criança e adolescente-USP e em gestão das Cidades-FGV.

Resumo

O referido trabalho aborda o controle social como ferramenta da democratização na gestão da política pública de saúde. Nesse sentido, enfatiza-se a participação social como busca de melhorias desta política e a efetivação do controle social na gestão da saúde. Objetiva assim, entender a relevância da participação, bem como os mecanismos de acesso para a efetivação do controle social na política da saúde. Além de perceber as dificuldades encontradas e as possibilidades desta participação, bem como os avanços obtidos nesse processo. Estudo realizado a partir de levantamentos bibliográficos com anotações em fichamentos. Conclui-se que, apesar das dificuldades e desafios encontrados a participação social é indispensável para que haja o controle social na gestão desta política, fazendo com que se efetive como política pública.

Palavras-chave

Participação. Controle Social. Sistema Único de Saúde

Abstract

This work aims to approach the social control as a democratization tool in the management of public health policy. In this meaning, it emphasizes the social participation as search enhancements in this policy and the effectuation of the social control in health management. Objective thus understand the importance of participation as well as the access mechanisms for the effective social control in health policy. In addition to realizing the difficulties and possibilities of this participation as well as the progress made in this process. Study from bibliographic notes on book reports. It concludes that, despite the difficulties and challenges encountered, social participation is essential so that there is social control in the management of this policy, so that becomes effective as public policy.

Keywords

Participation. Social Control. Health Unic System



Introdução

Este trabalho busca um entendimento sobre a concepção participativa e o controle social na política de saúde, definida no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988 como Sistema Único de Saúde - SUS. Portanto, objetiva-se entender os mecanismos de acesso à gestão desta política pelos segmentos sociais organizados em prol do fortalecimento da política de saúde como política pública. O interesse pelo tema parte da inquietação pelo rumo em que vem se tomando a política de saúde brasileira na conjuntura econômica e política em que se vive. Na qual, por um lado, a participação social vem ganhando espaço e, por outro, uma onda privatista que contrapõe-se aos direitos sociais.

O presente trabalho é descrito em dois tópicos, o primeiro discorre sobre a participação social como uma proposta para a mudança no âmbito da saúde no Brasil, onde a participação popular mobiliza-se para a garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado. A participação vista como exercício de cidadania efetiva que busca melhoria nas formas de reger as políticas públicas, sendo assim, peça-chave no controle da esfera pública. O segundo, trata do controle social no Sistema Único de Saúde, cita a regulamentação legal da participação da comunidade na política de saúde brasileira e os mecanismos que viabilizem o controle social, apresenta ainda, as possibilidades e desafios encontrados para a efetiva participação social na gestão da saúde. Por fim, conclui-se sobre a relevância da participação cidadã como importante meio de controle e fiscalização da política de saúde, para que esta constitua-se como política pública efetiva.

Participação social, uma proposta para a mudança no âmbito da saúde no Brasil

Ao longo da história da saúde no Brasil houve uma busca por parte do segmento social pela garantia de uma saúde pública como direito, isso porque, as ações governamentais na década de 1970 eram realizadas pelo Ministério da Saúde apenas de



forma preventiva e voltada à coletividade. Ficando a assistência médica e curativa sob a responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social. Ressalta-se que a previdência assegurava a assistência médica somente aos seus contribuintes (AGUIAR, 2011).

Insatisfeita com essa realidade a população almeja mudanças no âmbito da saúde. Contudo, para que esta se realize, necessário se faz a participação, que de acordo com Nogueira (2004, p.141) “participar passa a significar também uma forma de interferir, colaborar, administrar”. A partir dessa concepção, a população através de movimentos sociais organizados mobiliza-se buscando uma reforma constitucional que viabilize a saúde como direito. Nesse contexto, no ano de 1986 acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde que é decisiva para a mudança do sistema de saúde vigente (AGUIAR, 2011).

Ressaltando sobre as principais funções da política pública Pereira (2008) afirma ser duas: “a) Concretizar direitos conquistados pela sociedade e incorporados na lei; b) Alocar e distribuir bens públicos.” A autora afirma ainda que: “trata-se, pois, a política pública de uma estratégia de ação pensada planejada e avaliada, guiada por uma racionalidade coletiva, na qual, tanto o Estado como a sociedade, desempenham papéis ativos” (PEREIRA, 2008, p. 96). Nesse sentido os espaços públicos são foros legais da representatividade de interesses.

Percebe-se a relevância da participação social nos espaços públicos, como exercício de cidadania e na viabilização de direitos. Sendo a partir de tal ato que a sociedade poderá influenciar nas decisões estatais, na formulação das políticas públicas, tal como a política de saúde. Assim, “política pública implica sempre e simultaneamente, intervenção do Estado, envolvendo diferentes atores (governamentais e não governamentais), seja por meio de demandas, suportes ou apoio, seja mediante o controle democrático” (PEREIRA, 2008, p. 96).

Redefinir a participação como o próprio exercício de cidadania efetiva é, portanto, combinar várias formas de mediação e de criar diversos espaços de interlocução entre diferentes atores (TEIXEIRA, 2002). No entanto, esta participação não deve ser de forma



pontual e fragilizada, mas uma participação cidadã, ou seja, que promova a articulação de mecanismos institucionais e canais que legitimem o processo social (TEIXEIRA, 2002).

Enfocando na participação social diante do uso dos recursos públicos pelo Estado Tatagiba afirma que “a sociedade poderia exercer um papel mais efetivo de fiscalização e controle “estando mais próxima do Estado”, assim como poderia imprimir uma lógica mais democrática na definição da prioridade na alocação dos recursos públicos” (TATAGIBA, 2002, p. 47, grifo do autor). Pois a participação é uma ferramenta que pode ser utilizada pela sociedade como forma de controlar o Estado no qual os cidadãos têm a possibilidade de estabelecer padrões e critérios que orientam a ação pública (TEIXEIRA, 2002).

Buscando, portanto, melhoria nas formas de reger as políticas públicas e que estas sejam eficazes e voltadas à coletividade, faz-se relevante a participação dos atores sociais, pois embora as políticas públicas sejam de competência do Estado, não são decisões impositivas e injunções do governo para a sociedade, mas envolvem relações de reciprocidade e antagonismo entre essas duas esferas. Portanto, mesmo considerando-se a primazia do Estado pela condução das políticas públicas, a participação ativa da sociedade civil nos processos de definição e controle da sua execução é fundamental para a consolidação da sua dimensão efetivamente pública (RAICHELIS; WANDERLEY, 2004, p. 7).

A política da saúde é exemplo, pois através de reivindicações sociais torna-se direito universal garantido na Constituição Federal de 1988, afirmada pelo Artigo 196 que diz: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 2010, p. 131). A Constituição Federal de 1988 estabelece então o Sistema Único de Saúde regulamentado posteriormente pela Lei Orgânica da Saúde- LOS, a saber, a Lei 8.080/90 e 8.142/90.



No entanto, é a Lei 8.142/90 que estabelece o princípio organizativo da participação da comunidade na gestão do SUS, e que a partir desta “consolidou-se assim um importante espaço público de controle social, mediante a participação da população por meio das conferências e dos conselhos de saúde em todas as esferas de governo” Aguiar (2011, p. 48). Porém, esse direito constitucional não é garantia de que a participação seja efetivada, pois apesar de ser instituída em lei, é considerada na prática como processo em construção com avanços e retrocessos, dependendo muitas vezes de larga mobilização da comunidade em busca de seus direitos (ROLIM *et al*, 2013).

A participação da sociedade organizada em relação com o Estado é peça-chave no controle e constituição da esfera pública, esta ação favorece também ao protagonismo social e sua representatividade (RAICHELIS; WANDERLEY, 2004). Discorrendo sobre os requisitos para que a gestão participativa se efetive Nogueira (2004, p. 152) cita que “o principal deles é que a comunidade tenha uma cultura ético-política forte e em constante revitalização. Isso depende de educação para a cidadania, com a qual se dissemina a capacidade de valorizar as instituições políticas, os direitos e os deveres.

Contudo, para que haja a representação efetiva e participativa que traga resultados satisfatórios é indispensável uma formação politizada dos indivíduos, nesse sentido afirma Nogueira (2004, p. 164, grifo do autor):

Como recurso de transformação social e de reinvenção do político, apenas pode avançar se seus cidadãos forem alcançados por processos fortes de educação política, de conscientização cívica e de politização. Esses cidadãos não são apenas seus protagonistas principais: são sua *garantia*.

A partir do conteúdo supracitado, entende-se que a participação é ferramenta fundamental para a construção do público e seu funcionamento, de forma que os anseios e necessidades da sociedade sejam atendidos pelas políticas públicas, englobando aqui a política de saúde que legalmente tem abertura para essa participação, isso através de mecanismos que viabilizam o compartilhamento da gestão do SUS pelos usuários. Portanto, é através da participação ativa dos cidadãos que se pode efetivar o controle



social das políticas públicas, dentre elas a política de saúde, tema abordado no item subsequente.

O controle social no Sistema Único de saúde

O Sistema Único de Saúde – SUS, instituído legalmente no Brasil pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nos anos noventa, orienta-se por princípios e diretrizes que respondem aos anseios propostos pela sociedade organizada, e parte de concepção ampla do direito e do dever do Estado em sua garantia. Incorpora em sua estrutura instrumentos e espaços que viabilizam à comunidade a participação democrática da gestão do sistema de saúde nas três esferas de governo (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008; AGUIAR, 2011).

Dessa forma, com a implantação do SUS e sua regulamentação a partir das leis 8.080/90 e 8.142/90 “criam-se e ampliam-se as instâncias colegiadas de negociação, integração e decisão, envolvendo a participação dos gestores, prestadores, profissionais de saúde e usuários” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). É, portanto, com essas regulamentações que a comunidade passa legalmente a ter mecanismos de voz na gestão do SUS.

Foi ainda na década de 1980 que a saúde assumiu uma dimensão política em detrimento aos interesses dos técnicos, tendo assim estreita relação com a democracia, visão esta que é aprimorada na década de 1990 (BRAVO, 2008). Porém, para que haja a democratização da gestão pública em saúde o controle social torna-se condição necessária (ROLIM *et al*, 2013). Contudo, esses autores têm uma compreensão ampla sobre o que seja o controle social, assim mencionam que:

Ao falar de controle social não se pretende apenas que se consigam implantar mecanismos que reduzam, eliminem ou previnam os desperdícios, os desvios e as malversações na aplicação dos recursos públicos [...] o controle tem um sentido de



vigilância e responsabilização [...] tem o sentido de efetividade e compromisso com a coisa pública (ROLIM *et al*, 2013, p. 142).

Os mecanismos citados para a participação da comunidade que é uma das diretrizes do SUS são regulamentados pela Lei 8.142/90 que dispõe sobre os conselhos e conferências de saúde. De acordo com Noronha; Lima; Machado (2008, p. 451, 452) essas instâncias abordam três idéias principais:

1) a necessidade de concretização do controle social, que expressa o objetivo de controle da sociedade sobre o poder Público e as políticas de saúde (o ideal da democracia participativa); 2) o esforço de construção de uma gestão participativa, que pressupõe que o processo de formulação e implementação da política de saúde pelos gestores deva ser compartilhada com a sociedade; 3) a necessidade de propiciar um círculo virtuoso entre a sociedade organizada e as instituições públicas na saúde, que rompa com os padrões tradicionais de comportamento político de nossa sociedade (clientelismo, patrimonialismo, personalismo).

Nesse sentido, o modelo institucional apresentado para o SUS é ousado no que tange a busca pela concretização do acordo entre as diferentes instâncias de gestão do sistema, e o fortalecimento do controle social em relação às políticas de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). Os conselhos e as conferências de saúde são instâncias colegiadas, permanentes e deliberativas, constituem-se em importantes espaços institucionais para o exercício do controle social, pois possibilitam o acesso à população participar das decisões, bem como propor ações e programas que busquem resolver problemas de saúde, além de fiscalizar a alocação dos recursos financeiros e avaliar os serviços ofertados (AGUIAR, 2011).

Discorrendo sobre a gestão democrática dos negócios públicos Bidarra foca na atuação dos conselhos gestores e na participação popular afirmando que:

A intenção é que mediante essa participação, os conselhos gestores podem pôr freios às ações que pretendem desrespeitar os direitos sociais, em virtude da frágil



condição de reconhecimento político e jurídico desses direitos para os segmentos expressivos da sociedade (BIDARRA, 2006, p.43).

No que se refere à composição dos conselhos de saúde, estes são constituídos de forma paritária entre seus membros, sendo que cinquenta por cento dos conselheiros devem ser usuários do SUS e os outros cinquenta por cento são de representantes dos prestadores de serviço, trabalhadores da saúde e dos gestores (AGUIAR, 2011). Nesse sentido, “a paridade no caso da saúde significa, na verdade, uma super-representação do segmento dos usuários” (TATAGIBA, 2002, p. 52).

Dessa forma, os conselhos gestores são espaços instituídos que inovam por incluir setores historicamente excluídos do processo de produção das políticas públicas. Contudo, não garantem que a sociedade participe de forma efetiva nesses espaços realizando assim seus interesses, pois existem as desigualdades sociais e relações de poder que interferem nas tomadas de decisões, sendo um desafio construir mecanismos que venham a superar as desigualdades sociais nos processos deliberativos (TATAGIBA, 2002).

Diante disso, apesar de avanços significativos ainda são grandes os desafios para o funcionamento dos conselhos de saúde, pois as práticas autoritárias e clientelistas ainda são marcantes na gestão das políticas públicas brasileiras, onde se inclui o SUS, o que compromete na legitimação da política (AGUIAR, 2011). A exemplo disso cita-se a concepção de Sousa (2007, p.61) sobre sua pesquisa realizada com ex conselheiros, o autor afirma: “o discurso dos participantes nos deixa deduzir que certos conselheiros (de forma personalizada) ou em nome das entidades que representam aceitam apoiar posições da gestão em troca de privilégios ou vantagens”.

Vale ressaltar, também, sobre a necessidade da qualificação e capacitação dos conselheiros, fator essencial para sua atuação representativa. Pois de acordo com as considerações de Tatagiba (2002, p.69) uma que tem grande relevância é: o reconhecimento unânime da falta de capacidade dos conselheiros, tanto governamentais quanto não governamentais, para uma intervenção mais ativa no diálogo deliberativo no



interior dos conselhos. Esse reconhecimento caminha junto com a defesa de programas de capacitação e com o debate sobre o conteúdo desses programas.

Contudo, há no Brasil milhares de conselhos instituídos e atuantes nas três esferas do governo, estes reúnem-se a cada mês, e têm atuações diferenciadas com grandes desafios postos para consolidarem-se como mecanismo efetivo do controle social e como gestão participativa (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). Nesse sentido, a recusa muitas vezes do Estado em partilhar o poder de decisão é forte desafio posto na relação entre Estado e sociedade, ou seja, em espaços como os conselhos, pois há grande resistência dos governantes em relação às novas formas de acompanhamento, fiscalização e controle diante da formulação e implementação das políticas públicas (TATAGIBA, 2002).

Apesar dos desafios enfrentados pelos mecanismos como conselhos e conferências, a participação e o controle social do SUS é para o Ministério da saúde a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas participará do processo de formulação das políticas públicas de saúde, do controle e de sua execução, em diversos níveis, desde o local até o federal. Essa participação pressupõe a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e dos serviços, estimulando a comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema (AGUIAR, 2011, p. 54).

Diante disso, ressalta-se a relevância das instituições públicas de saúde em publicizar informações e conhecimentos essenciais para que a comunidade acessando a tais informações posicionam-se diante das questões referentes à gestão da política de saúde (AGUIAR, 2011).

Existem também, entraves macroeconômicos e políticos que dificultam a efetividade do controle social referente às políticas públicas, isso se explica pelas predeterminações definidas e voltadas ao orçamento, particularmente no que se refere aos gestores sociais, como resultado de negociações financeiras direcionadas ao refinanciamento da dívida externa e contratação de empréstimos novos (ROLIM *et al*, 2013). Nesse sentido, ressalta-se o baixo investimento na política da saúde, pois esta faz



parte do tripé da seguridade social, o qual recursos que deveriam ser alocados nesta política são direcionados ao pagamento da dívida externa (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Apesar das dificuldades para o controle social a política da saúde ainda se destaca dentre outras políticas setoriais brasileiras por sua marcante politização, bem como pelas forças de grupos com interesses envolvidos (COHN *et al*, 2006). No entanto, “a gestão participativa pretende administrar recursos e transformar vida. Seu maior desafio é produzir resultados esperados pelos cidadãos, mas ao mesmo tempo mantê-los mobilizados e ajudá-los a crescer como cidadão” (NOGUEIRA, 2004, p. 164). Nesse contexto, fica claro a relevância da politização cidadã que através dos mecanismos de participação interfira na gestão da política da saúde e contribua na busca da efetividade desta como política pública.

Conclusão

A participação social foi relevante para a criação do SUS, pois esta política foi conquistada através das manifestações e mobilizações de grupos sociais organizados, tornando a saúde como um direito de todos e dever do Estado. A participação social é, portanto, exercício de cidadania e viabilização de direitos, pois é a partir desta, que a sociedade influencia nas decisões estatais e na criação, formulação e fiscalização da política de saúde.

No entanto, percebe-se que a participação ainda é fragilizada pelo pouco grau de politização e conhecimento dos atores sociais, fator relevante para que este influencie na gestão da política, isso é resultado do caráter social existente que é individualista e privatista, bem como pelas relações de poder existentes na sociedade. Ressalta-se que a participação comunitária foi instituída legalmente na Constituição Federal de 1988 e afirmada na Lei 8.142/90 que estabelece mecanismos de participação como conselhos e conferências de saúde. Contudo, essa afirmação legal não é fator determinante da concretização desta participação na prática.



A participação é, portanto, indispensável para o controle social, viabilizado pelo SUS nas três esferas do governo (Federal, Estadual e Municipal). O SUS é uma política com intensa abertura ao controle social, pois estabelece que cinquenta por cento de seus conselheiros sejam de usuários, tornando-se uma política ousada no que tange à participação social, sendo inovador por incluir setores historicamente excluídos do processo de formulação e implementação da política de saúde.

O controle social tem o sentido de vigilância e responsabilização, bem como efetividade e compromisso com o que é público. Porém, ainda há grandes desafios para a efetivação deste na política da saúde, pois há ainda em nosso país ranços autoritários e clientelistas que marcam a gestão das políticas públicas, dentre outras dificuldades tais como a falta de informação e fragilidade dos conselhos. Contudo, apesar das dificuldades, a participação e o controle social têm possibilitado a inovação da política de saúde brasileira.

Referências

AGUIAR, Zenaide Neto. O Sistema Único de Saúde e as Leis Orgânicas da Saúde. In: AGUIAR, Zenaide Neto. (org.). **SUS: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo, Martinari, 2011. Cap. 2. p. 41-68.

_____. A descentralização do SUS: o financiamento e as normas operacionais básicas de saúde. In: AGUIAR, Zenaide Neto. (org.). **SUS: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo, Martinari, 2011. Cap. 3. p. 71-94.

BERING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2008. Cap. 5. p.147-190.

BIDARRA, Zelimar Soares. Conselhos gestores de políticas públicas: uma reflexão sobre os desafios para a construção dos espaços públicos. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 88, Cortez: São Paulo, 2006.



BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal. Brasília: 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. *In*: MOTA, Ana Elizabete et al (org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2008. Cap. 5, p. 88-110.

COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro R.; KARSH, Ursula S. **A saúde como direito e como serviço**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, Marcos Aurélio. **Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática**. São Paulo: Cortez, 2004.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiane Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. *In*: GIOVANELLA, L. et al (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Cap. 12 p. 435-472.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. *In*: BOSCHETTI, Ivanete (org.). **Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

RAICHELIS, Raquel; WANDERLEY, Luis Eduardo. Desafios de uma gestão pública democrática na integração regional. *In*: **Revista serviço Social e Sociedade**, nº78, São Paulo: Cortez, 2004.

ROLIM, Leonardo B.; CRUZ, Raquel. S. B. L. C; SAMPAIO, Karla J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *In*: **Revista Saúde em Debate**, n 96, v.37. Rio de Janeiro, 2013, p. 139-147. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf> > Acesso em: 08 jan. 2016.

SOUSA, Paulo Henrique de. O exercício da participação popular através do Conselho Nacional de Saúde nos anos 90. *In*: DAGNINO, Evelina; PINTO, Regina Pahim. (org.). **Mobilização, participação e direitos**. São Paulo: Contexto, 2007. p. 47-67.



TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. Cap. 1. p. 47-103.

TEIXEIRA, Elenaldo. **O local e o global: limites e desafios da participação cidadã**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2002.



O CUIDADO DIRECIONADO A PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL: um desafio enfrentado pelas famílias e o Estado.

DIRECTED CARE MENTAL DISORDER THE PERSON WITH: a challenge faced by families and the state.

Lígia Michelle Silva Mendes

Possui graduação em Licenciatura Plena em História pela Universidade Estadual do Piauí (2013). Graduada Bacharelado em Serviço Social Faculdade Santo Agostinho. Especialização em Docência do Ensino Superior (em andamento) - CESVALE. Linhas de pesquisas: Ruralidades, Socioambientalismo, Cultura e Identidade.

Sofia Laurentino Barbosa Pereira

Mestre em Políticas Públicas (UFPI), Especialista em Gestão Social: Políticas Públicas, Saúde e Assistência Social e bacharel em Serviço Social (UFPI). Atualmente compõe o quadro provisório de professores do departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí, além de atuar como docente na Faculdade Santo Agostinho (FSA) desde 2014.

Resumo

O presente trabalho teve como objetivo analisar de que maneira as famílias e o Estado podem atuar no processo de assistência para com a pessoa que sofre de transtorno mental, além de descrever todo o processo histórico-político dos movimentos da Reforma Sanitária e principalmente do movimento da Reforma Psiquiátrica, que contribuiu de forma significativa na luta antimanicomial. Buscou-se entender por meio de ferramentas da dialética e abordagem qualitativa, como ocorre a relação entre as famílias, a Pessoa com Transtorno Mental- PCTM e os serviços oferecidos na saúde mental. Nesse sentido, procuramos destacar ao longo desse estudo, as limitações e desafios enfrentados pelos profissionais e usuários dos serviços de saúde mental, na tentativa de responder as seguintes problemáticas: Como as famílias e o Estado estão se relacionando diante das mudanças ocorridas após a Reforma Psiquiátrica?

Palavras-chave

Reforma psiquiátrica. Famílias. Estado. Saúde Mental

Abstract

This study aimed to analyze how families and the state can act in the care process to the person suffering from mental disorder, and describe all the historical and political process of the Health Reform movements and especially the movement of Psychiatric Reform, which contributed significantly in the anti-asylum fight. He sought to understand through the dialectical tools and qualitative approach, as is the relationship between the families, the person with mental-disorder PCTM and services offered on mental health. In that sense, we seek to highlight throughout this study, the limitations and challenges faced by practitioners and users of mental health services in an attempt to answer the following issues: How families and the state are relating on the changes occurred after the Psychiatric Reform?

Keywords

Psychiatric reform. Families. State. Mental Health



Introdução

Por meio das transformações ocorridas no século XX e início do século XXI, ficam evidente as mudanças ocorridas antes e depois da Reforma Psiquiátrica nos mecanismos da política de saúde mental, que teve como ponto central as transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno da loucura, principalmente no que diz respeito às questões de políticas públicas voltadas para esse segmento da sociedade.

Nesse contexto, torna-se necessário compreender os aspectos relacionados à implementação da Política Nacional de Saúde Mental, que através da lei 10.216 de 06 de abril de 2001, que vem instituir o acesso a universalização dos serviços abertos e comunitários a pessoa com transtorno mental. Assim, este estudo buscou analisar de que maneira as famílias e o Estado podem atuar no processo de assistência e cuidado da pessoa com transtorno mental (PCTM) na Política de Saúde Mental no Brasil na atualidade, de forma a efetivar sua autonomia, cidadania e reinserção social.

O caminho metodológico do trabalho seguiu uma abordagem qualitativa, visto que a mesma interessa a análise e apresenta especificidade. Quanto ao método, será dialético, pois o mesmo poderá levar o pesquisador a trabalhar sempre considerando a contradição e o conflito; o devir; o movimento histórico; a totalidade e a unidade de contrários, além de apreender as dimensões filosóficas, material/concreta e política que envolve seu objeto de estudo. Além da abordagem bibliográfica, para uma melhor fundamentação teórica-metodológica utilizou-se de autores que produzem no campo da saúde mental: Amarante (1996), Bravo (2009), Rosa (2009).

DOS MODELOS HOSPITALARES A SERVIÇOS ABERTOS E COMUNITÁRIOS: contexto sócio- histórico da saúde mental no Brasil

Ao longo dos séculos, o significado de transtorno mental parece ter sido tratado de forma diferenciada nas diversas sociedades. Na Roma antiga, por exemplo, considerava-se a loucura como castigo dos deuses; na Idade Moderna foi tratada como



perca da razão, e na Idade Contemporânea passou de anormal para patológico e, assim, começaram debates acerca dessa temática (BISNETO, 2009).

Para Foucault (1978), o que se utilizava para determinar a loucura humana era a percepção social, ou seja, a interpretações dos comportamentos, deixando de lado o saber científico. As primeiras ações que foram direcionadas ao louco naquele momento, foram as internações, que eram realizadas como forma de proteger a sociedade de supostas agressões, ou seja, o internamento, possibilitou a sociedade naquele momento um controle destes loucos através de biopoderes, que é justamente esse controle absoluto do Estado sobre a sociedade, fazendo desse modo que ocorra um ajustamento desta, com disciplinas que garantam o controle social do louco.

O emprego da palavra loucura foi usado durante muito tempo sem uma análise mais profunda por parte dos estudiosos e isto acarretou estereótipos em pessoas ociosas, ou que não se enquadravam nas regras sociais. A ação de internação e/ou exclusão não nasceu com a loucura e, sim, decorrente da multiplicação de doenças, como por exemplo a lepra, que se propagavam muito rápido, tendo estes, que serem internados e abandonados em hospitais (FOUCAULT, 1978)

O acúmulo de loucos no Hospital Geral na França, país este que vivenciava uma revolução, possibilitou o nascimento da psiquiatria, que passou a conhecer e a tratar aqueles que chamavam-se de loucos, não mais como coisa anormal, e sim patológica, pontuando que com o passar dos anos, os tratamentos feitos pelos Hospitais Gerais, passariam a serem realizados em uma nova instituição denominada como hospícios, que davam aos psiquiatras o poder técnico de decisão exclusiva sobre a vida daquele que a sociedade julga incapaz e perigoso, negando assim durante anos a convivência familiar (AMARANTE, 1996).

Em se tratando de Brasil, Resende (1994) afirma que os loucos eram percebidos pelos seus grotescos e desajustados passos, seu comportamento inconveniente e pela violência com que, às vezes reagiam as grotescas provocações daqueles que passavam. A questão da loucura no Brasil tem como marco institucional da assistência psiquiátrica



brasileira, a inauguração de um hospício no Rio de Janeiro, em 1852, por Dom Pedro II, na qual tinha a capacidade para 350 pacientes e destinava-se a receber pessoas de todo império. Nos anos seguintes, seguiram-se as construções de mais hospícios em São Paulo, Pernambuco, Bahia e Pará, e aos poucos em todo o país (RESENDE, 1994).

Rosa (2008) enfatiza que a criação dos hospícios está diretamente ligada com a forma de como a questão social era vista em seus primórdios - como caso de polícia. Este era um assunto proibido de discussão, subversivo e, por conseguinte tratado como desordem, devendo ocorrer uma exclusão social de todos aqueles que se opusesse a ordem, sendo a pessoa reprimida ou exilada durante vários anos. Com o passar do tempo, percebeu-se que essa maneira de tratar a PCTM, através dos manicômios e do isolamento não condizia mais com os avanços da sociedade contemporânea.

No Brasil, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) que de acordo com Bravo (2009), foi fruto das lutas e mobilizações de profissionais de saúde, e tinha como principal ponto a responsabilização do Estado pela sociedade e democratização da saúde, além da modificação no sistema de saúde que mais tarde com a Constituição Federal de 1988, tornara-se um grande arranjo universalista de direito conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS) e o Movimento da Reforma Psiquiátrica (MRP) que buscava uma nova forma de conduzir a saúde no país, mas se particularizava por lutar pelos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Assim, as reivindicações ganharam espaço no legislativo e demais órgãos federais, tendo com marco, à Portaria lançada pelo Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial do dia 29 de janeiro de 1992, determinando mudanças na assistência psiquiátrica brasileira, tendo inspiração nos modelos italianos (basagliana), e determinava a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituindo como um serviço aberto e comunitário, mantendo posteriormente uma relação direta com a Rede de Atenção Psicossocial (visa possibilitar a intersetorialidade e integralidade), e a criação dos Núcleo de Atenção Psicossocial (NASP) (LEME, 2013).



No dia 06 de abril de 2001 foi sancionada a Política Nacional de Saúde Mental, com a lei 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Além da lei 10.216 de 2001, várias outras legislações dariam suporte a busca pela efetivação da Reforma Psiquiátrica, como a Portaria nº 52 de 2004 que Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, e traz consigo uma determinação de reduzir os leitos dos Hospitais Psiquiátricos. Além dessas, criou-se a Portaria nº 1.455/GM de 2003 que define incentivos financeiros na construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A família como cuidadora da pessoa com transtorno mental (PCTM)

A família brasileira já passou por diversas transformações no seu processo de formação sócio econômica, político e cultural, que merecem ganhar destaque neste trabalho, até porque essas mudanças trouxeram uma nova forma de olhar, e novos mecanismos foram surgindo com intuito de melhor compreendê-la. Com isso, atualmente, não existe um conceito uniforme de padrão familiar. Assim, os novos significados de família favorecem um maior direcionamento das políticas sociais voltadas para as mesmas, desse modo as relações entre a PCTM, família e a comunidade têm ganhando novos rumos.

Nas famílias que tem em seu meio pessoa com transtorno mental, revela-se que as mesmas sempre tiveram dificuldades em saber como lidar com essa pessoa, que traz em seus pensamentos um mundo que até a pouco tempo atrás era desconhecido. Atualmente, após várias pesquisas realizadas, sabe-se que a PCTM, pode desenvolver atividades e conviver com a sociedade normalmente, até porque foram criados meios legais e coerentes para tratamento destes, tirando-os dos muros que lhe aprisionavam (ROSA, 2008).



Segundo a mesma autora, aqueles que tinham essa doença, ora viviam recolhidos dentro de suas casas afastados do convívio familiar, ou em manicômios muitas vezes abandonados, sendo alvos de preconceitos por parte de membros da sociedade em geral.

Com o passar dos anos e com todas as mudanças ocorridas no cuidado da PCTM no âmbito político, social e cultural, principalmente após a Reforma Psiquiátrica, o contexto está sendo mudado e conseqüentemente, a cidadania deste alcançada, por meio do trabalho realizado entre os profissionais da área, família e PCTM. Assim,

[...] é importante que os profissionais da área da saúde mental, de modo especial os assistentes sociais em sua intervenção junto à família, atentem para esta realidade familiar, para que propiciem aquela possibilidade de superar as dificuldades vividas no convívio com pessoa transtorno mental, dividindo com eles o tempo de cuidar, através da oferta de serviços de atenção psicossocial diário oferecendo-lhes o apoio necessário dos serviços para lidar com o estresse do cuidado e convidando-a a participar da elaboração dos serviços e de sua avaliação. (PEREIRA, 2014. p.254)

Diante disso, percebe-se a necessidade de equipes multidisciplinares que busquem conhecer e entender todo o contexto familiar e suas dificuldades, possibilitando um melhor diagnóstico da PCTM, pois é importante que esse cuidado seja dividido com os profissionais dos serviços para que se evite uma sobrecarga familiar.

Dessa maneira, as famílias estão no centro das políticas de proteção social, ou seja, as famílias e as políticas públicas têm funções interdependentes e essenciais ao desenvolvimento e a proteção dos indivíduos. Carvalho (2000) relata ainda que o direcionamento das políticas sociais as famílias, remete a novas alternativas como a desinstitucionalização dos indivíduos com algum problema, fortalecendo os laços afetivos das famílias, pois busca-se agora é o convívio destes com a família e a comunidade.

Nessa direção, as políticas de saúde e de assistência social vão introduzindo serviços de proximidades voltados à família e à comunidade. Os serviços coletivos implementados pelas políticas sócias estão combinando diversas modalidades de atendimentos ancorados na família e na comunidade. Fala-se hoje menos em internação



hospitalar e mais em internação hospitalar, médico da família, cuidador familiar, agentes comunitários de saúde; e em programa de saúde da família, centros de acolhimento, reabilitação, convivência, etc (CARVALHO, 2000, p. 272).

Assim, “A família inserida no contexto da Reforma Psiquiátrica é responsável por mediar o seu ente familiar que tem transtorno mental com os serviços de saúde, e com os profissionais que prestam atendimento aos mesmos”. (SILVA; ROSA, 2013, p. 04), além de dar o suporte e apoio no convívio social.

Avanços e desafios das famílias e do estado no cuidado a Pessoa Com Transtorno Mental

O surgimento do SUS evidencia-se como um sistema grande, que traz no centro, a articulação das redes que pertence a política de saúde e dessa forma, a saúde mental sendo uma delas. De modo mais geral, além de todo o contexto sócio histórico demonstrado ao longo desse estudo, vale ressaltar que é importante destacar como funciona essa rede de saúde, vista que essas políticas dentro desse sistema não funcionariam de maneira isolada

As pessoas com problemas de saúde mental dentro desse processo apresentam-se na Atenção Básica de Saúde- ABS, de forma diferente daquelas que são tratadas nos ambulatórios de especialidades, CAPS ou hospitais psiquiátricos. E isto faz com que os primeiros sintomas só sejam identificados pela equipe dos profissionais da ABS, após situações extremas de violência e exclusão social, pois são menos comuns, porém mais impactantes (GONÇALVES, 2013).

Para complementar a rede de saúde mental, são utilizados instrumentos do matriciamento como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo este um recurso de clínica ampliada e da humanização em saúde. Apesar de atenção estar voltada para o indivíduo singular, faz-se necessário uma observação mais profunda que exija um foco abrangente que incluiu o seu entorno familiar e territorial.

A equipe interdisciplinar, trabalha de forma articulada, e desprovida de pré-



juízos, reforçando o cuidado, com atitudes positivas. “Além disso, em toda discussão devemos buscar uma formulação diagnóstica, lembrando que na saúde mental os diagnósticos são frequentemente temporários e que, mais importante do que acertar o código diagnóstico, é compreender a situação em suas várias facetas” (BRASIL, 2011,osp.22).

Dessa forma, vários são os profissionais que trabalham com o apoio matricial direcionada a saúde mental na atenção primária, como psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, enfermeiros de saúde mental (BRASIL, 2011).

Assim, nota-se a importância da articulação da rede de saúde, na tentativa de uma política que seja capaz de alcançar a todos os espaços, demandas e problemáticas, fazendo com que haja uma integração dos serviços e propiciando uma qualidade na vida daqueles que sofrem com os males da saúde.

A relação que se tem entre a família e a rede de saúde mental têm que ser bem orientada e pautada sempre na colaboração mútua entre os envolvidos, pois esta parceria é fundamental nos serviços psiquiátricos, sendo, portanto, sujeitos políticos e ativos nas políticas públicas. A família é a principal cuidadora da pessoa com transtorno mental, mas também precisa de cuidados e atenção, principalmente pela sobrecarga que carrega. Portanto, a família sai da condição de apenas cuidadora da pessoa com transtorno mental, e passa a ser sujeito ativo dessa relação (SILVA; ROSA,2013).

Os serviços devem ser agentes parceiros das famílias, dividindo assim a responsabilização entre o Estado, na forma de serviços, e da família.

Durante o período em que a pessoa com transtorno mental permanece no CAPS, os familiares podem realizar as demais atividades que se tornam inviabilizadas quando o seu ente está presente em sua casa, por que, na maioria das vezes, o familiar com transtorno grave exige muita atenção, sujeição 24 horas; e dificulta a rotina de manutenção do lar. Além do mais, o familiar sente-se tranquilo em dividir o cuidado com a instituição, já que confiam na responsabilidade dos profissionais com as PCTM (SILVA:



ROSA, 2013, p. 11)

Melman (2006) enfatiza as famílias se tornam peças fundamentais nos trabalhos realizados entre o Estado, a sociedade civil e as famílias, e que estas relações de convívio com várias outras famílias nos serviços propicia um fortalecimento das ações e do cuidado com a PCTM.

Rosa (2009) elenca algumas limitações no trabalho com as famílias que merecem destaque. A primeira delas decorre da modificação do padrão familiar, que antes era aquele nuclear e extenso, mas, atualmente no seio familiar ocorreu uma diminuição no tamanho da família, assim como algumas mudanças demográficas e isto acarreta na dificuldade cada vez menor de pessoas que estejam disponíveis para o cuidado com a PCTM.

Segundo Rosa (2009), torna-se necessário um olhar mais aprofundado e diferenciado para cada família que é atendida pelos serviços da saúde mental, pois pela dinamicidade da sociedade é que as famílias também trazem carregadas de suas singularidades e demandas específicas a essa subjetividade.

Conclusão

Diante de tais avanços mencionados neste estudo, percebe-se que o movimento da Reforma Psiquiátrica foi de suma importância para a implementação da Política Nacional de Saúde Mental, sustentada pela Lei 10.216/2002 e por várias outras legislações, e com ela, a pessoa com transtorno mental poderia se libertar da escuridão, fato esse que o assombrou durante séculos.

Isto traz a toma, valores trazidos com a cidadania e democracia, que se tornam fatores importantes na construção de um país cada vez mais justo e igualitário, extinto de qualquer forma de preconceito.

A luta dos movimentos sociais pela desinstitucionalização da PCTM, dá, a cada legislação aprovada um grande salto, perante a uma sociedade que antes preferia não



enxergar este tipo de problema. É necessário que a busca pela emancipação destes sujeitos ocultos e marginalizados não se perca diante as dificuldades encontradas nessa sociedade regida pelo acúmulo do capital e altamente burocrática

Avalia-se que os serviços abertos e comunitários de saúde mental como CAPS, NASF, residências terapêuticas, e os demais serviços da rede, aumentaram consideravelmente no país ao longo dos anos, propiciando uma abrangência cada vez maior, além do alargamento dos direitos da PCTM. Porém, torna-se necessário mencionar a redução dos investimentos direcionados a estes tipos de serviços, ou seja, reduziram-se os leitos dos Hospitais psiquiátricos. Contudo, o montante antes direcionados a esses serviços não foram redistribuídos para os demais serviços abertos e comunitários.

Nota-se também que houve um alargamento no campo da proteção social no país, principalmente direcionadas as famílias, mas vale ressaltar o cuidado que se deve ter com o direcionamento dessas políticas, observando sempre a subjetividade e particularidade que cada um levará aos serviços, ocasionando assim a expansão da responsabilidade pública no enfrentando de problemas antes deixado de lado, ou esquecidos.

Assim, os serviços abertos e comunitários, propiciam as famílias e a PCTM, vivências de mundo parecidos, visto que são realizadas ações que visam a reunião e união dessas famílias.

Com isso, chegamos a uma conclusão que as famílias devem serem colocadas como ponto central da maioria das políticas sociais, tornando-se protagonistas da situação, saindo da situação de meros objetos, para sujeitos-atores políticos.

É preciso que as famílias, assim como as PCTM passem a participar ativamente na elaboração de programas e políticas sociais, juntamente com todos os profissionais da área da saúde mental, utilizando-se destes na garantia dos direitos alcançados.

Percebe-se através deste estudo, que o Estado, em forma de serviços, deve capacitar seus profissionais para que eles possam realizar de maneira satisfatória os atendimentos nas mais diversas formas de famílias, além de inúmeras demandas que as



mesmas deverão levar.

Referências

AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental**. Uma Análise Institucional da Prática – 2 ed. São Paulo. Cortez. 2009.

BRASIL, Lei nº 10.216, Política Nacional de Saúde Mental. Ministério da Saúde Brasília: Congresso Nacional, 2001.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. TEIXEIRA, Marlene (org) et al. In: **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4.ed. Brasília: Cortez, 2009.

CARVALHO, M. C. B. Família e políticas públicas. In: ACOSTA, A. R; VITALE, M. A. F. **Família redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2000.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura da Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GONÇALVES, Daniel Almeida. Saúde mental na Atenção Básica: o matriciamento. In: MATEUS, Mário Dinis (org.) **Políticas de saúde mental**: baseado no curso *Políticas públicas de saúde mental*, do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

LEME, Carla Paes. **O Assistente Social na saúde mental**, um trabalho diferenciado, uma prática indispensável. In: BISNETO, J. A & NICÁCIO, E, M. **A Prática do Assistente Social na saúde mental**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e seus familiares. São Paulo: Escrituras, 2006.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa. **O processo de trabalho do Assistente Social na Saúde Mental**: um estudo no CAPS do município de Teresina- Piauí. 2015. 248f. Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. Universidade Federal do Piauí.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Costa, Nilson. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1990.

ROSA, Lúcia. Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo:



Cortez. 2008.

_____. A família usuária e sujeito político na Reforma Psiquiátrica. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Abordagens psicossociais, volume III: perspectivas para o Serviço Social**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009.

SILVA, Ellayne Karoline Bezerra da. ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. Avaliação de políticas públicas: estudo dos serviços do CAPS II Leste Teresina/PI na visão dos familiares cuidadores das pessoas com transtornos mentais. In: **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte, UFMG, 2013.



O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA E A SILENCIOSA PRIVATIZAÇÃO VIA EBSERH: o enforcamento do SUS constitucional

THE UNIVERSITY OF BRASÍLIA HOSPITAL AND SILENT PRIVATISATION VIA EBSERH: the hanging of the constitutional SUS

Jozieli Maria Sousa Barros

Graduanda em Serviço Social pela Universidade de Brasília (UNB), estagiária na Clínica Médica do Hospital Universitário de Brasília (HUB/UnB) e membro do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Trabalho, Sociabilidade e Serviço Social. Possui experiência na área de Direitos Humanos, Bioética, Política Social e Trabalho.

Resumo

Este trabalho tem como objetivo apresentar o panorama atual que se encontra o Hospital Universitário de Brasília e o movimento de avanço do ideário neoliberal no caminho para a privatização da saúde através dos novos modelos de gestão. Entre eles, a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares no qual o governo federal tem apostado e ampliado forças para que os hospitais-escolas passem a ser administrados e geridos por meio desta empresa pública de direito privado. No primeiro momento, discute-se sobre a política de saúde e os hospitais universitários brasileiros, para em seguida abordar alguns aspectos específicos do HUB e da EBSERH.

Palavras-chave

Hospital Universitário de Brasília. EBSERH. Política de Saúde.

Abstract

This work aims to present the current situation which is the University Hospital of Brasilia and the neoliberal ideas forward movement on the way to the privatization of health through new management models. Among them, the creation of the Brazilian Hospital Services in which the federal government has invested and expanded powers for hospitals, schools will be administered and managed through this public company under private law. At first, we discuss about health policy and Brazilian university hospitals, to then address some specific aspects of HUB and EBSERH.

Keywords

Brasilia University Hospital. EBSERH. Health Policy.



Introdução

Os hospitais universitários (HU's) têm como finalidade atrelar o ensino, a pesquisa e a extensão com o atendimento assistencial à população usuária. Conforme dados oficiais do Ministério da Educação e Cultura (MEC) existem no Brasil 46 hospitais universitários ligados a 36 universidades federais, 33 deles já passaram pelo Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários – REHUF, e aderiram à administração da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, distribuídos nas 5 macrorregiões brasileiras, Região Norte: 2; Região Centro-Oeste: 5; Região Nordeste 11; Região Sul: 06; Região Sudeste: 9. Dentre eles, na região centro-oeste, se encontra o Hospital Universitário de Brasília ligado à Universidade de Brasília e administrado pela empresa desde a assinatura do contrato em 13 de janeiro de 2013.

O Hospital Universitário de Brasília é responsável por serviços de média e alta complexidade no Distrito Federal e regiões de abrangência. Os trabalhadores no hospital são divididos por setores e em cada um há uma equipe multiprofissional para dialogar e intervir na melhora do estado de saúde do paciente segundo os fatores biopsicossociais do processo saúde-doença e as demandas epidemiológicas atendidas. Por ser um hospital de formação de profissionais da saúde em níveis de graduação e pós-graduação exerce um papel político importante na comunidade em que se encontra, e também é referência em pesquisas biomédicas que buscam a melhoria da qualidade de vida da população.

O trabalho toma como base metodológica a vivência de estágio no Hospital Universitário de Brasília no ano de 2015. No decorrer do processo de aprendizagem no hospital-escola buscou-se leituras, pesquisas relacionadas, opiniões de professores, pesquisadores, trabalhadores e usuários a respeito dos serviços ofertados pela EBSEH e como ela rompia com o modelo proposto para o SUS nas lutas pela reforma sanitária. Teve-se a necessidade de englobar todas as informações obtidas em relatórios elaborados mensalmente e discutidos com as supervisoras acadêmica e de campo.



Seguridade Social: política de saúde

O sistema de proteção social brasileiro contemplado na Constituição Federal de 1998, é conceituado e caracterizado por seguridade social que aponta em seu Art. 194, como: “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Behring e Boschetti (2009) afirmam que este período é marcado por uma reforma democrática do Estado no país e da política social obtidas por meio do ascenso das lutas democráticas e dos movimentos sociais em uma conjuntura favorável.

Nesse contexto, a sociedade civil e os movimentos sociais de esquerda conseguiram inserir na Carta Magna um modelo de saúde que apreendesse os fatores biopsicossociais do processo saúde-doença, e no art. 196, saúde ganhou a seguinte conotação: “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Logo após esta concepção foi reafirmada pela Lei Orgânica da saúde (Lei 8.080, de 11 de setembro de 1990 e complementado pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990) implantando o Sistema Único de Saúde – SUS.

No entanto, antes mesmo da efetivação do SUS surgiu o contracenso, a contrarreforma neoliberal do Estado. Behring e Boschetti (2009, p. 148) salienta que: “Tratou-se de reformas orientadas para o mercado, em um contexto em que os problemas no âmbito do Estado brasileiro eram apontados como causas centrais da profunda crise econômica e social vivida pelo país desde os anos 1980”.

A reforma do Estado conduzida por Bresser Pereira responsável pelo Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE) e orientador do principal documento para a “modernização do Estado”, o Plano Diretor da Reforma do Estado foi o exemplo mais palpável no período. Dentro dessa lógica, acontece no Brasil uma adaptação à lógica capitalista e o desmonte das conquistas constitucionais de 1988. Na saúde percebe-se um



avanço dos processos de privatização que aprofundou as desigualdades em saúde no território nacional.

Hospitais Universitários no Brasil

No Brasil os Hospitais Universitários são ligados ao Ministério da Educação e Cultura pela universidade a qual pertence e ao Ministério da Saúde por meio do SUS, as duas políticas são as responsáveis pelo financiamento regular dos HU's. Médici (2001) afirma que segundo a concepção tradicional, um hospital universitário pode ser caracterizado, como: (a) um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde (de uma faculdade de medicina, por exemplo); (b) prover treinamento universitário na área de saúde; (c) ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes; (d) propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população.

O MEC na sua página oficial sobre os hospitais universitários caracteriza-os como centros de pesquisa, ensino, extensão e atendimento à população usuária ligado ao Sistema Único de Saúde. Os hospitais universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área da saúde, e efetiva a prestação de serviços à população, possibilitando o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias. Isso garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do SUS. Além disso, os programas de educação continuada oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde.

No Brasil, os HU são agentes nucleares de duas políticas de Estado - educação e saúde. Em consequência, é no âmbito dos HU que se manifestam os tensionamentos inerentes à complexidade de articulação de tais políticas. Assim, os HU têm sido incitados a oferecer respostas a problemas que muitas vezes transcendem sua capacidade e vocação (MACHADO; KUCHENBECKER; 2006, p.872).



A definição acima denota a complexidade de atrelar ensino, pesquisa e extensão, concomitante, ao atendimento assistencial à saúde, e desenvolver elevados padrões em um sistema de saúde que agrega demandas epidemiológicas múltiplas e crescentes, além dos problemas da estrutura ideológica da saúde no país que privilegia o mercado ante aos direitos sociais e de cidadania.

2.1 Hospital Universitário de Brasília – HUB/EBSERH¹

O Hospital Universitário de Brasília foi inaugurado em 1972 durante o regime militar com o nome de Hospital do Distrito Federal Presidente Médici dedicado aos cuidados exclusivos de funcionários civis da união através do seguro social. Em 1979 por meio de um contrato firmado entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e a Universidade de Brasília, a instituição passa a administrar provisoriamente o hospital.

No entanto, somente em 1990 após manifestações de professores e estudantes é que o INAMPS concede a cessão definitiva do hospital à universidade, passando a levar o nome atual. Desde esta desvinculação, o HUB sofre com problema de gestão de pessoas, com a perda progressiva do quadro de funcionários do antigo órgão que estava vinculada, e também a falta de reposição dos postos de trabalho por aposentadorias ou por abandono relacionado aos baixos salários, vivenciando um financiamento oscilante que dependia das relações estabelecidas frequentemente de maneira informal com o gestor local do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em meados de 2008, foi aprovado pelo Conselho Superior Universitário (CONSUNI), o regimento do hospital que, após dois anos de debates internos, consagrou

¹ Após discussões com profissionais do hospital e leituras de documentos, chegou-se à conclusão que o correto a ser adotado é Hospital Universitário de Brasília/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HUB/EBSERH). O contrato realizado entre a universidade e a empresa permite que ela seja a responsável pela administração geral dos serviços prestados pelo hospital, contratação de pessoal, compras de insumos e máquinas, etc.



a inserção da instituição no Sistema Único de Saúde como uma das suas características essenciais, inaugurando as atividades de mais dois conselhos, o Conselho Deliberativo (CDE) e o Conselho Comunitário e Social (CCS), primeira tentativa de legitimar a participação da comunidade com possibilidade de ações de controle social.

Cabe ressaltar que em 2008 a história da instituição ficou marcada pela decisão do Conselho Deliberativo de destinar 100% da capacidade instalada de internação e de produção de serviços para o SUS, abandonando uma tentativa falida de funcionamento de um serviço de atendimento a particulares usuários de convênios e planos de saúde que foi deletério para a instituição ao permitir a prática de "duas portas" de acesso ao hospital.

Em 2013, houve um marco significativo que mudou os rumos do hospital, ou seja, a celebração do contrato do HUB com a EBSEH, assinado pelo reitor Ivan Camargo de Toledo e o chefe-geral do hospital Hervaldo Sampaio Carvalho, em por meio de um Plano de Reestruturação estabelece metas e ações estratégicas para implementar elevados padrões de qualidade nas atividades de ensino, serviço e pesquisa e para tanto, está envolvido no processo de Acreditação de Qualidade pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), no qual se espera alcançar os objetivos propostos.

Missão, Visão e Valores da instituição foram modificadas após a administração da EBSEH e constam no sítio oficial da empresa, não tendo sido encontrado a versão anterior. Missão: Cuidar de pessoas e desenvolver ensino e pesquisa em harmonia com o Sistema Único de Saúde. Visão: Ser um hospital de excelência, acreditado para cuidados de média e alta complexidade, ensino e pesquisa em um contexto humanizado e interdisciplinar. Valores: Ética; Transparência; Compromisso Social; Solidariedade; Responsabilidade Ambiental; Compromisso com a excelência.

O HUB ocupa uma área de 52.548,90m², com 36.979,96m² de área construída (até 2012). No organograma atual ele é dividido em: Estrutura de Governança; Gerência de Atenção à Saúde – Divisão de Gestão do Cuidado, Divisão de apoio Diagnóstico e Terapêutico, Divisão Médica e Divisão de Enfermagem; Gerência de Ensino e Pesquisa -



Unidade de Telessaúde, Unidade de Graduação e Cursos Técnicos, Unidade de Pós-Graduação; Gerência Administrativa – Divisão Administrativa Financeira, Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar, Divisão de Gestão de Pessoas;

A Gerência de Gestão do cuidado é dividida, posteriormente em Setores (5) e dentro deles estão as 31 unidades ativas e as 5 unidades inativas. No total, atualmente o hospital conta com 299 leitos com a expectativa da criação de mais 60 leitos após o término das obras em andamento². É um hospital de referência em nível nacional na atenção secundária e terciária, por vezes, disponibilizando também serviços típicos da atenção primária.

Os novos modelos de gestão e a crise dos HU'S

Correia e Ferreira (2014) afirmam que os novos modelos de gestão – Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, as Fundações Estatais de Direito Privado (Projeto de Lei Complementar nº 92/2007), e a EBSERH são um risco para a saúde pública, e integram a estratégia de contrarreforma do Estado, no contexto de enfrentamento de crise do capital, baseado no repasse de fundo público para entidades privadas.

A saúde e a educação pública têm perdido espaço para o mercado privado, diante de um discurso de ineficiência estatal, e se subordinam a ditames mercadológicos, em que a universalidade do direito (garantidos por lei na saúde e na educação) é substituída pela compra e venda de serviços (SONDRÉ ET AL, 2013).

Os HU's apresentam como principais problemas, um quadro de funcionário ineficientes, fechamento de leitos e serviços, contratação de pessoas por meio de contratos temporários (terceirizados, quarteirizados) e a não utilização da capacidade instalada para a alta complexidade que possuem, reduzindo os serviços prestados à comunidade e precarizando as condições de trabalhos dos profissionais. Mas cabe aqui

² Dados estimados do Plano de Reestruturação do HUB feito pela EBSERH.



ressaltar que esses aspectos são a junção de muitos fatores: a ausência de concursos pelo MEC; a não responsabilização do MS pela mão de obra desses hospitais no que tange à assistência; a defasagem dos salários; a pressão das entidades de controle e o não planejamento do governo para manter o equilíbrio no quadro de pessoal (SONDRÉ ET AL, 2013).

A crise dos HU'S é marcada por uma correlação de forças entre dois projetos de saúde, o privatista e o universal. Ao Estado cabe garantir um mínimo para os que cidadãos que não podem pagar e ao mercado os consumidores de planos privados de saúde, o que se percebe é que o SUS universal, integral e equitativo esbarra na contenção de gastos e racionalização da oferta como panorama atual dos serviços de saúde disponibilizados para a população. Inserido, nesse contexto, estão os hospitais universitários federais refletindo o sucateamento de alguns serviços e a isenção da responsabilidade do poder público.

EBSERH e a silenciosa privatização do SUS

Os hospitais universitários no Brasil são caracterizados como prestadores de serviços de média e alta complexidade e polos de pesquisa avançada em saúde. No entanto, um dos perigos que a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares representa é a perda da autonomia universitária ferindo o Art. 207 da Constituição Federal, que afirma: “As universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão”. A lei que criou a EBSERH abre uma brecha no controle da comunidade acadêmica sobre a direção que o hospital deve seguir já que para a assinatura do contrato de gestão entre a universidade e a empresa não é necessário a aprovação do Conselho Universitário, mas somente a decisão do reitor.

Esta empresa foi criada pela Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, como entidade de direito privado com patrimônio próprio e recursos exclusivos da união.



Consolidando assim o projeto privatista na área da saúde e na educação no país, sobretudo como já vem acontecendo no Hospital das Clínicas de Porto Alegre (RS) em que, inconstitucionalmente, se adota um percentual de leitos para usuários de planos privados de saúde. Essa dupla “porta de entrada” nos serviços públicos de saúde demonstra a mercantilização da saúde ao romper com o pilar do acesso universal – princípio base do SUS.

Outro fator que se deve salientar é a precarização do trabalho. Segundo Correia e Ferreira (2014) a principal justificativa apresentada para a criação da EBSEH foi a necessidade de regularização dos trabalhadores terceirizados no HU’s em todo o Brasil em resposta ao acórdão apresentado pelo Tribunal de Contas da União que determinou a realização de concursos públicos via Regime Jurídico Único (RJU) para a substituição desses profissionais. Porém a lei que criou a empresa burla este acórdão ao contrata os servidores por meio da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) para contrato temporário, além de permitir a celebração de contratos temporários de emprego mediante seleção simplificada, no qual se viola o princípio da moralidade na administração pública.

O Hospital Universitário de Brasília passou por algumas modificações após entrada da empresa, a principal delas foi o fechamento do Centro de Pronto Atendimento para adultos (urgência e emergência) desde a greve da instituição em 2015. Ao fechar esta parte do complexo hospitalar que atendia uma parcela considerável da população no Distrito Federal se pode afirmar, ainda sem dados estatísticos, que houve uma sobrecarga em outros hospitais da região. E outra mudança apresentada foi a dificuldade do acesso de atendimento no hospital para a primeira consulta já que a instituição não aceita os encaminhamentos de outros hospitais ligados a Secretaria de Saúde do DF e o paciente deve obrigatoriamente passar pelo clínico geral antes do acompanhamento de um especialista.



Conclusão

A necessidade da efetivação do SUS constitucional no projeto de reforma sanitária e a garantia do ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde esbarra mais uma vez na óptica mercadológica do sistema capitalista de produção e na desresponsabilização do Estado frente aos direitos sociais e às políticas sociais que materializam tais direitos. Dessa forma, os HU's têm sido repassados a EBSEH que comandará de Brasília (sede oficial da empresa) a “solução milagrosa” para responder às demandas epidemiológicas, sociais, econômicas, de recursos humanos das mais diversas regiões brasileiras que não são iguais entre si com um “pacote pronto” e “aplicável” a todas as realidades.

No entanto, o que se pode perceber no HUB após a entrada da empresa é uma perda constante de pessoal que foram aprovados em outros concursos públicos com um regime jurídico melhor e deixaram o cargo que ocupava, ou seja, o principal problema dos HU's que é a subquantitativos de profissionais não foi atenuado após a EBSEH. Na verdade, a empresa é um projeto em um curso disfarçado de modernizador para silenciosamente ir apagando o texto constitucional do art. 196 e do art. 207, deixando-os a mercê do mercado e aprofundando o dito popular de que o público não presta e não funciona.

Referências

BEHRING, E.R; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2009. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 2).

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2014, 113 p.

_____. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares — EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 — Código Penal; e dá outras providências. Poder Executivo,



Brasília, 16 dez. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm> Acesso em: 05 de junho de 2015.

CORREIA, M. V; FERREIRA, R.C. **Contra a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)**. CFESS MANIFESTA. Brasília, 2014.

MACHADO, Sérgio Pinto; Kuchenbecker, Ricardo. Desafios e Perspectivas Futuras dos Hospitais Universitários no Brasil. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, (4):871-877, 2007.

MÉDICI, AC. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Rev. Ass. Med. Brasil**: 2001;47(2):149-156.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (BRASIL). **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hub-unb>> Acesso em: 29/10/2015.

_____. **Hospitais Universitários**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios>> Acesso em 29/10/15.

SONDRÉ ET AL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? In: **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 114, p. 365-380, abr./jun. 2013.



A CONVIVÊNCIA E O FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS FAMILIAR E COMUNITÁRIO NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

TO LIVE TOGETHER AND STRENGTHENING OF TIES IN FAMILY AND COMMUNITY WELFARE POLICY

Karla Rayane Alves da Silva

Bacharela em Serviço Social (UFPI). Mestranda em Políticas Públicas (UFPI)

Resumo

O presente artigo tem como objetivo apresentar algumas reflexões teóricas acerca da convivência e fortalecimento de vínculos familiar e comunitário na Assistência Social, com ênfase no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV, temática de pesquisa em andamento, cujo objetivo é analisar a fundamentação normativa e realização desse serviço socioassistencial. Tal pesquisa, de natureza qualitativa, utiliza como metodologia as pesquisas bibliográfica, documental e de campo, esta última será realizada nas unidades públicas onde o SCFV é ofertado, junto aos profissionais que atuam no referenciamento e execução desse serviço, a partir de 2017. A partir dessas reflexões, considera-se que a perspectiva de centralidade da família é determinante para o direcionamento da política de convivência familiar e comunitária, afetando diretamente sua capacidade de se colocar como uma política de atenção à família, em um contexto em que esta vivencia processos de fragilização que as tornam mais vulneráveis.

Palavras-chave

Assistência Social. Convivência familiar e comunitária. Fortalecimento de vínculos.

Abstract

This article aims to present some theoretical reflections on living and strengthen family and community ties in social assistance, with emphasis on Living Services and Links of Strengthening - SCFV, research themes in progress, aiming to examine the normative foundation and realization of this social assistance service. Such research, qualitative in nature, used as methodology the bibliographical research, documentary and field, the latter will be held in public facilities where the SCFV is offered, together with the professionals working in the referencing and running this service from 2017. The from these considerations, it is considered that the family of the centrality of perspective is crucial to the direction of family and community life policy directly affecting their ability to pose as a family to care policy in a context in which this experiences processes embrittlement which makes them more vulnerable.



Keywords

Social Assistance. Family and community life. Ties strengthening.

Introdução

Este artigo é reflexo de pesquisa em andamento sobre a convivência e o fortalecimento de vínculos familiar e comunitário na política de Assistência Social e, mais especificamente, sobre o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV, cujo objetivo é analisar a fundamentação normativa, bem como a realização desse serviço socioassistencial, com o fim de compreender a direção de convivência familiar e comunitária preconizada, o alcance dos objetivos, as dificuldades, limites e possibilidades e, assim, poder aferir a importância desse serviço enquanto política de atenção à família.

Destaca-se que a convivência e o fortalecimento de vínculos familiar e comunitário passaram a ser amplamente enfatizados na política de Assistência Social, a partir do reconhecimento da centralidade da família nessa política. Na proteção social básica, a ênfase se dá, sobretudo, na convivência como forma de fortalecer os vínculos familiar e comunitário e, assim, prevenir a ocorrência de situações de risco social, desdobrando-se em dois importantes serviços que têm como foco o convívio familiar e comunitário, dentre os quais está o SCFV.

A metodologia da pesquisa – de natureza qualitativa – consiste no emprego das pesquisas bibliográfica (estudo do conhecimento já catalogado), documental (análise dos documentos) e de campo. Nesta última, – realizada nas unidades públicas ofertantes do SCFV – faz-se utilização de entrevista semiestruturada para colher informações junto aos sujeitos da pesquisa, quais sejam profissionais que atuam no referenciamento e execução do SCFV nos municípios piauienses.

Para apresentar algumas reflexões teóricas atinentes a essa pesquisa, este artigo fundamenta-se nas etapas de pesquisa bibliográfica e documental e está estruturado em três momentos. No primeiro momento, discute-se a política de assistência social e a sua



centralidade na família; no segundo, faz-se uma breve explanação sobre a convivência e o fortalecimento de vínculos familiar e comunitário na Assistência Social, destacando o SCFV; no terceiro e último, tecem-se algumas considerações finais acerca da temática da pesquisa.

2 A Política de Assistência Social e a Centralidade na Família

A política de Assistência Social possui uma longa trajetória histórica no sistema de proteção social brasileiro, ao longo da qual tem passado por significativas mudanças, a exemplo das que foram introduzidas pela Constituição Federal de 1988. Com efeito, até 1988, a Assistência Social não era reconhecida como direito do cidadão e dever do Estado, ficando, portanto, no campo da benemerência e caridade públicas ou, ainda, a mercê de práticas clientelistas, eleitoreiras e populistas, como destaca Pereira (2007):

[...] até 1988, a assistência social no Brasil não era considerada direito do cidadão e dever do Estado. Embora existisse desde o Brasil Colônia, a sua ação era ditada por valores e interesses que se confundiam com dever moral, vocação religiosa, sentimento de comisseração, ou, então, com práticas eleitoreiras, clientelistas e populistas. (PEREIRA, 2007, p. 64)

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, no entanto, a Assistência Social passou a ser reconhecida como direito do cidadão e dever do Estado ao adquirir o estatuto de política de Seguridade Social, ao lado da saúde e da previdência social, destinada a concretizar os direitos sociais. A esse respeito Yazbek (2009) afirma:

A inclusão da assistência social na Seguridade traz a questão para o campo dos direitos e para a esfera da responsabilidade estatal. Inicia-se um processo que deverá torná-la visível como política pública e direito dos que dela necessitarem, embora dentro de uma concepção restritiva (apesar de prioritária) do seu destinatário. (YAZBEK, 2009, p. 66)



Na condição de política pública, a Assistência Social, conforme Pereira (2007), deu um salto de qualidade, afastando-se do campo estigmatizante do não-direito ou alternativa de direito e ressignificando sua identidade de política de Seguridade Social e, nessas circunstâncias, passou a exigir a redefinição de suas bases teóricas, filosóficas e legais, de sorte a configurar um paradigma próprio ancorado no conceito de cidadania.

É nesse contexto que é criada a Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004, a qual introduziu mudanças significativas em relação à política anterior, datada de 1998, dentre as quais Pereira (2007) destaca como principais a definição da Assistência Social como política de proteção social, ao invés de chamá-la de política de Seguridade Social, como concebida pela Constituição Federal de 1988; a delimitação das proteções que ela deve assegurar; o princípio da territorialização; a criação de novas bases de financiamento; e, por fim, a instituição do Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

De fato, a PNAS/2004 definiu a política de Assistência Social como política de proteção social, na perspectiva de que a ela coubesse não apenas reparar danos e prover necessidades, mas atuar de forma preventiva frente às situações de vulnerabilidade e risco sociais, reconhecendo que os sujeitos demandantes de proteção social possuem muito mais do que necessidades, ou seja, possuem também potencialidades e capacidades a serem desenvolvidas.

Quanto à instituição do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, a PNAS/2004 propôs a sua criação em atendimento às deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em Brasília – DF, em 2003. Nos seus termos, o SUAS “[...] constitui-se na regulação e organização em todo o território nacional das ações socioassistenciais. [...] define e organiza os elementos essenciais e imprescindíveis à execução da política de assistência social [...]” (BRASIL, 2005, p. 39).

Na visão de Mota et al (2006), a criação do SUAS representou um avanço significativo na efetivação da política de Assistência Social como política pública, na medida em que abriu possibilidade, por um lado, para a superação da cultura



assistencialista e da ideologia do favor ao definir parâmetros técnicos e de profissionalização da Assistência Social e, por outro, para a padronização, sistematicidade e articulação entre as ações e projetos na área da Assistência Social.

A PNAS/2004, ao propor a criação do SUAS, estabeleceu aspectos da política de Assistência Social que devem ser por ele observados para a gestão dessa política. Trata-se dos princípios e diretrizes da Assistência Social, reiterando os já previstos na LOAS, e dos níveis de proteção e seguranças a serem afiançadas aos usuários dessa política.

Em relação aos princípios, a PNAS/2004 prevê o desenvolvimento de ações assistenciais em conformidade com os seguintes princípios democráticos: supremacia do atendimento às necessidades sociais, universalização dos direitos sociais, respeito à dignidade do cidadão e ao seu direito a serviços de qualidade e à convivência familiar e comunitária, igualdade de direitos e dimensão pública dos serviços (BRASIL, 2005).

A organização da Assistência Social, por sua vez, deve se pautar nas diretrizes de descentralização político-administrativa, participação da população, primazia da responsabilidade do Estado na condução da política e centralidade na família para a concepção, implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos (BRASIL, 2005).

Observando esses princípios e diretrizes, a Assistência Social deve se organizar a partir de dois níveis de proteção social, quais sejam a proteção social básica e a proteção social especial. A primeira destina-se a famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social com o objetivo de prevenir a ocorrência de situações de risco pessoal e social por violação de direitos, ao passo que a segunda se destina a famílias e indivíduos em situação de risco já instalado, dividindo-se em média e alta complexidade (BRASIL, 2005).

Tanto na proteção social básica quanto na especial de média e alta complexidade, as ações da Assistência Social devem se nortear pela garantia das seguranças: de sobrevivência (de rendimento e de autonomia) que consiste na prestação de benefícios monetários aos cidadãos que necessitem em razão de sua exclusão do sistema



contributivo de proteção social; de acolhida que consiste na provisão de serviços para atendimento das necessidades básicas de alimentação, vestuário e moradia dos cidadãos; e de convívio ou vivência familiar e comunitária que se refere à prestação de serviços de convivência que possibilitem a construção, o fortalecimento e a reconstrução dos vínculos de pertencimento familiar e social (BRASIL, 2005).

O que se pode inferir da análise desses aspectos referentes à política de Assistência Social previstos na PNAS/2004, como observa Mota et al (2006, p. 171-172), é que “[...] na nova política há uma ênfase da centralidade da família nas ações socioassistenciais, diferentemente da dimensão genérica com que a LOAS a considerava”.

Cabe ressaltar, porém, que, de acordo com Miotto (2004), a centralidade da família na política de Assistência Social não implica necessariamente na sua constituição como política de apoio à família, haja vista que pode se encaminhar a partir de duas perspectivas distintas, a saber: perspectiva familista que defende a centralidade da família no sentido de tomá-la não apenas como beneficiária, mas como parceira na proteção social, entendendo que esta, independentemente de suas condições objetivas e subjetivas de vida, deve ser capaz de cuidar e proteger dos seus membros, cabendo ações públicas, de caráter compensatório e temporário, somente nos casos de falência da família; e a perspectiva protetiva que defende a centralidade da família no sentido de apoiá-la, por entender que para a família cuidar e proteger os seus membros é necessário, em primeiro lugar, que ela seja cuidada e protegida. Nesse contexto torna-se fundamental uma análise crítica do texto da PNAS/2004.

A PNAS/2004 compreende a família como “[...] um conjunto de pessoas que se acham unidas por laços consanguíneos, afetivos e, ou, de solidariedade [...]” e como núcleo fundamental da sociedade com direito a especial proteção do Estado. Nesse sentido, define a família como foco central da Assistência Social, devendo ser ela sujeito privilegiado das suas ações (BRASIL, 2005, p. 41).



Reclama a centralidade da família com base na compreensão de que a família deve ser apoiada pelo poder público, na medida em que sua capacidade de proteção e cuidado aos seus membros depende da proteção e cuidado a ela garantidos, como se observa no trecho a seguir.

Por reconhecer as fortes pressões que os processos de exclusão sociocultural geram sobre as famílias brasileiras, acentuando suas fragilidades e contradições, faz-se primordial sua centralidade no âmbito das ações da política de assistência social, como espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias, provedora de cuidados a seus membros, mas que precisa também ser cuidada e protegida. (BRASIL, 2005, p. 41)

Todavia, a PNAS/2004 e, sobretudo a sua operacionalização, com base nos estudos de diversos autores, é marcada por ambiguidades e contradições: ao mesmo tempo em que ressalta a família como espaço a ser protegido e apoiado pelo poder público, enfatiza a sua participação na proteção social, corresponsabilizando-a pela provisão de bem-estar e focalizando as ações nas famílias pobres e extremamente pobres, que são aquelas que enfrentam mais dificuldades – e, frequentemente, fracassam – para atender de forma satisfatória às funcionalidades que lhes são atribuídas.

Nesse sentido, a política de Assistência Social brasileira, que tradicionalmente foi marcada por um intenso grau de familismo, continua com a PNAS/2004 perfilando essa perspectiva de centralidade da família, reforçando as suas cargas assistenciais e sobrecarregando-a, tendo em vista o atual contexto de filiação ao projeto neoliberal que preconiza a reforma do Estado não só no tocante ao seu papel na economia, mas também no campo social, afastando-o do papel de garantidor de proteção social.



A CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS NA ASSISTÊNCIA SOCIAL: o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

Com a centralidade da família definida como diretriz, a política de Assistência Social passou a ter como perspectiva a convivência e o fortalecimento de vínculos familiar e comunitário, de modo que em todas as suas normativas há o enfoque no fortalecimento ou na reconstrução dos vínculos, como observam Rodrigues et al (2013):

Se olharmos, ainda que brevemente, para os documentos que dispõem sobre a organização da Assistência Social, partindo da Lei Orgânica de 1993 e passando por sua recente alteração, que deu origem, em 2011, à lei de nº 12.435, e pela PNAS, veremos que a expressão ‘vínculos familiares e comunitários’ se encontra em todos os documentos marcando, primeiramente, a necessidade de seu fortalecimento (como um dos objetivos da proteção social básica) e, em seguida, sua reconstrução (objetivo da proteção social especial). (RODRIGUES et al, 2013, p. 12-13)

Na PNAS/2004, a convivência familiar e comunitária aparece nos princípios como um direito a ser respeitado, bem como nos objetivos, constituindo-se finalidade da Assistência Social assegurar que as suas ações tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária. Aparece, ainda, como uma das seguranças afiançadas da política de Assistência Social, qual seja a segurança do convívio ou vivência familiar e comunitária, a qual pauta-se na ideia de que é na relação que os indivíduos criam sua identidade e desenvolvem suas subjetividades e potencialidades (BRASIL, 2005).

A ideia de uma política de Convivência Familiar e Comunitária espalhou-se ainda para outros interstícios da Assistência Social. Na área da criança e do adolescente, a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA), no *caput* do seu artigo 4º, elevou a convivência familiar e comunitária ao status de direito fundamental à proteção integral de crianças e adolescentes (BRASIL, 1990).

Investindo ainda mais no direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária, em 2006, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA, juntamente com o Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, aprovou



o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária – PNCFC, o qual propõe diversas ações que venham a garantir esse direito, dentre as quais cabe mencionar o reordenamento dos programas de acolhimento institucional e a implantação dos programas de família acolhedora (BRASIL, 2006).

Na área do idoso, de forma análoga, a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), no *caput* do seu artigo 3º, preconiza a obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, dentre outros, o direito à convivência familiar e comunitária. Complementando o estabelecido no *caput* do referido artigo, o Estatuto do Idoso assevera, ainda, no seu inciso V do parágrafo único, a priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar (BRASIL, 2003).

O fortalecimento de vínculos e a convivência familiar e comunitária são enfatizados pela PNAS/2004 na medida da sua essencialidade para a superação de situações de vulnerabilidade, uma vez que esta política reconhece que as vulnerabilidades não são decorrentes apenas da pobreza e do precário ou nulo acesso aos serviços públicos – vulnerabilidade material –, mas também da fragilização dos vínculos de pertencimento familiar e comunitário – vulnerabilidade relacional (BRASIL, 2013a). Ademais, o fortalecimento de vínculos é fundamental para a garantia do direito à convivência familiar e comunitária e, conseqüentemente, para a efetivação dos direitos sociais.

No bojo dessa tendência, os serviços socioassistenciais, especialmente os da proteção social básica, foram organizados com o objetivo de propiciar às famílias oportunidades de convívio e vivência familiar e comunitária de forma a fortalecer e/ou reconstruir os vínculos e, desse modo, prevenir situações de vulnerabilidade.

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, principal serviço socioassistencial da proteção social básica, tem como um dos seus objetivos prevenir a ruptura dos vínculos familiares e comunitários, possibilitando a superação de situações



de fragilidade social. Para o cumprimento de tal objetivo, as Orientações Técnicas desse serviço estabelecem o seguinte:

O PAIF, para o cumprimento de tal objetivo, deve promover atividades que fortaleçam o sentimento de pertença familiar, a cultura do diálogo, do respeito aos direitos e da confiança entre os membros do grupo familiar, de forma a possibilitar o restabelecimento da função protetiva da família. Também podem ser desenvolvidas ações, como campanhas socioeducativas e palestras, com vistas à criação de ambiências familiares mais solidárias, democráticas e participativas, bem como à prevenção ao risco (trabalho infantil, violências, abuso e exploração sexual, entre outros). [...] Outro foco importante de atuação do PAIF, para a prevenção da ruptura dos vínculos familiares e comunitários, é a identificação ou auxílio para a formação e o fortalecimento de “redes sociais de apoio” das famílias. (BRASIL, 2012, p. 44-45)

De forma ainda mais alinhada com a perspectiva da convivência e fortalecimento de vínculos familiar e comunitário, tem-se, na proteção social básica, o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV, o qual, sendo destinado a segmentos específicos (crianças, adolescentes, jovens e idosos), tem a finalidade de complementar o trabalho social com famílias do PAIF (BRASIL, 2013b).

O SCFV, conforme a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais – TNSS, consiste no “serviço realizado em grupos, organizado a partir de percursos, de modo a garantir aquisições progressivas aos seus usuários, de acordo com o seu ciclo de vida, a fim de complementar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de risco social” (BRASIL, 2013b, p. 14).

Há quatro modalidades do SCFV: SCFV para crianças até seis anos, SCFV para crianças e adolescentes de seis a quinze anos; SCFV para adolescentes e jovens de quinze a dezessete anos e SCFV para idosos, sendo que em todas elas há prioridade para a participação de pessoas com deficiência beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada – BPC e membros de famílias beneficiárias de programas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família – PBF (BRASIL, 2013b).



O objetivo desse serviço, também consoante a TNSS, é fortalecer os vínculos familiares e comunitários, de modo a prevenir a institucionalização e segregação de crianças, adolescentes, jovens e idosos, garantindo o seu direito à convivência familiar e comunitária, já reconhecido legalmente, como referido anteriormente, tanto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente quanto pelo Estatuto do Idoso (BRASIL, 2013b).

Não restam dúvidas, pois, que esse serviço, que pode ser realizado diretamente pelo poder público (por meio dos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS) ou, ainda, pelas entidades e organizações de assistência social, possui, na atual configuração da política de Assistência Social, uma importância estratégica, inclusive para a realização dos objetivos do PAIF.

Em face dessa importância é que se torna necessário e oportuno analisá-lo criticamente, buscando desvendar qual a direção de convivência familiar e comunitária que tem sido preconizada por suas normatizações e as suas características (universalidade ou residualidade e focalização, por exemplo), de sorte a saber suas possibilidades concretas na alteração das condições estruturais das famílias e em que medida representa apoio a estas, tendo em vista a conjuntura de transformações familiares, decorrentes das transformações societárias, que fragilizam as famílias e as tornam mais vulneráveis.

De igual modo, cabe analisar a interface da sua execução com os seus elementos normativos, na intenção de apreender se esse serviço tem conseguido atingir os seus objetivos, atender de forma satisfatória seu público-alvo, realizar as devidas articulações com o trabalho social com famílias de outros serviços socioassistenciais, suas dificuldades, limites e possibilidades.

Conclusão

A pesquisa que motiva as reflexões tecidas ao longo deste artigo ainda está em andamento e, mais do que isso, está em fase inicial, portanto não é possível apresentar



aqui resultados, nem sequer parciais. Entretanto, é possível destacar a centralidade da família na política de Assistência Social como uma categoria de fundamental importância para o estudo, o qual se norteia por questionamentos dirigidos à direção da convivência familiar e comunitária preconizada no SCFV, bem como ao alcance dos objetivos, dificuldades, limites e possibilidades desse serviço socioassistencial.

A perspectiva de centralidade da família na política de Assistência Social, ou seja, o modo como a família é inserida nessa política é determinante para o direcionamento da política de convivência familiar e comunitária, afetando diretamente a sua capacidade de se colocar como uma política de atenção à família.

Pensar esses aspectos – família, convivência e fortalecimento de vínculos familiar e comunitário, etc. – na atual conjuntura é extrema importância, haja vista que a família, não só foi reconhecida como central na política de Assistência Social, mas vivencia processos de desgaste de sua capacidade protetiva e fragilização de seus vínculos que implicam em situações de vulnerabilidade e risco que, por isso, demandam do poder público proteção social via políticas sociais públicas universais.

Referências

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2016.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2016.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos de Crianças e Adolescentes. **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária.** Brasília - DF: CONANDA, 2006.



BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações técnicas sobre o PAIF:** o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília: MDS/SNAS, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Concepção de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.** Brasília – DF: MDS/SNAS, 2013a.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009.** Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília – DF: CNAS, 2013b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS)/ Norma Operacional Básica da Assistência Social (NOB/SUAS).** Brasília – DF: MDS/SNAS, 2005.

MIOTO, R. C. T. A centralidade da família na política de Assistência Social: contribuições para o debate. **Revista de políticas públicas.** São Luís - Ma, v. 8, n. 1, p. 1-10, 2004.

MOTA, A. E. et al. O Sistema Único de Assistência Social e a formação profissional. **Serviço Social e Sociedade,** São Paulo, n. 87, p. 163-177, 2006.

PEREIRA, P. A. P. A assistência Social prevista na Constituição de 1988 e operacionalizada pela PNAS e pelo SUAS. **Ser Social,** Brasília – DF, n. 20, p. 63-83, 2007.

RODRIGUES, L.; GUARESCHI, N. M. F.; CRUZ, L. R. da. A centralidade do vínculo familiar e comunitário nas políticas públicas de Assistência Social. In: RODRIGUES, L.; GUARESCHI, N. M. F.; CRUZ, L. R. da. **Interloquções entre a psicologia e a política nacional de Assistência Social.** Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003, p. 11-22.

YAZBEK, M. C. **Classes subalternas e assistência social.** 7. ed. São Paulo: Cortez, 2009.



A DESIGUALDADE NO BRASIL E A TRANSFERÊNCIA DE RENDA

INEQUALITY IN BRAZIL AND INCOME TRANSFER

Adriana de Moura Elias Silva

Possui Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí (2000). Graduada em Psicologia pela Faculdade Santo Agostinho (2008). Mestranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí (2015-2017). Atua na área de pesquisa com os temas: serviço social, desigualdade social, pobreza e assistência social.

Maria do Rosário de Fátima e Silva

Possui Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí (1981). Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1991). Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2000). Atualmente, é Professora Adjunta da Universidade Federal do Piauí. Atua nos temas: direitos sociais, pessoa idosa, cidadania, serviço social e envelhecimento.

Resumo

Com os avanços nos últimos anos da redução da pobreza no Brasil, visamos aqui discutir como o Programa Bolsa Família (PBF) adensou o Sistema de Garantia de Renda que vem sendo construído no país. Este ao garantir um benefício monetário às famílias, cumpre papel importante no enfrentamento da pobreza e desigualdade, mostrando o progressivo reconhecimento da responsabilidade pública no campo social, o que dá significado às tendências na área da gestão social na atualidade buscando priorizar a garantia dos direitos sociais e, como tais, universais de acesso equânime, independentemente da situação dos indivíduos no mercado. Discutiremos sobre as desigualdades sociais e a pobreza, vinculando o processo de transferência de renda com a capacidade de consumo entre as famílias em pobreza extrema, como também acerca dos efeitos que as transferências de renda, combinadas a certas condicionalidades, exercem sobre as famílias beneficiárias na perspectiva do seu desenvolvimento social e sua autonomia.

Palavras-chaves

Pobreza. Questão Social. Desigualdade Social. Condicionalidades.

Abstract

With advances in recent years in reducing poverty in Brazil, we aim here to discuss how the Bolsa Família Program (PBF) thickened Income Guarantee Scheme that has been built in the country. This to ensure a monetary benefit to families, plays an important role in fighting poverty and inequality, showing the progressive recognition of public responsibility in the social field, which gives meaning to the trends in the area of social management at present seeking to prioritize the guarantee of social rights and as such universal equal access, regardless of the situation of individuals in the market. We will discuss social inequalities and poverty by linking the process to transfer income to the consumption capacity among families in extreme poverty, but also on the effects that the cash transfers, combined with certain conditionalities, have on the beneficiary families in perspective of social development and autonomy.

Keywords

Poverty. Social Issues. Social Inequality. Conditionalities



Introdução

O combate à desigualdade social no Brasil depende de iniciativas amplas, tanto no âmbito da distribuição de ativos e regulação de mercados, quanto na redistribuição de renda, uma vez que não se pode discutir pobreza no país sem discutir desigualdade. As desigualdades sociais e econômicas no país são adensadas pelo próprio modo de produção capitalista que as forjam e que tem reforçado historicamente o processo de acumulação de capital em torno de uma minoria privilegiada, a despeito de um imenso contingente populacional excluído do acesso e usufruto da riqueza socialmente produzida.

O Programa Bolsa família, criado pela Medida Provisória n.132, de 20 de outubro de 2003, transformada na Lei n. 10.836, de 9 de janeiro de 2004, após anos e anos de medidas governamentais de caráter meramente assistencialista e emergencial dirigidas à população em situação de indigência, ou pobreza extrema, assume na atualidade a condição de principal programa de combate à pobreza no Brasil. O PBF foi criado com o objetivo: a) Combater a fome, a pobreza e as desigualdades por meio da transferência de um benefício financeiro associado à garantia do acesso aos direitos sociais básicos – saúde, educação, assistência social e segurança alimentar; b) Promover a inclusão social, contribuindo para emancipação das famílias beneficiárias, construindo meios e condições para que elas possam sair da situação de vulnerabilidade em que se encontram (BRASIL, 2006).

O Programa Bolsa Família tem a proposta de proteger o grupo familiar, atendendo a famílias extremamente pobres, com renda *per capita* mensal de até R\$ 77,00, independente de sua composição e da idade dos membros da família, e famílias pobres, com renda *per capita* mensal entre R\$ 154,00 desde que possuam gestantes, nutrizes, ou crianças e adolescentes entre 0 e 17 anos. As famílias extremamente pobres, mesmo que não tenham crianças, adolescentes ou jovens, recebem um benefício básico de R\$ 77,00, podendo ainda receber um benefício variável de mais R\$ 35,00 por cada filho de até 15



anos de idade, até cinco filhos. As famílias pobres não recebem o benefício básico, mas têm direito ao benefício monetário variável de R\$ 35,00 mensais por cada filho de até 15 anos de idade.

No caso de famílias pobres e extremamente pobres com adolescente de 16 e 17 anos, a família recebe um adicional de R\$ 42,00 por até dois adolescentes, desde que continuem frequentando a escola. Assim, tem-se um benefício médio por famílias em extrema pobreza de R\$ 242,00 e para todas as famílias o benefício médio é de R\$ 167,00. Os critérios de elegibilidade no programa se dá desde que as famílias cumpram as condicionalidades de manutenção da criança e adolescente de 7 a 15 anos na escola; frequência regular de crianças de 0 a 6 anos de idade aos postos de saúde e frequência de mulheres gestantes aos exames de rotinas.

Em todo país o Programa Bolsa família abrange atualmente todos os municípios brasileiros e o Distrito Federal atendendo cerca de 13,9 milhões de famílias pobres e extremamente pobres. Desse modo, entende-se que ao se efetivar um benefício monetário inovador, o PBF integra-se ao sistema desenhado na Constituição Federal de 1988 (CF/88) para ampliar o conjunto de proteções e de políticas sociais, especialmente no campo Assistência Social, como política não contributiva. O sistema de transferência de renda se expressa com uma ampla cobertura a distintos segmentos da população, cumprindo um papel importante no enfrentamento da pobreza e da desigualdade.

No Brasil, os programas de reposição de renda tiveram como marco inicial as décadas de 1920 e 1930, quando foram criadas as primeiras instituições previdenciárias. Mas, somente a partir de meados dos anos 1980 que o país disporia de outros instrumentos – contributivos e não contributivos – que alargariam o espectro do seu Sistema de Proteção Social no campo da garantia de renda.

Em 1986 foi criado o seguro-desemprego, logo depois, a CF/88 determina a instituição da categoria de segurado especial da previdência social, visando proteger o trabalhador rural em regime de economia familiar. A CF/88 determinou ainda outros avanços tal como a fixação em um salário mínimo o valor de base dos benefícios



previdenciários, unificou os benefícios rurais e urbanos, instituiu o primeiro programa assistencial de garantia de renda, o Benefício de Prestação Continuada, este um benefício monetário de natureza não contributiva, sendo destinado às pessoas com deficiência e idosos em situação de indigência (PIERDONÁ, 2007).

Por fim a partir de 2000, tiveram início os primeiros programas federais de transferência de renda. Estes programas se caracterizam por serem destinados aos mais pobres, tendo como propósito a concessão de benefícios sob algumas condições, entretanto, sem requerer o pagamento de contribuições prévias, sendo posteriormente unificados em 2004³, culminando na criação do Programa Bolsa Família (PBF).

Apesar de regulados por marcos jurídicos distintos, os novos benefícios não contributivos submeter-se-iam à intervenção estatal não só os riscos inerentes à dependência do trabalho assalariado, mas a própria condição de pobreza enfrentada por parcela da população, trabalhadora ou não.

As transferências não contributivas têm como papel o enfrentamento das desigualdades mediante o desenvolvimento da política de proteção social centrada no combate à pobreza. Como destaca Castel (1988), as políticas assistenciais vêm se voltando, cada vez com mais intensidade, para os grupos sociais que não têm condições de acompanhar a dinâmica da sociedade salarial.

Tal como pontua o autor a consolidação de um modelo abrangente de garantia de renda no Brasil implica não somente em mecanismos efetivos de combate à pobreza e à desigualdade como a afirmação de garantias de renda por meio da operação e integração de benefícios, assim como na melhoria da oferta e qualidade dos serviços sociais.

O presente artigo tem como objetivo tecer análise sobre as desigualdades sociais e pobreza enquanto expressões da questão social. Discutir como o Programa Bolsa família adensou o sistema de garantia de renda implantado no país através da transferência monetária às famílias em situação de pobreza, além de procurar

³ Unificação dos programas Bolsa Escola, Cartão Alimentação, Auxílio Gás e Bolsa Alimentação, criados entre 2001 e 2003.



compreender o papel desempenhado pelas condicionalidades estabelecidas pelo PBF como estratégias de comprometimento das famílias beneficiárias com o seu processo de inclusão através do acesso aos serviços sociais básicos. O presente texto se constitui uma sistematização da pesquisa teórica sobre a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa família no Estado do Piauí, objeto de estudo do curso de mestrado que se encontra em andamento no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí.

Pobreza, Desigualdade e Questão Social

O debate sobre a questão social no Brasil se pauta em duas matrizes principais, a saber: a primeira privilegiando o ângulo da pobreza, com maior ou menor ênfase na desigualdade e na justiça social; a segunda, privilegiando o ângulo da superação da pobreza, com ênfase na dimensão da cidadania e do fortalecimento da esfera pública.

Há consenso entre os estudiosos, que tratam sobre o tema pobreza e exclusão social sobre sua principal causa no país, cita-se o acentuado grau histórico de desigualdade através da apropriação da riqueza e do capital social acumulado, o que possibilita o processo de crescimento e desenvolvimento na desigualdade de renda (YAZBEK, 2012).

A questão social apresenta-se historicamente carregada de influências históricas, políticas e culturais, com profunda relação nos desdobramentos de problemas sociais que a ordem burguesa herdou, tendo na sociabilidade erguida sob o comando do capital uma relação exclusiva (NETTO, 2004).

Considera-se que a questão social em sua essência e estrutura continua sendo expressão concreta da mesma questão social eclodida na Europa Ocidental no século XIX, caracterizada por contradições e antagonismos entre as classes e destas com o Estado.

Segundo Rosanvallon (1998), a nova questão social identificada como expressão dos problemas sociais, irá emergir a partir de 1970, no final do século XIX, fazendo



referência às disfunções da sociedade industrial emergente. Eclode-se nesse período o crescimento do desemprego e o surgimento de novas formas de pobreza, seguidos de novas maneiras de insegurança social.

Essa nova questão social mencionada por Rosanvallon (1998) tem como base de desenvolvimento o padrão de progresso e crise do paradigma Keynesiano, no modelo de acumulação e métodos de gestão social, assim como do Estado-providência regulador e da proteção social e trabalhista. O autor ainda enfatiza que a diferença entre a nova e a velha “questão social”, se observa pelas novidades apresentadas pelas mudanças ocorridas no mundo do trabalho no período pós-industrial, pressupondo uma ruptura e superação da sociedade capitalista industrial e dos principais problemas que dela derivam, percebendo-se que não há um simples retorno aos problemas do passado.

Rosanvallon (1995) afirma que a sociedade reguladora fez com que o Estado-providência passivo funcionasse apenas como uma “máquina indenizatória”, configurando-se como um Estado compensatório, que leva à perda de autonomia em meio a um contexto de desemprego de massa e de aumento da exclusão, às técnicas dos seguros não seriam mais apropriadas. “Em matéria social, o conceito central é hoje muito mais no da precariedade, ou vulnerabilidade, do que o do risco” (ROSANVALLON, 1998, p. 38).

Desse modo, entende-se que a precarização ou vulnerabilidade social estaria recaindo sobre a perda da capacidade contributiva dos trabalhadores e, somada a crises de representação social e do enfraquecimento do sindicalismo, colocaria em dúvida o modelo de proteção social que se estruturava em torno do risco coletivo.

Para o autor a concepção tradicional dos direitos sociais tornou-se inoperante para enfrentar o problema da exclusão social, pois houve um deslocamento da questão social, que passou de uma análise global do sistema (em termos de exploração e distribuição) a uma abordagem que focaliza o segmento mais vulnerável da população. As Políticas de transferência de renda focalizam justamente esse público como prioridade de suas ações no campo do desenvolvimento social.



Em síntese, associar políticas de transferência de renda com o desenvolvimento social, implica pensar a pobreza e a desigualdade como expressões da questão social, cujo enfrentamento supõe adoção de um projeto de desenvolvimento social associado à ampliação da capacidade emancipatória dos indivíduos, de maneira que promova a superação da situação de exclusão social.

Os programas de transferência de renda como estratégia de combate à pobreza

Segundo Ozanira (2014) os programas de transferência de renda têm contribuído para a recente redução da pobreza e da desigualdade no Brasil, todavia variáveis contextuais e conjunturais devem ser lembradas. O impacto inicial que se buscava com o PBF consistia em promover, de forma contundente e eficiente, o alívio imediato da pobreza, associado a medidas que apontassem para a possibilidade da interrupção da reprodução do seu ciclo intergeracional, pois os programas de transferência condicionada fazem parte de uma estratégia mais ampla de superação da fome e da pobreza.

O PBF foi concebido, como intervenção de emergência por um período determinado para apoiar a sobrevivência das famílias pobres e extremamente pobres até que pudessem garantir seu próprio sustento.

O PBF tem como pressuposto a formulação de um programa que não trata a transferência de renda com condicionalidades, como um fim em si mesma, mas como um programa que, para ter êxito, tem que obedecer a duas premissas básicas: ao mesmo tempo que responde aos objetivos governamentais de uma ação direcionada a socorrer situações emergenciais, cria raízes para que as políticas de inserção social a ele vinculadas, se concretizem, seja no que diz respeito a políticas de geração, de ocupação e renda; seja no que diz respeito a políticas setoriais na área social. Neste propósito leva-se em conta a integração territorial da população, e esta é considerada parceira de um processo mais



amplo para tornar as políticas públicas virtuosas entre si, ao contrário do seu velho padrão compensatório e paliativo.

Neste ponto o que está em jogo é não só como se estabelecer um novo padrão de relação Estado/sociedade na forma da ação estatal, transformando-a efetivamente republicana, mas também traduzir as políticas públicas em mecanismos transformadores e promotores do desenvolvimento social no Brasil a partir do enfrentamento dos seus problemas que são de diversas naturezas e por meio de ações que valorizem as suas potencialidades.

Os Programas de Transferência de Renda Condicionada, a exemplo do Bolsa Família, têm sido adotados como uma estratégia de combate à pobreza e como parte integrante do sistema de proteção social em diversos governos de diferentes países e continentes.

Estes programas são orientados para garantirem a complementação de renda às famílias que vivem em situação de extrema pobreza e que se encontram desvinculadas das redes de proteção social e excluídas de outras formas de proteção vinculadas ao trabalho.

Observa-se que são famílias que geralmente estão desempregadas, ou quando inseridas no emprego formal são mal-remuneradas, a sua grande maioria está inserida no mercado informal de trabalho sem registro na carteira de trabalho, sem usufruírem de uma renda estável que permita satisfazer suas necessidades básicas. Vivem em situação de vulnerabilidade de renda e risco social e as perspectivas de alcançarem autonomia são remotas frente às desigualdades sócio-econômicas e aos atuais padrões de trabalho existentes. Estes seriam os desfiliaados sociais, cuja denominação é apresentada por Castel (1998). O acesso destas famílias aos programas de transferência de renda a exemplo do Bolsa família é feito mediante o estabelecimento de condicionalidades que significa a manutenção da criança e adolescente de 7 a 15 anos na escola; frequência regular de crianças de 0 a 6 anos de idade aos postos de saúde e frequência de mulheres gestantes aos exames de rotinas.



Tais condicionalidades vêm sendo entendidas por uns como uma forma de disciplinar os pobres, impondo-lhes sanções (desligamento do programa) quando não cumpridas. Por outros, são vistas como uma forma de monitoramento dessas famílias, implicando num excessivo grau de normatização por parte do Estado da esfera da vida privada dos indivíduos. Para outros resta o questionamento de que se estes programas são concebidos como direitos porque a vinculação de condicionalidades aos cidadãos que o acessam.

Reconhece-se neste aspecto, a ausência de consenso em torno desse debate e aqui convém afirmar que o eixo central que orienta a formulação do Programa Bolsa Família – e a maneira pelo qual vem sendo implementado – é o entendimento de que as condicionalidades estabelecidas supõe compartilhamento de responsabilidades e foram concebidas com um propósito educativo, para que as famílias sejam apoiadas com ações que lhes permitam a médio e a longo prazo irem adquirindo autonomia e possam investir no desenvolvimento de suas capacidades afim de que possam, com a presença de políticas governamentais de natureza mais estrutural, dispor de condições mínimas necessárias para garantir para si a possibilidade de um processo de inclusão social sustentável.

Trata-se aqui de combater a tradição de uma cultura brasileira punitiva que vê a pobreza e os pobres com o estereotipo da “incapacidade” de objetivamente prover suas condições de vida, ou desenvolver potencialidades que os permitam superar a histórica relação de dependência vinculada à política do favor e da benemerência.

Os programas de transferência de renda apesar da sua importância como fator de adensamento do sistema de garantia de renda contribuem segundo, Silva e Silva (2014) apenas em parte para redução da pobreza, sendo necessário observar que a pobreza não se restringe à insuficiência de renda, mas à falta de cultura, educação e saúde de qualidade, etc, o que significaria a adoção de políticas mais amplas e articuladas que dessem conta da multidimensionalidade que o tratamento da questão requer.



Conclusão

A consolidação do modelo abrangente de garantia de renda no Brasil implica não somente a afirmação de mecanismos efetivos de combate à pobreza e a desigualdade, como a afirmação de garantias de renda por meio da operação e integração de benefícios contributivos e não contributivos, bem como com a melhoria da oferta e qualidade dos serviços sociais.

Operando como parte do Sistema Brasileiro de Proteção Social, o PBF vem integrar o Sistema de Garantia de Renda, cobrindo um público até então desprotegido e, potencializando os efeitos de outros benefícios deste sistema a fim de promover o combate sob a pobreza e a desigualdade. Entendendo que o PBF integra-se a um conjunto mais amplo de intervenções públicas que abarcam também as políticas de proteção e aos riscos sociais, atuando não apenas no combate, mas também na prevenção da pobreza.

As políticas e os programas sociais que operam benefícios monetários podem oferecer proteção às pessoas em situação de pobreza, produzir impactos na redução da desigualdade de renda e atuar preventivamente contra situações de vulnerabilidade e risco social. Observa-se desse modo que será através de um horizonte amplo, de integração de medidas compensatórias com medidas preventivas, que podemos falar de um Sistema de Garantia de Renda no país. Em que pese a ampla cobertura instalada e as diversas funções desempenhadas, os desafios continuam sendo expressivos nesse campo da proteção social.

Cabe ressaltar que diante dos graus de desigualdade que marcam a sociedade brasileira, operar com a ideia de princípios únicos ou unificadores, como é o caso das propostas de políticas sociais voltadas exclusivamente aos mais pobres ou mínimos sociais que viessem a substituir um conjunto de intervenções em vigor, parece apontar mais para problemas do que para soluções.



Com isso, busca-se articular a transferência de renda a ações de caráter mais estruturante do ponto de vista econômico, tendo como horizonte a autonomia das famílias beneficiárias do PBF.

A questão social que aflige o Brasil requer mais que a implementação de políticas compensatórias de transferência de renda, necessitamos de políticas universais que estejam articuladas a uma política macroeconômica e que o Estado, além de promover a geração de emprego e renda, cumpra o papel de redistribuição de renda e garanta expansão e democratização dos serviços sociais da rede pública, tornando possível o acesso dos pobres, dos desempregados e dos precarizados aos serviços sociais básicos, garantindo que os direitos de cidadania sejam efetivados mediante políticas sociais verdadeiramente inclusivas e emancipatórias.

Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988.

_____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Departamento do Cadastro Único. **Perfil das famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família**. Brasília, 2006.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**. Petrópolis: Vozes, 1998

YAZBEK, M. C; GIOVANNI, Geraldo Di. **A política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2012.

_____, M. C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social. **Temporalis**, ano III, n. 3, 2001 p. 33-40.

NETTO, J.P. Cinco notas a propósito da questão social. **Temporalis**, n. 3, p. 41-45, 2001.

PIERDONÁ, Zélia Luiza. **Revista de Direito Social**, nº 28. Nota dez., Porto Alegre, 2007.

ROSANVALLON, P. **A crise do Estado-providência**. Goiânia, GO: Ed. UFG/Brasília, DF: Ed. UNB, 1997 (Original de 1981).

_____. **A nova questão social: repensando o Estado-providência**. Brasília, DF:



Instituto Teotônio Vilela, 1998 (Original de 1995).

SILVA, Maria Ozanira da Silva. **Avaliando o Bolsa Família: unificação, focalização e impactos.** 2 ed. São Paulo, Cortez, 2014.



A ASSISTÊNCIA SOCIAL NA PERSPECTIVA DO SUAS E O ATENDIMENTO ÀS VIOLAÇÕES DE DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A SOCIAL ASSISTANCE IN YOUR PERSPECTIVE AND RESPONDING TO CHILD RIGHTS VIOLATIONS AND TEENAGERS

Rosilene Marques Sobrinho de França

Professora Assistente I do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí (UFPI); Doutora em Políticas Públicas e Mestre em Políticas Públicas (UFPI); Bacharel em Serviço Social; Graduada em Direito; Licenciada em História; Especialista em Direito e Processo Civil, em Gestão de Cidades e em História do Brasil. Pesquisadora membro do Núcleo de Pesquisa sobre Questão Social e Serviço Social. Área de pesquisa: Assistência Social; Família; Infância; Adolescência e Direitos.

Resumo

Com base numa abordagem descritiva e analítica, o artigo examina o atendimento às violações de direitos de crianças e adolescentes no âmbito do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), a partir de estudo bibliográfico e documental, com o objetivo de examinar os conteúdos da ação do Estado voltada para a infância e a adolescência. O estudo mostra que as dimensões de regulação, de mediação e de diálogo perpassam a oferta de serviços socioassistenciais no modelo institucional do SUAS, tendo como foco o trabalho com a família e o território. A análise aponta uma funcionalidade da ação do Estado na assistência social, o que se coaduna com os interesses capitalistas de administração da questão social, sem, contudo, alterar o modelo socioeconômico vigente, com significativos limites à concretização dos direitos sociais e ao exercício da cidadania.

Palavras chave

Assistência Social. Direitos. Infância e Adolescência

Abstract

Based on a descriptive and analytical approach, the article examines the care to child rights violations and adolescents under the Unified Social Assistance System (ITS), from bibliographical and documentary study, in order to examine the action of contents State focused on childhood and adolescence. The study shows that the dimensions of regulation, mediation and dialogue underlie the provision of social assistance services in the institutional model of the ITS, focusing on the work with the family and territory. The analysis points to a state action functionality on social assistance, which is in line with the capitalist interests of management of the social question, without however changing the current socioeconomic model, with significant limits on the implementation of social rights and the exercise of citizenship.

Keywords

Social Assistance. Single System of Social Assistance. Citizenship.



Introdução

Com a formação do Estado Moderno e a organização do Estado de direito, criam-se as condições necessárias ao desenvolvimento do capitalismo e à construção formal de um conjunto de direitos que, a partir da atuação estatal e da ação coletiva protege o indivíduo.

Nesse contexto, as diretrizes liberais foram acatadas até o século XIX quando se defendeu a intervenção na economia. Nesse sentido, o Estado de bem estar social é implementado a partir de uma discussão coletiva e pública da questão social, com desdobramentos e significativas alterações nas relações entre Estado, sociedade e mercado. Desse modo, considerando a positivação dos direitos nas sociedades democráticas modernas, reafirma-se a necessidade de garantia dos direitos civis, políticos e sociais, como condição necessária à construção e exercício da democracia e da cidadania.

Na realidade brasileira pós Constituição Federal de 1988, foram acolhidos os conteúdos da doutrina da proteção integral a crianças e adolescentes, com a formatação de um arcabouço jurídico em torno da política de atendimento a esses segmentos sociais, por meio de um conjunto de políticas públicas, contexto em que se apresenta como importante a de assistência social na relação setorial e intersetorial que se estabelece a partir da oferta de um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios.

Considerando o contexto ora apresentado, o artigo objetiva analisar os conteúdos expressos na Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social (2005 e 2012) no que se refere à ação do Estado no atendimento às violações de direitos dos segmentos infanto-juvenis.

Nesse sentido, tendo como base o método dialético, bem como uma abordagem analítica e descritiva da realidade social, o trabalho está dividido em duas partes. A primeira apresenta algumas aproximações acerca da política de atendimento disposta no Estatuto da Criança e do Adolescente, e, a segunda, aborda os conteúdos da ação do



Estado junto aos segmentos infanto-juvenis no atendimento às violações de direitos, conforme disposições da NOB-SUAS.

A análise aponta uma funcionalidade da ação do Estado na assistência social pautada nas dimensões de regulação, de mediação e de diálogo, que perpassam a oferta de serviços socioassistenciais, o que se coaduna com os interesses capitalistas de administração da questão social, sem, contudo, alterar o modelo socioeconômico vigente, com significativos entraves à concretização dos direitos sociais e ao exercício da cidadania.

A POLÍTICA DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: algumas aproximações

O processo de construção dos direitos de crianças e adolescentes aponta a família e o Estado como importantes instâncias protetivas, considerando o desdobramento sociohistórico, bem como a formatação das regulações e sociabilidades. Contudo, no contexto atual, tem sido utilizada a ideia de solidariedade e de proteção familiar e comunitária no âmbito das políticas públicas, colocando a família como central e parceira no cuidado e na proteção de seus membros.

Nesse sentido, a construção dos direitos está estreitamente vinculada aos processos sociohistóricos da relação entre Estado e sociedade, bem como aos mecanismos de limitação da autonomia do Estado (BOBBIO, 2004).

O aparato estatal voltado para a infância e a adolescência no Brasil após a Constituição Federal de 1988 apresenta-se com diretrizes e fluxos de trabalho definidos e com linhas de ação que perpassam um conjunto de órgãos e instituições públicas e privadas.

Contudo, a concretização dos direitos frente às contradições do sistema capitalista, exige o enfrentamento da questão social e as novas formas de pobreza que



demandam intervenções públicas que possam impactar junto ao quadro social que se apresenta na contemporaneidade (ROSANVALLON, 1998).

Regulamentando o artigo 227 da Constituição Federal de 1988, o art. 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (1990, p. 06), dispõe no campo preventivo que é “dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público” atuar na garantia dos direitos “à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”. Na parte da proteção especial dispõe que as referidas instâncias protetivas precisam desenvolver ações de enfrentamento de toda forma de “negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”, garantindo-se assim, todo um aparato legal de proteção, que demanda responsabilidades e investimentos públicos.

Como forma de materialização dos conteúdos da doutrina da proteção integral o ECA prevê a organização do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, compreendendo a integração entre órgãos governamentais e da sociedade civil, visando o funcionamento dos mecanismos de promoção de direitos (exercida por meio dos serviços e programas das políticas públicas); controle e efetivação (por meio de instâncias públicas colegiadas - conselhos dos direitos, conselhos de políticas públicas, dentre outros); e defesa (com a atuação dos Juizados, Ministério Público, Defensoria Pública, Segurança Pública, dentre outros) (CONANDA, 2006)

Nesse sentido, formalmente assegurados, os direitos precisam ultrapassar o campo da instrumentalidade, ganhando assim substancialidade e concretude, no enfrentamento das violências, que historicamente afetam as crianças e adolescentes (ARANTES, 1995; COSTA, 1993).

Considerando que o direito social apresenta-se como importante fundamento da política de atendimento à criança e ao adolescente, faz-se necessária a reestruturação do sistema de políticas públicas, diante do atual quadro de precariedade vivenciado por crianças e adolescentes no Brasil (LEAL, 2001; LIBERATI, 2006).



Considerando as responsabilidades compartilhadas, a política de atendimento aos direitos da criança e do adolescente prevista no art. 87 do ECA (1990, p. 49) deve ser operacionalizada por meio de um conjunto articulado de ações envolvendo as esferas federal, estadual e municipal, no sentido do desenvolvimento das “políticas sociais básicas, políticas e programas de assistência social”, prevendo-se ainda a oferta de “serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão”, além de “serviço de identificação e localização de pais, responsável, crianças e adolescentes desaparecidos”, bem como a “proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos da criança e do adolescente”.

Cabe ressaltar que a política de atendimento prevista pelo ECA (1990) envolve as ações no âmbito das políticas de educação, de saúde, de assistência social e de esporte e lazer, dentre outros, na garantia dos direitos sociais, de forma articulada à família e aos órgãos que compõem o sistema de garantias.

A ASSISTÊNCIA SOCIAL NA PERSPECTIVA DO SUAS E O ATENDIMENTO ÀS VIOLAÇÕES DE DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

As violações aos direitos infanto juvenis constituem-se em fenômeno mundial e, para compreendê-las, é preciso contextualizá-las, reconhecendo seus determinantes sociais, econômicos, jurídicos, políticos e culturais no capitalismo, em contextos de desigualdades sociais, crescente marginalização e gradual destruição das solidariedades sociais.

Nesse sentido, as desigualdades de renda, bem como étnicas, etárias, geracionais e de gênero, apresentam-se como traço histórico e socialmente construído, sendo preciso definir, o papel do Estado na proteção social, considerando que as fragilidades que colocam a família e seus membros à mercê dos riscos, das violências e das intempéries que esvaziam os conteúdos da democracia e da cidadania que, fundamentam o Estado democrático de direito.



A trajetória da assistência social no Brasil caracterizou-se inicialmente pela caridade aos pobres, aos doentes e aos incapazes, evoluindo para as ações filantrópicas, pautadas na disciplina e no aconselhamento, com significativas inflexões advindas da ação do Estado desenvolvimentista a partir de 1930, que criou as bases sociopolíticas necessárias ao desenvolvimento do capitalismo, com crescente processo de urbanização e da industrialização, contexto em que a ação do Estado na assistência social, em conformidade com Yazbek (1995) caracterizava-se como eventual, fragmentada, clientelista e assistencialista, pautada na liberalidade, na benesse e no favor.

A Constituição Federal de 1988 representou a culminância dos interesses da sociedade civil no sentido da construção de um Estado democrático de direito, que levasse em conta o enfrentamento da questão social brasileira, trazendo em seu bojo as diretrizes para a implementação de um sistema de proteção e seguridade social, baseada no tripé previdência social, saúde e assistência social a partir de ações pautadas na integração e participação

Nesse contexto, a lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) dispõe sobre a organização da assistência social, enquanto direito do cidadão e dever do Estado, colocando-a na condição de política pública que tem como foco de ação a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice.

Com a Política Nacional de Assistência Social em 2004 e a implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em 2005, o sistema público foi organizado de forma descentralizada, com um conjunto de projetos, programas, serviços e benefícios socioassistenciais (BRASIL, 2004; PRATES, 2012).

No âmbito da promoção dos direitos de crianças e adolescentes, a assistência social na perspectiva do SUAS a famílias ocorre por meio da Proteção Social Básica, exercida por meio dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), nas situações de fragilidade dos vínculos familiares e comunitários (conflitos, segregação, discriminação), nulo ou precário acesso a serviços públicos (saúde, educação, habitação, saneamento básico, emprego e renda, profissionalização, dentre outros), situação de



pobreza e extrema pobreza, bem como ausência de pertencimento social (discriminação étnica, etária, de gênero, por alguma deficiência, dentre outros) (BRASIL, 2005).

As famílias em situação de vulnerabilidade social são atendidas por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Integral (PAIF), com acolhida, orientação, atendimento individual e grupal, com acompanhamento prioritário às que estão em descumprimento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF), sendo as crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos atendidos por meio do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), com ações socioeducativas e de convivência (BRASIL, 2009).

A ação do Estado no âmbito do CRAS/ PAIF visa prevenir as vulnerabilidades e o agravamento de riscos sociais. Nesse contexto, o acesso ocorre por demanda espontânea ou busca ativa no território, cujos procedimentos abrangem a acolhida, o estudo social, a elaboração de plano de acompanhamento familiar, quando necessário, os atendimentos, acompanhamentos familiares e as intervenções periódicas. Prevê ainda a oferta do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, os programas de transferência de renda, as intervenções técnicas por equipe multidisciplinar, os encaminhamentos para as políticas públicas e articulações com os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), para o atendimento às violações de direitos identificadas (BRASIL, 2009).

Por sua vez, a Proteção Social Especial (PSE) organiza a oferta de serviços, programas e projetos de caráter especializado, com o objetivo de contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários de famílias e indivíduos em situações de risco pessoal e social por violação de direitos, cujo acesso ocorre por busca ativa, demanda espontânea e por encaminhamento do Sistema de Garantia de Direitos (BRASIL, 2009).

Desse modo, a ação do Estado na assistência social à família, preconizada pela NOB/ SUAS (BRASIL, 2005 e 2012), está centrada nos níveis de agregação ou



desagregação de vínculos familiares e comunitários, dialogando intrinsecamente com os conceitos de território e de família.

No entanto, a questão social no contexto do capitalismo afeta os processos de integração social, com elevados níveis de insegurança e com uma realidade social frequentemente polarizada, com espaços de “diferenciação social, cultural e econômica” e com significativa parcela de grupos sociais vulnerabilizados (LOURENÇO, 2013, p. 25).

Contudo, compreende-se, que a operacionalização da política social exige um olhar sobre a realidade social, para além da funcionalidade dos processos de encaixe, de desencaixe ou de apartação social na esfera dos indivíduos ou instituições, visto que estes são perpassados pelas questões relacionadas à vida em sociedade, que, por sua vez, estão acobertadas pelos fluxos, padrões, conjunturas e estruturas capitalistas, cuja alteração exige esforço e mudança.

Nesse sentido, a análise dos conteúdos da assistência social presente na NOB/SUAS (2005 e 2012), que se relacionam com a política de atendimento do ECA (1990), apresentam dimensões que permeiam a ação do Estado, com significativas inflexões junto a crianças, adolescentes e suas famílias, quais sejam:

a) Intervenção normativo-regulatória: presente na elaboração, na execução, no monitoramento e na avaliação da política de assistência social, visando a organização e a manutenção de fluxos de serviços e de padrões de ofertas em todo o território nacional, com ações de planejamento, de mobilização, de articulação e de pactuação entre a União, os estados e os municípios.

A ação do Estado na assistência social a famílias com crianças e adolescentes a partir da dimensão normativo-regulatória, é exercida a partir de um processo de regulação, de normatização, de mobilização e de pactuação entre as esferas de governo, cuja materialização no âmbito da política de atendimento à criança e ao adolescente ocorre com atendimentos setoriais e intersetoriais, na articulação com o sistema de garantias, considerando o desenho institucional da política, os fluxos de trabalho e as ofertas disponibilizadas. Nesse sentido, a ação do estado está centrada na



matricialidade sociofamiliar e no desenvolvimento de um conjunto de ações socioeducativas e psicossociais pelos CRAS e CREAS, em articulação com as suas respectivas redes de proteção social básica e especial que incidem no território.

De modo que o trabalho com essa dimensão apresenta significativos desafios no sentido da proteção integral a crianças e adolescentes, visto que, faz-se necessário definir o financiamento e o aparato técnico-administrativo das ações, visando compreender e trabalhar as diretrizes previstas na política de atendimento do ECA (1990), cuja operacionalização pressupõe não somente conhecer, mais, sobretudo, desenvolver ações protetivas para estes segmentos sociais e suas famílias, que venham a impactar junto às vulnerabilidades sociais, riscos e violações.

Por outro lado, faz-se necessária a compreensão acerca dos direitos e do aparato jurídico-administrativo existente, bem como das novas formas de sociabilidades (relações com os grupos de pertencimento, universo educacional e cultural e relações com o mundo virtual globalizado), a fim de que a atuação estatal possa impactar junto aos riscos sociais nos territórios de vida em que se inserem, visando assegurar, sobretudo, a convivência familiar e comunitária e prevenir a institucionalização.

A ênfase que a PNAS/ SUAS (2005 e 2012) coloca no trabalho de mobilização social dos grupos e das redes de solidariedade na proteção a indivíduos e famílias, apontam significativos desafios no sentido da proteção integral a crianças e adolescentes, aprofundando as lacunas na proteção social não contributiva, exercida por meio da política de assistência social, visto que a prevenção e o enfrentamento das violações aos direitos infanto-juvenis exigem contrapartidas públicas, que devem ser traduzidas por meio de equipamentos e serviços.

b) Intervenção praxiológica: caracterizada por uma *práxis* que compreende olhar a realidade social, diagnosticar, intervir, e, a partir de uma relação dialética, transformá-la. Nessa perspectiva, ao atuar na mediação das demandas sociais, o Estado se depara com situações que exigem uma ação praxiológica na perspectiva trabalhada



por Netto (2009), tendo em vista a dialeticidade e a dinamicidade que a realidade concreta apresenta.

Nesse sentido, a ação do Estado na assistência social a famílias de crianças e adolescentes com direitos violados perpassa um conjunto de procedimentos técnicos e operacionais junto a indivíduos e famílias, no que se refere ao cumprimento à política de atendimento do ECA (1990), em conformidade com as atribuições e competências da política de assistência social. Essa intervenção deve ser materializada, dentre outros, por meio de busca ativa, de acolhida, de estudo social, de atendimentos, de orientações, de acompanhamentos e de encaminhamentos para as políticas públicas e para o sistema de garantia de direitos como um todo.

Essa perspectiva operacional e técnica que perpassa a ação do Estado na assistência social a famílias de crianças e adolescentes com direitos violados apresenta significativos desafios no sentido da identificação e do enfrentamento das vulnerabilidades, riscos e violações aos direitos de crianças e adolescentes, bem como no que se refere à materialização dos conceitos de intersetorialidade e de rede, considerando os contextos de fragmentação, pontualidade e setorização das ações.

c) Intervenção discursivo-relacional: a partir de um caráter técnico e político de mobilização social e de desenvolvimento de metodologias dialógicas junto a indivíduos e famílias, privilegiando o trabalho social na relação com as políticas públicas e com o sistema de garantia de direitos como um todo.

A ação do Estado na assistência social a famílias com crianças e adolescentes a partir da dimensão discursivo-relacional, é exercida a partir de um caráter técnico e político de mobilização social e de metodologias dialógicas, o que também impõe significativos desafios, no sentido de compreender a família em sua heterogeneidade e, a partir de processos de intervenção planejada, contribuir para a redução, dentre outros, das violências e das desigualdades sociais, étnicas, geracionais e de gênero.

A análise aponta uma funcionalidade da ação do Estado na assistência social pautada nas dimensões de regulação, de mediação e de diálogo que perpassam a oferta



de serviços socioassistenciais, o que se coaduna com os interesses capitalistas de administração da questão social, sem, contudo, alterar o modelo socioeconômico vigente, o que aponta para significativos entraves à concretização dos direitos sociais e ao exercício da cidadania.

Conclusão

A análise da trajetória histórica da assistência social no Brasil mostra que a sua emergência e configuração antes do SUAS junto a indivíduos e famílias relaciona-se com ações privadas, assistencialistas, fragmentadas e paternalistas, fundadas na solidariedade, na benesse, no compadrio e no favor.

O estudo mostrou que, no modelo institucional do SUAS, as dimensões de regulação, de mediação e de diálogo perpassam a oferta de serviços socioassistenciais, de forma articulada às políticas públicas e ao sistema de garantia de direitos, tendo como foco o trabalho com a família e o território.

Apesar de complementar e residual no âmbito formal, a realidade concreta tem demandado uma centralidade da assistência social no sistema protetivo, decorrente do agravamento de vulnerabilidades e riscos sociais (drogadição, tráfico de drogas, violências, situações de rua, explorações).

Por outro lado, a falta ou a fragilidade do acesso da família às políticas públicas (saúde, educação, habitação e emprego e renda), favorece a permanência das violações aos direitos de crianças e adolescentes, que, muitas vezes não são atendidas no âmbito do sistema protetivo, fazendo com que a ruptura com esse ciclo de exclusões e vitimizações, seja mais uma meta do que uma concretude, considerando as condições materiais que se apresentam.



Referências

ARANTES, Esther M. M. Rostos de Crianças no Brasil. Instituições. In: PILLOTTI, Francisco e RIZZINI, Irene (org.). **A Arte de Governar Crianças: A História das Políticas Sociais, da Legislação e da Assistência á Infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano del Niño/Editora Universitária Santa Úrsula/Amais, 1995.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição Federal de 1988**, Brasília: Senado Federal, 2015.

_____. Presidência da República. **Lei Orgânica da Assistência Social**, Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Brasília: Senado Federal, 1993.

_____. **Norma Operacional Básica – NOB/SUAS**, aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social pela Resolução nº 130. Brasília: Senado Federal, 2005.

_____. **Norma Operacional Básica – NOB/SUAS**, aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social pela Resolução CNAS nº 33 de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Senado Federal, 2012.

_____. Resolução CNAS nº109, de 11 de novembro de 2009, **Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais**, 2009.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

CONANDA. **Resolução 113 de 19/04/2006**. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2006.

COSTA, Antonio Carlos Gomes. **É possível mudar: a criança, o adolescente e a família na política social do município**, São Paulo: Malheiros, 1993.

LEAL, Luciana de Oliveira. **Liberdade da Criança e do Adolescente**. Rio de Janeiro: Forense, 2001.

LOURENÇO, Nelson. Globalização e insegurança urbana. Sociedade Angolana de Sociologia, **Revista Angolana de Sociologia**, Junho de 2013, n. 11, pp. 11-34.

LIBERATI, Wilson Donizeti. **Direito da Criança e do Adolescente**. São Paulo: Rideel, 2006.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método na teoria social. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABPESS, 2009, p. 667-700.



PRATES, Ângela Maria Moura Costa. Reflexão Sobre os Eixos Estruturantes do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, **Revista Capital Científico**, Eletrônica (RCCe), ISSN 2177-4153, Volume 11 n.2 – Maio/Agosto 2013, Edição Especial IV CONCISA e VIII ENPPEX - UNICENTRO 2012.

ROSANVALLON, Pierre. **A Nova Questão Social**, Brasília: Instituto Teutônio Vilela,1998.

YAZBEK. A Política Social brasileira nos anos 90: Refilantropização da Questão Social. **Cadernos ABONG**, n. 11, 1995.



OS MODELOS PROTETIVOS NA AMÉRICA LATINA E BRASIL E SEUS DESDOBRAMENTOS NA ASSISTÊNCIA SOCIAL À FAMÍLIA COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

THE PROTECTIVE MODELS IN LATIN AMERICA AND BRAZIL AND ITS DEVELOPMENTS IN SOCIAL ASSISTANCE TO THE FAMILY WITH TEENS

Rosilene Marques Sobrinho de França

Professora Assistente I do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí (UFPI); Doutora em Políticas Públicas e Mestre em Políticas Públicas (UFPI); Bacharel em Serviço Social; Graduada em Direito; Licenciada em História; Especialista em Direito e Processo Civil, em Gestão de Cidades e em História do Brasil. Pesquisadora membro do Núcleo de Pesquisa sobre Questão Social e Serviço Social. Área de pesquisa: Assistência Social; Família; Infância; Adolescência e Direitos.

Resumo

A partir de estudo bibliográfico e documental o artigo aborda a proteção social na América Latina e Brasil, contexto em que analisa a assistência social a famílias com crianças e adolescentes. Os resultados mostram que em conformidade com as diretrizes neoliberais, a assistência social vem sendo executada no contexto de reforma do Estado, de ajustes fiscais e de atendimento focalizado nas situações de pobreza e de extrema. No contexto latinoamericano, os países não tem uma boa cobertura protetiva pela via do trabalho e as ações socioassistenciais são pontuais e fragmentadas, conjuntura em que a realidade social tem demandado uma centralidade da assistência social na identificação e no atendimento das vulnerabilidades, riscos e violações a direitos, que muitas vezes ficam sem respostas, diante da fragilidade das ações e das contrapartidas do sistema protetivo como um todo.

Palavras-chave

Assistência Social. Infância. Adolescência

Abstract

From bibliographical study and document the article discusses social protection in Latin America and Brazil, the context in which he analyzes the social assistance to families with children and adolescents. The results show that in accordance with neoliberal policies, social assistance has been executed in the state of reform context, fiscal adjustments and focused attention in situations of poverty and extreme. In the Latin American context, the countries do not have a good protective coverage through work and social assistance actions are isolated and fragmented situation in which social reality has required a centrality of social assistance in identifying and addressing the vulnerabilities, risks and violations of rights, which often remain unanswered, given the fragility of the shares and the protective system counterparts as a whole.

Keywords

Social assistance; Childhood. Adolescence



Introdução

A década de 1990 na América Latina e no Brasil apresenta um panorama de profundas alterações no modelo de política pública em face das diretrizes neoliberais, contexto em que a ação do Estado na assistência social a famílias na prevenção de vulnerabilidades e riscos sociais que afetam crianças e adolescentes, está centrada na oferta de benefícios a partir de programas de transferência de renda, visando reduzir a pobreza e a extrema pobreza.

Considerando que família é uma instituição contraditória, em sua dimensão interna (enquanto sujeito coletivo) e externa (levando em conta as expressões da questão social), e que significativo contingente de famílias latinoamericanas reside num contexto desfavorável, de pobreza e de desigualdade social, compreende-se que faz-se necessária a atuação do Estado por meio de um aparato público que seja capaz de impactar junto às demandas que as condições de vida apresentam.

Em tempos de globalização capitalista, as vulnerabilidades sociais decorrentes das situações de pobreza, de fragilização de vínculos e de precarização do trabalho, afetam notadamente as famílias com crianças e adolescentes, fazendo-se necessária a ação do Estado no sentido da proteção integral a estes segmentos sociais, por meio da garantia dos mínimos sociais, enquanto patamar universal de dignidade e civilidade.

Nesse sentido, o trabalho está dividido em duas partes. A primeira apresenta algumas aproximações acerca da proteção social no contexto latinoamericano e no Brasil pós ajuste neoliberal, e, a segunda, aborda a ação do Estado na assistência social a crianças e adolescentes no contexto brasileiro na perspectiva do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), visando apreender as perspectivas e limites da ação do Estado junto à família, à infância e à adolescência.

Desse modo, a partir de estudo bibliográfico e documental, tendo como base o método dialético, o artigo aborda a proteção social na América Latina e Brasil, objetivando examinar a assistência social a famílias com crianças e adolescentes. Os



resultados mostram que, na América Latina, os países não tem uma boa cobertura protetiva pela via do trabalho e as ações socioassistenciais são pontuais e fragmentadas, contexto em que a realidade social tem demandado uma centralidade da assistência social na identificação e no atendimento das vulnerabilidades, riscos e violações a direitos, que muitas vezes ficam sem respostas, diante da fragilidade das ações e contrapartidas do sistema protetivo como um todo.

A proteção social no contexto latinoamericano e no Brasil pós ajuste neoliberal

De acordo com estudos realizados antes do ajuste neoliberal, Mesa-Lago (2006, p. 19) mostram que a América Latina organizou programas de seguro social antes de outros países em desenvolvimento da África, da Ásia e do Oriente Médio, visto que, ao final da década de 1970, “todos os países da região tinham tais programas em vigor, mas com diferenças importantes entre eles”.

De modo geral, a assistência social executada pelo Estado na América Latina teve um desenvolvimento tardio, visto que historicamente era desenvolvida pela igreja e pela sociedade civil, com ações estatais mais centradas nas ações de saúde e de previdência social (com a oferta de aposentadorias e pensões).

Pós ajuste neoliberal, as análises de Franzone (2007) e de Andrade (2009) mostram que as políticas sociais na América Latina se organizaram a partir de três tipos de regimes de bem estar social. O primeiro, denominado estatal produtivista, no qual a ação do Estado está voltada, sobretudo, para a garantia da regularidade do funcionamento do mercado, o segundo, Estatal protecionista, no qual a ação do Estado por meio da política social na provisão do bem estar social é maior do que em países do regime produtivista e o terceiro, Informal Familista, com baixo nível de cobertura, colocando para as famílias significativa responsabilidade na provisão do bem estar de seus membros.

Apesar de suas nuances e especificidades socioterritoriais, os países latinoamericanos apresentam em comum um enfoque socioassistencial pautado em



programas transferência de renda, cuja matriz teórica coaduna-se com as diretrizes liberais/ residuais, fundamentada, dentre outros, em Friedman (2007), defensor do liberalismo econômico, que, ao tratar o problema da pobreza, defendeu o repasse de uma renda mínima, que funcionaria como um imposto de renda negativo, e, que, seria mais eficiente do que os subsídios concedidos pelos governos, visto que os recursos são dirigidos diretamente para os mais pobres, “em vez de se espalharem por diversos segmentos sociais que nem sempre deles necessitam – como ocorre com preços subsidiados” (DULCE, 2009, p. 4).

Dentre os principais programas de transferência de renda desenvolvidos na América Latina, podem ser destacados os seguintes:

Programa de Auxílio à Família (PRAF) em Honduras (1990) e o Programa de Educação, Saúde e Alimentação (Progresa), no México (1997); Bono Solidario – Equador (1998), Rede de Protección Social (2000) – Nicarágua; Superémonos (2000) – Costa Rica; Família en Acción (2001) – Colômbia; Bolsa Escola (2001) e Bolsa Família (2003) – Brasil; Jefes de Hogar (2002) – Argentina; Chile Solidário (2002) – Chile (STEIN, 2005, p. 271, apud BOSCHETTI, 2007, p. 97).

No Chile, a assistência social às famílias de crianças e adolescentes ocorre por meio do Programa Chile Solidário, com a oferta de benefícios com transferência de renda por certo período de tempo a pessoas em extrema pobreza, com “subsídios mensais a mulheres provedoras de famílias carentes, tendo como componente a Pensión Asistencial de Ancianidad, que é uma bolsa incondicional”, fornecida a “pessoas idosas cuja renda mensal familiar per capita seja inferior a 1/2 salário mínimo” (CENTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PARA O CRESCIMENTO INCLUSIVO, 2012, p. 01).

Na Argentina, a atuação do Estado por meio da assistência social a famílias de crianças e adolescentes ocorre, principalmente, por meio do “programa *Jefas y Jefes de Hogar Desempleados*, criado pelo Decreto 565/2002, com oferta de benefício socioassistencial a homens ou mulheres chefes de família que tenham filhos menores de 18 anos” ou, ainda com “deficiência de qualquer idade”, beneficiando também “chefes



de família cujo cônjuge, companheira, concubina ou co-habitante esteja grávida, com a oferta de um valor mensal de 150 pesos argentinos”, com perfil para “recebimento de bolsas de estudo ou transferências de outros programas sociais, atendendo a aproximadamente 1,5 milhões de beneficiários em 2005” (CENTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PARA O CRESCIMENTO INCLUSIVO, 2012, p. 01).

Na Argentina aproximadamente “dois milhões de meninos e meninas com menos de 15 anos são obrigados a trabalhar e mais da metade (58,2%) dos adolescentes de 13 a 17 anos que trabalham não freqüentam a escola”. Ademais, do total de “600 mil nascimentos registrados anualmente na Argentina, um em cada seis corresponde a mulheres com idades entre 15 e 19 anos” (UNICEF, 2005, p. 24).

O modelo estatal protecionista desenvolvido no Brasil, no Uruguai, na Costa Rica e no México se caracteriza pela ação do Estado na provisão do acesso aos serviços e às políticas sociais, contexto em que a provisão estatal por meio da política social é maior do que em países do regime produtivista.

O modelo estatal familista implantado nos diversos países latinoamericanos caracteriza-se pelo baixo nível de cobertura do bem estar social e alto grau de desproteção social, sendo que as poucas políticas sociais são bastante frágeis, em relação aos gastos públicos e aos resultados apresentados.

Na Bolívia, ocorre a “maior taxa de mortalidade materna na América Latina e Caribe. Morrem por dia duas mulheres por complicações ao longo da gravidez, durante ou depois do parto e por aborto induzido”. Sendo que mais de “100 mil crianças em idade escolar não tem acesso à educação, a maioria é adolescente de 13 anos (34.028) e a minoria, crianças de nove anos (7.221)” (ANDI REDE AMÉRICA LATINA apud BARROS, 2005, p. 19-20).

No contexto do capitalismo e de ajustes neoliberais, a Colômbia ocupou os primeiros postos na América Latina em violência infantil, com “alta taxa de mortalidade materna, com 71,4 óbitos para cada grupo de 100 mil nascimentos” e mais de “um milhão de crianças e adolescentes com idade entre 5 e 17 anos trabalham”, sendo que a “média



de estudo da população infanto-juvenil continua precária, de 3,7 anos para as meninas e de 3,8 entre os meninos” (ANDI REDE AMÉRICA LATINA apud BARROS, 2005, p. 20).

Na Guatemala, as crianças indígenas são as mais prejudicadas, visto “67% dos meninos e meninas sofrem de desnutrição crônica” e a “mortalidade infantil entre os indígenas é de 46 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto a média nacional é de 40 por mil” (ANDI REDE AMÉRICA LATINA apud BARROS, 2005, p. 21).

A Nicarágua é o “terceiro país mais pobre das Américas”, com a incidência de violações em significativa parcela dos segmentos infanto-juvenis, considerando que “53% de sua população de 5,1 milhões de habitantes é composta por menores de 18 anos” e mais de “167 mil crianças e adolescentes trabalham”. Nesse contexto, “uma de cada três crianças sofre de desnutrição crônica”, com elevada incidência de “mortalidade materna, com 150 mortes a cada grupo de 100 mil nascimentos” (ANDI REDE AMÉRICA LATINA apud BARROS, 2005, p. 21).

No Peru, existem elevados “índices de desemprego e de pobreza”, sendo que os “segmentos mais vulneráveis são as crianças e os adolescentes”, considerando o grande contingente que vive em situações de precariedade. Nesse sentido, “dos 3,8 milhões de pessoas vivendo em extrema pobreza, criança e adolescente são 2,1 milhões” (ANDI REDE AMÉRICA LATINA apud BARROS, 2005, p. 21).

Apesar do panorama supracitado, diferentemente dos países europeus, com o acatamento das diretrizes neoliberais a partir da década de 1990, antes mesmo de consolidar seus sistemas de proteção social, ocorreu um encolhimento do Estado e de sua ação no âmbito das políticas sociais no contexto latinoamericano, atribuindo-se significativa ênfase à família na proteção a seus membros. Nesse contexto, observa-se a presença de entraves à materialização dos direitos e à construção e exercício da cidadania, em face do acirramento da questão social e da fragilidade da ação do Estado junto aos segmentos sociais vulnerabilizados.



A assistência social a famílias com crianças e adolescentes no Brasil

A trajetória da assistência social à família, à infância e à adolescência no Brasil perpassa fases que vão do assistencialismo ao direito, podendo-se destacar, de acordo com Alves (2001), os seguintes períodos: a) o assistencial caritativo (1554-1874), com a atuação das Santas Casas de Misericórdia; b) o filantrópico-higienista (1874-1924), com alteração no panorama social brasileiro no contexto da abolição da escravatura, imigração, industrialização e progressiva urbanização; c) o assistencial (1924-1964), no qual a infância era relegada a um segundo plano; d) o institucional (1964-1988), com o desenvolvimento de ações voltadas para a institucionalização de crianças e adolescentes; e) fase da desinstitucionalização, a partir da Constituição Federal de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente.

A trajetória da assistência social no Brasil caracterizou-se inicialmente pela caridade aos pobres, aos doentes e aos incapazes, evoluindo para as ações filantrópicas, pautadas na disciplina e no aconselhamento, com significativas inflexões advindas da ação do Estado desenvolvimentista a partir de 1930, que criou as bases sociopolíticas necessárias ao desenvolvimento do capitalismo, com crescente processo de urbanização e da industrialização, contexto em que a ação do Estado na assistência social, em conformidade com Yazbek (1995) caracterizava-se como eventual, fragmentada, clientelista e assistencialista, pautada na liberalidade, na benesse e no favor.

A emergência da assistência social com a presença da ação estatal encontrou espaço de discussão no Brasil após a década de 1930, entretanto não rompeu com a natureza da exclusão social, pois o sistema de proteção social implementado estava subordinado às instituições políticas e econômicas nacionais, fundamentados em instrumentos estatais repressores e paternalistas.

Nas políticas sociais brasileiras do período ditatorial a pobreza enquanto expressão da questão social era tratada e problematizada por intermédio da vigilância e



da repressão, cujas defesas foram perdendo espaço com a modificação do contexto político e econômico da primeira metade da década de 1980, quando ocorreu uma mobilização em torno da questão social e seu ingresso na agenda pública (DI GIOVANNI, 1998).

A Constituição Federal de 1988 representou a culminância dos interesses da sociedade civil no sentido da construção de um Estado democrático de direito, que levasse em conta o enfrentamento da questão social brasileira, trazendo em seu bojo as diretrizes para a implementação de um sistema de proteção e seguridade social, baseada no tripé previdência social, saúde e assistência social a partir de ações pautadas na integração e participação. Nesse contexto, a lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) dispõe sobre a organização da assistência social, enquanto direito do cidadão e dever do Estado, colocando-a na condição de política pública que tem como foco de ação a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice.

O principal programa de transferência de renda no Brasil é o Bolsa Família, cuja operacionalização ocorre no contexto do Sistema Único da Assistência Social. Desse modo, no formato do SUAS a partir de 2005, a assistência social enquanto política social referencia as ações voltadas para os segmentos e grupos sociais vulneráveis em decorrência de pobreza, fragilizações de vínculos, precarizações e violências, que são, na verdade, expressões da questão social e desigualdades estruturais do sistema capitalista.

Nessa perspectiva, o papel da assistência social consiste em promover, sobretudo, as relações sociais potencializadoras do acesso a direitos e a bens socialmente construídos, sendo, necessariamente uma política intersetorial com estreita relação com as políticas públicas de saúde, de educação, de habitação e de geração de emprego e renda.

Após a Constituição Federal de 1988, em tempos de ajustes neoliberais, a política de assistência social tem sido executada numa conjuntura de vulnerabilidades e riscos sociais, que tem sobrecarregado a família com crianças e adolescentes, diante da fragilidade da oferta de serviços públicos.



No Brasil, a PNAS (2004) e o SUAS (2005) apresentam uma concepção de família a partir de uma visão descritiva e analítica da realidade social, por meio da qual são evidenciados os limites da ação do Estado, sendo os conceitos de vulnerabilidade, de risco e de violação de direitos apresentados como delimitadores da ação estatal, numa perspectiva de mediação com as políticas públicas e de diálogo com a família, considerando os níveis de desenvolvimento, de fragilização ou de ruptura da convivência familiar e comunitária.

Nesse sentido, os conteúdos das categorias, Estado, direito, família, infância e adolescência apresentam um caráter funcionalista, com centralidade nos serviços socioassistenciais de Proteção Social Básica – visando à prevenção do agravamento das situações de vulnerabilidade social -, e de Proteção Social Especial - para o atendimento às situações de risco e violações de direitos.

De modo que se observa a fragilidade das ações e das insuficiências das ofertas de serviços socioassistenciais e das políticas públicas no contexto brasileiro, o que dificulta sobremaneira a proteção integral a crianças e adolescentes.

Em conformidade com Fontenele (2007, p. 02), a fragilidade da política social coloca “dois pontos para discussão: primeiro a questão da família como usuária de serviços, como sujeito de direitos (ou objeto de ação estatal) e depois a família na perspectiva da responsabilização pela proteção social, numa espécie de Welfare Family”, com apoio aos grupos familiares e a utilização da mediação, como “instrumento apaziguador de conflitos resultantes de carências precariamente ou parcialmente atendidas pelo Estado”.

Assim, apesar das ações protetivas terem avançados em seus formatos normativos e institucionais, a materialização dos direitos de crianças e adolescentes ainda carece de uma abordagem mais ampliada da questão social e da multiplicidade dos problemas que ela efetivamente apresenta (situações de pobreza, situações de rua, trabalho infantil, violências, exclusões, dentre outros), considerando a questão social no



contexto das contradições do sistema capitalista na era da globalização em vigor (GUEIROS, 2002).

Desse modo, para a garantia da proteção integral a crianças e adolescentes faz-se necessário superar as estratégias conservadoras, alterando a lógica da atuação estatal pautada no desenvolvimento de ações públicas de administração da pobreza e das exclusões sociais, para a lógica da promoção e desenvolvimento de ações que favoreçam a materialização dos direitos dos diversos segmentos, sobretudo, das crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos e pessoas em desenvolvimento, conforme preconiza a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Conclusão

No contexto latinoamericano, os países não tem uma boa cobertura protetiva pela via do trabalho e as ações socioassistenciais são pontuais e fragmentadas, sofrendo significativos influxos das diretrizes neoliberais, sobretudo, a partir da década de 1990, mesmo antes da consolidação de seus sistemas protetivos, conjuntura em que a ação do Estado tem oscilado numa escala em que pode ser observado um maior grau de familiarização, quando existe pouca atuação do Estado na provisão da proteção social e processos de desfamiliarização, com maior cobertura do poder público a riscos sociais.

Nesse sentido, o estudo mostrou que a proteção integral a crianças e adolescentes ainda é um desafio, principalmente, para as famílias de baixa renda, constituídas por mulheres provedoras, que se apresentam como grupos sociais com maiores índices de exclusão, o que remete à necessidade de uma maior cobertura do poder público, diante das especificidades que os referidos grupos apresentam.

Em conformidade com as diretrizes neoliberais, sobretudo, na década de 1990, a assistência social vem sendo executada no contexto de reforma do Estado, de ajustes fiscais e de atendimento focalizado nas situações de pobreza e extrema, apresentando, porém, limitações no que se refere à redução das desigualdades sociais.



Nos países europeus em que vigoram sistemas protetivos mais consolidados, a assistência social apresenta-se complementar e residual. Contudo, em países latinoamericanos, a exemplo do Brasil, caracterizados pela presença de um capitalismo tardio, a realidade social tem demandado uma centralidade da assistência social na identificação e no atendimento das vulnerabilidades, riscos e violações a direitos, que muitas vezes ficam sem respostas, diante da fragilidade das ações, que, por sua vez, não encontram contrapartidas no sistema protetivo como um todo.

Referências

ALVES, Emeli Silva. Infância e Juventude: Um breve olhar sobre as Políticas Públicas no Brasil. **Revista Linhas**, Programa de Pós-Graduação em Educação, v. 2, n. 1, 2001.

ANDRADE. Fabrício Fontes. **Desfamiliarização das políticas sociais na América Latina: uma breve análise dos sistemas de proteção social na região**. Barbarói. Santa Cruz do Sul, n. 31, ago./dez. 2009.

BARROS. Nívea Valença. Reflexões sobre a Infância e Juventude na América Latina, In: **Direitos humanos e cidadania: textos sobre crianças e adolescentes**, BARROS, Nívea Valença (Org.), Niterói: PROEX: UFF, 2005

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social na América Latina após o dilúvio neoliberal**. Observatório da Cidadania, 2007. Disponível em http://www.socialwatch.org/sites/default/files/pdf/en/panorbrasileiroc2007_bra.pdf. Acesso em 08 de setembro de 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição Federal de 1988**, Brasília: Senado Federal, 2015.

_____. Presidência da República. **Lei Orgânica da Assistência Social**, Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Brasília: Senado Federal, 1993.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: MDS, 2004.

_____. **Norma Operacional Básica – NOB/SUAS**, aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social pela Resolução nº 130. Brasília: Senado Federal, 2005.



CENTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PARA O CRESCIMENTO INCLUSIVO. **Programas de Transferência de Renda na América Latina e no Caribe.** Disponível em <http://www.ipc-undp.org/PagePortb.do?id=164&active=3>. Acesso em 03 de agosto de 2012.

DI GIOVANNI, Geraldo. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, Marco A. de. (org.) **Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil.** Campinas-SP: Unicamp-IE, 1998.

DULCE, Otávio Soares. Transferência de renda e política social: modelos e trajetórias institucionais na América Latina, **33º Encontro da ANPOCS**, Caxambu, MG, 26 a 30 de outubro de 2009.

FONTENELE, I. C. **O controle da pobreza na ordem do capital:** a centralidade da assistência social no Brasil do ajuste neoliberal. Tese de Doutorado em Políticas Públicas. São Luís: UFMA, 2007

FRANZONE, Juliana Martinez. **Regímenes Del Bienestar em America Latina.** Madri: Fundacion Carolina, 2007.

FRIEDMAN, Milton. **Capitalismo e liberdade.** São Paulo: Nova Cultural, 2ª ed. 1985.

GUEIROS, Dalva Azevedo. **Família e proteção social:** questões atuais e limites da solidariedade familiar. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, ano 21, n. 71, p. 103-121, set. 2002.

MESA-LAGO, Carmelo. **As reformas de previdência na América Latina e seus impactos nos princípios de seguridade social.** tradução da Secretaria de Políticas de Previdência Social, Brasília: Ministério da Previdência Social, 2006.

SCHREINER, Gabriela. **O impacto da globalização nas relações de gênero dentro das famílias,** 2009. <http://www.fnf.org.br/wp-content/uploads/2009/08/O-impacto-da-globalizacao-nas-relacoes-de-genero-dentro-das-familias.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2015.

UNICEF. **Situação das crianças e dos adolescentes na tríplice fronteira entre Argentina, Brasil e Paraguai:** desafios e recomendações. Itaipu Binacional: UNICEF, 2005. Disponível em http://www.crianca.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/idade_penal/sitantrifron.pdf. Acesso em 23 de setembro de 2012.

YAZBEK. A Política Social brasileira nos anos 90: Refilantropização da Questão Social. **Cadernos ABONG**, n. 11, 1995.



TRANSFERÊNCIA DE RENDA: os avanços e retrocessos do Programa Bolsa Família no âmbito do CRAS Cafeteira de Imperatriz – MA

INCOME TRANSFER: the progress and setbacks of the Bolsa Família Program under the CRAS Coffee Imperatriz - MA

Crisleide do Socorro Nascimento Souza
Sandra de Sousa Magalhães

Graduandas do 5º período do curso de Serviço Social – IESMA/UNISULMA

Dr. Jaílson de Macedo Sousa
Prof. Adjunto I – CESI/UEMA.

Resumo

O presente estudo aborda a temática dos Programas de Transferência de Renda no Brasil, de modo particular, na realidade maranhense. Estes programas são de grande relevância no interior das políticas de assistência social. No Brasil, eles são entendidos como estratégias elaboradas pelo governo federal com objetivo de combater a fome, a pobreza e com perspectivas de inclusão social. Esta pesquisa surgiu do interesse em aliar a teoria à prática, proposta essa, originada no estudo das disciplinas de Realidade Regional e Pesquisa em Serviço Social I. O objetivo central deste estudo se pauta nas possibilidades de compreensão de todo o processo desde a criação e implementação dos Programas de Transferência de Renda, em especial, o Programa Bolsa Família, tendo em vista que o profissional de Serviço Social atua no âmbito dessas políticas de assistência social. Vale destacar que esta pesquisa ainda está em andamento, ou seja, os resultados obtidos são parciais.

Palavras-chave

Transferência de Renda. Programa Bolsa Família. Inclusão Social. Imperatriz-MA.

Abstract

This study addresses the issue of Income Transfer Programs in Brazil, particularly in Maranhão reality. These programs are of great importance within the social welfare policies. In Brazil, they are seen as strategies developed by the federal government in order to fight hunger, poverty and social inclusion perspectives. This research came from the interest in combining theory with practice, this proposal originated in the study of subjects Regional Reality and Research in Social Work I. The main objective of this study is guided in the possibilities of understanding of the whole process from the creation and implementation the income transfer programs, in particular the Bolsa Familia program, considering that professional Social Service operates under such social. It is worth noting that this research is still in progress, ie the results are partial.

Keywords

Cash Transfer. Family Grant program. Social inclusion. Imperatriz-MA.



Introdução

No Brasil, os programas de Transferência de Renda elaborados e executados pelo governo federal são entendidos como estratégias essenciais de combate à fome e à pobreza, uma vez que estes objetivam a inclusão social. Ao considerar a importância e os significados destes programas é que levantamos alguns dos questionamentos que serviram de referência e motivação à problematização deste estudo. São eles:

Quais são as características do Programa de Transferência de Renda no contexto das políticas sociais? Quais são os avanços e retrocessos apresentados pelo Programa de Transferência de Renda Bolsa Família? O Programa Bolsa Família se apresenta como promotor de erradicação da pobreza e inclusão social no CRAS Cafeteira de Imperatriz – MA? Como ocorre a sua funcionalidade?

Os Programas de Transferência de Renda representam uma forma concreta de erradicação da miséria no Brasil. Associada às indagações antes expostas é que levantamos os principais objetivos deste estudo, no qual, busca compreender os antecedentes históricos, a funcionalidade do Programa Bolsa Família e a implementação dessa política na promoção de inclusão social junto aos beneficiários atendidos no CRAS Cafeteira de Imperatriz – MA.

A realização deste estudo se pautou na adoção de uma metodologia condizente com a realidade social investigada. Por se tratar de uma pesquisa que visa investigar aspectos desta realidade, adotamos como base teórica a abordagem marxista com enfoque no método dialético. Para Triviños (2006, p.53), esta abordagem consiste “em estudar os fenômenos concretos existentes no contexto espacial, bem como as suas contradições”. Gil (2007, p. 32) ressalta que por meio da dialética é possível “uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais”. Por isso, entendemos que a sociedade não



pode ser estudada como algo estático e sim como uma construção contínua dentro de um processo histórico, político, econômico e cultural.

Ao tratar das políticas sociais, Behring e Boschetti (2008, p. 39), reforçam o entendimento de que elas “não podem ser analisadas somente a partir de sua expressão imediata como fato social isolado. Ao contrário, devem ser situadas como expressão contraditória da realidade, que é a unidade dialética do fenômeno e da essência”. Assim, desenvolvemos uma pesquisa de natureza qualitativa que, de acordo com Marconi e Lakatos (2008, p. 269), “no método qualitativo as amostras são reduzidas, os dados são analisados em seu conteúdo psicossocial”. A adoção destes instrumentos se mostrou como essencial para entender a complexidade do fenômeno estudado.

No que tange às técnicas de pesquisa adotadas neste estudo, destacamos a adoção da observação simples. Segundo Marconi e Lakatos (2008, p. 275) esta é definida como “uma técnica de coleta de dados para conseguir informações utilizando sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade”. Pretendemos não somente ver ou ouvir, o intuito é colher o maior número de informações possíveis para o estudo desejado. Gil (2008, p. 102) ressalta que a observação simples é “bem mais adequada aos estudos qualitativos, sobretudo, àqueles de caráter exploratório”.

Utilizamos ainda nesta investigação a pesquisa de natureza bibliográfica elaborada a partir de materiais bibliográficos que tratam da temática que envolve os programas de transferência de renda. Conforme Marconi e Lakatos (2010, p. 166) esta modalidade de pesquisa visa “colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto. [...] Propiciando o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras”. Adotamos ainda a entrevista como a técnica para a coleta de dados por meio da pesquisa de campo. Segundo Gil (2008, p. 109), esta é definida como “a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação”.



Como a pesquisa ainda está em andamento, o roteiro de indagações, ou seja, das entrevistas foi elaborado para a Assistente Social e para apenas 10 (dez) beneficiários do PBF na região de atuação do CRAS Cafeteira de Imperatriz – MA.

A trajetória histórica dos programas de transferência de renda no Brasil

Não há um período específico que delimite o surgimento das políticas sociais no Brasil. No entanto, no decurso do processo histórico, suas origens estão associadas às lutas de classes sociais ocorridas no contexto de ascensão do modo de produção capitalista com a Revolução Industrial e das iniciativas conduzidas pelo Estado através da elaboração de medidas interventivas e de controle social. Conforme Behring e Boschetti (2008):

O surgimento das políticas sociais foi gradual e diferenciado entre os países, dependendo dos movimentos de organização social e pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas, das correlações e composições de força no âmbito do Estado. (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 64).

No Brasil, especificamente no período compreendido entre os anos de 1930 e 1943 surgiram as primeiras iniciativas de desenvolvimento de um sistema voltado para a proteção social. Isso ocorreu em decorrência das mudanças sociais projetadas pela transição do modelo de produção agroexportador para o urbano-industrial, tendo como consequências grandes impactos sociais. Silva, Yazbek e Giovanni (2008), nessa direção ressaltam que no Brasil:

O Estado mesmo priorizando o mercado, se constitui também numa fonte de solidariedade social, assumindo o papel de promotor da comunidade de interesses e de responsável pela promoção do bem-estar social. Nesse contexto, o padrão de cidadania desenvolvido tinha por base o mercado de trabalho, rigidamente controlado pelo Estado. (SILVA; YAZBEK; GIOVANNI, 2008, p. 26).



A partir de então, surgiram os programas voltados para transferência de renda por parte do Estado na tentativa de controle e diminuição das desigualdades sociais presentes no país. Elaborados pelo governo federal, os Programas de Transferência de Renda, são entendidos como estratégias de combate à fome e à pobreza com objetivo de promover a inclusão social. De acordo com Silva *et al* (2008), a transferência de renda é concebida:

Como uma transferência monetária direta a indivíduos ou a famílias. No caso brasileiro, a ideia central dos Programas de Transferência de Renda é proceder a uma articulação entre transferência monetária e políticas educacionais, de saúde e de trabalho, direcionadas a crianças, jovens e adultos de famílias pobres. (SILVA; *et al*, 2008, p. 24).

No ano de 1991, esses Programas passaram a compor a agenda pública brasileira ao serem discutidos no âmbito do sistema de proteção social. A partir de então, o senador Eduardo Suplicy, apresentou no Senado Federal o Projeto de Lei nº 80/1991, propondo o Programa de Renda Mínima. Segundo Silva, Yazbek e Giovanni (2008, p. 17), esse programa era “destinado aos brasileiros residentes no país, maiores de 25 anos de idade que auferissem uma renda que correspondesse a cerca de três salários mínimos nos valores de 2007”.

Até 2003, a “Rede de Proteção Social”, conforme Silva *et al* (2008), no âmbito do governo de Fernando Henrique Cardoso, foi constituída pelos programas do Ministério de Assistência Social, sendo eles: Benefício de Prestação Continuada (BPC); Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e Programa Agente Jovem de Desenvolvimento Humano Social. Ministério de Educação com o Bolsa Escola. Ministério da Saúde com o Programa Bolsa Alimentação. Ministério Minas e Energia com o Auxílio Gás e do Cartão Alimentação do então Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar, incorporado em 2004 pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (SILVA *et al*, 2008).

Esses programas foram implementados respectivamente pelos seus Ministérios e possuíam características semelhantes e o mesmo objetivo, pautados na melhoria da



qualidade de vida e promoção da cidadania. Assim, com esse conjunto desarticulado de Programas de Transferência de Renda surgiu a necessidade de unificação que teve início com “a criação do Bolsa Família, idealizado em 2003 e institucionalizado pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004”. (SILVA; *et al*, 2008, p. 33). Nesse sentido, Sousa *et al* (2012) ressaltam que foi:

No período de transição do governo de Fernando Henrique Cardoso para o governo de Luís Inácio Lula da Silva (2002-2003), após a realização de estudos sistemáticos, constatou-se a necessidade de unificação de alguns Programas de Transferência de Renda, uma vez que a diversidade de programas descentralizados resultava nos altos custos operacionais e impedia a eficiência da ação. (SOUSA; *et al*, 2012, p. 86).

Assim sendo, diante dessa proposta de unificação surgiu o Programa Bolsa Família. Nesse estudo apresentaremos na seção que segue as principais características, finalidades e a funcionalidade do Programa Bolsa Família no município de Imperatriz, estado do Maranhão. Nos preocupamos em indagar os reais significados deste programa na vida dos usuários no âmbito do Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, no bairro Cafeteira do município de Imperatriz – MA.

O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: características e finalidades na realidade brasileira

O Programa Bolsa Família surgiu da necessidade de integrar os vários Programas de Transferência de Renda que possuíam características semelhantes, com vistas de reduzir custos e torná-lo mais eficiente em sua execução. Para Sousa *et al* (2012, p. 87) os programas que foram unificados são: “o Bolsa Escola, o Auxílio Gás, o Bolsa Alimentação e o Cartão Alimentação”. Segundo Silva *et al* (2008, p. 34), o Programa Bolsa Família “foi criado pela Medida Provisória nº 132, de 20 de outubro de 2003, transformada na Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004”.



O PBF, de acordo com Brasil (2015), apresenta três eixos principais. São eles:

a) **Complemento da renda** - todos os meses, as famílias atendidas pelo Programa recebem um benefício em dinheiro, que é transferido diretamente pelo governo federal. Esse eixo garante o alívio mais imediato da pobreza. b) **Acesso a direitos** - as famílias devem cumprir alguns compromissos (condicionalidades), que têm como objetivo reforçar o acesso à educação, à saúde e à assistência social. Esse eixo oferece condições para as futuras gerações quebrarem o ciclo da pobreza, graças a melhores oportunidades de inclusão social. c) **Articulação com outras ações** - o Bolsa Família tem capacidade de integrar e articular várias políticas sociais a fim de estimular o desenvolvimento das famílias, contribuindo para elas superarem a situação de vulnerabilidade e de pobreza. (BRASIL, 2015, p. 1).

A inclusão das famílias no Programa Bolsa Família é realizada mediante o registro no Cadastro Único, regulamentado através do Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007. Esse cadastro, conforme Brasil (2015, p. 1) “é um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda, permitindo que o governo conheça melhor a realidade socioeconômica dessa população”. Ao se cadastrarem as famílias informam a identificação de cada pessoa que compõe o ambiente familiar, escolaridade, situação de trabalho e renda.

O Governo Federal reajusta o valor do benefício recebido pelas famílias beneficiárias de acordo com o valor do salário mínimo vigente a cada ano. Portanto, em 2015, quem tem direito ao benefício Bolsa Família, segundo Brasil (2015), são as famílias que:

Têm renda per capita inferior à R\$77 por mês e as famílias pobres, que têm a renda per capita entre R\$ 77,01 a R\$ 154,00 por mês, e que tenham em sua composição gestantes, nutrizes (mãe que amamenta), crianças ou adolescentes entre 0 e 17 anos. (BRASIL, 2015, p. 2).

O PBF apresenta algumas condicionalidades que devem ser cumpridas para que as famílias possam continuar recebendo o benefício. Essas condicionalidades são na área de educação e saúde. Segundo Brasil (2015, p.1), os beneficiários devem, dentre outras,



“matricular as crianças e adolescentes de 6 a 15 anos em estabelecimento regular de ensino e garantir a frequência escolar de no mínimo 85% da carga horária mensal do ano letivo”. Ainda de acordo com Brasil (2015, p. 1) deve haver o “acompanhamento nutricional conforme calendário mínimo do Ministério da Saúde”.

Após reconhecer estes elementos essenciais que envolvem a trajetória sócio histórica dos Programas de Transferência de Renda no Brasil, no tópico a seguir, serão apresentados os resultados obtidos através da realização do trabalho de campo.

Dinâmica e funcionalidade do programa bolsa família no município de Imperatriz-MA

A pesquisa de campo foi realizada no mês de novembro do ano de 2015. Tendo como objetivo compreender a funcionalidade do Programa Bolsa Família e a implementação dessa política na promoção de inclusão social junto aos beneficiários atendidos no CRAS do bairro Cafeteira de Imperatriz – MA. Os resultados obtidos estão estruturados em dois blocos principais, ambos divididos em duas partes. A primeira parte de cada bloco voltou-se para os beneficiários e a segunda parte para a Assistente Social.

Apresentamos, neste primeiro bloco a primeira parte que trata dos questionamentos que foram direcionados para os beneficiários do PBF. São os seguintes: Há quanto tempo você participa do Programa Bolsa Família? Como você entrou no PBF?O que levou você/família a ingressar no programa?Quantas pessoas da sua família estão participando do Programa Bolsa Família? Já entraram ou saíram mais pessoas? Explique.

Dos dez representantes das famílias entrevistadas, 8 (oito) informaram que participam do Programa Bolsa Família a mais de três anos e apenas 2 (dois) participam entre 1 a 3 anos.

Primeiramente a necessidade, quando me falaram desse programa; cuidei logo, pois quando fui aprovada, fiquei super-feliz. Esse dinheiro chegou na hora certa. (Entrevista realizada com Beneficiário nº 5, em novembro de 2015).

São 6 pessoas, entraram e estão até hoje. (Entrevista realizada com Beneficiário nº 9, em novembro de 2015).



Ainda neste primeiro bloco apresentamos a segunda parte dos questionamentos que foram direcionados para a Assistente Social. São estes:

Descreva de forma sucinta como se dá o exercício profissional do Assistente Social no âmbito do Centro de Referência de Assistência Social - CRAS Cafeteira de Imperatriz – MA. Que programas sociais são desenvolvidos no CRAS Cafeteira?

Qual o perfil dos beneficiários e os pré-requisitos estabelecidos pelo Programa Bolsa Família no CRAS Cafeteira?

O trabalho do Assistente Social no CRAS se dá por meio do PAIF – Programa de Atenção Integral a Família. Desta forma o Assistente Social trabalha com acompanhamento familiar, dentre outras demandas como: orientação, encaminhamento, visitas etc. Dentro de todos os CRAS como citado anteriormente, trabalhamos com o PAIF. Aqui desenvolve-se oficinas com famílias, curso para geração de renda, SCFV – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, para crianças e adolescentes. As famílias do B.F. têm que estar cadastradas no CAD-UNICO e ter renda per capita de até R\$ 154,00 por pessoa, esse é o requisito básico. (Adriana Tavares Oliveira - Assistente Social do CRAS Cafeteira. Entrevista realizada em novembro de 2015).

Nesse primeiro bloco principal são apresentados elementos que merecem a nossa interpretação. Desses elementos destacamos que a maioria (80% dos entrevistados) participam do programa a mais de três anos. Este fato pode até significar que estas famílias não conseguiram sua emancipação financeira, uma vez que estão a tanto tempo na condição de beneficiárias. Trazemos, ainda, os resultados da entrevista com a Assistente Social do CRAS Cafeteira, na qual é enfatizado que o trabalho do Assistente Social se dá com o acompanhamento familiar, além de outras demandas como encaminhamento e visitas. Ela ressalta que a equipe trabalha com o PAIF. Desta forma são realizados cursos de geração de renda para que as famílias possam alcançar emancipação financeira.

A seguir serão apresentados os resultados do segundo bloco principal. Na primeira parte deste bloco apresentamos os questionamentos direcionados para os beneficiários do Programa Bolsa Família. São questionados da seguinte forma: Quais são os benefícios que o PBF tem trazido para sua família? Você identificaria algum ponto negativo? Justifique. Você e sua família participam das atividades propostas pelo PBF, tais como



reuniões, palestras e cursos difundidos no CRAS Cafeteira? Comente. De acordo com seu entendimento, qual a importância do Programa Bolsa Família para a sua vida e da sua família? Por quê?

Traz uma grande ajuda, pois compro remédio, roupas, o gás etc. que faltam. (Entrevista realizada com Beneficiário nº 3, em novembro de 2015).

Sim, pois gostaria que aumentasse um pouco mais o valor. (Entrevista realizada com Beneficiário nº 2, em novembro de 2015).

Não, não interessa. (Entrevista realizada com Beneficiário nº 7, em novembro de 2015).

Nossa pra mim é muito importante, pois quando recebi a primeira vez estava faltando o que comer. Nossa foi Deus que mandou na hora certa, agradeço a Deus. (Entrevista realizada com Beneficiário nº 5, em novembro de 2015).

Nessa segunda parte apresentamos os questionamentos direcionados para a Assistente Social. São os seguintes: Quantas famílias são atendidas por este programa no âmbito do CRAS Cafeteira? Este público é oriundo de quais localidades (bairros) da cidade? No seu ponto de vista, as metas estabelecidas pelo Programa Bolsa Família estão sendo atingidas neste CRAS Cafeteira? Destaque os principais desafios enfrentados pelo Serviço Social no âmbito do CRAS Cafeteira. O que deve ser desenvolvido para resolver estas questões, considerando o trabalho desenvolvido no âmbito do Programa Bolsa Família?

A informação mais precisa para esta questão se encontra com o setor do PBF no município, pois o mesmo tem todos os dados da cidade. Não. Há famílias que necessitam do benefício e por motivos diversos não estão recebendo a visita das equipes de cadastro do PBF. Um dos principais desafios é a participação das famílias beneficiárias do PBF nas reuniões familiares do CRAS e também na participação dos cursos de geração de renda. A equipe se mobiliza para convidar as famílias para participarem dos serviços ofertados no CRAS, mas não podemos obrigá-las. (Adriana Tavares Oliveira - Assistente Social do CRAS Cafeteira. Entrevista realizada em novembro de 2015).

As informações destacadas nesse segundo bloco, sob a ótica dos beneficiários, trazem, como resultado, que o Programa Bolsa Família tem fundamental importância no complemento da renda familiar, pois eles usam o dinheiro na compra de materiais



escolares, remédios, roupas e comida. Para a Assistente Social do CRAS Cafeteira, um dos principais desafios é a participação das famílias beneficiárias do Bolsa Família nas reuniões familiares do CRAS e também na participação dos cursos de geração de renda.

Considerações Finais

Os resultados obtidos através das entrevistas com os beneficiários do PBF do CRAS Cafeteira revelam que, o principal motivo das famílias ingressarem no programa está associado às dificuldades financeiras. Pois, segundo os entrevistados, eles utilizam o dinheiro na compra de comida, materiais escolares, roupas e remédios. E mesmo considerando o valor pouco, não querem perder o benefício. Outro elemento de destaque é 80% dos entrevistados participam do programa a mais de três anos. Podendo até significar que estas famílias não conseguiram sua emancipação financeira, uma vez que estão a tanto tempo na condição de beneficiárias. Porém, verificamos ainda, que os beneficiários não dão muita importância para as atividades realizadas no CRAS, mesmo que alguns já tenham participado de cursos ofertados, eles não se interessam em participar das reuniões e cursos de geração de renda.

A entrevista com a Assistente Social revelou que, nem todas as famílias que necessitam e que atendem os requisitos do PBF são inseridas neste programa, pois, de acordo com ela, essas famílias não recebem a visita das equipes de cadastro do programa por motivos diversos. Cumpre destacar ainda que um dos principais desafios é a participação das famílias beneficiárias do PBF nas reuniões familiares do CRAS e também na participação dos cursos de geração de renda. A equipe se mobiliza para convidá-los, mas não podem obrigar ninguém, assim, fica sob a responsabilidade do beneficiário o desejo de participar das atividades, reuniões e cursos oferecidos no CRAS Cafeteira.

De acordo com o exposto, vale destacar que esse elemento merece uma investigação mais aprofundada, ou seja, carece de estudos sistemáticos. Pois, se são oferecidos cursos para geração de renda com foco na emancipação financeira e as



famílias não participam, devem ser investigados os reais motivos pelos quais esses beneficiários não se interessam pelas atividades ofertadas. Assim, novas estratégias poderão ser elaboradas na perspectiva de que o Programa Bolsa Família seja mais eficaz.

Referências

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 4ª ed. revista e atualizada. – São Paulo: Cortez, 2008. 213 páginas. – (Biblioteca básica de Serviço Social; v. 2).

BRASIL. **Calendário Bolsa Família**. Disponível em: <<http://calendariobolsafamilia.com/quem-tem-direito-bolsa-familia/>>. Acesso em: 16 nov. de 2015.

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome: conheça o Programa Bolsa Família**. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e>>. Acesso em: 16 de nov. 2015.

_____. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome: cadastro único**. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/cadastro-unico/o-que-e-e-para-que-serve>>. Acesso em: 16 de nov. de 2015.

_____. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome: condicionalidades do Bolsa Família**. Disponível em: <<http://mds.gov.br/acessoainformacao/perguntasfrequentebolsafamilia/condicionalidades/beneficiario/condicionalidadesdobolsafamilia>>. Acesso em: 16 de nov. de 2015.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. – 5 ed. – 8ª reimp. – São Paulo: Atlas, 2007.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. – 6 ed. – São Paulo: Atlas, 2008.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia Científica**. – 5 ed. – 2 reimp. – São Paulo: Atlas, 2008. 312 páginas.

_____. **Fundamentos de Metodologia Científica**. – 7 ed. – São Paulo: Atlas, 2010. 297 páginas.

SILVA, Maria Ozanira da Silva (Org.); et al. **O Bolsa Família no enfrentamento à pobreza no Maranhão e Piauí**. – São Paulo: Cortez; Teresina: Editora Gráfica da UFPI, 2008.



SILVA, Maria Ozanira da Silva; YAZBEK, Maria Carmelita; GIOVANNI, Geraldo di. **A política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda.** – 4 ed. revista e atualizada. – São Paulo: Cortez, 2008.

SOUSA, Jailson de Macedo; *et al.* Transferência de renda: elemento de inclusão social dos beneficiários do Programa Bolsa Família no bairro Vila Davi II? **Revista UNI.** Direito, Cidadania e Sociedade. Imperatriz-MA, Ano 2, n. 2, p. 81-94. Jan/Jul, 2012.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** – 1 ed. – 14 reimpressão. São Paulo: Atlas, 2006.



POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL: o poder médico e a violência simbólica

SUPPORT POLICIES TO MENTAL HEALTH: medical power and symbolic violence

Joviane Aparecida de Moura

Formada em Psicologia pela Universidade Estadual do Piauí, atuação em Centros de Atenção Psicossociais em Teresina, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia na Universidade Federal do Piauí. Desenvolve pesquisas e atua na área de saúde mental.

Bruno de Almeida Gomes

Formando em Psicologia pela Universidade Estadual do Piauí, com interesse no desenvolvimento de pesquisas na área de saúde mental na região.

Resumo

Esse trabalho visa fazer uma reflexão sobre a política de saúde mental brasileira sob a perspectiva das teorias sociais, relacionando a condição da doença mental ao tipo de relação social que se estabelece com ela e aos enlances das relações de poder, especialmente o poder médico. Para essa construção nos apoiamos nas teorias de Foucault, Goffman, Bourdieu e Basaglia. O presente estudo está delineado em uma perspectiva qualitativa de pesquisa. Usou-se como base para reflexão a análise de documentos oficiais do Ministério da Saúde, e a literatura recente sobre este tema. Compreende-se a loucura como uma construção histórico social marcada pela relação socialmente estabelecidos com a mesma, cuja a necessidade implementiva de uma nova perspectiva no manejo do sofrimento, do cuidado efetivo dos sujeitos e da construção de um novo lugar para o exercício da diversidade persistem como aspirações de uma resignificação da loucura e ao que ela tange.

Palavras-chave

Loucura. Poder. Relação Social.

Abstract

This work aims to be a reflection about Brazilian mental health policy from the perspective of social theories relating the condition of mental illness to the type of social relationship established with it and enlances of power relations, especially the medical power. To build this reflection about the social place of madness we support on the theories of Foucault, Goffman, Bourdieu and Basaglia. This study is set in a qualitative research perspective. It was used as a basis for reflection analysis official documents of the Ministry of Health, legislation in Brazilian health and the recent literature on this topic. It is understood the madness as a social historical building and directly related to the interweaving socially established with the same, whose the implemetive need for a new perspective in the management of pain, effective subjects care and the construction of a new place to exercise the diversity persist as aspirations for a reframing of madness and that it respect.

Keywords

Madness. Power. Social relation.



Introdução

Esse trabalho visa fazer uma reflexão sobre a política de saúde mental brasileira sob a perspectiva das teorias sociais, relacionando a condição objetiva da doença mental ao tipo de relação social que se estabelece com ela e aos entrelances das relações de poder, especialmente o poder médico, que através de processos sociais, na luta pelo poder legitimou conhecimentos, conceituações e taxonomias que colocaram o doente mental em uma condição de exclusão, portador de um saber não legitimado, sem validade, que deve ser “consertado”.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa documental, que utiliza como objeto de análise a Legislação brasileira em saúde mental, documentos oficiais do Ministério da Saúde e a literatura sobre o tema, ancorando-se especialmente nas teorias de Foucault, Goffman, Basaglia e Bourdieu para a análise, além das propostas de Guattari para uma ecossocial.

A loucura é uma construção histórico social (como demonstrou Foucault, Goffman e Castel, dentre outros), portanto o conceito de loucura e as formas de lidar com a mesma são amplamente influenciadas pela cultura e pelos ideais sociais vigentes, que determinaram conceitos de “normalidade” e de “anormalidade”.

“A loucura do poder”

Nos anos 70, dá-se início a Reforma Psiquiátrica no Brasil, um processo contemporâneo ao “movimento sanitário”, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

Apenas em 2001 a Lei Paulo Delgado (Lei 10.216) que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo



assistencial em saúde mental é sancionada no país. Essa Lei privilegia o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária embora não institua mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

A atenção a saúde mental no Brasil é atualmente organizada pela RAPS – que foi criada pela portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011, e é uma das redes que compõe a Rede de Atenção à Saúde (RAS), e traz como proposta o trabalho na lógica da rede, com o por objetivo de combater o processo histórico de fragmentação das práticas e dos serviços de saúde bem como qualificar o cuidado e refinar a integralidade (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011). A RAPS estende a atenção psicossocial para dispositivos que também precisam se comprometer com a demanda de saúde mental, tais como, Atenção Básica e Hospitais Gerais, aumentando o impacto das ações e desconstruindo a cultura manicomial no território de vivência de usuários e nos demais serviços, e desfazendo a lógica do encaminhamento e adotando uma prática de responsabilidades compartilhadas.

No Brasil, desde a década de 1990 está sendo construído toda uma Legislação (Portaria N° 224/MS, DE 29 de janeiro de 1992; Lei 10216, 06 de abril de 2001; Portaria n° 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002; Portaria no 3088, de 23 de dezembro de 2011; Portaria 615 de 15 de Abril de 2013; Portaria 2.840, de 29 de dezembro de 2014) que regulamenta e define como deve ser a nova rede de atenção a saúde mental, mas é sabido que isso não garante uma efetiva Reforma Psiquiátrica e a construção de serviços “alternativos” não garantem o fim da lógica da instituição total, da cronificação e do poder médico, sua presença, como assinala Foucault (2006), de maneira borrifada, espargida, quase capilar, pode ser sentida nas formas de sociabilidade e nos modos de subjetivação presentes no cotidiano dos serviços de saúde.

Em sua “História da Loucura”, Foucault (2014) faz um estudo exaustivo para demonstrar que a loucura é uma construção sócio histórica, não é um dado natural e já teve diversos tipos de interpretação, nem sempre foi considerada uma doença e não fazia parte do rol de interesses da medicina.



Basaglia (1985) fala que em se tratando de doença mental o problema não é a doença em si, mas determinar que tipo de relação se instaura com o doente. O que significa que para se entender a condição do louco é preciso compreender que tipo de relações a sociedade estabeleceu e estabelece com esses sujeitos, quais lugares lhe foram destinados.

Levi-Strauss (1950) pontua que o domínio do patológico jamais se confunde com o domínio do individual. Os tipos de distúrbios não são os mesmos nas sociedades, e segundo este ou aquele momento histórico de uma mesma sociedade. A redução do social ao patológico por intermédio da psicopatologia é uma ilusão, pois tanto as formas de distúrbios mentais quanto as formas normais são função de uma ordem coletiva.

Quando no começo do século XIX foram instaladas as grandes estruturas asilares, estas eram justificadas pela maravilhosa harmonia entre as exigências da ordem social, que pedia proteção contra a desordem dos loucos, e as necessidades da terapêutica, que pediam o isolamento dos doentes. E tudo era questão de poder: dominar o poder do louco, adestrá-lo, neutralizá-lo. A antipsiquiatria ataca justamente a instituição como lugar, forma de distribuição e mecanismos dessas relações de poder. Pois as relações de poder constituíam o *a priori* da prática psiquiátrica. Essas relações de poder condicionavam o funcionamento da instituição asilar, aí distribuíam as relações entre os indivíduos, regiam as formas de intervenção médica (FOUCAULT, 2014b).

Ora, aquilo que estava logo de início implicado nas relações de poder, era o direito absoluto da não loucura sobre a loucura. Direito transcrito em termos de competência exercendo-se sobre uma ignorância, de bom senso no acesso à realidade corrigindo erros (ilusões, alucinações, fantasmas), de normalidade se impondo à desordem e ao desvio. É esse triplo poder que constituía a loucura como objeto de conhecimento possível para uma ciência médica, que a constituía como doença, no exato momento em que o “sujeito” que dela sofre encontra-se desqualificado como louco, ou seja, despojado de todo poder e todo saber quanto à sua doença (FOUCAULT, 2014b, p. 211).



Para Foucault (1970) oposição entre loucura e razão é um dos procedimentos sociais de exclusão, que remete a uma separação, a uma rejeição. Desde a Idade Média, o louco é aquele cujo discurso não pode circular como o dos outros.

Foucault, ao longo do seu trabalho demonstra como a loucura vai sendo banida do convívio social, afastada como algo estranho, onde o homem não reconhece mais sua própria imagem, e se aproxima de muitas outras categorias que devem ser afastadas do convívio humano e são estigmatizadas.

Goffman (2013), ao falar sobre o estigma e os estigmatizados, aponta que a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e os atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias e, baseando-se nessas concepções, as pessoas são transformadas em expectativas normativas, em exigências apresentadas de modo rigoroso. Há socialmente prerrogativas, de como as pessoas devem ser, o que é esperado delas.

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo até, de uma espécie menos desejável – num caso mais extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considera-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída (GOFFMAN, 2013, p. 12).

Tal característica é o estigma, especialmente quando seu efeito de descrédito é muito grande. Estigma é usado em referencia a um atributo profundamente depreciativo. “Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano” (GOFFMAN, 2013, p. 15).

Qualquer sociedade cujas estruturas se baseiam exclusivamente sobre as diferenciações culturais, de classe, e sobre sistemas competitivos cria em si, áreas de compensação para as próprias contradições, onde possa concretizar a necessidade de negar ou de fixar objetivamente uma parte da própria subjetividade” (Basaglia, 1985, p. 120).



Portanto é na condição de excluído e estigmatizado que iremos encontrar o doente mental. Basaglia nos lembra que o doente mental é um “doente” sobretudo por ser um excluído, um abandonado por todos; porque é uma pessoa sem direitos e em relação a quem se pode tudo; e nega que a desumanização do doente como resultado último da doença, mas sim, atribui o grau de destruição à violência do asilo, da instituição, de suas mortificações, desmandos e imposições que derivam da violência, dos abusos e das mortificações que são o esteio do nosso sistema social. “Tudo isso foi possível porque a ciência, sempre a serviço da classe dominante, decidira que o doente mental era um indivíduo incompreensível, como tal, perigoso e imprevisível, impondo-lhe, como única alternativa a morte civil” (Basaglia, 1985 p. 29).

Basaglia, em suas experiências em Gorizia demonstra que o problema não é a doença em si, mas determinar que tipo de relação se instaura com o doente. O que define a condição do doente mental está intimamente relacionada ao poder médico, que foi se estabelecendo e posto a serviço da produção de subjetividades adequadas à sociedade/ a norma social, com um poder que se expandia a ponto de decidir o que seria certo e o errado. É construído o que Foucault (2014b) chama de uma “tecnologia” da verdade.

A medicina adentrou o Hospital, a princípio, não no intuito de medicar, mas de organizar, de disciplinar. É a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização. A disciplina é uma técnica de exercício de poder que foi elaborada em seus princípios fundamentais durante o século XVIII, historicamente os mecanismos disciplinares existiam desde a Antiguidade, mas existiam em estado isolado, fragmentado (FOUCAULT, 2014b).

A disciplina é o conjunto de técnicas que pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medí-los, localizá-los e, por conseguinte utilizá-los ao máximo. Através do exame a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder (Foucault, 2014b, p. 182).



A prática do internamento no começo do século XIX, coincidiu com o momento em que a loucura é percebida menos com relação ao erro do que com relação à conduta regular e norma. Todas as técnicas e procedimentos efetuados no asilo do século XIX tinham por função fazer do personagem do médico o “mestre da loucura”; aquele que a faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, é aquele que domina (FOUCAULT, 2014b).

Para compreender esse movimento de exclusão e patologização da loucura por intermédio do poder médico e como esse poder se constitui e se matêm vamos recorrer aos conceitos de Bourdieu sobre o poder simbólico, *habitus* e campo.

Pois como postula Basaglia (1985, p. 30) “(...) a doença não é a condição objetiva do doente, mas o que faz assumir o *aspecto que tem* reside na relação com o médico que a codifica e com a sociedade que a nega”.

O poder simbólico é, na conceituação de Bourdieu (1989) um poder de construção da realidade que tente a estabelecer uma ordem gnosiológica: da construção do sentido imediato do mundo. É enquanto instrumentos estruturados e estruturantes de comunicação e de conhecimento que os “sistemas simbólicos” cumprem a sua função política de instrumentos de imposição ou de legitimação da dominação, que contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre a outra (violência simbólica) e contribuindo assim para a “domesticação dos dominados” (expressão de Weber).

Segundo Bourdieu (2013) a condição básica constitui em constituir o campo intelectual como sistema de condições predeterminadas abrangendo, assim como os postos de um mercado de trabalho, classes de agentes providos de propriedades (socialmente constituídas) de um tipo determinado. Bourdieu (1989) nos lembra que os especialistas da produção simbólica que detem o poder do monopólio da violência simbólica tem o poder de impor – e mesmo de inculcar – instrumentos de conhecimento e de expressão (taxonomias) arbitrárias (embora ignoradas como tal) na realidade social.



Bourdieu desenvolveu um modo de conhecimento denominado por ele de *praxiológico*, que buscava superar a polêmica entre o subjetivismo e o objetivismo e articular dialeticamente estrutura social e ator social. Assim, segundo Martins (2002) enfocando o duplo processo da “interiorização da exterioridade” e da “exteriorização da interioridade”.

É nesse contexto que ele desenvolve seu conceito de *habitus*, para articular a mediação entre estrutura e ator social. O *habitus* constitui uma matriz de percepção, de apreciação e de ação que realizamos em determinadas condições sociais, ele é produto da história e orienta práticas individuais e coletivas e contribui para manter e garantir as conformidades das práticas e de sua contância através do tempo. Através do *habitus* o passado sobrevive no presente atualizando-se e subsidiando práticas futuras.

O *habitus*, enquanto sistema de disposições inconscientes que constitui o produto da interiorização das estruturas objetivas e que, enquanto lugar geométrico dos determinismos objetivos e de uma determinação, do futuro objetivo e das esperanças subjetivas, orienta a prática dos agentes. Desta forma a prática é entendida por Bourdieu como produto de uma “relação dialética” entre um campo e um *habitus*.

O campo é um espaço que possui uma estrutura própria, relativamente autônoma em relação a outros espaços sociais, a outros campos sociais. Eles se definem através de objetivos específicos, o que lhes garante uma lógica de funcionamento e estruturação. Os diversos campos sociais surgem, no entendimento de Bourdieu, como produto de um longo processo de especialização e de autonomização (MARTINS, 2002).

Podemos entender que o campo da psiquiatria foi se contruindo enquanto *habitus* com um poder que se produz e se reproduz em práticas manicomiais que ultrapassaram as paredes dos asilos e estão inseridas na cultura, na sociedade, nas práticas dos novos serviços de atenção a saúde mental e nos próprios usuários.

Para Bourdieu o campo é um espaço onde se trava, entre os agentes, uma luta concorrencial decorrente de relações de poder existentes em seu interior e estas relações assimétricas derivam da distribuição desigual da espécie de capital dominante em cada



um dos diversos campos sociais. A partir disso a estrutura dos diversos campos sociais é hierarquizada em pólos distintos. Os detentores do maior volume de capital específico de um campo ocupam as posições dominantes no seu interior, e o que possuem pouco volume de capital e/ou encontram-se despossuídos de forma legítima de capital do campo em questão, estão destinados a ocuparem as posições dominadas. As diferentes estratégias que os atores sociais desenvolverão no interior dos campos sociais encontram sua explicação em função das posições que ocupam dentro desta polarização.

Sendo que em cada campo social implica uma forma dominante de capital e no campo da saúde mental a psiquiatria desconsiderou o capital possuído pelo louco, este foi colocado em um ciclo de desvantagens contínuas. Pois, como declara Basaglia: “O doente mental é um excluído, que nos termos da sociedade atual, jamais poderá opor-se àqueles que o excluem, pois cada um de seus atos passa a ser limitado e definido pela doença” (Basaglia, 1985, p. 120).

Para Bourdieu a busca pela prática de liberdade precisa passar necessariamente pelo conhecimento e discussão dos princípios de estruturação do espaço social, assim como dos sistemas de disposições duráveis (do *habitus*) que permitem as pessoas desenvolverem a sua conduta no interior de um campo específico. O desconhecimento dessas relações (exigências provenientes de um campo específico e do *habitus* a ele ajustado) contribui para a manutenção das formas de dominação e das diferentes formas de violência decorrentes das relações de dominação.

A crise atual da Psiquiatria, como demonstra Foucault (2014b) não coloca em questão simplesmente seus limites e incertezas no campo do conhecimento. Coloca em questão o conhecimento, a norma “sujeito-objeto”. Interroga as relações entre as estruturas econômicas e políticas de nossa sociedade e o conhecimento, não em seus conteúdos falsos ou verdadeiros, mas em suas funções de poder-saber, crise por consequência histórico-política.

Todos os abalos que sacudiram a psiquiatria desde o fim do século XIX essencialmente colocaram em questão o poder do médico. “Seu poder e o efeito que



produzia sobre o doente, mais ainda que seu saber e a verdade daquilo que dizia sobre a doença” (FOUCAULT, 2014b, p. 206). O que foi questionado (por teóricos como Bernheim, Laing e Basaglia) é a maneira pela qual o poder do médico estava implicado na verdade daquilo que dizia, e inversamente, a maneira pela qual a verdade podia ser fabricada e comprometida pelo seu poder.

Para a antipsiquiatria se trata de transferir para o próprio doente o poder de produzir a sua loucura e a verdade de sua loucura em vez de procurá-la reduzi-la a nada; busca dar ao indivíduo a tarefa de realizar sua loucura levando-a até o fim numa experiência em que os outros podem contribuir, porém jamais em nome de um poder que lhes seria conferido por sua razão ou normalidade; mas sim destacando as condutas, os sofrimentos, os desejos do estatuto médico que lhes tinham sido conferidos, libertando-os de um diagnóstico e de uma sintomatologia que não tinham apenas valor classificatório, mas de decisão e de decreto, invalidando enfim a grande retranscrição da loucura em doença mental. E no mesmo instante se encontra aberto o problema da eventual libertação da loucura em relação a essa forma singular de poder-saber que é o conhecimento (FOUCAULT, 2014b).

Falar em uma Reforma Psiquiátrica significa não somente desejar encontrar novos sistemas e regras, sobre os quais apoiar a nova organização, mas principalmente enfrentar os problemas de ordem social que lhe são correlatos.

Basaglia (1985) declara que ou decidimos olhar de frente para o doente mental, deixando de tentar projetar nele o mal de que queremos nos proteger e passamos a considera-lo um problema que deve ser visto como parte da nossa realidade ou tentamos apaziguar nossa angústia construindo uma nova barreira protetora.

Em várias partes do mundo, incluindo o Brasil, existe um movimento de Reforma Psiquiátrica desde meados do século XX, mas ainda com muitos desafios. Foi na Itália, década de 60, que o movimento pela Reforma Psiquiátrica promoveu a maior ruptura epistemológica e metodológica a partir da experiência de Franco Basaglia na direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia (1961 a 1968) (ALVES, RIBAS, ET. AL. 2009). As inovações



promovidas por Franco Basaglia na Itália influenciaram diversos outros países, promovendo o questionamento sobre o saber e as práticas para os portadores de transtorno mental.

O perigo no momento atual, nas palavras de Basaglia (1985) é querer resolver o problema do doente mental através de um aperfeiçoamento técnico. Foram construídos vários mecanismos novos de atendimento em saúde mental, mas sabemos que não é apenas a criação de novas instituições que irá garantir a eficácia terapêutica do atendimento e sim o tipo de relação que irá se instaurar no interior das mesmas, ou teremos antigos arranjos e rearranjos camuflados de novos.

Para Basaglia (1985) é preciso deixar de reproduzir o modelo asilar de exclusão social da loucura, não só do louco, mas da loucura da própria sociedade, o abafamento da loucura. É necessário questionar o cotidiano, construir possibilidades, transformar o lugar social da loucura na sociedade; e recusar as pretensões de “combate aos males sociais” ou de “melhoria da saúde mental da população”.

Guattari defende que é preciso reapreciar a finalidade do trabalho e das atividades humanas em função de critérios diferentes daqueles do rendimento e do lucro. É cada vez menos legítimo que as retribuições financeiras e de prestígio das atividades humanas socialmente reconhecidas sejam reguladas apenas por um mercado fundado no lucro. Outros sistemas de valores deveriam ser levados em conta (a “rentabilidade” social, estética, os valores de desejo, etc.). A noção de interesse coletivo deve ser ampliada. O sistema de valorização capitalista traz um caráter de equivalente geral, que aplaina todos os outros modos de valorização, os quais ficam assim alienados à sua hegemonia (GATTARI, 2013).

Guattari (2012) defende uma ecosofia social que deverá consistir em desenvolver práticas específicas que tendam a modificar e a reinventar maneiras de ser no seio social. Reconstruir o conjunto de modalidades do ser-em-grupo, e não somente pelas intervenções “comunicacionais”, mas também por mutações existenciais que dizem respeito à essência da subjetividade. A ecosofia social deverá trabalhar na reconstrução



das relações humanas em todos os níveis. Especialmente no registro das práticas “psi”, tudo deveria ser sempre reinventado, retomado do zero, do contrário os processos se congelam numa “mortífera repetição”. O povo “psi” deve ser intimado a se desfazer de seus aventais brancos, a começar pelos invisíveis que carrega na cabeça, em sua linguagem e em suas maneiras de ser.

Precisamos configurar a construção de um novo modo de lidar com o sofrimento mental, acolhendo e cuidando efetivamente dos sujeitos, e a construção de um novo lugar social para a diversidade, a diferença e o sofrimento mental. É necessário tomar a desinstitucionalização como um operador de transformação no modo de ser e constituir profissionais de saúde mental e para compreensão da transformação de uma cultura manicomial é necessário, portanto, compreender também que sistema de conceitos e relações sociais sustentam tal cultura. Deve-se desconstruir o “mito” da subjetividade socialmente padronizada, aos moldes dos "bons costumes" e do “conhecimento racional”, perpetuada pela onipotência do (des) saber médico.

Torna-se necessário repensar conceitos, práticas e relações que são passíveis de promover saúde entre as pessoas. Adotar um novo olhar que possa criar, observar, escutar e estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou ao transtorno,

Referências

ALVES, C. F., RIBAS, V. R., ALVES, E. V. R., Et al. **Uma breve história da reforma psiquiátrica**. Neurobiologia, 72 (1) jan./mar., 2009.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. Rio De Janeiro: Edições Graal, 1985.

BOURDIEU, Pierre. Sobre o poder simbólico. In: BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Bertrand Brasil, 1989.

BOURDIEU, Pierre. A economia das trocas simbólicas. 7 ed. São Paulo - SP: Perspectiva, 2013.



BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 247, segunda-feira, 26 de dezembro de 2011, Seção 01, p. 230-232.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 251, segunda-feira, 31 de dezembro de 2010, Seção 01, p. 88

FOUCAULT, M. **O Poder Psiquiátrico**. 1a ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **A Historia da Loucura**. São Paulo, Perspectiva, 2012.

_____. **Microfísica do Poder**. 28 ed. Rio de Janeiro: paz e Terra, 2014b.

_____. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 24 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

GATTARI, F. **As três ecologias**. Rio de Janeiro: Papyrus, 2013

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7 ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

LEVI-TRAUSS, C. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: MAUSS, Marcell. **Sociologia e Antropologia**. COSACNAIFY, 1950

MARTINS, Carlos Benedito. Notas sobre a noção da prática em pierre Bourdieu. **Novos Estudos**. n 62. Março de 2002.

ROTELLI, F. e AMARANTE P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR. B. e AMARANTE P. (orgs.) **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.



O USO DO TEMPO DO SERVIÇO SOCIAL NO CAPS II LESTE

TIME USE OF SOCIAL SERVICE IN CAPS II EAST

Erlania Portela Freitas

Formação em Serviço Social em andamento, cursando nesse presente momento o oitavo período do curso na Universidade Federal do Piauí, experiência em pesquisa na área em saúde mental, gênero e políticas públicas, com alguns trabalhos publicados em anais anteriores de outros eventos.

Resumo

Esse trabalho tem como fio condutor o projeto de intervenção intitulado com o mesmo nome, realizado no Centro de Atenção Psicossocial II Leste. O estudo teve como objetivo com base nas principais legislações socioassistenciais, parâmetros do assistente social na saúde e legislações da saúde mental contribuir na construção de um levantamento para repensar a prática através da mensuração do tempo como pesquisa exploratória. Para tanto o projeto obedeceu a metodologia de estudo exploratório, observação do cronograma semanal da instituição, observação sistemática, pesquisa qualificada, confronto das ações com a RAAS e os parâmetros do assistente social na área da saúde. O assistente social está em constante debate no que tange aos diversos espaços sócio-ocupacionais, todavia esse trabalho objetiva observar o tempo fazendo repensar o lugar do assistente social dentro do campo de saúde mental, logo porque, esse profissional ainda se encontra em processo de conquista desse campo.

Palavras-chave

Tempo. Assistente Social. Saúde.

Abstract

This work is the conductor wire intervention project titled with the name, unrealized Psychosocial Care II East Center. The study based major social assistance legislation, the social worker parameters on health and health laws contribute in mental hum construction survey paragraph rethinking practice through the measurement of As exploratory time. To this end the project followed the exploratory study methodology, Observation make weekly schedule of the institution, systematic observation, qualified search, clash of the shares with a RAAS and the parameters of the social worker in the health sector. The social is wizard debate constantly without que terms to several spaces socio-occupational, however This work aims to observe the progress making rethinking social workers within the place of the mental health field, because logo, that professional is still in achievement process in this field.

Keywords

Time. Social Worker. Health.



Introdução

Esse trabalho é uma construção feita a partir do projeto de intervenção realizado no CAPS II Leste e para esse fim foi preciso, inicialmente, realizar leituras sobre a saúde mental e o Serviço Social, elaborar o plano de trabalho, construir uma análise da instituição, permitindo compreender a realidade institucional e identificar as diversas expressões da questão social no campo do estágio.

Com a experiência proporcionada pelo estágio nesse espaço de atuação do assistente social, foram observadas muitas dificuldades nas intervenções do mesmo, e a partir disso voltou-se o olhar para essa questão na tentativa de respondê-la e trazer soluções. Primeiramente chamou a atenção à quantidade de demandas, logo em seguida a falta de mensuração das mesmas, e o ápice foi o desgaste desse profissional que estava sendo cobrado além da sua capacidade.

Então foi feito um estudo, anotaram-se as demandas diariamente, e a observação qualificada privativa do Serviço Social viu a necessidade de observar como o tempo é usado pelo assistente social. Nesse sentido o cotidiano, que traz na sua primazia a essência da realidade, teve grande importância nessa dinâmica, visto que foi o objeto de intervenção.

O problema

Diante das observações feitas a partir desse método de pesquisa, o uso do tempo é uma técnica que se utiliza da mensuração de um determinado tempo, a partir de uma atividade ou não, o mesmo é costumeiramente utilizado para o olhar das diferenciações de gênero. Ao se tratar sobre o tempo de uma única pessoa, de uma determinada instituição, é a primeira vez que esta categoria segue nesse sentido.

É importante ainda ressaltar que todos os profissionais do CAPS II Leste, obedecem a um registro das suas atividades (RAAS- Registro de Ações Ambulatoriais de



Saúde), onde são todas codificadas e direcionadas, entretanto quando se trata do assistente social, esse registro não contempla tudo o que é feito por ele, sendo que ao final são quantificadas um número limitado de ações.

O que levou a pensar em um projeto de intervenção que tratasse do uso do tempo foi a dificuldade de responder todas as demandas do Serviço Social, uma vez que além das inquietações trazidas pelo usuários do serviço, ainda há outras atividades inerentes da instituição (grupo com usuários, oficinas, triagem, visitas, evolução dos prontuários), nas quais consomem tempo em execução e em planejamento, entretanto, em não poucas ocasiões não há espaço no horário de trabalho para este último, e nem um tempo maior para atendimentos, fazendo com que sejam atendidas situações imediatas, pois as condições de trabalho a que o assistente social é submetido não permite trabalhar a universalidade por meio do seu perfil investigativo. E ainda, atividades como a supervisão, reflexão e escuta qualificada, nas quais são de suma importância no exercício profissional, não são mensuradas no Registro de Ações Ambulatoriais na Saúde, não obstante são inquantificáveis.

O método

Segundo Aguiar (2010), as pesquisas de uso do tempo, em sua modalidade clássica, desde o esforço comparativo maior, elaborado por uma grande equipe internacional sob a liderança de Alexander Szalai (1972), têm empregado uma estratégia de levantamento de dados de survey que possui um caráter de registro comportamental. Tal característica distingue essa modalidade de levantamentos em relação às pesquisas por amostragem probabilística que investigam atitudes, opiniões ou crenças. A estratégia de pesquisa com diários consiste em pedir aos respondentes amostrados para preencherem um protocolo de uso do tempo, com as atividades desenvolvidas e o seu contexto, em intervalos padronizados, para posterior codificação.



Ramos (2009) afirma que objetivo é, assim, traçar um perfil dos chamados "orçamentos de tempo" individuais, que compreendem a "sequência, o horário e a duração das atividades realizadas pelos indivíduos, e em seu trabalho, sintetiza que:

[...] pesquisas de usos do tempo almejam captar comportamentos não perceptíveis por pesquisas domiciliares tradicionais, as quais não adentram o universo intradomiciliar e, portanto, não desvelam como ocorre a repartição de trabalho e de recursos, entre eles o tempo. [...] O que tais pesquisas fazem é captar empiricamente, utilizando diferentes métodos, as atividades em que as pessoas empregam seu tempo durante um período específico, em geral, um dia.

É justamente essa inédita riqueza de dados empíricos sobre a vida cotidiana, levantada por pesquisas de usos do tempo, que tem levado alguns autores a caracterizá-las como "revolucionárias" (MICHELSON, 2005 apud RAMOS, 2009). E para o estudo do comportamento e da mudança social, de utilidade para qualquer área do comportamento humano. Confirmando esta última percepção, há, atualmente, uma profusão de estudos que utilizam dados de usos do tempo nas mais diversas áreas. (RAMOS, 2009)

Tais inovações provocam a pergunta: qual o efeito das questões sobre uso do tempo nas respostas obtidas? Nesse sentido, o projeto de intervenção tratado nesse trabalho tem por objetivo geral contribuir na construção de um levantamento para repensar a prática do assistente social -público-alvo do projeto- através da mensuração do tempo como pesquisa exploratória. E ainda delimita por objetivos específicos: Contribuir para a organização do tempo do assistente social; promover um estudo que dê visibilidade ao uso do tempo desse profissional; comparar as atividades da RASS e as atividades propostas pelos parâmetros da prática do assistente social na área da saúde com as ações que são realizadas. Tendo ainda como metas a apresentação na reunião técnica no mês de abril de 2015 o projeto de intervenção, dá visibilidade para as ações invisíveis e produzir relatório final apresentando os resultados da pesquisa.

Para isso foi preciso obedecer a um caminho que levasse ao cumprimento dos objetivos e a realização dessas metas, portanto um estudo exploratório por meio de pesquisas sobre trabalhos já existentes desse método de pesquisa foi primordialmente importante no sentido de auxiliar no que deveria apontar esse caminho de pesquisa, em



diante as observações propiciadas pela experiência do estágio obrigatório supervisionado I e II, propiciou a concretude da delimitação do objeto, e por fim o confronto das ações do assistente social com a RAAS e os parâmetros do mesmo na saúde, no sentido de analisar por meio de comparativo.

Resultados

Primeiramente é importante observar as atividades nas quais foram delegadas como obrigação no funcionamento da rotina na instituição, ressalta-se ainda que o cronograma semanal e o tempo cronometrado em questão são da assistente social responsável pela supervisão em campo. Segue abaixo:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Atendimento individual e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular;	Grupo com usuários e Pet Look;	Grupo com familiares ou Oficina de geração de trabalho e renda;	Visita domiciliar ou triagem;	Atendimento individual ou Reunião Técnica ou Estudo de Caso;

Como já foi dito, o método de pesquisa é o tempo em uso para cada atividade, sendo assim foi cronometrado do início do período do estágio supervisionado II (09/03/2015) ao dia 10/06/2015:

Tempo usado para realizar grupos: 12 horas no mês.

Supervisão com docente: 7 horas.

Supervisão: 7 horas e 55 min.

Evolução de prontuários: 8 horas e 33 minutos.

Projeto Terapêutico Singular: 5 horas.



Atendimento individual: 8 horas totais.

Contabilidade dos vales-transporte: 3 horas.

Procura de instrumentais para o trabalho: 1 hora e 30 minutos.

Agendamento de visitas: 30 minutos.

Busca ativa: 2 horas.

Total: 42 horas e 47 minutos, observando que a assistente social dispõe de 30 horas mensais.

Como já foi delimitado, a pesquisa foi realizada no período de março a junho, todavia o CAPS II LESTE, campo empírico da pesquisa, ficou fechado durante 19 dias no mês de maio para reforma e em seguida a esse recesso, os funcionários iniciaram uma greve devido às precárias condições de trabalho, permanecendo nessa situação até este momento. Logo, a assistente social em questão estava obedecendo ao regime de escala, cumprindo com o mínimo de profissionais na instituição durante a greve, indo na mesma apenas uma vez por semana e alguns outros dias para realizar alguma atividade com suas estagiárias. Atividades como realização de grupos e visitas foram suspensas, permanecendo essencialmente os atendimentos individuais, nos quais tiveram um aumento significativo da demanda, mas ainda com o regime de escala tornou-se pouco perceptível. A evolução de prontuários, que no relatório parcial demonstrou um significativo uso do tempo, também sofreu com o resultado da greve a respeito da pesquisa, pois a realização de grupos e visitas são umas das atividades que mais demandam esse serviço, sendo realizado apenas por meio dos atendimentos individuais.

Todavia os resultados que a pesquisa trouxe foram suficientes para demonstrar o uso do tempo de um único assistente social nessa instituição considerando a escala de greve. Tendo em vista:

Execução do projeto de intervenção sem prejuízos;	09/03/2015 à 04/05/2015;
---	--------------------------



Recesso do CAPS para reforma;	06/05/2015 à 29/05/2015;
Greve;	03/06/2015 em diante (dois dias, dia 1 e 2, execução do projeto);
Número de dias da assistente social em escala de greve;	5 dias de serviço e 4 horas de visitas esporádicas para efeito de supervisão;

Logo, deve ser considerado os dias de trabalho do assistente social na realização da pesquisa como objetivo do projeto de intervenção.

Problematização dos resultados

O método de pesquisa do uso do tempo propiciou a visualização e a problematização da prática do assistente social no CAPS. Dentre os objetivos citados no corpo do projeto submetido, os parâmetros do assistente social na saúde entraram com um deles no sentido de comparar com os serviços visualizados na mensuração do tempo. Os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde servirão como referência, obedecendo aos eixos definidos nessa concepção:

Atendimento direto aos usuários: ações socioassistenciais, de articulação interdisciplinar e educativas;

Mobilização, participação e controle social: ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde.

Investigação, planejamento e gestão: ações que fortaleçam a gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialidade, propostas que viabilizem e potencializem a gestão a favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais.

Acessoria, qualificação e formação profissional: visam o aprimoramento profissional, objetivando a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários.

Em um quadro, pode-se aferir o tempo utilizado para cada eixo:



EIXO	QUANTIDADE HORAS DURANTE O TEMPO DA PESQUISA
Atendimento direto aos usuários	8 horas
Mobilização, participação e controle social	12 horas
Investigação, planejamento e gestão	_
Acessoria	_
Investigação	_

Observa-se que os parâmetros fornecidos para esse profissional trabalhar na área da saúde fornecem cinco eixos que dentre eles apenas em dois concentram-se a carga horária, deixando mais da metade das horas totais fora dela.

É importante ainda pensar a quantidade de horas utilizadas para evoluir prontuários, atividade essa que é obrigatória na instituição e que consome de forma considerável. Logo, atividades como evolução de prontuários e contabilidade de vales-transportes, além de observar-se um significativo uso do tempo, são atividades que são consideradas aqui como burocráticas, apesar de a primeira ser uma obrigação de todos os profissionais na instituição, e quando se trata na entrega dos vales-transportes pelo assistente social há um risco de atribuir uma função ao mesmo, na qual pode caracterizar o assistencialismo que o projeto ético-político do Serviço Social vem lutando contra. Ao que se refere ao projeto terapêutico singular, esse mesmo profissional encontra-se sobrecarregado devido à quantidade de usuários alocados para sua referência (30 usuários), não permitindo uma atenção adequada para cada um deles dentro da sua carga horária.

A reflexão também remete ao “tempo invisível” do mesmo, que seria aquele que não foi contabilizado por não apresentar-se na carga horária de prestação de serviço no espaço de trabalho, observou-se que o assistente social se utilizou 8 horas na realização de grupos, nas quais se somaram os grupos de usuários, reuniões com familiares e oficinas, pergunta-se como esse profissional se organizou antes para realizar essas atividades? A resposta é encontrada dentro do tempo invisível, o que demonstra que o



mesmo não dispõe de tempo suficiente para pensar nessas tarefas no seu ambiente de trabalho, fazendo com que a organização para tal seja fora da sua carga horária.

A partir dessa problemática que se situa na sobrecarga da carga horária do assistente social nessa instituição, como fica o perfil investigativo e o trabalho a partir da totalidade e universalidade? Cabe ressaltar que o profissional não deixa de trabalhar com nenhuma delas, mas questiona-se em que tempo da sua carga horária são trabalhados.

Segundo Fraga (2010), o Serviço Social é uma profissão essencialmente interventiva, entretanto atualmente o pragmatismo vem fazendo parte da sua prática e é necessário discuti-lo para problematizar e desconstruir essa visão pragmática acerca do trabalho do mesmo, com vistas a resgatar sua dimensão investigativa, Partindo-se da premissa de que o exercício profissional do assistente social exige uma atitude investigativa constante para que não se torne meramente pragmática, sem intencionalidade e clareza de finalidade.

O assistente social tem como objeto de trabalho a questão social, trabalhando com suas múltiplas expressões, e para tanto a autora ainda enfatiza que ele deverá imprimir em sua intervenção profissional uma direção, sendo necessário, para isto, conhecer e problematizar o objeto de sua ação profissional, construindo sua visibilidade a partir de informações e análises consistentes — atitude investigativa. Concomitantemente, seu trabalho deverá ser norteado por um plano de intervenção profissional objetivando construir estratégias coletivas para o enfrentamento das diferentes manifestações de desigualdades e injustiças sociais, numa perspectiva histórica que apreenda o movimento contraditório do real.

Nesse sentido, a pesquisa propiciou a problematização dessa questão, pois o profissional em questão, envolvido nas atividades obrigatórias da pessoa jurídica, não dispõe de condições de trabalho para valer-se de seu perfil investigativo, limitando-se aos atendimentos individuais e visitas. Observou-se também que o espaço de atendimento que o mesmo se utiliza, não dispõe de recursos materiais que potencializem a pesquisa (computadores, internet), sendo necessário utilizar-se o que é de uso pessoal.



Logo o trabalho do assistente social a partir da totalidade e universalidade por meio da atitude investigativa, na instituição em questão, encontra-se dificultado por conta da carga horária concentrada nas atividades obrigatórias da instituição e das condições de trabalho limitadas da mesma, pois há a cobrança através do quantitativo.

Considerações Finais

O assistente social está em constante debate no que tange aos diversos espaços sócio-ocupacionais, esse trabalho objetiva observar o tempo fazendo repensar o lugar do assistente social dentro do campo de saúde mental, logo porque, esse profissional ainda se encontra em processo de conquista desse campo, no qual antes servia para cumprir a regulação do Ministério, contratando o mínimo de assistentes sociais, pagando o mínimo possível e sem incuti-lo de funções definidas ou tendo nenhum trabalho efetivamente feito, tipo “emprego-fantasma”. (SOUZA, 1986 apud BISNETO,2007)

A pesquisa realizada a partir da mensuração do tempo propiciou a visibilização de questões que se encontravam naturalizadas nesse espaço de atuação do assistente social, cabe ressaltar que esse trabalho não deve ser limitado a pensar que apenas existem essas questões nessa instituição, mas deve ganhar importância no sentido que o levantamento de questões sobre as práticas desse profissional seja frequente, com o objetivo que o mesmo não trabalhe com o pragmatismo.

Referências

AGUIAR, Neuma. Mudanças no uso do tempo na sociedade brasileira In: **Revista de Ciências Sociais**, n. 34 abril de 2011 - p.73-106.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL.**Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

FRAGA,Cristina Kologeski. A atitude investigativa no trabalho do assistente social. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 101, p. 40-64, jan./mar. 2010.



RAMOS, D. P. Pesquisas de usos do tempo: um instrumento para aferir as desigualdades de gênero. **Estudos feministas**, 17(3): 312, p. 861-870, set./dez, 2009.



PREVENÇÃO DE ACIDENTES COM MATERIAIS PERFUROCORTEANTES

PREVENTION OF ACCIDENTS WITH MATERIALS

Girlene Ribeiro da Costa

Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Piauí. Especialista em Enfermagem em Cardiologia pelo Centro Universitário UniNOVAFAPI. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar Humano e Enfermagem NEPECHE - UFPI. Tem interesse pela área de Saúde do Trabalhador, Biossegurança e Riscos Ocupacionais.

Marcia Teles de Oliveira Gouveia

Enfermeira. Doutorado- USP. Docente UFPI. Atualmente é diretora do centro de estudos e pesquisas em da ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - SEÇÃO PIAUI. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em SAÚDE DO TRABALHADOR, atuando principalmente nos seguintes temas: cuidado, criança, saúde do trabalhador e aleitamento materno.

Maria Eliete Batista Moura

Enfermeira. Pós-Doutorado pela Universidade Aberta de Lisboa - Portugal (2006). Atualmente é Professora Associada IV do Programa de Pós-Graduação - Mestrado e Doutorado em Enfermagem da UFPI. É líder do Núcleo de Pesquisas em Prevenção e Controle de Infecção em Serviços de Saúde - NUPCISS da UFPI. Editora Chefe da Revista de Prevenção de Infecção e Saúde - REPIS, da UFPI.

Resumo

O profissional de saúde está exposto a riscos ocupacionais elevados por acidentes com materiais perfurocortantes. O estudo objetivou analisar estudos que abordem medidas de segurança sobre a prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica. A busca foi nas seguintes bases de dados: LILACS, SIELO, BDNF e LATINDEX. Foram localizados 486 estudos. Para o processamento e análise do conteúdo foi obtido com o auxílio do programa IRAMUTEQ. O programa reconheceu o nível de aproveitamento igual 81.30%, e dividiu o corpus em cinco classes: classe III- perfil dos profissionais expostos ao acidente de trabalho; classe II- Profissionais de saúde e Riscos ocupacionais; classe IV- Risco de contaminação; classe V- Medidas preventivas de segurança e classe I- Riscos de acidente no ambiente hospitalar. Percebe que ainda ocorre uma prevalência de acidentes no ambiente de trabalho com profissionais de saúde.

Palavras-chave

Saúde do trabalhador. Acidentes de trabalho. Riscos ocupacionais. Prevenção de acidentes.

Abstract

The health worker is exposed to high occupational risks for accidents with sharps. The study aimed to analyze studies that address security measures on the prevention of accidents with sharps. This is an integrative review of scientific literature. The search was the following databases: LILACS, SIELO, BDNF and LATINDEX. 486 studies were located. For processing and analysis of the content was obtained with the help of IRAMUTEQ program. The program recognized the level of utilization equal 81.30%, and divided the corpus into five classes: Class III profile of professionals exposed to occupational accident; Class II health professionals and occupational hazards; Class IV contamination risk; Class V- preventive security measures and class I- accident risks in the hospital environment. Realizes that still there is a prevalence of accidents in the workplace with health professionals.

Keywords

Occupational Health. Accidents at work. Occupational hazards. Accidents prevention.



Introdução

O profissional de saúde está exposto a um risco maior de adquirir determinadas infecções, imunologicamente preveníveis, do que a população em geral. Isto se deve, em grande proporção, infecções sanguíneas por lesões perfurocortantes a grande causa da preocupação entre os trabalhadores de saúde e a administração dos hospitais em todo o mundo.

Os trabalhadores da saúde, durante a assistência ao paciente, estão expostos a inúmeros riscos ocupacionais causados por fatores químicos, físicos, mecânicos, biológicos (os principais causadores), ergonômicos e psicossociais que podem ocasionar doenças ocupacionais e acidentes de trabalho (AMARAL et al., 2005).

É válido retratar que a intensa rotina nas emergências hospitalares aumenta ainda mais o risco de um acidente pela sobrecarga de trabalho, visto que o profissional necessita realizar um grande número de tarefas em um curto espaço de tempo e ainda, associado ao estresse pela própria natureza de seu ofício, pode acarretar diminuição da capacidade de concentração do mesmo, aumentando assim as chances de acidente de trabalho (GIOMO et al., 2009).

Neste sentido, é necessário ampliar a discussão sobre Segurança no Trabalho, a fim de alertar e atualizar os próprios profissionais quanto aos riscos ocupacionais a que estão submetidos, especialmente os relacionados ao manuseio de perfurocortantes. Logo, o estudo objetivou analisar estudos que abordem medidas de segurança sobre a prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes.

A questão norteadora do estudo foi: Quais as medidas de segurança adotadas para a prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes?

Trata-se de uma revisão integrativa (RI) da literatura científica acerca de medidas de seguranças adotadas para a prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes, foi desenvolvido durante o período de maio a julho de 2015 na qual seguiu as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de



critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (GALVÃO; MENDES; SILVEIRA, 2010).

A busca foi realizada pelo acesso *on-line* no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), para a pesquisa das seguintes bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Base de dados em Enfermagem (BDENF) e Sistema Regional de Informação em Linha para Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal (LATINDEX); utilizando-se os descritores cadastrados no DECS (Descritores em Ciências da Saúde): Saúde do trabalhador; Acidentes de trabalho; Riscos ocupacionais e prevenção de acidentes. Para seleção dos artigos na BVS, foi realizada a pesquisa com os descritores de forma individual, em seguida foi utilizado o conectivo booleano “AND”.

Os critérios de inclusão foram: estudos primários sobre a temática; estudos disponíveis na íntegra; de forma eletrônica; publicados no período de 2010 a 2015. Como critério de exclusão definiu-se: artigos repetidos nas bases de dados; artigos de opinião; revisões; notificações; manuais; artigos de reflexão e editoriais.

Para o processamento e análise do conteúdo foi obtido com o auxílio do programa IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), um *software* científico que tem por finalidade descobrir a informação essencial contida num texto, através de análise estatística textual. O programa quantifica informações do texto, classificando-as e correlacionando-as. Desenvolvido na França por Pierre Ratinaud (2009). O *software*, identifica também a quantidade de palavras, a frequência média e o número de *hapax* (palavras com frequência um). É feita a pesquisa do vocabulário e reduzidas as palavras, com base em suas raízes (lematização) (CAMARGO; JUSTO, 2013).



Esse programa começou a ser usado no Brasil em 2013. Sendo um programa que se ancora no *software* R e permite diferentes formas de análises estatísticas sobre o corpus textuais e tabelas de indivíduos por palavras.

Os dados foram organizados a partir dos artigos selecionados, o corpus foi constituído pelos dados existentes nos resultados e discussão dos artigos, codificados (QUADRO 1) e colocados em um único arquivo de texto, conforme orientações do tutorial do IRAMUTEQ

QUADRO 1. Codificação das variáveis dos artigos selecionados

Artigos selecionados	Ano de publicação	Base de dados selecionados	Região da realização do artigo no Brasil
* ****Art_1 a *Art_15	*Ano_1 (2010) *Ano_2 (2011) *Ano_3 (2012) *Ano_4 (2013) *Ano_5 (2014) *Ano_6 (2015)	*Base_1 (LILACS) *Base_2 (SCIELO) *Base_3 (BDENF) *Base_4 (LATINDEX)	*Reg_1 (NORTE) *Reg_2 (NORDESTE) *Reg_3 (CENTRO OESTE) *Reg_4 (SUDESTE) *Reg_5 (SUL)

Fonte: Pesquisa Direta, IRAMUTEQ. Teresina-PI, 2015.

Legenda: *Art (Artigo); *Reg (Região).

Após a análise deu surgimento as classes semânticas, às quais se atribuiu os seus respectivos sentidos, originados a partir dos artigos. Após a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) simples, foram considerados para inserção em cada classe os elementos cuja frequência fosse maior que a média de ocorrências no corpus e que a associação com a classe determinada pelo valor de qui-quadrado. Além disso, foi analisado e gerado pelo corpus a nuvem de palavra, onde agrupa as palavras e as organiza graficamente em função da sua frequência. É uma análise lexical mais simples, porém graficamente interessante.



Desenvolvimento

Realizou-se a busca dos artigos nos bancos de dados, sendo localizados 486 estudos que abordem medidas de segurança sobre a prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes. E após a adoção dos critérios de inclusão, selecionou-se 15 estudos para processamento e análise dos dados (QUADRO 2).

Apresentação dos estudos conforme o artigo, título, ano, base de dados e de região:

ARTIGO	ANO	BASE	REGIÃO	
1	Riscos ocupacionais relacionados ao trabalho de enfermagem em uma unidade ambulatorial especializada	2012	BDENF	SUDESTE
2	Acidentes de trabalho com material perfurocortante envolvendo profissionais de enfermagem de unidade de emergência hospitalar	2010	BDENF	SUDESTE
3	Acidentes ocupacionais com a equipe de enfermagem da atenção hospitalar	2015	LATINDEX	SUDESTE
4	Estratégia saúde da família: riscos ocupacionais dos auxiliares e técnicos de enfermagem	2015	LATINDEX	SUL
5	Rede de Prevenção de Acidentes de Trabalho: uma estratégia de ensino a distância	2010	LILACS	SUDESTE
6	Acidentes ocupacionais com materiais perfurocortantes em hospitais de montes claros-MG	2012	LILACS	SUDESTE
7	Conhecimento e utilização de medidas de precaução padrão por profissionais de saúde	2012	LILACS	SUDESTE
8	Implantação da Norma Regulamentadora 32 e o controle dos acidentes de trabalho	2012	LILACS	SUDESTE
9	Avaliação da exposição ocupacional a material biológico em serviços de saúde	2011	LILACS	SUDESTE
10	Influência organizacional na ocorrência de acidentes de trabalho com exposição a material biológico	2013	LILACS	SUDESTE
11	Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde	2011	SCIELO	SUL
12	Exposição ocupacional por material biológico no hospital santa casa de pelotas - 2004 a 2008	2011	SCIELO	SUL
13	Acidente com material biológico no atendimento pré-hospitalar móvel: realidade para trabalhadores da saúde e não saúde	2013	SCIELO	CENTRO OESTE
14	Acidentes de trabalho com material biológico ocorridos em municípios de Minas Gerais	2014	SCIELO	SUDESTE
15	Biossegurança e a enfermagem nos cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador	2010	SCIELO	SUL



QUADRO 02. Artigos selecionados que contribuíram para a elaboração do *Corpus*, segundo o IRAMUTEQ. Teresina-PI, 2015.

Fonte: Pesquisa Direta, 2015.

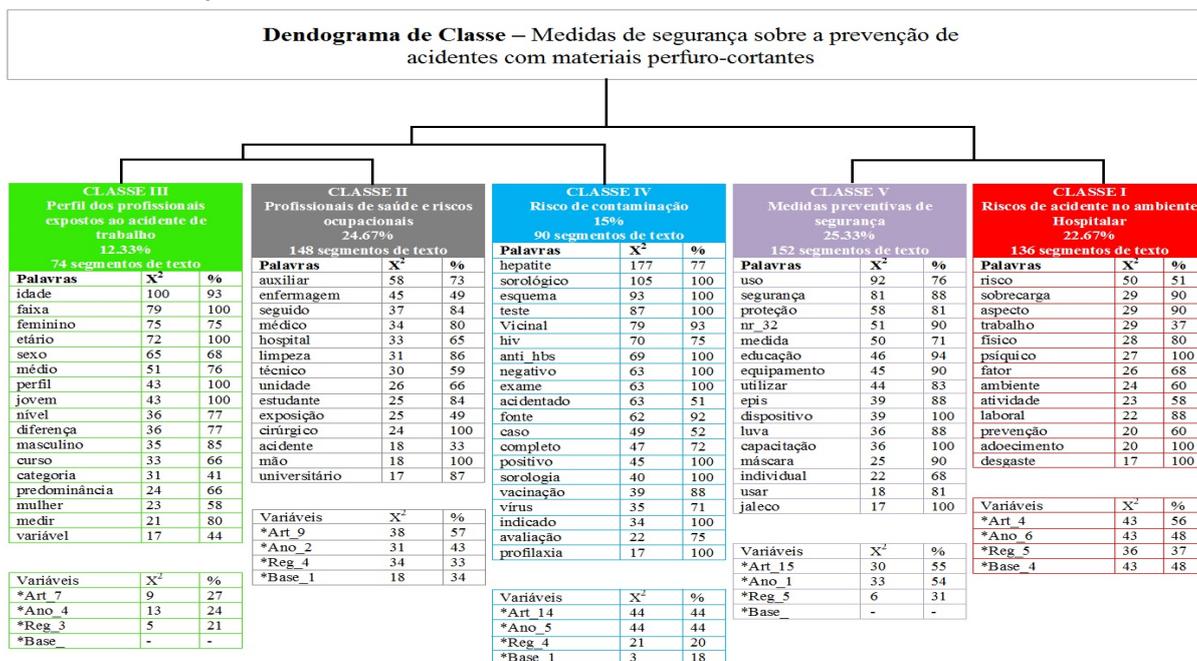
No que diz respeito à análise dos dados, o conteúdo do *corpus* compreende as representações que emergiram dos artigos. O programa IRAMUTEQ reconheceu a separação do *corpus* em 600 segmentos de texto analisáveis de um total de 738, o que indicou nível de aproveitamento igual 81.30% do total deste estudo, e dividiu o *corpus* em 05 (cinco) classes, com percentual de ocorrência e valor de X^2 mais elevado maior ou igual à 17 e p de significância $\geq 0,0001$, cada classe é descrita pelas palavras mais significativas (mais frequentes) e pelas suas respectivas associações com a classe (qui-quadrado), conforme indica a Figura 1.

Assim, o estudo traz as representações que emergiram dos artigos, destacando posicionamentos/atitudes frente problemática, expressos cinco classes semânticas oriundas do *corpus*. Pela Classificação Hierárquica Descendente a análise e discussão das classes devem acompanhar o dendograma com suas partições, e a leitura deve-se proceder da esquerda para direita. Assim, a sequência de análise no dendograma os dados foram apresentados em cinco classes, a saber:

Classe III - perfil dos profissionais expostos ao acidente de trabalho; Classe II – Profissionais de saúde e Riscos ocupacionais; Classe IV – Risco de contaminação; Classe V – Medidas preventivas de segurança e Classe I – Riscos de acidente no ambiente hospitalar.



Figura 1. Dendograma de classe - medidas de segurança sobre a prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes.



Fonte: Relatório IRAMUTEQ, Teresina-PI, 2015. **Legenda:** *Art: Artigo; *Reg: Região; *X²: qui-quadrado; *%: porcentagem.

Classe III - perfil dos profissionais expostos ao acidente de trabalho

Com 74 UCE's, que corresponde a 12,33% do corpus total e está diretamente associada à classe III. Os vocábulos (idade, faixa, feminino, etário, sexo e demais) foram selecionadas pela frequência ($p < 0,0001$) e valores de X² mais elevados nessa classe.

Nessa classe verifico o predomínio do sexo feminino, com faixa etária média entre jovens expostos ao acidente de trabalho.

*Art_03 *Ano_6 *Base_4 *Reg_4

“entre as variáveis sociodemográficas avaliadas houve correlação entre faixa etária tempo de trabalho na categoria e a referência a acidentes ocupacionais determinado a faixa etária mais jovem e aqueles com menos tempo de experiência na categoria apresentaram maior associação aos acidentes.”

*Art_04 *Ano_6 *Base_4 *Reg_5

“na análise do perfil sociodemográfico se obteve uma predominância significativa de



trabalhadores do sexo feminino o que condiz com a força de trabalho da enfermagem brasileira que é centrada em profissionais desse sexo”.

Classe II – Profissionais de saúde e Riscos ocupacionais

Esse segmento retrata os riscos ocupacionais aos profissionais de saúde associada diretamente a classe III, apresenta 148 UCE's, correspondendo a 24,67% do corpus. Os profissionais da saúde que mais se destacaram-se com os riscos ocupacionais foram da equipe de enfermagem em especial os auxiliares de enfermagem, seguido dos médicos no ambiente hospitalar, tendo significância no centro cirúrgico.

**Art_02 *Ano_3 *Base_3 *Reg_4*

“o presente estudo obteve resultados das referidas investigações constatou que na equipe de enfermagem no reencape de agulhas predominou entre acidentes ocorridos seguido por movimentação do paciente”.

**Art_03 *Ano_6 *Base_4 *Reg_4*

“em outra pesquisa em um centro de terapia intensiva com o mesmo caráter avaliativo se obteve um percentual de trabalhadores de enfermagem sofrendo acidentes com material biológico sustentando a estatística da ocorrência deste tipo de acidente em diversas instituições e apontando como maior risco na equipe de enfermagem.”

Classe IV – Risco de contaminação

Essa IV classe associada à classe III e a II, possui 90 UCE's e concentra 15% das UCE's selecionadas. Os vocábulos (hepatite, sorológico, esquema, teste, vacinal, hiv e demais) foram selecionadas pela frequência ($p < 0,0001$) e valores de X^2 mais elevados nessa classe.

**Art_02 *Ano_3 *Base_3 *Reg_4*

“é importante ressaltar que os acidentes envolvendo agulhas são os principais responsáveis pela exposição dos profissionais de saúde quanto aos riscos de adquirir infecções graves como a aids e as hepatites b e c assim procedimento de risco”



**Art_13 *Ano_4 *Base_2 *Reg_3*

“se sabe que no caso deste tipo de acidente a imunização aliada a condutas pós_exposição incluindo notificação dos casos atua como fatores protetores a saúde do trabalhador.”

Casse V – Medidas preventivas de segurança

Essa classe é formada de 152 UCE's, concentra 25,33% do total de UCE's e está diretamente associada à classe I. Neste tipo as medidas de segurança são de fundamental importância a saúde do trabalhador e principalmente na questão do ambiente hospitalar.

**Art_04 *Ano_6 *Base_4 *Reg_5*

“a não utilização de equipamentos de proteção individual epi pode contribuir para aumentar os riscos ocupacionais no ambiente de trabalho especialmente o biológico.”

**Art_15 *Ano_1 *Base_2 *Reg_5*

“a nr_32 estatui que os acidentes ou incidentes com material biológico devem ser comunicados imediatamente ao responsável pelo local de trabalho ao serviço de segurança e saúde do trabalho e à cipa.”

Classe I – Riscos de acidente no ambiente hospitalar

Nessa classe apresentou 136 UCE's, que corresponde a 22,67% do corpus total e está diretamente associada à classe anterior. Os vocábulos (risco, sobrecarga, aspecto, trabalho, físico, psíquico dentre outras) foram selecionadas pela frequência ($p < 0,0001$) e valores de X^2 mais elevados nessa classe.

**Art_03 *Ano_6 *Base_4 *Reg_4*

“os numerosos procedimentos que levam a manipulação de objetos perfurocortantes o ritmo intenso de trabalho o manuseio inadequado e a falta de profissionais para execução das atividades contribui para a maior incidência de acidentes de trabalho com perfurocortantes naquele grupo.”

**Art_04 *Ano_6 *Base_4 *Reg_5*

“esta característica pode refletir dupla jornada de trabalho uma vez que a mulher ainda tem



de se dividir entre o trabalho e as tarefas domésticas e familiares levando a sobrecarga de trabalho e comprometimento da saúde.”

Assim os estudos mostraram também que os trabalhadores satisfeitos com seu ambiente de trabalho tendem a realizar suas atividades laborais com mais atenção e cordialidade o que contribui para a humanização das relações em equipe e com os usuários, a presença de riscos na atividade ocupacional pode ser um gerador de desgaste e adoecimento elevando a insatisfação dos trabalhadores quando questionados, quanto aos riscos de acidentes presentes no ambiente de trabalho, o risco biológico se apresentou como maior causa dos acidentes mencionados pelos participantes da pesquisa (FERRAZ, 2015).

Avaliando pelo método de nuvem de palavras, que grupa as palavras e as organiza graficamente em função da sua frequência, percebe-se que as palavras acidente, profissional, trabalhador, enfermagem, exposição, saúde, risco e biológico na pesquisa, foram as que tiveram maior frequência no corpus (FIGURA 2).

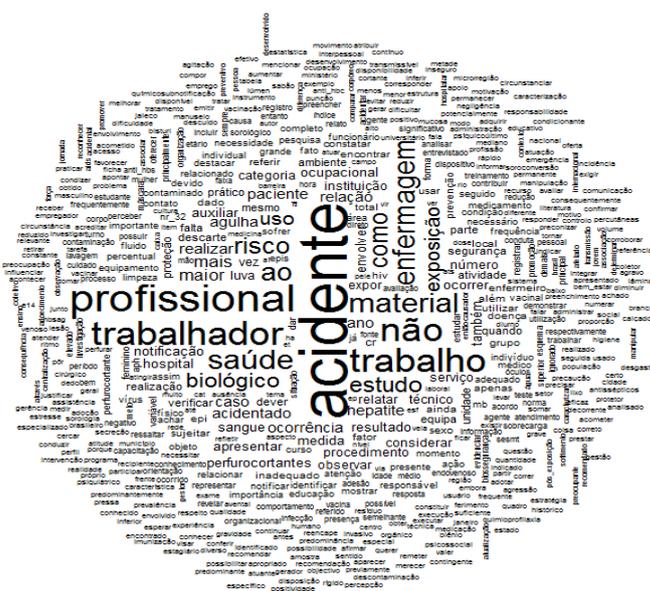


Figura 2: Nuvem de palavras – Acidentes de trabalho

Fonte: Relatório IRAMUTEQ, 2015.



Assim, pode-se se observar que o acidente de trabalho é frequente nos profissionais de enfermagem e o risco de exposição é frequente com materiais biológicos. No artigo 04, os profissionais relataram ter sofrido pelo menos algum tipo de acidente de trabalho. Os acidentes de maior frequência foram decorrentes do manejo de perfurocortantes contaminados.

Portanto, os trabalhadores da saúde, durante a assistência ao paciente, estão expostos a numerosos riscos de fontes químicas, físicas, as biológicas que entram em contato com o trabalhador pelo contato direto ou indireto (como os acidentes com material perfurocortante), fontes ergonômicas caracterizadas pelo transporte manual de cargas e peso, repetitividade, ritmo excessivo de trabalho, posturas inadequadas e riscos de acidentes que correspondem ao arranjo físico inadequado, quedas, equipamentos sem dispositivos de segurança.

Conclusão

O estudo mostrou-se relevante, o levantamento dos artigos publicados à respeito da temática, surgindo cinco classes distintas com relação as medidas de segurança, prevenção dos acidentes, e que durante as análises percebe que ainda ocorre uma prevalência com acidentes no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde em especial a equipe de enfermagem. É importante a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), e manter atualizado o esquema vacinal. Sempre se atualizar com as normas regulamentadoras sendo a mais seguida a Norma Regulamentadora 32 do Ministério do Trabalho e Emprego do Brasil, além de ser importante a notificação dos acidentes, a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) é o documento responsável pela notificação do acidente de trabalho, sendo preenchido pelo trabalhador.



Referências

AMARAL, A. S. et al. Acidentes com material perfurocortante entre profissionais de saúde em hospital privado de Vitória da Conquista-BA. **Sitientibus**, Feira de Santana. v.33, p.101-14. 2005.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. 1 th ed. Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina. 2013.

FERRAZ, L. et al. Estratégia saúde da família: riscos ocupacionais dos auxiliares e técnicos de enfermagem. São Paulo: **Revista Recien.**; v.5, n.13, p.20-28, 2015.

GALLAS, S. R.; FONTANA, R. T. Biossegurança e a enfermagem nos cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, set-out; v.63, n.5, p.786-92, 2010.

GALVÃO, C. M.; MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P. **Revisão integrativa**: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. IN: BREVIDELLI, M.M.; SERTÓRIO, S. C. M. Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde. São Paulo: Látrica, p.105-126. 2010.

GARBACCIO, J. L. et al. Acidentes ocupacionais com a equipe de enfermagem da atenção hospitalar. **Cogitare Enferm.** Jan/Mar; v.20, n.1, p.146-52, 2015.

GIOMO, D. B. et al. Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Rev. Enferm. UERJ.** v.17, p.24-9, 2009.

LIMA, L. M.; OLIVEIRA, C. C.; RODRIGUES, K. M.R. Exposição ocupacional por material biológico no hospital santa casa de Pelotas - 2004 a 2008. **Esc Anna Nery** (impr.) jan-mar; v.15, n.1, p.96-102, 2011.

MARZIALE, M. H. P. et al. Implantação da Norma Regulamentadora 32 e o controle dos acidentes de trabalho. **Acta Paul. Enferm.**; v.25, n.6, p.859-66, 2012.



MARZIALE, M. H. P. Influência organizacional na ocorrência de acidentes de trabalho com exposição a material biológico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** jan.-fev.; v.21, n.(Spec):[08 telas] 2013.

MARZIALE, M. H. et al. Rede de Prevenção de Acidentes de Trabalho: uma estratégia de ensino a distância. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, mar-abr; v.63, n.2, p.250-6, 2010.

RUAS, E. F. G. et al. Acidentes ocupacionais com materiais perfurocortantes em hospitais de montes claros-MG. **REME – Rev. Min. Enferm.**; jul./set., v.16, n.3, p.437-443, 2012.

SILVA, G.S. et al. Conhecimento e utilização de medidas de precaução padrão por profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery** (impr.) jan-mar; v.16, n.1, p.103 – 110, 2012.

SIMÃO, S. A. F. et al. Acidentes de trabalho com material perfurocortante envolvendo profissionais de enfermagem de unidade de emergência hospitalar. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, jul/set; v.18, n.3, p.400-4, 2010.

SIQUEIRA JULIO, R.; FILARDI, M. B. S.; MARZIALE, M. H. P. Acidentes de trabalho com material biológico ocorridos em municípios de Minas Gerais. **Rev. Bras. Enferm.** jan-fev; v.67, n.1, p.119-26, 2014.

SOUZA, N. V. D. O. et al. Riscos ocupacionais relacionados ao trabalho de enfermagem em uma unidade ambulatorial especializada. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, dez; v.20, n.(esp.1), p.609-14, 2012

TIPPLE, A. F. V. et al. Acidente com material biológico no atendimento pré-hospitalar móvel: realidade para trabalhadores da saúde e não saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília mai-jun; v.66, n.3, p.378-84, 2013.

VALIM, M. D.; MARZIALE, M. H. P. Avaliação da exposição ocupacional a material biológico em serviços de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis; v.20, n. (Esp), p.138-46, 2011.

VIEIRA, M. P.; M. I. PINHEIRO, R. D. C. Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** mar-abr.; v.19, n.2,[08 telas] 2011.



A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE: uma abordagem a partir do trabalho de acompanhamento junto aos pacientes atendidos no Centro de Referência Humanizada em Dermatologia Sanitária do município de Imperatriz-MA

THE PERFORMANCE OF SOCIAL WORKER IN THE HEALTH FIELD : an approach from the follow-up work with patients attended at the Humanized Reference Center for Sanitary Dermatology in the city of Imperatriz -MA

Jessica Lorrany Sousa | Karoline Brito Sousa

Graduandas do 5º período do curso de Serviço Social – IESMA/UNISULMA, Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão – IESMA/UNISULMA, **Área da pesquisa:** Políticas de Assistência e Saúde: A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO SUS: uma análise a partir do atendimento junto aos portadores de hanseníase no Centro de Referência Humanizada em Dermatologia Sanitária (CRHDS)

Jaílson de Macedo Sousa

Prof. Adjunto I – CESI/UEMA.

Resumo

O presente estudo enfoca aspectos essenciais da inserção do serviço social no âmbito da saúde. Para desenvolver esta pesquisa foi necessário de início reconhecer a trajetória sócio-histórica de inserção do Serviço Social no campo da saúde. Reconhecemos que as lutas sociais estabelecidas no decurso da história da sociedade brasileira foram de fundamental importância para a garantia de direitos, assegurada através da Constituição Federal de 1988. No entanto, consideramos ainda nesse trajeto analítico as conquistas obtidas através do movimento da Reforma Sanitária e, posteriormente, a ampliação e democratização dos serviços, através da implantação dos serviços públicos de saúde. Assim sendo, o presente artigo indaga acerca dos efeitos das políticas públicas de saúde, questionando os papéis interventivos do Assistente Social no contexto do Centro de Referência Humanizada em Dermatologia Sanitária (CRHDS) do município de Imperatriz. Vale destacar que esta pesquisa ainda está em andamento, ou seja, os resultados obtidos são parciais.

Palavras-chave

Serviços de Saúde. Intervenções Sociais. Serviço Social. Imperatriz-MA

Abstract

This study focuses on essential aspects of the inclusion of social services in health. To develop this research was necessary to start recognizing the socio-historical trajectory of insertion of social work in the health field. We recognize that the social struggles established in the course of the history of Brazilian society was fundamental to the guarantee of rights, guaranteed by the Federal Constitution of 1988. However, we still consider this analytical path the achievements obtained through the movement of the Health Reform and later, the expansion and democratization of services, through the implementation of public health services. Therefore, this article asks about the effects of public health policies, questioning the interventional role of the social worker in the context of Humane Reference Center for Sanitary Dermatology (CRHDS) in the city of Imperatriz. It is worth noting that this research is still in progress, ie the results are partial.

Keywords

Health Services Social Interventions. Social service. Imperatriz-MA



Considerações Iniciais

Este estudo está relacionado ao desenvolvimento de atividades teórico-práticas ligadas às disciplinas de Realidade Regional e Pesquisa em Serviço Social I. Tivemos a inquietação de estudar aspectos fundamentais inerentes à saúde pública, no qual abordamos a atuação do assistente social e a forma de atendimento aos usuários portadores de Hanseníase no Centro de Referência Humanizada em Dermatologia Sanitária (CRHDS), observando o tratamento, acompanhamento e as competências que são atribuídas ao profissional do Serviço Social.

Trata-se de um estudo apoiado na abordagem qualitativa. Foram sistematizados dados através dos prontuários e fichas de acompanhamento de pacientes de modo a entender as formas de enfrentamento do diagnóstico e uma melhor acessibilidade destes ao tratamento. Buscamos identificar informações sobre as causas-doença, suas consequências e as formas de tratamento. O profissional de Serviço Social através dos seus conhecimentos deve identificar as diversas expressões da questão social no âmbito da saúde, com vistas dos usuários terem consciência dos seus direitos e compreendam que é dever do Estado promovê-las.

Esta temática é de suma importância para que possamos analisar de que forma as intervenções do profissional do Serviço Social tem contribuído para o tratamento, a fim de reconhecer os avanços existentes e as dificuldades no tratamento desses pacientes. Para o desenvolvimento deste estudo foi fundamental o levantamento de algumas indagações e finalidades que nortearam a produção desta pesquisa. São eles:

- ✓ Como se configura o perfil socioeconômico dos portadores de hanseníase atendidos no Centro de Referência Humanizada em Dermatologia Sanitária (CRHDS) no município de Imperatriz?



- ✓ Como se tem efetivado os direitos dos usuários dos serviços de saúde mediante as condições oferecidas para o tratamento de Hanseníase nesta cidade?
- ✓ Quais mecanismos são utilizados pelo profissional do Serviço Social aos usuários do Centro de Referência Humanizada em Dermatologia Sanitária (CRHDS) no tratamento da Hanseníase?
- ✓ Estudar as principais formas de tratamento e as ações desenvolvidas pelo Assistente Social no tratamento de hanseníase no CRHDS.
- ✓ Caracterizar o perfil socioeconômico dos usuários.

EXPRESSÕES DAS DEMANDAS PELOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL: uma abordagem através do Serviço Social

As primeiras iniciativas voltadas para a implantação da saúde pública no Brasil surgiram por volta do século XIX, em decorrência das transformações políticas e econômicas que afetaram sobremaneira a população, especialmente, as que mais sofriam em razão do aumento das desigualdades sociais do país. No início do século XX, surgiram algumas iniciativas de organizações de todos os setores da saúde que repercutiram a partir de 1930.

Desde então, a questão da saúde já apareceu como reivindicação e mobilização por parte dos movimentos sociais que emergiram no país. O processo acelerado de urbanização e os problemas sociais da época fizeram com que o Estado brasileiro buscasse respostas às reivindicações, em grande parte da classe trabalhadora, no que se refere à situação da saúde, higiene, habitação e infraestrutura que se apresentavam muito precárias.

Neste período, foram desenvolvidas algumas iniciativas voltadas à saúde do trabalhador, sendo aplicadas medidas que se estabeleceram na origem do esquema previdenciário brasileiro, destacando-se nesse cenário, a Criação das Caixas de



Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, então reconhecida como a Lei Elói Chaves, custeadas pela União, por empresas privadas e administrada pelos empregados e empregadores.

Em face da criação das CAPs, os trabalhadores obtinham direito à assistência médica curativa, através do fornecimento de medicamentos, aposentadoria tanto por tempo de serviço, nos casos de velhices e invalidez, atribuída pensão aos dependentes e o auxílio funeral. Dessa forma, Hamilton (1993) afirma que :

Tais fundos eram geridos formalmente por um colegiado composto por patrões e empregados, sendo que a participação dos empregados na Gestão dos recursos arrecadados de modo compulsório era mínima, correspondendo, na maioria das vezes, ao desequilíbrio de poder que marcava as posições das classes ali envolvidas. (HAMILTON 1993, p. 83).

Desse modo, é reconhecido que este era apenas um direito contributivo e desigual, pois a saúde não era compreendida neste momento como um direito universal, e se voltava, apenas aos números restritos de trabalhadores assalariados, pois somente empresas organizadas como as marítimas e ferroviárias tiveram os seus direitos garantidos. Este quadro manteve-se inalterado até o término do regime militar, sendo que os serviços públicos de saúde eram restritos e atendiam a parcelas muito pequenas da sociedade brasileira.

REFORMA SANITÁRIA: um marco para a ampliação na oferta dos serviços públicos de saúde e para a efetividade de direitos da sociedade brasileira

Na década de 1980 a sociedade brasileira vivenciava a criação do Projeto de Reforma Sanitária e a superação do regime de ditadura vigente no país desde 1964. Desse modo, o país que enfrentara desde então crises agudas em sua economia, passou a vivenciar desde então um processo de democratização política que apresentou implicações nos diferentes campos que envolvem a organização social. Conforme Sergio Arouca (1998) apud Silva (2009):



Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado. (AROUCA, 1998; SILVA, 2009 p 36).

Destarte, entendemos que a saúde pública no Brasil passou a ser compreendida desde a década de 1980 como uma extensão política, estando estritamente ligada às novas idéias do projeto de democracia no Brasil. Assim, o maior sucesso da reforma sanitária é considerado a partir da primeira emenda constitucional que nasceu dos movimentos sociais.

A 8ª Conferência nacional de saúde é considerada como grande marco no cenário da saúde, que foi realizada em março de 1986, em Brasília. Propuseram como debate a saúde como direito inerente a personalidade e a cidadania. Conforme Cesar e Alves (2011)

O movimento pela Reforma Sanitária apresenta suas raízes vinculadas aos profissionais da saúde que, de posse de diversos estudos feitos por intelectuais ligados as áreas da saúde, passaram a criticar o modelo vigente e propor alternativas para a reestruturação dos serviços públicos de saúde no Brasil. (CESAR e ALVES, 2011, p. 27).

Nesse sentido, a questão da saúde se apresentou desde então não apenas como uma análise setorial, mas introduziu também a sociedade como um todo, incluindo a necessidade de implantação do Sistema Único de Saúde, ou seja, o SUS. Assim a saúde passou a ser entendida como dever de todas as esferas de governo (municipal, estadual e federal), pois antes era apenas competência da União e ao trabalhador segurado. Os debates em torno da questão da saúde pública se ampliaram, sendo que o foco central passou a se voltar para o atendimento universalizado e integral dos serviços de saúde.

Nesta direção, Bravo (2008) enfatiza a necessidade da ampliação da saúde pública brasileira bem como a tarefa fundamental da universalização dos serviços.



Universalização do acesso. Concepção de saúde como direito social e dever do Estado. Reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva. Descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2008, p. 9)

As mudanças ocorridas na década de 1980 foram sinalizadas por grandes transformações sociais, mudanças que foram fundamentais para a melhoria e a consolidação da política de saúde no Brasil. E o movimento da Reforma Sanitária foi imprescindível como eixo para as formulações da política a cerca das propostas de saúde no país. No entanto, importa reconhecer que estas mudanças só se tornaram perceptíveis na década de 1990 em razão da implantação no país do Sistema Único de Saúde – SUS.

3 A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS NO BRASIL: realidade e contradições

“O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir às populações em geral a assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população” (MINISTERIO DA SAUDE, 2002).

O Sistema Único de Saúde – SUS é um resultado de uma enorme mobilização social e ocorrido através do processo de redemocratização dos anos de 1980, que foi consolidada em função dos avanços obtidos através dos debates que envolveram a reforma sanitária brasileira.

O SUS foi criado através da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

A Constituição de 1998 buscou atender grande parte das exigências e conquistas obtidas através do movimento sanitário, entre as quais está garantida no Art. 196. “A



saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2016).

Com certeza este traduz um passo bastante relevante, uma vez que reconhece a garantia dos serviços de saúde a todos, ou seja, defende o caráter universalizado e integral dos serviços e mais ainda é que todos possam saber de seus direitos constitucionais assegurados.

O SUS surgiu de forma organizativa para que a saúde seja de livre acesso a todos, sendo que os indivíduos devem ser incluídos socialmente através da política de saúde.

O princípio da universalidade garante o direito da saúde para todos e ao Estado garantir o direito aos seus usuários. A equidade trata-se de um princípio de justiça social um aspecto onde todos devem ter oportunidades iguais ao usarem o Sistema de Saúde no Brasil. Já a integralidade refere-se a um atendimento totalmente integral onde atendem todas as necessidades da população tanto curativa e preventiva. Conforme César e Alves (2011):

O SUS apesar dos caminhos percorridos vem visualizando desafios constantes frente às demandas existentes. Com o crescimento da questão social, de fato grandes índices de problemas vêm se manifestando para que o Estado possa intervir com as políticas de saúde no Brasil. As principais características e finalidades do SUS é garantir aos usuários a promoção, proteção e recuperação da saúde. (CÉSAR; ALVES, 2011, p. 38).

Porém, o SUS não tem alcançando com êxito os seus fundamentos essenciais, os quais estão dispostos na Constituição Federal. Mesmo com inovações que vislumbrem melhoria desta política há questionamentos recorrentes referentes à valorização dos profissionais que atuam na área, principalmente dos Assistentes Sociais apresenta uma ligação com o campo da saúde. No entanto, esta não representa a área de maior concentração e interesses desse profissional, O Assistente Social através dos seus conhecimentos nas mais diversas expressões da questão social permite criar meios para que os cidadãos em geral possam adquirir consciência dos



direitos sociais, inclusive os de saúde e compreenda que é dever do Estado promovê-la, efetivando de fato a promoção, prevenção e proteção como está previsto no SUS. Silva (2009) nesse sentido ressalta

O eixo central para o trabalho do Assistente Social na saúde é a busca da criatividade e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições, articulados aos princípios do projeto de reforma sanitária e o ético político Serviço Social. O profissional de Serviço Social deve articular os demais profissionais trabalhando com equipe multiprofissional e Inter/profissional da saúde para que juntos possam defender o sistema único de saúde e formular estratégias para a consolidação dos direitos a saúde. (SILVA, 2009, p. 41)

Este profissional deve atuar de forma complexa em uma grande amplitude, para que possa atingir a universalidade, integralidade e equidade, assegurando seus direitos sociais às populações que necessitam do SUS e assim possa ser garantida todas as demandas defendida pelo projeto de reforma sanitária. Diante de tamanha amplitude da atuação deste profissional, é que optamos em estudar por um campo específico as expressões e intervenções do Assistente Social no âmbito da saúde.

Trata-se de um estudo empírico realizado no Centro de Referência Humanizada em Dermatologia Sanitária (CRHDS) do município de Imperatriz, cujas rotinas de trabalho do profissional do Serviço Social estão associadas ao acompanhamento do tratamento de portadores de hanseníase na cidade de Imperatriz. É sobre estes aspectos que iremos abordar.

A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE: uma abordagem através do trabalho desenvolvido no CRHDS de Imperatriz – MA

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória que está inclusa no rol das doenças negligenciadas e estigmatizantes. A hanseníase é uma doença infectocontagiosa curável, causada pelo *Mycobacterium Leprae* ou Bacilo de Hansen, sendo conhecida popularmente como **lepra**, decorrida de uma evolução lenta e ao longo do tempo pode



causar inúmeras sequelas, deixando marcas profundas nos indivíduos acometidos pela enfermidade.

De acordo com Baialardi (2007) “A hanseníase é uma enfermidade milenar conhecida por lepra desde os tempos bíblicos que traz consigo a marca do preconceito, discriminação e exclusão social desde o seu surgimento”. Segundo Cypreste e Nogueira (2013, p. 56) “No Brasil, a hanseníase foi introduzida durante a colonização portuguesa, acreditando-se que o tráfico de escravos africanos tenha contribuído para tal situação”. Até o início do século XX a forma de tratamento era pautada no isolamento dos enfermos nas chamadas colônias ou leprosários.

Após a revolução de 1930, com a criação do Ministério da Educação e Saúde adotou-se um novo modelo de controle através de três locais: leprosário, dispensário e preventório. O Brasil neste período era reconhecido como um país com poucas políticas públicas, marcado por intensa exclusão, segregação e preconceito. Desse modo, entendemos a problemática da Hanseníase como um grave problema social. Trata-se de um problema de saúde pública que passa a requerer a adoção de políticas públicas para a educação sanitária, com vistas de serem fornecidas informações sobre a doença, através de campanhas intensivas e ininterruptas.

Assim sendo, entendemos que o Assistente Social pode exercer um trabalho valioso nesse contexto, através do acompanhamento junto aos pacientes, esclarecendo e lutando pelos direitos destes. Diversos estudos têm apontado para os elevados índices de Hanseníase em algumas regiões brasileiras, particularmente, nas regiões Norte e Nordeste. A cidade de Imperatriz por estar situada na região Nordeste não tem fugido a esta regra. Segundo mencionamos antes, o profissional do Serviço Social atua em distintos campos sócio ocupacionais, sendo que este profissional dispõe de competências peculiares no tratamento de questões vinculadas à saúde.

Em face do reconhecimento da problemática que envolve o avanço dos casos de Hanseníase no município de Imperatriz foi que decidimos a realizar uma pesquisa empírica



a fim de identificar e compreender as rotinas de trabalho do profissional do Serviço Social no acompanhamento e tratamento dos portadores de Hanseníase neste município.

O diagnóstico precoce evita deformidades, principalmente até o sexto mês, pois a partir desse limite, há possibilidade de ocorrência de sequelas. A vigilância é fundamental na saúde pública, pois na coleta sistemática, análise e na representação dos dados para o monitoramento da doença e benefício as atividades de controle, com isso, deve haver uma melhor qualidade nos serviços de saúde pública oferecidos aos pacientes.

Atualmente a área da saúde, mostra-se um campo fértil para o exercício profissional dos assistentes sociais, é inquestionável a grande importância desse profissional na área da saúde. No Centro de Referência Humanizada em Dermatologia Sanitária (CRHDS) o exercício profissional do assistente social ocorre por meio de uma equipe multiprofissional com aspecto do direito e da socialização de informações atuando na perspectiva de efetivar os direitos e atender as necessidades dos usuários bem como possibilitar o acesso as políticas de saúde e as políticas públicas como um todo.

A presente pesquisa foi realizada no Centro de Referência Humanizada em Dermatologia Sanitária (CRHDS) localizada na área central da cidade de Imperatriz. O objetivo central deste estudo se pautou na necessidade de compreender como se dá a atuação profissional Assistente Social nesse campo sócio ocupacional, bem como as principais formas de intervenção deste junto aos usuários portadores da hanseníase.

Antes de expormos os resultados obtidos através da pesquisa empírica é necessário indicarmos a metodologia que serviu de referência a este estudo. A presente pesquisa se fundamentou na adoção da abordagem teórica Marxista. Conforme Trivinos (1987)

O materialismo dialético é a base filosófica do marxismo e como tal realiza a tentativa de buscar explicações coerentes lógicas e racionais para os fenômenos da natureza da sociedade e do pensamento. Por um lado, o materialismo dialético tem uma longa tradição na filosofia materialista e, por outro, que é também a antiga concepção na evolução das ideias, baseasse uma interpretação dialética do mundo. (TRIVINOS, p.51 1987)



A utilização da abordagem Marxista se deu em consonância do uso do método Dialético. Os estudiosos em geral entendem que este método se ocupa em investigar as mudanças, ou seja, as transformações sociais como dinâmicas e contraditórias, uma vez que seus interesses são divergentes. Desse modo, as impressões e opiniões acerca do sistema de saúde no Brasil são divergentes, ou seja, expressam um movimento que é dialético.

Lennin (1979) a este respeito comenta:

Na concepção de Marx, como na de Hegel, a Dialética compreende o que hoje se chama de teoria do conhecimento ou gnoseologia, que deve igualmente considerar seu objeto do ponto de vista histórico, estudando e generalizando a origem e o desenvolvimento do conhecimento, a passagem da ignorância ao conhecimento. (LENNIN, 1979, p. 20)

A utilização dessa linha de pensamento teórica marxista e seu método foi escolhida a fim de entendermos o sentido dinâmico que envolve o usuário e profissional no âmbito do Centro de Referência Humanizada em Dermatologia Sanitária (CRHDS), para compreensão da realidade da atuação do profissional Assistente Social, as suas formas de intervenção social e a efetivação dos acessos aos direitos dos usuários.

Para se obter resultados mais satisfatórios diante da temática abordada, foi utilizado o método observacional através de entrevistas em forma de questionário que permitiu o contato direto com o profissional e o paciente do Centro de Referência Humanizada em Dermatologia Sanitária. Portanto, esta metodologia utilizada possibilitou a compreensão da condizente realidade investigada, através das relações estabelecidas entre o assistente social e os pacientes portadores da Hanseníase, pois, ela possibilita viabilizar os direitos e a efetivação ou não dos mesmos, através das entrevistas e o contato tanto com o profissional interventor quanto o receptor do tratamento. Apresentamos, neste primeiro bloco a primeira parte que trata dos questionamentos que foram direcionados para a Assistente Social. São os seguintes:

- Comente sobre o exercício profissional do Assistente Social neste Centro de Referências Epidemiológicas de Imperatriz.



- Que programas e projetos sociais são desenvolvidos neste Centro e como tem sido a atuação do Assistente Social nestes?
- Que critérios são estabelecidos para a participação dos usuários no Programa?

Além do acolhimento individualizado, nos também fazemos parcerias e buscamos trabalhos preventivos nas escolas, porque hoje a hanseníase ela não atinge um grupo específico de pessoas, ela não tem uma característica própria um perfil: negro, pobre, indígena, ex-presidiário é qualquer um pode ser acometido pela doença.” (Entrevistado 1).

“Os programas e projetos sociais a gente não consegue fazer eles de forma isoladamente, graças a Deus em Imperatriz existe uma rede, por exemplo, eu estou com um paciente que necessita de um bolsa família eu faço um acompanhamento de forma sistematizado, vou produzir relatórios e vou viabilizar a questão do bolsa família , se ele não tiver necessidade de um bolsa família e sim um perfil de um auxílio doença ai tem as características do perfil , então a gente faz um contato da necessidade desse paciente e vai viabilizar ao acompanhamento para que ele tenha direito previdenciário dele , e também a questão do vale transporte “(Entrevistado 1).

“Os programas de transferência de renda que são o bolsa família e alguns outros auxílios, a gente parte do pressuposto da Lei orgânica da Assistência Social LOAS classificando como grupo de vulneráveis, dependendo da necessidade a gente atende também aos critérios dos benefícios eventuais sem se desvincular da LOAS os mesmos critérios usados pela assistência é os mesmos parâmetros que utilizamos então nós necessitamos do apoio da rede” (Entrevistado 1).

Ainda neste primeiro bloco apresentamos a segunda parte dos questionamentos que foram direcionados aos pacientes do Centro de Referência Humanizada em Dermatologia Sanitária (CRHDS):

- Quais as dificuldades institucionais encontradas pelo usuário ao tratamento de hanseníase no Centro de Referência em Dermatologia sanitária (CRHDS)?
- Todos os medicamentos para o tratamento de hanseníase é oferecido regulamente?
- Em quantos programas sociais você está inserido e como ocorreu o acompanhamento para o acesso aos programas?



“Rapaz uma dificuldade que eu tenho é o transporte, porque eu moro lá na Santa Rita e o único transporte que eu tenho é a bicicleta ai as vezes fica difícil de eu vim.” (Entrevistado 2)

“ Eu recebo o medicamento direitinho, to até tomando aquela pilulazinha que é só uma banda, não sei se vocês conhecem “ (Entrevistado 2).

“ rapaz eu sou aposentado e não recebo essas coisas não, tenho casa própria e vivo bem graças a deus.” (Entrevistado 2).

Nesses depoimentos ficam evidentes todas as dificuldades institucionais, estruturais, ao funcionamento ao Centro de Referencia Humanizado em Dermatologia Sanitária (CRHDS). O que nos leva a refletir sobre temática, que deve se buscar mais aspectos contribuintes para propagação da relevância da doença e da intervenção dialética entre o profissional Assistente Social e ao usuário do serviço de saúde publica.

Considerações Finais

Os resultados obtidos através da entrevista com a Assistente Social e os usuários, pode se observar que a efetiva atuação do profissional junto a uma equipe multiprofissional mediante as condições oferecidas pelo Centro de Referencia Humanizado em Dermatologia Sanitária (CRHDS). Foi analisado também que a pessoas mais afetadas pela hanseníase enquadram se ao um perfil de alta vulnerabilidade social, questionada aos baixos índices de IDH em todos os aspectos que envolvem os portadores da Hanseníase.

Dessa forma, nos leva a questionar que é necessário um acompanhamento mais detalhado e minucioso e oferecer melhores condições estruturais para os atendimentos.

Referências

AROUCA, S. **Reforma Sanitária**. 1998. Disponível: <http://www.ministeriodasaude.gov.br>
Acesso em 14 de nov. 2015



BAIALARDI, Kátia Salomão. **O estigma da hanseníase: relato de experiência em grupo com pessoas portadoras.** Hansen Int. 2007; 32(1), p. 27

BRASIL. Ministério da Saúde. O sistema público de saúde brasileiro. Seminário internacional: **Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas.** São Paulo, 2002.

BRAVO. M. I. Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA. A. E. et. A. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez/OPAS, OMS. Ministério da Saúde, 2008.

CÉSAR, ALVES. **O exercício profissional do Assistente Social no âmbito da saúde: uma reflexão sobre os limites e possibilidades de intervenção no atendimento aos usuários do Hospital Municipal de Imperatriz,** 2011.

CYPRESTE, Dora Martins, NOGUEIRA, Wagner; **A fundação paulista Contra a Hanseníase.** p. 19; 2013.

HAMILTON, Wanda S. Debate sobre a criação do Ministério da Saúde, In: **III Seminário Interno do Departamento de Pesquisa da Casa de Oswaldo Cruz.** Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz; Fiocruz, 1993.

LENIN, V.I **As três fontes e as três partes constitutivas do Marxismo.** São Paulo: Global Editora, p. 20 1979 (coleção bases n.09).

SILVA, Jessica Caroline Medeiros. **O trabalho do Assistente Social no Sistema Único de Saúde.** p. 41, 2009.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais.** 1987.



OS DESAFIOS DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: o processo histórico e o olhar por meio do Centro de Referência de Assistência Social do Bairro de Fátima, São Luis - MA.

THE ASSISTANCE POLICY CHALLENGES SOCIAL : the historical process and look through the Social Assistance Reference Center Fatima district , São Luis - MA .

Luciana Azevedo de Sousa

Aluna concludente do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Maranhão. Desenvolve pesquisas na área de, Desenvolvimento, Ideologia, Políticas Públicas, Questão Social e Serviço Social. Pesquisadora e integrante do GEPOLIS - Grupo de Estudos de Política de Lutas Sociais e Ideologias, participando do projeto Movimentos Sociais e Lutas no Maranhão: mapeamento de ações e resistências

Lenilton Ferreira da Silva

Aluno concluinte do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Maranhão. Desenvolve pesquisas na área de Políticas Públicas, Questão Social e Serviço Social. Atualmente é bolsista da FAPEMA, convidado a participa do projeto “Revitalização da Música de Concerto no Maranhão” no âmbito da Escola de Música do Estado.

Resumo

Este artigo apontará os princípios constitutivos da Política de Assistência Social, perpassando pela trajetória inerente a assistência, abordando desde os primórdios das Leis dos Pobres até a assistência na atualidade. Tem ainda como finalidade analisar a materialização dessa política sob a ótica do Centro de Referência de Assistência Social do Bairro de Fátima, Anil e Bequimão, apontando o trabalho que os profissionais inseridos no mesmo realizam e as dificuldades encontradas a serem superadas.

Palavras-chave

Assistência Social. Serviço Social. Materialização.

Abstract

This article will point the constituent principles of Social Welfare Policy, passing through the trajectory inherent assistance, addressing since the dawn of the Poor Laws to assistance today. Also aims to analyze the realization of this policy from the perspective of the Center for Social Assistance Reference Barrio Fatima, Anil e Bequimão, pointing work professionals involved in the same conduct and difficulties to be overcome.

Keywords

Social Assistance. Social Service. Materialization.



Introdução

Abordar a temática da Política de Assistência Social como sinônimo de garantia de direito faz-se necessário referenciá-la desde os primórdios da sua existência, construindo assim, uma visão mais abrangente da sua atual materialização na sociedade. Tal temática tem um cunho de relevância elevado, principalmente para os profissionais envolvidos que investigam e implementam essa política, e principalmente para o profissional do Serviço Social que, historicamente se constituiu como fruto profissional dessa política.

Desse modo, retomaremos pressupostos da “Leis dos Pobres” (*Poor Law*) que posteriormente é suplantada pela *Speenhamland Law* e esta última no contexto liberal, vê seus princípios constitutivos sendo fragmentados. Abordarei os reais motivos da existência da Assistência Social e por que a mesma se torna importante diante da crescente massa pauperizada no contexto capital-trabalho, trazendo para a sua implantação na sociedade brasileira, com a vigência da Constituição Federal de 1988, a criação da Lei Orgânica de Assistência Social e o emergir do Sistema Único de Assistência Social.

Com base no observado no CRAS do Bairro de Fátima, o processo de materialização da Política de Assistência Social torna-se claro. Assim, observaremos as dificuldades que essa descentralização da política enfrenta para se fazer política, com o corpo profissional outrora com autonomia em partes, com os recursos que são disponibilizados, e o principal, o que de fato vem se concretizando socialmente.

Uma breve trajetória da assistência social

No que tange o contexto histórico da assistência, se faz necessário fazer uma viagem até o século XVI, retomarmos pontos embrionários que posteriormente resultaram na assistência tal como conhecemos hoje e que concomitantemente proporcionou a emersão de um profissional para fins de sua efetivação, não negando a



sua existência no decorrer desse processo, mas reconhecendo sua evolução de “monitor social” a profissional organizado como conhecemos atualmente, o profissional do Serviço Social.

A assistência pode ser encarada como uma prática antiga, datada desde o primórdio do ano de 1536 com o surgimento das Leis dos Pobres (*Poor Law*) que segundo Polanyi *apud* Pereira (2007, p. 103) integrava “um conjunto de regulações pré-capitalistas que se aplicava às pessoas situadas à margem do trabalho, como idosos, inválidos, órfãos, crianças carentes, desocupados voluntários e involuntários”. Partindo desse princípio, identificamos que no decorrer da história da humanidade houve uma certa preocupação com a margem pobre socialmente instituída.

Não obstante, esse conjunto de medidas implementadas eram mais punitivas do que protetoras, uma vez que, prosperidade e trabalho eram taxados como algo inerente a moralidade, logo, ser pobre era ser imoral. Tal ser imoral era forçado a sujeitar-se a qualquer tipo de salário e aos incapacitados, ao receber algum tipo de assistência, eram obrigados em contrapartida a prestar serviço voluntário em casas de trabalhos. Para o pensamento da época – e atualmente a sociedade carrega como herança - o trabalho é o fator principal que torna o ser imoral em moralmente social, por isso o “vagabundo” (o ser imoral) precisava ser moldado, pelo trabalho, e encaixado nos conformes da dignidade social.

Diante do atrofimento da assistência, a camada socialmente pobre cresceu bruscamente. Segundo Polanyi (1980, p.113) a pergunta que outrora se fazia, ainda no século XVIII, era de onde surgiam tantos pobres? A mesma se repercutiu posteriormente com a advento do sistema capitalista e em resposta a tal questão fica claro que, “[...] a pobreza tinha não só causas sociais (e, portanto, não individuais) como, paradoxalmente, dava-se em meio a uma riqueza sem precedentes.” (PEREIRA, 2007, p. 109). Logo, a raiz da questão não estava na produção de riqueza e sim na retenção da mesma, uma vez que essa era construída socialmente como fruto da força trabalhadora.



Para Marx (1999, p. 827)

[...] a elite foi acumulando riquezas, e a população “vadia” ficou finalmente sem ter outra coisa para vender além da própria pele. Temos aí o pecado original da economia. Por causa dele, a grande massa é pobre e, apesar de se esfalfar, só tem para vender a própria força de trabalho. Enquanto cresce continuamente a riqueza de poucos, embora tenham esses poucos parado de trabalhara há muito tempo.

Devido excessiva “acumulação primitiva”, como aponta Marx, o capital passa a gerar grandes reservas de trabalhadores – que nunca pode incorporar - disponíveis para o processo de trabalho. É exatamente essa reserva que Marx aponta como sendo uma verdadeira superpopulação relativa e que segundo Maranhão (2010, p. 104), essa superpopulação “é composta por um conjunto de grupos heterogêneos, abrangendo uma multifacetada população de trabalhadores que se encontram tanto desempregados ou parcialmente empregados”, ou seja, uma gigantesca pauperização social.

É justamente na contradição entre o capital e trabalho - responsável pela questão social - que a classe trabalhadora vai obtendo maiores ganhos sociais e políticos. A assistência passa a retomar seu caráter complementar, no passado oportunizado pela *Speenhamland Law*, no contexto da ideologia neoliberal. Nos países de *Bem Estar Social*, a conjuntura política visou garantir uma assistência desde os primórdios de vida até o findar da mesma. Para isso propôs como pilares as políticas de pleno emprego, serviços sociais universais, extensão da cidadania onde no plano econômico se propagou a intervenção do Estado e no plano social, a organização de sistemas de Seguridades.

A assistência social e a sua formação em território brasileiro

Como já respaldado anteriormente, a concepção da assistência social está imamente ligada às contradições do modo de produção capitalista – produção coletiva e apropriação privada dos frutos da produção. Tal situação não difere no contexto



brasileiro, pelo contrario, só ratifica. Segundo Berhing e Boschetti (2006, p. 78) a questão social ganha espaço em território brasileiro, apontando que:

[...] num país de natureza capitalista, com manifestações objetivas de pauperismo e iniquidade, em especial após o fim da escravidão e com a imensa dificuldade de incorporação dos escravos libertos no mundo do trabalho, só se colocou como questão política a partir da primeira década do século XX, com as primeiras lutas de trabalhadores e as primeiras iniciativas de legislação voltadas ao mundo do trabalho.

A priori, a assistência social era um berço do assistencialismo, baseado nos princípios de ajuda, da caridade e solidariedade. Tais ações assistencialistas eram desenvolvidas primordialmente pela Igreja Católica, fortemente abordada no método positivista, suas ações estiveram voltadas para os princípios do assistencialismo tendo como o principal contemplado a camada pobre que não poderia prover seu sustento.

Mesmo com suas ações assistencialistas, a Igreja Católica sem dúvidas é uma das grandes percussoras da assistência social brasileira, uma vez que, com a ascensão do capitalismo cada vez mais latente em sociedade, a mesma entrou em um grande retrocesso social, perdendo cada vez mais espaço na sociedade. Assim, a sociedade capitalista nascente precisa da Igreja e está, por sua vez, precisa reconstituir sua hegemonia e se restabelecer socialmente. Para tal processo, a igreja utiliza como meio, a assistência social e implanta em território brasileiro a primeira escola especializada nessa área.

Mesmo com todo esse caráter assistencialista, as questões sociais passam a ter destaque, e à medida que se destacava, demandava de teleológicas políticas sociais que viessem de encontro com as necessidades sociais, garantido ao indivíduo um modo meio de subsistência. Logo, as políticas de caráter social, são a princípio manejadas como uma estratégia do Estado. Por uma face, o Estado precisava manter o sistema capitalista para o mesmo não fragmentar-se, no entanto, pela outra face, para que tal fragmentação não ocorresse se fazia necessário o controle da massa pauperizada, garantindo a estas os mínimos sociais para sua manutenção. Dessa forma, o Estado atuará a margem da



resolução do problema social com tomadas paliativas imediatistas, e, por conseguinte, com total negação dos direitos sociais. Assim, a assistência social foi efetivando-se com o modo filantrópico, refletidas das medidas de doação de auxílios, benesse, serviços voluntários, favor. Tais medidas não erradicavam a pobreza e a desigualdade – não que atualmente tal processo aconteça - pelo contrario, apenas tomavam proporções maiores.

Posteriormente, instala-se no Brasil um sistema de Seguridade Social restringindo-se ao tripé formado pela Saúde, Previdência Social e Assistência Social. No que tange a política de Assistência Social que concentrava medidas imediatistas e filantrópicas, com a Constituição Federal de 1988 assume o patamar de Direito a quem dela precisar.

A Assistência Social assume um caráter nos conformes assistenciais com a implementação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Nos momentos históricos da assistência no contexto brasileiro, a mesma foi sendo executada a margem do direito, caracteriza-se em uma assistência interna (asilos e casas de trabalho forçado), era exclusivamente voltada aos pobres incapacitados e aos assistidos, exigia dos mesmos contrapartidas, refletidas nos trabalhos voluntários. Agora, tomando o direito como base, a assistência passa a ser tanto interna como externa, não contemplando exclusivamente os pobres incapacitados, mas também aos capazes de trabalho, mas sem o devido emprego e por final, não exigia a face da contrapartida do assistido. Percebe-se claramente que a Assistência Social como política, tornará a figura do profissional do Serviço Social necessária. Tal profissional é posto como o “protagonista” na execução da assistência e o modo de intervenção deste profissional nos espaços da assistência, principalmente nos Centros de Referências, onde aparecem com mais assiduidade nos debates éticos-políticos do Serviço Social. Desse modo, o processo de “protagonização” profissional ganha novas dimensões a partir da LOAS e ganha novos patamares com a implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), não obstante só ganhará “condições efetivas de existência muito recentemente com o anúncio em 2004 da Política Nacional de Assistência Social (PNAS)” (RODRIGUES, 2011, p. 97).



Como forma de proteção social e ampliação desse direito, o Centro de Referência de Assistência Social vem como meio de descentralização da Política Nacional de Assistência Social. No CRAS os serviços de proteção social básico são executados de maneira direta, sendo assim, o CRAS se torna a menina dos olhos do Sistema Único de Assistência Social, com o desenvolvimento de tais serviços socioassistenciais.

Logo, a Assistência Social procura centrar seus esforços em ações preventivas e de enfrentamento das circunstâncias de vulnerabilidade e risco sócias. As ações são predefinidas através de intervenções territorializadas e principalmente com foco nas famílias, que segundo Miotto (2011, p.110) “a relação família e Assistência Social entendida como ajuda ancora-se na ideia de que a família é a principal instância de proteção social. Dessa forma, a Assistência Social estabelece-se ou aparece no momento em que a família fracassa”.

Os desafios da política de assistência social apontados a partir do cras do Bairro de Fátima.

Com base no observado no CRAS do Bairro de Fátima, pode-se compreender de forma mais clara como essa política de Assistência Social vem se materializando socialmente. A princípio, notasse um CRAS organizado, com uma gestão interna efetiva e com uma ferramenta de suma importância para a intervenção profissional do Serviço Social, a autonomia para execução de suas atividades – atividades estas abrangidas pelo CRAS. Também percebemos profissionais, não só assistentes sociais, mas professores, orientadores sociais, auxiliares administrativos, focados na implementação territorial dessa política. Não obstante, existem problemas e pontos que merecem ser destacados. Uns fogem da essência e abrangência da gestão do CRAS e outros não.

A priori, como toda e qualquer situação que se idealiza no papel, espera-se uma materialização da mesma nos conformes idealizado e estudado, caso esse processo não ocorra, o sujeito observador depara-se com um choque de realidade. É exatamente esse processo que ocorrer com o CRAS do Bairro de Fátima, e com outros em todo território



brasileiro. Esperava-se uma estrutura nos conformes da LOAS, onde no art. 6º D disserta que “as instalações dos Cras e dos Creas devem ser **compatíveis** (grifado por mim) com os serviços neles ofertados, com espaços para trabalhos em grupo e ambientes específicos [...], assegurada a acessibilidade às pessoas idosas e com deficiência”. No meu discernimento, instalações compatíveis com os serviços prestados são instalações que viabilizem a execução dos mesmos, infelizmente, um CRAS sem estruturas informativas, sem acesso a internet, inviabiliza a efetivação de um dos principais programas da alçada do CRAS, o Programa Bolsa Família. Tal programa é cadastrado (Cadastro Único) tanto fisicamente como virtualmente no site da Caixa Econômica Federal. Só após do cadastro virtual feito, o usuário terá a chance de ser ou não contemplado pelo programa, através da seleção feita pelo MDS⁴. Assim, quanto mais se protela a conclusão geral do cadastro, mais é prolongado o prazo para a tão esperada transferência de renda. Tal problema de inacessibilidade virtual como também observado a falta de energia⁵ por sonegação de pagamento, devem ser sancionados pela gestão municipal.

Outro ponto é a questão da descentralização da política de assistência, onde o CRAS tem um caráter importante nesse processo. Outrora, a Constituição Federal de 1988 garante uma Seguridade Social universal com proteção social a todos, a LOAS garante uma política de assistência descentralizada como diretrizes básicas, contraditoriamente, a centralização dos serviços prestados ou mesmo as atividades realizadas pelo CRAS limitam-se aos usuários moradores do bairro ou bairros mais próximos, assim, à ampla abrangência territorial do CRAS do Bairro de Fátima, limita o acesso a outros usuários, não garantindo assim a universalização da assistência como direito. Assim, benefício eventuais como cestas básicas, kit enxoval, aluguel social não atendem a todas as demandas.

Sobre tudo isso, Vianna apud Mota (2010, p. 137 e 138) aponta que:

⁴ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

⁵ Esta não ocorre corriqueiramente, entretanto quando ocorrida, representa um dia inteiro ou uma tarde sem trabalho. Representando em patamares maiores: faltar com respeito aos usuários e funcionários.



[...] embora a seguridade brasileira pós-1988 incorpore a orientação das políticas de proteção social nos países desenvolvidos e que seguiram a tradição Beveridgeana, no Brasil, a adoção da concepção de seguridade social, como um sistema de proteção integrado e universal, não aconteceu nem do ponto de vista da sua organização administrativa e financeira, nem do ponto de vista do acesso.

Outro fator que contribui para a inacessibilidade e localização do CRAS é o seu caráter nômade. Como seu espaço físico é implantado em uma residência comum, alugada e readaptada nos conformes da acessibilidade, o CRAS encontra-se em constante rotação devido a inúmeros fatores, principalmente o atraso do aluguel, acarretando no cancelamento do contrato por conta do proprietário. Por falta de recurso financeiro, é inviável a efetivação de uma divulgação a nível territorial do que vem ser o CRAS, onde o mesmo se localiza, desmistificando, assim, a ideia e a popular nomenclatura institucional do CRAS em “Bolsa Família”. Ainda, a própria falta de conhecimento territorial do CRAS, e a comunicação dos mesmos entre si, faz do usuário um verdadeiro bumerangue, levando este de CRAS em CRAS em busca de ter acesso a um benefício. Assim, “o CRAS não faz sentido, se não for para fortalecer a perspectiva da cidadania, ou, ainda, se não for para tratar a universalidade posta pela Assistência Social” (BRAGA, 2011, p. 152).

Ainda é válido ressaltar a questão da alta rotatividade no CRAS. Tal questão fragiliza e fragmenta um trabalho construído a longo prazo, principalmente no acompanhamento familiar onde a troca da figura do profissional - e também o caráter nômade do CRAS que não é acompanhado do suporte do transporte e locomoção - dificulta a continuidade desse processo. As condições de trabalho do profissional estão sendo colocadas de maneiras cada vez mais secundárias e para Braga (2011, p.152), o concurso público “é o viés da garantia da autonomia profissional e um fim dessa rotatividade na área da assistência”.

Outra questão são as atividades laborais desenvolvidas no CRAS em parceria com o SENAC pelo programa Pronatec. Alguns cursos são de suma importância para o crescimento individual profissional, não obstante, outros são voltados apenas para um



crescimento pessoal que posteriormente poderá ganhar eixo de complementaridade de renda. Curso como, confecção de bijuterias – observado na época da pesquisa -, nos leva a refletir nos argumentos de Yazbek (2006, p.129) que a política social “centrada em situações-limites em termos de sobrevivência e seu direcionamento aos mais pobres dos pobres, incapazes de competir no mercado. Neste sentido as políticas acabam sendo o lugar do não-direito e da não cidadania”.

Último ponto a ser destacado e que não merece ficar de fora desse levantamento, é o papel invertido da contrapartida na assistência social. Na gênese da assistência, a mesma só era cedida a um seleto grupo mazelado que por sua vez, retribuía o favor com outro favor, a contrapartida. Atualmente, tal processo ganha uma nova dimensão, ao ponto que, somente uma atividade de caráter socioeducativo desenvolvida pelo CRAS não se torna suficiente, seja ela uma palestra, um acompanhamento ao jovem nos centros de Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo, se faz a necessária a compensação financeira ou alguma outra forma de compensar o tempo “desperdiçado”. Dessa forma, a equipe interdisciplinar do CRAS é obrigada a lançar mão de mecanismos de convencimento, não financeiros, pois a mesma não possui autonomia financeira, entretanto, oferecendo facilitar serviços do CRAS aos participantes das atividades, ou mesmo, e quase escasso, encaminhar para o mercado de trabalho dos maiores de 18 anos.

Considerações Finais

A Política de Assistência Social se constitui em sociedade como uma das principais alternativas para o combate a pobreza que é fruto das contradições entre a relação capital-trabalho, entretanto, Mota (2010, p.138) aponta que “se antes a centralidade da seguridade girava em torno da previdência, ela agora gira em torno da assistência, que assume a condição de uma política estruturada e não mediadora do acesso”. E é exatamente esse caráter mediadora de acesso ou mesmo na garantia de direto que a mesma se depara com distorções em sua essência política.



Vale ainda ressaltar aqui que a Constituição Federal de 1988, segundo Simões (2014, p. 310) “promoveu a assistência como instituição política estatal e não o serviço social; assim como a saúde e não a medicina; a justiça e não o direito”. Tal associação acarreta em uma disfunção não só por parte dos usuários, mas também do próprio profissional no decorrer de sua formação profissional, que conseqüentemente aplicara na execução dessa política, de maneira mediatista e clientelista.

A materialização dessa política, refletidas da atuação dos profissionais do CRAS do Bairro de Fátima, demonstra uma certa fragilidade e contradição em sua execução. À medida que em sua amplitude busca descentraliza suas ações, a mesma centraliza, uma vez que não consegue abranger toda sua territorialidade. O caráter do profissional contratado aumenta a rotatividade interna do CRAS e limita sua autonomia. Os recursos insuficiente, pelo contingente de demanda, reduzem o caráter da universalidade e o direito a quem precisa, e processos altamente seletivos e burocráticos.

Diante de tudo que foi exposto, um dos maiores desafios exposto a Política de Assistência Social, ao profissional do Serviço Social e refletidos na sociedade é exatamente a centralidade nessa política como a única solução de superação das contradições existências do sistema vigente, que segundo Mota (2010, p.145) não se deveria a Assistência Social “hipotecar o principal e às vezes único mecanismo de enfrentamento da questão social”. Tal questão ainda se agrava pela ilusória compreensão dessa política como uma política de proteção social e não como parte de um tripé, garantido constitucionalmente, que forma a proteção social.

Referências

BERHING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. **Constituição**. República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

_____. **Lei Orgânica da Assistência Social**. – Brasília: lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.



_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social**: norma operativa básica. Brasília, 2004.

BRAGA, Léa Lúcia Cecílio. O trabalho de Assistentes Sociais nos CRAS. In ____: **O trabalho do/a Assistente Social no SUAS**. Brasília: CEFSS, 2011.

SIMÕES, Carlos. A Lei Orgânica da Seguridade Social. In ____: **Curso de Direito do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2014.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. Livro I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

MARANHÃO, César Henrique. Acumulação, trabalho e superpopulação: crítica ao conceito de exclusão social. In ____: **O Mito da Assistência Social**: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade. São Paulo: Cortez, 2010.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família, Gênero e Assistência Social. In ____: **O trabalho do/a Assistente Social no SUAS**. Brasília: CEFSS, 2011.

MOTA, Ana Elizabete. A centralidade da Assistência Social na Seguridade Social brasileira nos anos 2000. In ____: **O Mito da Assistência Social**: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade. São Paulo: Cortez, 2010.

PEREIRA, Amazoneida P. Potyara. Políticas de satisfação de necessidades no contexto internacional. In ____: **Necessidades Humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2007.

POLANYI, Karl. Antecedentes e consequências. In ____: **A grande transformação**: as origens da nossa época. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

RODRIGUES, Mavi Pacheco. Balanço crítico do SUAS e o trabalho do/a Assistente Social. In ____: **O trabalho do/a Assistente Social no SUAS**. Brasília: CEFSS, 2011.

YAZBEK, Maria Carmelita. A Assistência Social na prática profissional: história e perspectivas. In ____: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2006.



POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E O SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: um enfoque no processo de trabalho do assistente social

ASSISTANCE SOCIAL POLICY AND INSTITUTIONAL RECEPTION SERVICE FOR TEENS: a focus on the social worker working process

Ana Valéria Matias Cardoso

Universidade Federal do Piauí – UFPI. Desenvolve pesquisa na área sobre criança e adolescente, processo de trabalho, Serviço Social. Mestranda em Políticas Públicas – Universidade Federal do Piauí, Especialista em Família e Políticas Públicas – Faculdade Santo Agostinho. Graduada em Serviço Social – Faculdade Santo Agostinho.

Resumo

Este artigo tem por objetivo discutir e descrever, mediante análise documental e bibliográfica, o trabalho do Assistente Social, nos serviços de acolhimento institucional de crianças e adolescentes, em situação de risco social e de rompimento de vínculos familiares. Procurou-se abordar as mudanças na legislação que vem colocando a necessidade urgente de reordenamento dos serviços e sua tecnificação e padronização, com o objetivo maior de reintegração familiar como forma de garantir o direito à convivência familiar e comunitária. Conclui-se que diante do atual cenário do Brasil são grandes as dificuldades para garantir esse direito, considerando a precarização das políticas públicas e a fluidez das redes, a cultura que rege ainda grande parte das organizações não governamentais, dentre outros.

Palavras-chave

Acolhimento Institucional. Criança e Adolescente. Serviço Social.

Abstract

This article aims to discuss and describe , through documentary and bibliographical analysis , the work of the social worker in residential care services for children and adolescents in situations of social risk and disruption of family ties . He sought to address the changes in legislation that has put the urgent need for restructuring of the services and their technification and standardization , with the ultimate goal of family reintegration in order to guarantee the right to family and community life . In conclusion, given the current scenario of Brazil are great difficulties to guarantee this right , considering the precarious public policies and the fluidity of networks , the culture that governs still largely non-governmental organizations , among others.

Keywords

Home Institutional. Children and Adolescents. Social Service.



Introdução

Diante das variadas vicissitudes sociais desencadeadas pelo desenvolvimento do capitalismo, como o acúmulo de vulnerabilidades social das famílias e das situações de risco que levam ao afastamento de crianças e adolescentes de suas famílias de origem, o serviço acolhimento institucional, previsto pela Política de Assistência Social configura-se com mais uma opção de proteção à criança e adolescente, cujo objetivo é a reintegração familiar e reduzir a reincidências das situações de risco, de modo que busca atuar no sentido de preservar a vida em família. Mediante o atendimento institucional, que deve ser excepcional e temporário, cumpre-se a função de garantir direitos desse público e dar suporte base para as famílias, pois a finalidade maior dos serviços de acolhimento institucional é a reinserção familiar.

As legislações que dão suportes à proteção social de crianças e adolescentes trouxeram importantes avanços no sentido de conferir atendimento digno, direitos, condições para o desenvolvimento pleno de crianças e adolescentes que estão em situação de risco social e pessoal e a reintegração familiar quando possível, trazendo alterações no trabalho de acolhimento institucional, como a garantia do direito à convivência familiar e comunitária e o fortalecimento de vínculos familiares.

A Política de Assistência Social é uma das políticas que materializam os direitos desse segmento. Essa prevê a intersetorialidade e o trabalho em rede, ou seja, a articulação entre políticas e seus serviços para atender as necessidades das famílias e seus membros. Essa rede composta pelo sistema de garantia de direitos como Conselho Tutelar, Conselhos de Direitos de Crianças e Adolescentes, Judiciário, CREAS, CRAS, Ongs e outras entidades de assistência social que prestam serviços de acolhimento institucional ou defesa de direitos do segmento. O trabalho em rede para garantir integralidade no atendimento remete também a interdisciplinaridade nos processos de trabalho das equipes, tanto das organizações governamentais como na não governamental, portanto,



uma articulação de saberes e práticas, considerando os multifatores que geram riscos sociais.

Nessa perspectiva, o Assistente Social se inclui entre as equipes de trabalho dessas entidades e órgãos públicos. Nesse sentido, o processo de trabalho do profissional é importante na materialização de tais serviços, dirigidos ao público-alvo - crianças e adolescentes que se encontram em situação de risco social – e ao mesmo tempo enfrentam inúmeros desafios no contexto contemporâneo de crise econômica, política e fiscal impactando nas políticas públicas desenvolvidas pelo aparato público como forma de satisfazer as necessidades dessa população, haja vista aquelas serem desenvolvidas sob o contexto economicista e neoliberal.

Nesses aspectos, o objetivo do artigo é situar e discutir o processo de trabalho dos assistentes sociais nos serviços de acolhimento institucional para crianças e adolescentes em situação de risco social, os avanços normativos e as novas requisições profissionais, além das dificuldades no processo de reintegração familiar no contexto contemporâneo.

2 Política de assistência social e o serviço de acolhimento institucional

A garantia do direito à convivência familiar e comunitária - DCFC de crianças e adolescente, a partir da atenção voltada a esse público e suas famílias, está inserido na Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2004), no Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (PNCFC, 2006) e no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), alterado pela Lei n. 12.010/09.

Sua operacionalização está descrita nos documentos: Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes (MDS, 2009) e Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (MDS, 2009) como finalidade de todos os serviços de acolhimento.



O Sistema Único de Assistência Social (SUAS, 2005) prevê, nos Serviços de Proteção Especial de Alta Complexidade de crianças e adolescentes, as modalidades: *Atendimento Integral Institucional, Casa Lar, Família Acolhedora, República*, considerando ainda que cada município, em função das necessidades locais, pode criar serviços de Casa de Passagem.

Os serviços de acolhimento institucional cumprem a finalidade de acolher e oferecer proteção integral a crianças e adolescentes quando necessitam ser afastados temporariamente do convívio familiar de origem ou quando já não contam mais com a proteção e os cuidados de suas famílias e esforços no sentido de trabalhar com as famílias de origem para um possível processo de reintegração familiar

Essas legislações colocam a excepcionalidade da medida de acolhimento institucional e o necessário reordenamento das instituições para atender:

I — preservação dos vínculos familiares e promoção da reintegração familiar; Inclui-se a reintegração familiar como um dos objetivos das entidades que acolhem crianças e adolescentes.

II — integração em família substituta, quando esgotados os recursos de manutenção na família natural ou extensa; Incluiu a família extensa como uma das possibilidades de encaminhamento da criança ou adolescente (BRASIL, 1990).

Essas legislações, como as que regem a política de Assistência Social colocam a família como seio ideal para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, devendo esta ser assistida com políticas básicas de saúde, educação, lazer, esporte, cultura, profissionalização e outros direitos sociais, que lhe possibilitem exercer as funções de cuidar, socializar, educar e proteção;

O acolhimento institucional, nesse novo contexto de centralidade na família, poderá ser uma das medidas de proteção social, mas deve seguir o princípio da excepcionalidade e da provisoriedade, cujo § 2º, do art. 19 do ECA/1990, incluído pela Lei no 12.010/2009, prevê:

§ 2º A permanência da criança e do adolescente em programa de acolhimento institucional **não se prolongará por mais de 2 (dois) anos**, salvo comprovada



necessidade que atenda ao seu superior interesse, devidamente fundamentada pela autoridade judiciária.

Outra alteração realizada no art. 19 do ECA/1990 é em relação a avaliação dada a situação de cada criança e adolescente em acolhimento institucional. Antes não havia um mecanismo de controle daqueles que estavam institucionalizados, apenas na entrada e saída da entidade. Porém, com a inclusão do § 1º, art. 19, do ECA/1990, incluído pela Lei nº 12.010/2009, houve a seguinte mudança:

§ 1º Toda criança ou adolescente que estiver inserido em programa de acolhimento familiar ou institucional terá sua **situação reavaliada, no máximo, a cada 6 (seis) meses**, devendo a autoridade judiciária competente, com base em relatório elaborado por equipe interprofissional ou multidisciplinar, decidir de forma fundamentada pela possibilidade de reintegração familiar ou colocação em família substituta, em quaisquer das modalidades previstas no art. 28 desta Lei.

Retorno da criança em acolhimento para sua família de origem ou extensa tem prioridade e implica num trabalho social com a família. Assim, a promoção da reintegração familiar é também responsabilidade das entidades que acolhem crianças e os adolescentes e inclui a família extensa como possibilidade da criança e do adolescente preservarem os vínculos familiares. Destaca-se ainda o atendimento personalizado em pequenos grupos, no acolhimento dos grupos de irmão e/ou primos os mesmos devem ser mantidos unidos, a fim de preservar os vínculos familiares existentes, buscando-se sempre a não transferência para outras entidades. Devendo o momento do desligamento se assistido por equipe técnica que irá montar estratégias de realizar essa desinstitucionalização de maneira gradativa.

A legislação busca tecnificar os processos de trabalho das equipes ao estabelecer a necessidade de acompanhamento individual, mediante Plano Individual de Acompanhamento – PIA: § 5º O plano individual será elaborado sob a responsabilidade da equipe técnica do respectivo programa de atendimento e levará em consideração a opinião da criança ou do adolescente e a oitiva dos pais ou do responsável.

No artigo 112§ 6º estabelece o modo de operacionalizá-lo: constarão do plano individual, dentre outros:



- I – os resultados da avaliação interdisciplinar;
- II – os compromissos assumidos pelos pais ou responsável; e
- III – a previsão das atividades a serem desenvolvidas com a criança ou com o adolescente acolhido e seus pais ou responsável, com vista na reintegração familiar ou, caso seja esta vedada por expressa e fundamentada determinação judicial, as providências a serem tomadas para sua colocação em família substituta, sob direta supervisão da autoridade judiciária.

Ou seja, deve conter informações sobre a criança e adolescente e o acompanhamento da família de origem (estratégias e ações), monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.

Na execução desses serviços devem compor as equipes técnicas: o Assistente Social, Psicólogo e outros profissionais. Destaca-se nesse estudo o processo de trabalho dos assistentes sociais.

O trabalho do assistente social nas equipes interdisciplinares dos serviços de acolhimento institucional de crianças e adolescentes em situação de risco social

As situações de risco social que implicam no rompimento dos elos familiares, deixam as crianças e adolescentes desprotegidos e vulneráveis. Nessa perspectiva é que surgiu e atualmente foi reordenado o serviço de acolhimento institucional, integrante da política de assistência social. Esse serviço conforme Rizzini (2006, p. 89), “constitui uma medida de proteção para os casos em que há violação dos direitos da criança e/ou do adolescente e se avalia a necessidade de afastamento da família”, contempla a função de ser um suporte de caráter excepcional e provisório para dar proteção social a crianças e adolescentes de maneira temporária, haja vista o maior objetivo da institucionalização ser a reinserção familiar.

No que diz respeito ao Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do direito da criança e adolescente, o trabalho de acompanhamento e garantia dessa proteção social e o trabalho social com a família de origem são atribuições da equipe interdisciplinar dos serviços. O Serviço Social está inserido nessas equipes interdisciplinares dos serviços e da rede de políticas sociais e socioassistencial (como CRAS e CREAS).



Cabe ao Judiciário especificamente ao juiz, decidir o tipo de medida de proteção social a ser adotada, substanciado por estudos sociais e pareceres também de assistentes sociais. Nas instituições de acolhimento faz parte das atribuições do assistente social elaborar o Plano Individual de Acompanhamento – PIA, que parte de um estudo diagnóstico que subsidiará a intervenção junto à família de origem e culminará com uma indicação para a situação da crianças e adolescente: retorno à família de origem ou extensa ou para uma família substituta.

De acordo com a legislação § 5º o plano individual será elaborado sob a responsabilidade da equipe técnica (incluindo o Assistente Social) do respectivo programa de atendimento e levará em consideração a opinião da criança ou do adolescente e a oitiva dos pais ou do responsável.

112§ 6º Constarão do plano individual, dentre outros:

I – os resultados da avaliação interdisciplinar;

II – os compromissos assumidos pelos pais ou responsável; e

III – a previsão das atividades a serem desenvolvidas com a criança ou com o adolescente acolhido e seus pais ou responsável, com vista na reintegração familiar ou, caso seja esta vedada por expressa e fundamentada determinação judicial, as providências a serem tomadas para sua colocação em família substituta, sob direta supervisão da autoridade judiciária.

De uma maneira geral o PIA deve conter informações sobre a criança e adolescente, estudo das situações que geraram o risco social e o acompanhamento da família de origem estabelecimento de estratégias e ações, monitoramento e avaliação das mesmas.

Neste processo, relatórios substanciados na avaliação do trabalho realizado e dos resultados alcançados pelo trabalho da equipe devem ser enviados à autoridade Judiciária sob a fiscalização e acompanhamento do Ministério Público se de fato esse trabalho tem sido realizado, conforme as legislações determinam.

Conforme o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do direito da criança e adolescente, isso é fundamental por que o objetivo deve ser sempre a reintegração familiar, é para isso se faz necessário trabalho social articulado entre as instâncias responsáveis que fundamentam o estudo psicossocial. Isso porque:

[...] apenas o intenso investimento na reintegração familiar e o acompanhamento conjunto, caso a caso, por uma equipe interdisciplinar, envolvendo os profissionais do abrigo e da Justiça da Infância e da Juventude, poderão fornecer elementos suficientes para o estudo psicossocial, que dever subsidiar a autoridade Judiciária e o Ministério Público nos casos de destituição do poder familiar e encaminhamento periódico, pelos serviços de acolhimento, de relatórios informativos sobre a situação atual da criança, do adolescente e de sua família à autoridade judiciária (BRASIL, 2006, p. 44).



Deste modo, o Serviço Social como uma profissão interventiva e com posicionamento ético-político busca colaborar para a implementação do Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, de tal maneira que propicie tanto condições para a proteção integral da criança e do adolescente, pensando e executando ações lúdicas, recreativas, educativas para esses sujeitos, quanto criando condições (mediante inclusão na rede de serviços) que proteja e potencialize a família para exercer o papel de socialização e proteção; desenvolvimento de ações que acarretem na construção de novos vínculos.

Na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, o Serviço Social está inserido em todas as equipes interdisciplinares dos serviços. No que se refere ao trabalho realizado no âmbito da proteção social de alta complexidade, também atua no serviço de acolhimento institucional, e deve garantir junto com os representantes das instituições o:

Acolhimento provisório e excepcional para crianças e adolescentes de ambos os sexos, inclusive crianças e adolescentes com deficiência, sob medida de proteção (Art. 98 do Estatuto da Criança e do Adolescente) e em situação de risco pessoal e social, cujas famílias ou responsáveis encontrem-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção. As unidades não devem distanciar-se excessivamente, do ponto de vista geográfico e socioeconômico, da comunidade de origem das crianças e adolescentes atendidos. Grupos de crianças e adolescentes com vínculos de parentesco – irmãos, primos, etc., devem ser atendidos na mesma unidade. O acolhimento será feito até que seja possível o retorno à família de origem (nuclear ou extensa) ou colocação em família substituta (BRASIL, 2013, p. 40).

O trabalho social com o semente e sua família nesse serviço deve pautar-se na escuta qualificada para realização de diagnóstico e levantamento de demandas; desenvolvimento de ações que promova o convívio familiar, seja mediante ações grupais ou individuais; estudo social; orientação e encaminhamentos sobre/para a rede de serviços locais do território; construção de plano individual e/ou familiar de atendimento; orientação sócio familiar; acompanhamento e monitoramento dos encaminhamentos realizados; referência e contra referência; elaboração de relatórios e/ou prontuários; trabalho interdisciplinar e em rede; diagnóstico socioeconômico, dentre outros.



Além de buscar acolher e garantir proteção integral do segmento contribuindo para a prevenção do agravamento de situações de negligência, violência e ruptura de vínculos; busca preservar vínculos com a família de origem, salvo determinação judicial em contrário e desenvolver com as adolescentes condições para a independência e o auto-cuidado.

Visa ainda mecanismos de informação, comunicação e defesa de direitos; orientação para acesso a documentação pessoal; identificação da família extensa ou ampliada; mobilização para o exercício da cidadania; articulação da rede de serviços socioassistenciais; articulação com os serviços de outras políticas públicas setoriais e de defesa de direitos; articulação interinstitucional com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos.

A nova lei da adoção (Lei 12.010/2009) alterou passagens do ECA, em especial, a inclusão de passagens que legisle sobre a direito à convivência familiar e comunitária, importante também na fundamentação do trabalho do/a Assistente Social, em especial no serviço de acolhimento institucional. Seu trabalho, é parte de um processo de trabalho das instituições de acolhimento, pensado como: a fim de propiciar orientação, apoio e promoção social a permanência de crianças e adolescentes na família natural, sendo que em casos excepcionais e impossibilidade de permanência na família natural, crianças e adolescentes podem ser colocados em família extensa ou substituta (SQUIZZATTO, 2013), enquanto essa situação não é definida, elas ficam abrigadas preferencialmente no serviço de acolhimento familiar, denominado família acolhedora ou no acolhimento institucional.

O legislador dessa nova lei reconhece a importância desse profissional (assistente social) na promoção e preparação para a nova situação familiar de crianças e adolescentes, sendo também consagrado aqui o princípio da municipalização na execução do serviço (BRASIL, 2009).

Ainda comporta na nova lei de adoção, o acompanhamento e intervenção do profissional de Serviço Social em análise de casos, em se tratando dos casos de crianças e adolescentes indígenas ou provenientes de comunidade remanescente de quilombo, há



a necessidade do profissional acompanhar o estágio de convivência, este a serviço da Justiça da Infância e da Juventude, e com os demais técnicos ligados a execução da política de garantia do direito à convivência familiar, de modo que o produto desse trabalho seja o relatório detalhado acerca da conveniência da medida a ser tomada (BRASIL, 2009).

O profissional ainda atuará nos casos de adoção, a exemplo da adoção no território nacional e internacional, tratando-se de adoção de adolescente, que demandará do assistente social a elaboração de parecer técnico para o estágio adequado da sua materialização. Além disso, nas causas de suspensão ou destituição do poder familiar ao profissional cabe a realização de estudo social ou perícia, a requerimento da autoridade judiciária, de ofício, pelas partes ou do Ministério Público (BRASIL, 2009).

Por fim, o profissional de Serviço Social ainda se insere na orientação dada a família substituta, no que diz respeito a garantia direito à convivência familiar, sendo que ao profissional cabe a serviço da Justiça da Infância e Juventude, elaborar estudo psicossocial contendo informações que permitam avaliar a capacidade e o preparo dos postulantes para o exercício da maternidade ou paternidade.

Um dos principais limites do trabalho do Assistente Social e da reintegração familiar está posto pelas condições de trabalho afetadas pela conjuntura de crise econômica, política, limitação orçamentárias, avanço do neoliberalismo e da sua lógica de distribuição de responsabilidades com a proteção social direta com as famílias, ongs e mercado. Dessa maneira, a rede de proteção social que tem como foco crianças e adolescentes, tem dificuldades diversas: na coordenação, na oferta de serviços público pelo Estado, pela precarização das políticas posto que há um desmonte da proteção social universalista e estatal, fundada no direito social e na cidadania.

A centralidade na família e no direito a convivência familiar e comunitária não deveria significar atribuir novas responsabilidades às famílias, mas atendê-las em suas necessidades para que possa continuar com seus filhos.



Mas, o que se assiste é execução de uma política pública por organizações de assistência sociais não governamentais (filantrópicas e religiosas) que se regem pela boa vontade e benemerência; a incipiente e insuficiente ação do Estado, isso quando a demandas não é individualizada e mercantilizada para ser satisfeita pelo mercado. Esse quadro compromete os serviços e seus objetivos de garantir direitos.

Conclusão

A partir da apresentação e discussão do ECA (BRASIL, 1990), Nova Lei Nacional da Adoção (BRASIL, 2009), Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (BRASIL, 2006) e Política de Assistência Social e serviços tipificados nacionalmente, entre outros, foi possível constatar avanços nas normativas, no sentido de afirmarem o direito à convivência familiar e comunitária como um direito fundamental de crianças e adolescentes, e uma tentativa de tecnificar as equipes de trabalho com o passo a passo do trabalho social exigido, em especial, para as instituições de acolhimento.

Nesses serviços e nas instituições que os oferecem encontramos um espaço sócio-ocupacional de trabalho para o Serviço Social e a necessidade premente de se reordenarem para que a institucionalização não seja a forma principal de proteção integral infância e juventude em situação de risco e rompimento de vínculos familiares, o que coloca novas demandas para a profissão que é o trabalho social com a família de origem ou extensa dessas.

Por outro lado, observou-se que as mudanças e os avanços na legislação referentes à infância e à adolescência vêm sendo efetivadas de forma gradativa, porém ainda não integral, pelas práticas de atendimento e pelo trabalho em rede, posto que o contexto de restrição de gasto social e divisão de responsabilidades com a sociedade civil e com a própria família deixam as políticas da área em estado de precariedade e



insuficiência para atender as demandas e que se expressam pela falta de recursos financeiros, humanas e materiais para tal efetivação.

O Serviço Social, com o seu trabalho, tem potencialidades e limites nessas instituições governamentais ou não governamentais de acolhimento. Pode contribuir para uma intervenção mais humanizada, digna, efetiva e transformadora da realidade social de crianças e adolescentes institucionalizados, fundamentada em estudos da realidade e estratégias de inclusão que modifique condições de vida das famílias. Porém, limitada pela estrutura dos serviços, formas de estruturação e coordenação da rede, as formas de conduzir as ações e definições de estratégias pela gestão.

O trabalho profissional, como parte de um processo de trabalho organizado pelas instituições contratantes, depende das condições que as instituições oferecem, porém, pode conduzir suas ações por uma racionalidade dialética, capaz de ler as demandas e propor ações que de fato tenham impacto positivo nas realidades das famílias.

Referências

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. Lei Federal n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

BRASIL. **LEI 12.010/2009, de 03 de agosto de 2009**. Dispõe sobre adoção; altera as Leis n^{os} 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da Lei n^o 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei n^o 5.452, de 1^o de maio de 1943; e dá outras providências. Presidência da República: Brasília-DF, 2009. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12010.htm>. Acesso em 06 dez. 2015.

BRASIL. **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social, 2006.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social, 2004.



BRASIL. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. **Lei Federal nº 12.594**, de 18 de janeiro de 2012. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo e dá outras providências. Brasília: Ministério da Justiça, 2012.

BRASIL. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social, 2013.

RIZINNI, Irene (coord.). **Acolhendo crianças e adolescentes**: experiências de promoção de direito à convivência familiar e comunitária no Brasil. São Cortez, 2006.

SQUIZZATTO, Ediléia Paula dos Santos. Acolhimento institucional e o serviço social. In: **Revista Saber Acadêmico**, n. 15, 2013.



