

EIXO TEMÁTICO 4 – SEGURIDADE SOCIAL: ASSISTÊNCIA, SAÚDE E PREVIDÊNCIA

MAIN THEME 4 - SOCIAL SECURITY: CARE, HEALTH AND SOCIAL SECURITY

A PERCEÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA FRENTE A SUA CONDIÇÃO DE VIDA EM TERESINA – PI

THE PERCEPTION OF THE POPULATION LIVING IN THE STREET AND THEIR LIFE CONDITION IN TERESINA-PI

Iracilda Alves Braga

Assistente Social, doutoranda em Serviço Social pela UFPE, professora do Instituto Camillo Filho - ICF. A pesquisadora desenvolveu projeto de Iniciação Científica na área de Assistência Social e População em Situação de Rua, no ICF.

Michelle Carvalho de Sousa

Aluna formanda do Curso de Serviço Social do Instituto Camillo Filho. A pesquisadora desenvolveu projeto de Iniciação Científica na área de Assistência Social e População em Situação de Rua, no ICF

Resumo

A presente pesquisa versa sobre a temática do fenômeno População em Situação de Rua em Teresina-PI. Tem como objetivo geral identificar e analisar a percepção que o morador de rua tem de sua condição de vida, compreendendo o significado que ele atribui ao espaço da rua, bem como conhecer sua trajetória de vida e suas estratégias de sobrevivência. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de natureza qualitativa, com estudo de campo. O estudo foi realizado no Albergue Casa do Caminho, no Município de Teresina-PI em maio de 2015. Neste trabalho podemos constatar que a rua se constitui no habitat das pessoas em situação de rua. Nele encontra-se estabelecida uma intrincada rede de relações. Os moradores de rua constroem relações que revelam valores, percepções, questões próprias da experiência de viver nas ruas e desenvolvem identidades que garantem a sua sobrevivência.

Palavras-chave

População em situação de rua. Representação Social. Estratégias de sobrevivência. Política de Assistência Social.

Abstract

This research approaches the theme of Population Phenomenon living on the street in Teresina PI. It has as the general objective Identifies and analyzes the perception that the homeless has of their living conditions, understand the significance that he attaches to the street space, and know the path of life and their survival strategies. It is an exploratory, descriptive research with a qualitative field study. The study was accomplished at the Hostel Casa do Caminho in the city of Teresina-PI in May 2015. In this work we can see that the street is the habitat of the people that live in the streets, in this habitat there is a complex network of relationships that is established. The homeless build relationships that reveal values, perceptions, issue of own experience of living on the streets and develop identities that guarantee their survival.

Keywords

People living on the streets. Social representation. Survival strategies. Social Assistance Policy



Introdução

A presente pesquisa buscou realizar um estudo sobre a população em situação de rua no município de Teresina-PI. Tem como objetivo geral identificar e analisar a percepção que o morador de rua tem de sua condição de vida, compreendendo o significado que ele atribui ao espaço da rua, bem como conhecer sua trajetória de vida e suas estratégias de sobrevivência. Os objetivos específicos são: compreender o fenômeno população em situação de rua no município de Teresina-PI; identificar como esses moradores de rua se percebem no espaço da rua em Teresina; identificar as estratégias de sobrevivência da população em situação de rua no município e conhecer a trajetória de vida dos sujeitos entrevistados.

Apesar da importância do tema, as discussões sobre moradores de rua em Teresina e no Brasil ainda são escassas. Este trabalho buscou contribuir com as discussões relacionadas à população em situação de rua, com uma abordagem crítica e reflexiva dos seus aspectos sociais subjetivos, buscando a construção de conhecimentos que identifiquem as condições de vida, as qualidades e as limitações das pessoas em situação de rua no município de Teresina. Estes conhecimentos podem servir para subsidiar programas de prevenção e de intervenção. Servem, ainda, para mostrar com maior clareza quem são estas pessoas e como elas vivem e se percebem no espaço da rua.

A pesquisa foi realizada no Albergue Municipal, a Casa do Caminho, que presta atendimento especializado e acolhimento temporário à população em situação de rua no município de Teresina-PI, localizado na Rua Rio Grande Do Sul, nº 102, no Bairro Ilhotas em maio de 2015. A presente pesquisa é de caráter exploratório, descritivo, de natureza qualitativa. O estudo fundamentou-se no método dialético.

A Coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada, guiada por um roteiro. As entrevistas foram realizadas no Albergue Casa do Caminho, em Teresina-PI; foram transcritas na íntegra e após sua transcrição, os dados foram analisados mediante análise temática. Os participantes do estudo foram os moradores de rua vinculados ao albergue Casa do Caminho, no município de Teresina-PI, sendo entrevistados 10



moradores. O estudo aconteceu conforme a resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre os aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos.

Os principais autores de base utilizados nessa pesquisa foram Araújo (2012), Alles (2010) Jodalet (2005) Lamy (2013), Moscovici (2007), Minayo (2010), Santos (2009), Silva (2009), Sousa (2009), Sêga (2000). Também foram utilizados: a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (2008), a Política Nacional de Assistência Social – PNAS (2004), o Plano de Reordenamento do Serviço de Acolhimento para Pessoa em Situação de Rua, Município de Teresina- Piauí (2013) e a Política Nacional para População em Situação de Rua (2009).

Este texto estrutura-se em dois tópicos: o primeiro apresenta a caracterização dos sujeitos que participaram da pesquisa; no segundo buscamos analisar como os moradores de rua se percebem dentro da realidade social em que vivem no município de Teresina.

Caracterização dos sujeitos entrevistados

Nesta pesquisa foram realizadas 10 entrevistas semiestruturadas com as pessoas que vivem em situação de rua em Teresina-PI. Os entrevistados foram do sexo feminino (01 usuária) e do sexo masculino (9 usuários), nas idades entre 21 a 58 anos. A tabela 01 apresenta as características dos sujeitos quanto ao sexo, idade, tempo de permanência na rua, grau de escolaridade e estado civil dos sujeitos participantes da pesquisa.



Tabela 01. Características dos sujeitos entrevistados (Teresina – PI/2015)

| USUÁRIOS | SEXO | IDADE | TEMPO DE PERMANÊNCIA NA RUA | ESCOLARIDADE | ESTADO CIVIL |
|------------|-----------|-------|-----------------------------|---------------------|--------------|
| Usuário 01 | Feminino | 45 | 8 Anos | Superior Incompleto | Divorciada |
| Usuário 02 | Masculino | 25 | 3 Anos | 5° Série | Solteiro |
| Usuário 03 | Masculino | 21 | 14 Anos | 1° Série | Solteiro |
| Usuário 04 | Masculino | 45 | 5 Anos | 4° Série | Solteiro |
| Usuário 05 | Masculino | 44 | 5 Meses | 5° Série | Solteiro |
| Usuário 06 | Masculino | 54 | 3 Anos | 5° Série | Divorciado |
| Usuário 07 | Masculino | 45 | 5 Meses | 7° Série | Solteiro |
| Usuário 08 | Masculino | 45 | 10 Anos | 4° Série | Solteiro |
| Usuário 09 | Masculino | 29 | 8 Anos | 8° Série | Solteiro |
| Usuário 10 | Masculino | 58 | 13 anos | Não Alfabetizado | Divorciado |

Fonte: Dados levantados pela pesquisadora Michelle Carvalho de Sousa a partir das entrevistas realizadas no Albergue Casa do Caminho com os moradores de rua.

Foi possível constatar que os entrevistados são pessoas de diferentes realidades, mas que têm em comum a condição de pobreza absoluta, de despertencimento da sociedade moderna. Os depoimentos indicam ainda que alguns fatores como a baixa autoestima, pouca percepção de futuro, dependência química, vínculo familiar fragmentado, alienação em relação à falsa liberdade e conformismo da atual situação



contribuem para que os moradores em situação de rua permaneçam engessados nessa condição social.

Constatamos ainda que a população que vive em situação de rua em Teresina não é homogênea, o que dificulta a utilização de apenas um conceito para definir os mesmos. É uma população bastante diversificada, com inúmeras denominações. Habita os espaços públicos produzindo e reproduzindo suas vidas. Possui uma variedade de estratégias para sua sobrevivência no espaço da rua e consegue sobreviver em situações extremamente precárias.

São múltiplas as causas de se ir para a rua, assim como são múltiplas as realidades da população em situação de rua.

[...] pode-se dizer que o fenômeno população em situação de rua vincula-se à estrutura da sociedade capitalista e possui uma multiplicidade de fatores de natureza imediata que o determinam. Na contemporaneidade, constitui uma expressão radical da questão social, localiza-se nos grandes centros urbanos, sendo que as pessoas por ele atingidas são estigmatizadas e enfrentam o preconceito como marca do grau de dignidade e valor moral atribuído pela sociedade. É um fenômeno que tem características gerais, porém possui particularidades vinculadas ao território em que se manifesta. (SILVA, 2006, p.95)

As circunstâncias que levam à ida para o espaço da rua são diversas. Englobam desde as brigas familiares, abandono, drogadição. Dos entrevistados apenas uma usuária está inserida num programa do Governo Federal, o programa Bolsa Família, recebendo um valor mensal correspondente a R\$ 70,00 reais, outro morador é aposentado pelo INSS por invalidez e recebe um salário mínimo (R\$ 788,00); os demais sobrevivem do trabalho informal, de esmolas, entre outros.

Percebemos que durante o dia os moradores de rua ficam envolvidos com atividades laborais, como guardar carros nas ruas ou à procura de uma instituição para se alimentar e fazer sua higiene pessoal. Quando não, estão realizando algum bico, ficam perambulando de um lado para outro nas ruas do centro da cidade, ou ainda sentados nos bancos das Praças.



Todos os entrevistados fazem uso dos serviços ofertados pelo município por meio da SEMTCAS - Secretaria Municipal de Trabalho, Cidadania e Assistência Social. Frequentam o albergue Casa do Caminho, Centro Pop, CRAS, CREAS, CAPS Ad, entre outros.

As reflexões de Silva (2009) corroboram a afirmação das características encontradas dos sujeitos entrevistados. A autora aponta seis aspectos característicos do fenômeno população em situação de rua: as múltiplas determinações; expressão radical da questão social na contemporaneidade; localização nos grandes centros urbanos; o preconceito; as particularidades vinculadas ao território em que se manifesta; a tendência a naturalização do fenômeno.

A percepção dos moradores de rua frente a sua condição de vida

A percepção dos sujeitos entrevistados apresenta uma ótica constituída por elementos singulares, características da história particular de cada pessoa que vivencia essa situação de rua. O status de “morador de rua” engendra, em diferentes níveis, seja social, econômico, político e cultural, uma ruptura de laços. Esse acontecimento é marcado por um processo de desterritorialização que gera profundas transformações nas ações, percepções e vivências desses sujeitos no espaço urbano

Os moradores de rua entrevistados, ao relatarem sobre a percepção que eles têm em relação a sua condição de vida, na maioria dos casos, deixam explícito em suas falas que a palavra vergonha é forte. Sentem-se humilhados, desprezados não apenas perante a sociedade, mas, também, perante suas famílias. Os relatos sobre o uso da bebida e outras drogas vêm associados à dificuldade de encarar suas famílias, pela falta de afeto, baixa autoestima:

Eu me sinto como um cachorro no meio da rua; todo mundo que passa tem nojo tem medo, entendeu (Usuário 3).

Eu me vejo assim um derrotado, porque a gente morar quase 40 anos no centro de Teresina e você conviver com muitas coisas boas e você chegar no fundo do poço. (Usuário 8).



Di Flora (1987, p.49) analisa a interiorização da desumanização como um aspecto que faz com que o cidadão em situação de rua não se sinta mesmo completamente humano: "[...] a pressão da estrutura social e econômica, ao determinar o ingresso do indivíduo nesta categoria, condiciona-o à formação de uma nova identidade, a de mendigo socialmente estigmatizado, e entendida como deteriorada, o que leva a não se sentir completamente humano".

Embora eles se percebam como pessoas diferentes, desprezados, como uma pessoa que vive fora da sociedade, uma grande parte não se considera responsável por tal situação. Suas falas sempre são acompanhadas de fardos pesados como a violência familiar e sexual, pobreza, adição a drogas, traumas emocionais, perdas familiares e rompimentos amorosos:

Me vejo assim como fora da sociedade, desprezado, diferente das outras pessoas. Me sinto abandonado e tudo; assim a questão da família da gente [...]. Quero nem saber que ela saiba (mãe) quero ter contato com ela não até agora não, quero me estabilizar mais. (Usuário 2).

Eu me sinto uma pessoa, não rejeitado, mas carente em termo de não ter um parecer de convivência como eu tive uma época que eu morava com meus pais e mãe e meus irmãos; mas mesmo assim eu tenho minha amizade e me elevo em disposto a não ficar aquela pessoa sempre no vazio, do calado, do sofrer; eu me comunico com as pessoas do meu nível de rua que também vive o mesmo que eu, mas que procuro ter uma pessoa pra conversar. (Usuário 6)

Iamamoto (2008, p.62) afirma que entender as expressões da questão social é entender “[...] os processos sociais que as produzem e reproduzem e como são experimentadas pelos sujeitos sociais que as vivenciam em suas relações sociais cotidianas [...]”.

Nesse sentido, a análise da situação de rua desses sujeitos perpassa não apenas pela compreensão dos determinantes sociais subjacentes à realidade em que estão submetidos, mas também à consideração da identidade social desses sujeitos construída e reconstruída nessa realidade de intensas contradições.

A grande maioria tem como objetivo e projeto de vida conseguir uma aposentadoria, sair da rua e ter sua própria moradia. Manifestavam claramente esse desejo a ponto de pediam diretamente à pesquisadora que intercedessem por eles, buscando um benefício,



um trabalho, uma agilização dos documentos: “[...] eu tenho vontade de sair da rua, o que mais queria era uma casa própria trabalhar sossegado”. (Usuário 7)

Mendonça (2006), em seus estudos, ao fazer referência aos sentidos subjetivos frente ao futuro dos moradores de rua afirma que essa capacidade que tais moradores têm é que lhes permite, muitas vezes, conseguir perspectivas e projetos futuros, ainda que a condição social de muitos não permita vislumbrar a realização desses projetos.

Tudo o que os moradores de rua têm é a sua palavra, o que carregam em sua memória e em sua imaginação. A ruptura do acesso a valores tais como o trabalho, a moradia e as relações familiares, fragilizam-se, ou mesmo desaparecem completamente da vida da pessoa que passa a estar em situação de rua. Podemos verificar que além de adotar a rua, espaço público como moradia, em busca de sua sobrevivência, eles se sentem livres de quaisquer amarras sociais, já que encontram outros meios e novos hábitos para sobreviver.

De acordo com Souza e Fortine (2009, p. 17 apud Varanda e Adorno 2004),

O sujeito em situação de rua ocupa uma posição de sem lar, sem laços e sem dignidade, sendo que o único lugar que lhe resta para tentar existir de algum modo é a rua. Consideram ainda que entrar na rua significa desenvolver um processo compensatório em relação às perdas e criar novos recursos de sobrevivência ou subsistência.

Os indivíduos em situação de rua geralmente têm a capacidade biológica de adaptação à fome, à sede, ao frio, à falta de higiene. Outro fator impressionante é a resistência biológica às doenças, pois, estando os mesmos submetidos a situações tão inóspitas, conseguem sobreviver. Além da adaptação a situação de exclusão em que se encontram pode gerar sentimentos de conformismo e de desobediência social, ambos prejudicando o seu desenvolvimento.

A gente fica no meio da rua passando frio, fica mago, não banha, vai perdendo o respeito da sociedade; ela (sociedade) fica tipo assim discriminando as pessoas, assim, porque às vezes a gente não é o que eles pensam, mas é a realidade e é dura, a realidade é dura. (Usuário 8)

O que foi possível aferir é que o processo de se reconhecer enquanto sujeito morador de rua, o silêncio, a solidão, o vício, o medo e tantos outros sentimentos parecem



se acentuar nessa realidade. Porém é interessante perceber que podem existir muitas perspectivas sobre o significado dessa experiência, isto é, podem existir várias maneiras de se significar essa realidade.

Estereótipos atribuídos a eles pela sociedade também refletem na forma como se percebem, afetando sua identidade. Como afirma Mattos (2004):

Configurando sua identidade, a partir destes valores, acaba vivendo o que denomina uma das mais cruéis fases que podem existir ao ser humano. Justamente uma etapa na qual a própria humanidade lhe é negada. O cidadão em situação de rua não é visto como um igual, como integrante da mesma espécie, apenas não é visto, como se fosse coisa. Como analisamos, o indivíduo pode apropriar-se das representações sociais e passar a ver-se como um objeto, uma peça sem vontade própria.

O morador de rua acaba personificando na visão da sociedade todas as ações de caráter imoral que vão de encontro aos próprios valores dos cidadãos. Conforme Alles (2010) os teóricos fazem referências a situações em que determinadas pessoas são discriminadas e têm suas vidas prejudicadas por serem tomadas como menos valiosas ou menos humanas. Certas pessoas não conseguem enxergar esse outro excluído como sendo um ser humano semelhante a elas. Assim, podem-se encontrar olhares e atitudes sobre o próximo que resultam em processos de dessemelhança ou de desumanização.

De acordo com Mendonça (2006) a figura do morador de rua carrega representações sociais pejorativas. O morador de rua com seus modos de vida, seus hábitos, sua aparência, é representado socialmente como a personificação do fracasso social. Tal representação afirma que esses sujeitos são perigosos, vagabundos, buscam a vida fácil, não são confiáveis.

A percepção dos moradores de rua entrevistados frente a sua condição de vida é condizente à representação social que a sociedade tem deles. A identidade social é construída, portanto, a partir de um processo em que o sujeito tem um papel central, pois é a partir dos significados que produz sobre a sua realidade social que a identidade social vai sendo moldada.

Partindo dos conceitos elaborados por Moscovici (2001) e Jodelet (2005) sobre representação social, a qual se constitui em uma forma de conhecimento, elaborado



socialmente e compartilhado pelos membros de uma dada sociedade em que contribuem para a construção de uma realidade comum a um conjunto social, tal representação toma o desconhecido como familiar. As representações sociais dos moradores de rua estão impregnadas de preconceitos, estigmas, e eles agem conforme esses preconceitos, estereótipos, estigmas, contribuindo assim para a preservação das concepções que eles tem de si próprio, como mostra um trecho da fala de um entrevistado:

Eu sofro muito preconceito sabe; assim, as pessoas lhe olham atravessado, como se você fosse um lixo, sabe. [...]. Eu me sinto uma pessoa só no mundo, sem apoio, sem ter uma coisa certa pra minha vida. (Usuário 7)

Enquanto construção de significados a identidade social evidencia as particularidades contidas nas experiências específicas de cada grupo ou sujeitos sociais. Considera-se que a identidade assumida pelas pessoas em situação de rua entrevistadas se constitui numa identidade de resistência, nos termos definidos por Castells (2008, p.24):

[...] criada por atores que se encontram em posições/ condições desvalorizadas e/ou estigmatizadas pela lógica da dominação, construindo, assim, trincheiras de resistência e sobrevivência com base em princípios diferentes dos que permeiam as instituições da sociedade, ou mesmo opostos a estes últimos [...]. É provável que seja esse o tipo mais importante de construção de identidade em nossa sociedade. Ele dá origem a formas de resistência coletiva diante de uma opressão que, do contrário, não seria suportável [...] a construção de uma identidade defensiva nos termos das instituições/ ideologias dominantes, revertendo o julgamento de valores e, ao mesmo tempo, reforçando os limites de resistência.

No espaço da rua os moradores de rua desenvolvem comportamentos, falas, gestos que garantem a sua sobrevivência nesse contexto social. Tais aspectos compõem a sua identidade, que adquire contornos de resistência. Reafirma-se, portanto, a relação entre identidade social e a conjuntura social na qual o sujeito está inserido.

Nesse sentido, a forma como cada sociedade significa suas relações sociais vai influenciar como os sujeitos se vêem diante do todo social do qual fazem parte. Essa dimensão simbólica repercute na identidade dos sujeitos. Portanto, é na vivência no meio social que o sujeito vai construindo e reconstruindo sua identidade, tendo em vista que ele interage com o contexto subjacente; reflete sobre essa realidade e toma atitudes que vão emoldurando a identidade tanto dele quanto do grupo do qual faz parte. Essa é,



portanto, uma relação dialética fundamental que evidencia a dinamicidade existente entre sujeito, identidade e sociedade.

Conclusão

Este estudo nos fez compreender, a partir dos sujeitos entrevistados, as variadas formas de vivência, os riscos e desafios que enfrentam, como se percebem. A rua se constitui em um espaço de “moradia”; representa o habitat do morador de rua, no qual encontra-se estabelecida uma intrincada rede de relações; morar na rua exige um conhecimento. Assim, eles constroem relações que revelam valores, percepções, compreensões, questões próprias da experiência de viver nas ruas. Em seu processo de vivência na rua eles desenvolvem identidades que garantem a sua sobrevivência naquele espaço social.

Concluimos que os moradores de rua se percebem como pessoas diferentes, desprezados, como pessoas que vivem fora da sociedade. Foi possível aferir que o processo de se reconhecer enquanto sujeito morador de rua, o silêncio, a solidão, o vício, o medo e tantos outros sentimentos parecem se acentuar nessa realidade. Estereótipos atribuídos a eles pela sociedade refletem na forma como se percebem, afetando sua identidade. Portanto, a percepção dos moradores de rua entrevistados frente a sua condição de vida é condizente com a representação social que a sociedade tem deles.

Referências

ALLES, Natália Ledur. **Boca de Rua:** Representações Sociais sobre população de rua em um Jornal Comunitário. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Informação da Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 1988. Brasília: Senado Federal, 2008.

BRASIL, Presidência da República. **Decreto 7.053 de 23 de dezembro de 2009.** Institui a Política Nacional para a população em situação de rua e seu Comitê intersetorial de



acompanhamento e monitoramento. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>. Acesso em 15 jun 2015.

_____. **Lei n 11.258, de 30 de dezembro de 2005**, que altera a lei n.º 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília: 2005.

_____. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília, novembro de 2004. Brasília: 2004.

_____. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Ministério do CASTELLS, Manuel. **Paraísos comunais: identidade e significado na sociedade em rede**. In: O poder da identidade. Tradução Klauss Brandini Gerhardt. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008. p. 21- 92.

DI FLORA, M. C. **Mendigos: porque surgem, por onde circulam, como são tratados?** Petrópolis: Vozes, 1987.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. A prática como trabalho e a inserção do Assistente Social em processos de trabalho. In: **Serviço Social na contemporaneidade**. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 57 – 71.

JODELET, Denise. **Loucuras e Representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

MARTINELLI, Maria Lúcia (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MATTOS, Ricardo Mendes e FERREIRA, Ricardo Franklin. Quem vocês pensam que (Elas) são? Representações sobre as Pessoas em Situação de Rua. In. **Psicologia & Sociedade**, 2004, 47-58; maio/ago.

MENDONÇA, Gabriel Coelho. **Sentidos Subjetivos de moradores de rua frente ao futuro**. Campinas, 2006.

MOSCOVICI, Sergio. **Das representações coletivas às representações sociais: elementos de uma história**. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, p.45-66, 2001.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis:Vozes, 2007.



_____. **A representação social da psicanálise.** Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MINAYO, Maria Cecília. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra. **Textos em Representações Sociais.** Petrópolis: Vozes, 2007.

SEMTCAS. **Plano de Reordenamento do Serviço de Acolhimento para Pessoas em Situação de Rua.** Município de Teresina- Piauí. 2013.

_____. **Diagnostico da população em Situação de rua em Teresina-PI.** 2014.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. **Mudanças Recentes no Mundo do Trabalho e o Fenômeno População em Situação de Rua no Brasil 1995-2005.** Brasília, 2006.

_____. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2009.

SOUZA, Cintia Amélia de; FORTINI, Priscila Ferreira. **Vozes da Rua:** um relato de experiência com moradores de rua. Poços de Caldas – MG.2009.

VIEIRA, Thais Maiara; MACHIAVELLI, Maria Eliseia. **Exclusão Social em Alfenas MG: O Cotidiano Dos Sem-Território.**2014



AS AQUISIÇÕES SOCIOASSISTENCIAIS DOS MORADORES DE RUA, A PARTIR DA INTERVENÇÃO DA CASA DO CAMINHO, EM TERESINA-PI

SOCIOASSISTENCIAL ACQUISITIONS OF THE HOMELESS, FROM THE INTERVENTION OF CASA DO CAMINHO IN TERESINA-PI

Iracilda Alves Braga

Assistente Social, doutorando em Serviço Social pela UFPE, professora do Instituto Camillo Filho - ICF. A pesquisadora desenvolveu projeto de Iniciação Científica na área de Assistência Social e População em Situação de Rua, no ICF.

Denise Figueiredo da Costa

Aluna formanda do Curso de Serviço Social do Instituto Camillo Filho. A pesquisadora desenvolveu projeto de Iniciação Científica na área de Assistência Social e População em Situação de Rua, no ICF.

Resumo

Este trabalho tem como objeto de estudo o fenômeno que envolve a população em situação de rua, o papel da Casa do Caminho no atendimento à população em situação de rua no município de Teresina - PI. Possui como objetivos descrever o funcionamento da Instituição Casa do Caminho no atendimento à População em Situação de Rua em Teresina-PI, identificar suas atribuições, analisar se as funções da instituição e dos profissionais estão de acordo com a Política Nacional para População em Situação de Rua e identificar os resultados produzidos pelo trabalho da instituição. A fim de atingir os objetivos expostos foi realizada a pesquisa qualitativa. Foram realizadas também, entrevistas semi-estruturada com a Assistente Social, a Gerente, dois Educadores Sociais e cinco usuários da instituição.

Palavras-chaves

População em Situação de Rua. Casa do Caminho. Sociedade. Política de Assistência Social.

Abstract

This work has as object of study the phenomenon involving the people on the streets, the role of Casa do Caminho in serving the population on the streets in the city of Teresina - PI. Has as objective to describe the functioning of the institution Casa do Caminho in serving the population in Homeless in Teresina-PI, identifying its functions, analyze the functions of the institution and professionals are in accordance with the National Policy on Population Homeless and identify the results produced by the institution's work. In order to achieve the stated objectives qualitative research was conducted. They were also carried out semi-structured interviews with the social worker, the Manager, two Social Educators and five users of the institution.

Keywords

Population Homeless. Casa do Caminho. Society. Social Assistance Policy.



Introdução

Este *paper* é resultado de um estudo sobre a População em Situação de Rua: O papel da Casa do Caminho no atendimento à população em situação de rua no município de Teresina - PI. Esse fenômeno, provocado por múltiplas determinações, requer ainda uma discussão mais aprofundada, por se tratar de uma das expressões da questão social que vêm se expandindo principalmente nas capitais desse país, daí a relevância social do estudo.

De acordo com Ferreira (2001), o espaço da rua trata o indivíduo como um ser sem nome, desgarrado, sem voz, onde a rua é de ninguém, algo público, impessoal. Fazendo assim, com que tudo que fique fora de “casa” seja problema do “governo”, tornando “casa” e “rua” inimigos.

A presença de pessoas nas ruas das grandes capitais, vivenciando situações de extrema pobreza, há muito tempo é alvo de críticas e de frequentes reclamações da sociedade de um modo geral, inclusive daquela parcela que nela se encontra. Na tentativa de amenizar esse problema, o poder público realizou mudanças, com a finalidade de reverter alguns aspectos dessa situação, atendendo parte de suas demandas, por meio de serviços prestados por unidades públicas e políticas voltadas á atender esse segmento.

Nesse contexto, é que se concretiza a implementação da Casa do Caminho em Teresina, onde se verifica a presença de pessoas vivendo em condições de vulnerabilidade material, social e psicológica. Foi visto que a Casa realiza, dentre outras atribuições, a acolhida e a inserção dessas pessoas na rede de atendimento de assistência social, faz o encaminhamento aos serviços de que necessitam e, além disso, auxilia á reconstruírem seus projetos de vida e a superarem a situação vivenciada.

A Pesquisa foi realizada de março a junho de 2015, após aprovação do CEP, na instituição Casa do Caminho, vinculada à Secretaria Municipal do Trabalho, Cidadania e Assistência Social – SEMTCAS, obedecendo as regulamentações da Resolução 466/12 – CNS.



Na realização do estudo foi utilizada a pesquisa qualitativa, por ser a mais adequada para a compreensão da realidade que foi analisada, não podendo ser quantificada por tratar-se de aspectos subjetivos. Para se alcançar tal compreensão, utilizaram-se análises de políticas, leis, cartilhas, manuais, pesquisas, artigos, trabalhos de conclusão de curso disponíveis na internet e teorias realizadas por autores como Dantas (2007), Araújo (2012), Gil (2002), Deslandes, Gomes e Minayo (2007), Ferreira (2001), Argiles e Silva (2011), Melo (2011), Simões (2012), Ferreira (1996), Fraga (2011), Silva (2009), Snow (1998) e Tiene (2004). Foram realizadas também, entrevistas individuais com a Assistente Social, a Gerente, dois Educadores Sociais e cinco usuários da instituição, objetivando obter mais informações sobre o que foi estudado.

Neste texto apresentaremos a caracterização da população em situação de rua em Teresina, a Instituição Casa do Caminho bem como as aquisições socioassistenciais dos moradores de rua, a partir da intervenção da casa do caminho.

Caracterização da população em situação de rua em Teresina

No que diz respeito à População em Situação de Rua (PSR) no município de Teresina, realizou-se levantamento do seu perfil a partir de atendimentos, processos acompanhados e escutas qualificadas, desenvolvidas pelo Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CENTRO POP) e pela equipe do Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS), realizado no período de agosto a novembro de 2014 e que não necessariamente condiz com a realidade do município, se considerarmos que nem todos acessam e/ou aderem aos serviços dos mesmos.

Foram identificadas 247 pessoas em situação de rua, sendo a maioria homens (187- 76%), com idade entre 31 e 40 anos; não alfabetizados (52- 21%); vivendo em apenas uma cidade (82- 33%), sendo parte considerável é originária do município de Teresina ou locais próximos; possuindo a renda de até 200 reais (28 – 11%); que possuem algum documento de identificação, sendo o RG o principal deles (111 – 23%); que fazem uso de substâncias



psicoativas (135 – 67%); que se declaram de raça Mulato/Pardo (133- 54%);o estado civil da maioria é solteiro (122- 49%); possuem algum endereço de referência (110-43%); não vivem com sua família na rua (194- 79%); em relação à situação de ocupação (92- 37%) realizam algum trabalho eventual/bico; constatou-se (158- 61%) dormem no espaço da rua; dentre os principais motivos pelos quais passaram a viver e morar na rua, esta o alcoolismo e/ou drogas (110- 35%).

Dentre os benefícios sociais (147 -58%) afirmam não receber qualquer benefício dos órgãos governamentais, dentre os benefícios recebidos destaca-se o programa bolsa família, com 56 beneficiários. Referente às políticas públicas, a maioria tem acesso à política de assistência social (74- 25%), tendo como a segunda mais acessada por eles, a política de saúde (54-19%), podendo-se perceber que a Política de Assistência ainda é a mais responsabilizada para ofertar serviços à PSR. De acordo com esses dados, tem-se que destacar que muitos não prestaram todas as informações ou omitem.

O diagnóstico apresentado não informa precisamente o percentual de pessoas que vivem no espaço da rua e daqueles que se utilizam desse como estratégia de sobrevivência. Dado esse, de suma importância para construção de políticas e/ou estratégias de atendimento a essa população.

Estudos e pesquisas sobre a temática tem um papel relevante, conforme afirmam (ARGILES; SILVA, 2011), no sentido de desconstruir políticas e ações repressivas e higienistas, historicamente implementadas no atendimento à PSR, que compreende aqueles que vivem no espaço da rua e aqueles que se utilizam desse espaço como estratégia de sobrevivência.

A seguir apresentaremos a Casa do Caminho, que consiste no nosso objeto de estudo, um serviço de atenção à pessoa em situação de rua no município de Teresina e sua articulação com a Política Nacional para o seguimento.



A casa do caminho

A Instituição Casa do Caminho é uma unidade de acolhimento institucional provisório para pessoas que estão em situação de rua, normatizado pelo Decreto 7.053/2009, que versa sobre a Política Nacional para População em Situação de Rua. Conforme o Artigo 8º:

O padrão básico de qualidade, segurança e conforto da rede de acolhimento temporário deverá observar limite de capacidade, regras de funcionamento e convivência, acessibilidade, salubridade e distribuição geográfica das unidades de acolhimento nas áreas urbanas, respeitado o direito de permanência da população em situação de rua, preferencialmente nas cidades ou nos centros urbanos. § 1º Os serviços de acolhimento temporário serão regulamentados nacionalmente pelas instâncias de pactuação e deliberação do Sistema Único de Assistência Social. § 2º A estruturação e reestruturação de serviços de acolhimento devem ter como referência a necessidade de cada Município, considerando-se os dados das pesquisas de contagem da população em situação de rua. § 3º Cabe ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social, fomentar e promover a reestruturação e a ampliação da rede de acolhimento a partir da transferência de recursos aos Municípios, Estados e Distrito Federal. § 4º A rede de acolhimento temporário existente deve ser reestruturada e ampliada para incentivar sua utilização pelas pessoas em situação de rua, inclusive pela sua articulação com programas de moradia popular promovidos pelos Governos Federal, estaduais, municipais e do Distrito Federal.(Decreto 7053/2009)

No âmbito da Proteção Social Especial, na modalidade casa de passagem, a Casa do Caminho oferta serviço de Alta Complexidade, garantindo aos indivíduos e famílias que utilizam as ruas como espaço para moradia e/ou sobrevivência, acolhimento temporário e possibilidades para desenvolver condições para a independência, a autonomia e o autocuidado.

De acordo com (SEMTCAS, 2013), a Casa do Caminho local de realização da pesquisa de campo, tem sede em Teresina na Rua Rio Grande do Sul, nº102- Bairro Ilhotas, onde foi implantada em agosto de 2009 em outro endereço, tendo como objetivo ofertar acolhimento temporário a pessoas/famílias em situação de rua, provendo, mediante consentimento ativo e esclarecido, orientação e cuidados primários, regularização de documentos, inserção na rede socioassistencial e das políticas públicas, visando contribuir para reconstrução de vínculos de sociabilidade e pertencimento.



A Casa do Caminho oferta 40 vagas para pernoite, direcionadas para usuários de sexo masculino e feminino, assim distribuídas: 28 vagas masculinas e em 12 vagas femininas. Conta com os seguintes profissionais: uma Gerente, uma Auxiliar de Gestão, uma Assistente Social, nove Educadores Sociais, quatro Cuidadores, dois Apoio Operacional, quatro Vigilantes, um Motorista e um Auxiliar de Serviços Gerais. Refere-se a uma casa alugada, onde possui uma varanda, sala para coordenação, sala do serviço social, sala de lazer, refeitório, cozinha, despensa, dois banheiros para os funcionários, três banheiros para os usuários, sete quartos para acolhimento dos albergados (2 femininos e 5 masculinos), dois quartos de descanso para os funcionários, área de serviço e um depósito.

De acordo com a pesquisa realizada e o Regimento e Normas Internas da Unidade Operacional Casa do Caminho, o funcionamento é de 24 horas, da seguinte maneira:

Os usuários do serviço têm acesso a partir das 17:00 horas, momento em que são acolhidos e revistados pelos Vigilantes, com o auxílio dos educadores sociais de plantão. Após esse momento, normalmente é realizado o atendimento individual com assistente social, com o preenchimento da ficha de identificação e assinatura do termo de admissão e compromisso com o serviço ofertado, quando for à primeira vez do usuário na casa. Disponibilizando-se a fornecer as informações necessárias, para que assim, seja possível conhecer de fato a situação e fazer os encaminhamentos que venham colaborar com o processo de saída das ruas.

Em seguida, recebem o material para higienização, contendo, sabonete, shampoo/condicionador, presto barba, roupas (quando necessário), onde cada usuário pode lavar até duas peças diariamente. Após a higiene pessoal é servido o jantar. Das 19:00 às 21:00 horas são realizadas atividades socioeducativas pelos educadores sociais, destinada aos usuários que estejam em condição de contribuir com sua participação. Às 21:00 horas compreende o horário livre, sendo recolhidos para a dormida às 22:00 horas.

Ao despertar, devem deixar a cama arrumada e em seguida realizar a higiene pessoal. Após o café da manhã, especificamente até às 07:30 horas, deixam o albergue de volta às atividades na rua, os usuários que permanecem referem-se àqueles casos



particulares, quando por algum motivo não possuem condições para ficar no espaço da rua.

O desligamento do usuário com a Instituição ocorre quando: há reinserção social/relacional do usuário na família; descumprimento às normas e regras estabelecidas e/ou regimentada na Unidade; desrespeito aos profissionais; desrespeito aos demais funcionários; desrespeito aos demais usuários; posse ou uso de drogas na unidade; posse ou uso de armas, objetos cortantes e perfurantes; negação de informações a cerca de sua pessoa e demais infrações que firam as normas e regras regimentadas no documento que norteia os trabalhos da unidade; quando consegue autonomia financeira/inserção em programas de geração de renda, inscrição no CADÚNICO, e outras orientações do processo de saída de rua.

Pode-se observar a sistemática de organização que o serviço possui, contribuindo para que a Casa do Caminho, em conjunto com os outros serviços ofertados no município de Teresina, conquiste melhorias para a PSR e a possibilidade da saída desse espaço da rua, a favor de uma vida mais digna, sempre respeitando a vontade do usuário.

As aquisições socioassistenciais dos moradores de rua, a partir da intervenção da Casa do Caminho

De acordo com o estudo foi possível perceber que os principais resultados produzidos pela Instituição são: o retorno dos usuários para o convívio familiar, retirada de documentos pessoais e entrada no mundo do trabalho, o que são os principais objetivos da instituição.

Assim, os depoimentos abaixo confirmam essas aquisições:

Quando eles voltam para suas famílias, quando eles são inseridos em uma comunidade terapêutica e eles não desistem do tratamento, porque a maioria desiste do tratamento, quando conseguem um trabalho e sua autonomia financeira, conseguem alugar sua casa [...] (Assistente Social- L.F.P.G)

Tem alguns que já voltaram para o convívio da família, isso é o melhor, ter conseguido mediar isso, a retirada de documentação, voltar a trabalhar. Por intermédio da casa e do centro POP e de outros serviços que a gente busca mais por meio informais, porque tem um amigo em outra instituição, mas parcerias não, mês passados tivemos 3 retornos para a família, e pra nos isso é uma vitória,



conseguirmos mediar, ter retorno, a retirada de documentos, um benefício, não estar mais fazendo uso ou estar fazendo acompanhamento no CAPS, inserir eles nas comunidades terapêuticas e quer voltar pro convívio da família, tudo isso é uma vitória. (Educadora Social- D.M.S.A)

Desse modo, destacamos que vários fatores intervêm na construção do processo de saída da rua e no acesso a bens e serviços. Alguns desses fatores são identificados a partir da fala de Silva (2009) que afirma existir três elementos que permitem identificar o fenômeno PSR como um grupo populacional diferenciado, que são: a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a ausência de moradia convencional regular. A autora conceitua a categoria pobreza como:

Considera-se pobreza extrema a condição que se define pela não propriedade dos meios de produção e reduzido ou inexistente acesso às riquezas produzidas socialmente, seja pela ausência de trabalho e renda regulares, seja pelo não acesso às políticas públicas. (SILVA, 2009, p. 129)

Sabe-se que os fatores do processo da ida para a rua podem ser a ausência de moradia e a não existência de emprego e renda, a ruptura de vínculos familiares, doenças mentais, desastres e inundações. Cabendo destacar que o fenômeno da população em situação de rua não se explica por apenas um destes fatores, mas com uma mistura de vários, se tornando um aspecto de múltiplas determinações.

Podemos confirmar o discorrido anterior com a fala de uma moradora de rua entrevistada na Casa do Caminho, onde diz que esta na rua:

Porque eu conseguia emprego só em panfletagem e não estava conseguindo dinheiro para pagar o aluguel, e ele (o companheiro) não estava trabalhando, e não deu para pagar o aluguel. A gente almoçava através do POP, e a noite eu tinha que pagar a janta, e não estava dando. (Usuária- W.A)

Fraga (2011) corrobora com a ideia de Silva, ao discutir sobre as causas que levam a pessoa à situação de rua. Assim, a autora explicita essas causas e afirma que elas podem estar relacionadas entre si:

Estes fatores podem estar encadeados ou inter-relacionados, ou seja, um pode ser causa ou consequência do outro. Exemplificando, pode-se dizer que em alguns casos o rompimento ou fragilização dos vínculos familiares pode estar vinculado ao desemprego e/ou ao alcoolismo e uso de drogas, ou vice e versa. Estes fatores de forma isolada ou inter-relacionados podem conduzir o indivíduo a situação de rua. (FRAGA, 2011, p. 29)



Segundo Silva (2009), os fatores mais enfatizados na literatura contemporânea sobre o tema, são as rupturas com os vínculos familiares e comunitários, a inexistência de trabalho e de renda, o uso de álcool e drogas e problemas relacionados a situações de desabrigo. Dessa forma, é constatada com esses resultados obtidos mencionados acima, a efetivação dos objetivos da Instituição em uma proposta de reinserção destas pessoas em um cotidiano de pertencimento social.

A entrevista realizada com um usuário da Casa do Caminho aponta para a importância do serviço e a transformação que ele pode causar na sua vida. Vejamos a fala de um usuário sobre as mudanças em sua vida após frequentar a casa:

Com certeza, a mudança boa. Porque a noite eu posso pensar mais, porque a noite na rua a gente fica sem nenhum objetivo pra fazer, sem ninguém pra conversar, fica sem muita coisa pra fazer, e aqui tem televisão, tem educadores, tem gente pra conversar e já chego até a pensar em alguma coisa para o futuro da gente. (Usuário- V. R)

A retirada de documentação dos usuários é um grande auxílio para os mesmos, pois com documentos eles podem ser inseridos em cursos profissionalizantes, ir ao mercado de trabalho e ter acesso a programas sociais, como o Programa Bolsa Família, que atualmente em Teresina possui 85 pessoas em situação de rua recebendo este benefício. Conseguindo assim condições financeiras para alugar uma casa e sair do espaço da rua ou voltar ao seu convívio familiar.

Porém é necessário que os órgãos responsáveis pela retirada desses documentos deem um auxílio maior, vejam esses casos com caráter de urgência, agilizando assim o processo que muitas vezes é lento, como foi mencionado nas entrevistas realizadas.

As articulações que contribuem para melhorar a vida dos usuários são: na saúde com o consultório na Rua, encaminhamento ao CAPS e Hospitais para tratamento de uso de álcool, drogas e/ ou transtornos mentais; com órgãos responsáveis pela emissão de documentos; articulação com o Centro POP e equipe SEAS.

Notamos que a articulação entre os serviços socioassistenciais ofertados ao público pesquisado existente no município de Teresina ocorre de maneira satisfatória, porém



necessita de uma articulação maior com os demais serviços, como exemplo: educação, moradia, geração de emprego.

A ausência dos serviços propostos pela Política Nacional para a população em situação de rua e a pouca articulação com os serviços socioassistenciais existentes necessários para uma vida digna e possuidora de direitos é uma questão que ocorre no país como um todo. Necessitando assim de uma mudança Nacional para que ocorra uma transformação significativa na vida desta parcela da população.

Conclusão

Os diagnósticos apresentados não informam precisamente o percentual de pessoas que vivem no espaço da rua, tanto no Brasil quanto em Teresina, e daqueles que se utilizam desse como estratégia de sobrevivência, pois muitos moradores de rua não se disponibilizam em falar com as equipes responsáveis pela pesquisa, e quando aceitam muitas vezes omitem informações. Apresentando assim uma dificuldade no trabalho com este público, pois esses dados são de suma importância para construção de políticas e/ou estratégias de atendimento a essa população.

No que diz respeito à Assistência Social, como demonstrado, apesar da necessidade de ampliação dos serviços, percebe-se um trabalho positivo neste âmbito. No entanto, no que diz respeito às outras políticas (saúde, educação, trabalho e renda) embora tenhamos identificado ações como o Consultório de Rua (Saúde), percebemos fragilidade na implementação e na articulação com a Assistência Social, o que terá que se avançar.

De acordo com a pesquisa realizada pode-se perceber que a Casa do Caminho possui um papel relevante no atendimento da população em situação de rua, onde se verifica a oferta de serviço qualificado para este público, de acordo com a tipificação de serviços socioassistenciais, na tentativa da retirada dos mesmos do espaço da rua, a reinserção na sociedade, retirada de documentos pessoais, inserção no trabalho para geração de renda, encaminhamentos para outras Instituições necessárias e a retomada dos vínculos familiares. É confirmado que a Casa trabalha na perspectiva da reconstrução de vínculos



de sociabilidade e pertencimento, inserção na rede socioassistencial e das políticas públicas, regularização de documentos, orientação e cuidados primários.

É notado o êxito dos serviços ofertados pela instituição e profissionais em alguns casos, porém destacam-se entraves na execução dos objetivos da Casa, como falta de articulação de rede com outras instituições para um melhor atendimento a esse usuário, devido às demais repartições não se disponibilizar em auxiliar nesse processo; uma falta de comprometimento dos próprios usuários com as regras da instituição, ocorrendo assim o desligamento dos mesmos; o espaço físico do albergue necessita de alguns ajustes e ampliação; os grandes índices de usuários de drogas que por este vício não conseguem dar andamento para sua vida; dentre outros.

Referências

ARGILES, Mariglei dos Santos; SILVA, ViniRabassada. Assistência Social e População em Situação de Rua. V Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2011, São Luís. **Anais da V Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís: UFMA, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Brasília: Senado Federal, 2008.

BRASIL, Presidência da República. **Decreto 7.053 de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a população em situação de rua e seu Comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>. Acesso em 20 maio 2015.

_____. **Lei n 11.258, de 30 de dezembro de 2005**, que altera a lei n 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília: 2005.

_____. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília, novembro de 2004. Brasília: 2004.

_____. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília: 2008.

_____. **Política Nacional para a População em Situação de Rua**, instituída pelo Decreto n. 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Brasília: 2009.



_____. **Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais** (Resolução CNAS n. 109/2009). Brasília: 2009.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25.ed. revista e atualizada. Petrópolis: Vozes, 2007.

FRAGA, Patrícia. **A rua de todos”: Um estudo acerca do fenômeno população em situação de rua e os limites e possibilidades da rede de proteção no Município de Florianópolis**. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

MELO, Tomás Henrique de Azevedo Gomes. **A rua e a sociedade: articulações políticas, socialidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua**. Curitiba, 2011.

SEMTCAS. **Diagnóstico da população em situação de rua**. Município de Teresina- Piauí. 2014.

SEMTCAS. **Plano de Reordenamento do Serviço de Acolhimento para Pessoas em Situação de Rua**. Município de Teresina- Piauí. 2013.

SEMTCAS. **Regimento e Normas Internas da Unidade Operacional Casa do Caminho: Albergue Municipal**. Município de Teresina- Piauí. 2009.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Trabalho e população em situações de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do Serviço Social**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2012.

VARANDA, W. **Do direito a vida à vida como direito: sobrevivência, intervenções e saúde de adultos destituídos de trabalho e moradia nas ruas da cidade de São Paulo**. São Paulo, 2003. Dissertação (Mestrado em saúde pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/>>. Acesso em 20 out 2015.



O DIREITO À CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA NA AGENDA PÚBLICA ESTATAL

THE RIGHT TO LIVE TOGETHER IN FAMILY AND COMMUNITY ON THE PUBLIC STATE AGENDA

Izabel Herika Gomes Matias Cronemberger

Docente do Curso de Serviço Social da Faculdade Santo Agostinho; Doutoranda do Programa de Mestrado e Doutorado em Políticas Públicas – UFPI; Mestre em Políticas Públicas – UFPI; Especialista em Administração de Recursos Humanos – UFPI; Assistente Social do Centro Integrado de Reabilitação - CEIR; Desenvolvimento de pesquisa na área de Família, Criança e Adolescente e Trabalho Social com Família

Resumo

Este artigo tem por objetivo analisar o processo de visibilidade pública do direito da criança e do adolescente à convivência familiar e comunitária, expresso em políticas sociais criadas pós o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária e a relação com a centralidade na família. Trata-se de uma revisão de literatura cuja metodologia é a utilizada em pesquisas bibliográficas e documentais. Conclui que são enormes as contradições da Política e os impasses e desafios da garantia do direito à convivência familiar e comunitária, numa conjuntura de desmonte da proteção social pública e de responsabilização da família.

Palavras-chave

Direito à Convivência Familiar e Comunitária. Família. Criança e Adolescente.

Abstract

This article aims to analyze the process of public visibility of the right of children and family life of the adolescent and community expressed in social policies created with the Statute of Children and Adolescents and the National Plan for Family Living and Community and the relationship with the centrality in família. Trata is a literature review whose methodology is used in literature searches and which concludes that are huge contradictions Policy and deadlocks and challenges of guaranteeing the right to family and community life in an environment of dismantling protection public social and family responsibility

Keywords

Right to Family and Community Living. Child and Adolescent. Family



Introdução

A problemática de crianças e adolescentes em situação de risco social, no mundo e no Brasil, recebem inicialmente, como respostas ao seu enfrentamento ações filantrópicas e religiosas e, posteriormente, políticas sociais tuteladoras e institucionalizantes. As lutas sociais travadas em contexto mundial pela proteção integral de crianças e adolescentes transformaram, devido à forte pressão de organismos internacionais e organizações nacionais, a partir do final dos anos de 1980, a problemática em uma questão social e política de grande relevância contemporânea, sendo alvo de “novas” políticas sociais, como as que asseguram o direito à convivência familiar e comunitária.

Todavia, o reconhecimento desse direito fundamental se dá numa conjuntura contraditória, de um lado impulsionado pelas lutas sociais dos anos 1980, e de outro pelas reformas neoliberais dos últimos anos, que apresenta uma nova leitura desse direito, numa perspectiva liberal, logo, como de responsabilidade de todos, inclusive das famílias, que devem cuidar, assistir, proteger independente dos seus formatos, vulnerabilidades ou riscos sociais e das vicissitudes da convivência familiar, cabendo ao Estado, uma atuação subsidiárias, ou preventiva pela via do trabalho social com famílias dirigido a mudar condutas e atitudes das famílias.

Assim, o artigo visa discutir o processo de visibilidade pública do direito da criança e do adolescente da convivência familiar e comunitária efetivado nos compromissos governamentais, expressos nas Legislações, Planos e Orientações Técnicas, situando as contradições, os impasses e os desafios postos por essa conjuntura contemporânea de crise, restrição orçamentária, redução de gasto social, apostas nas redes de organizações governamentais e não governamentais, portanto, de desmonte da proteção social e sobretudo da acentuada responsabilização da família.

O direito à convivência familiar e comunitária nas atuais legislações sociais

As crianças e adolescentes são sujeitas de direitos fundamentais preconizados pelo ECA, dentre os quais, (foco desta discussão), está o Direito à Convivência Familiar e Comunitária (DCFC), que implica priorizar a permanência da criança no seio da família de



origem ou biológica. O Estatuto prevê, no artigo 19, que

[...] toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes (BRASIL, 1990, p. 22).

A garantia do DCFC de crianças e adolescente, a partir da atenção voltada a esse público e suas famílias, está inserido na Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004), mais precisamente na Proteção Social Especial de Alta Complexidade, 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 (BRASIL, 2009).

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS, 2005) prevê, nos Serviços de Proteção Especial de Alta Complexidade para crianças e adolescentes em situação de risco social, as modalidades de Atendimento Integral Institucional, Casa Lar, Família Acolhedora e República, considerando ainda que cada município, em função das necessidades locais, pode criar serviços de Casa de Passagem. Todos eles precisam ser oferecidos conforme a necessidade de cada criança e adolescente.

Aos serviços de acolhimento institucional cumprem 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 -, além de trabalho social com as famílias visando a reintegração familiar e não reincidência dos riscos. No entanto, cada serviço difere na metodologia e a natureza jurídica.

Com a alteração feita no ECA pela Lei n. 12.010/2009 o acolhimento familiar não só passou a ser previsto na legislação nacional como foi dada ênfase à sua prioridade no momento da aplicação da medida de proteção da criança e do adolescente, como previsto no art. 34, § 1º “A inclusão da criança ou adolescente em programas de acolhimento familiar



terá preferência a seu acolhimento institucional, observado, em qualquer caso, o caráter temporário e excepcional da medida”. O ECA apregoa que toda política de atendimento deve enfatizar o direito à convivência familiar de crianças e adolescentes, tanto que o artigo 92, que trata dos princípios a ser seguidos pelas entidades de acolhimento, impõe:

I — preservação dos vínculos familiares e promoção da reintegração familiar; incluindo 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, incluindo a família extensa como uma das possibilidades de encaminhamento da criança ou adolescente (BRASIL, 1990, p.60).

Todas essas determinações nortearam a implantação, a qualificação e o reordenamento de ações, como os Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes.

A formatação do PNCFC destinado à promoção, proteção e defesa do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária reflete a decisão estatal de formular e implementar políticas públicas que assegurem os direitos desses sujeitos de forma integrada e articulada. Torna-se um divisor de águas que rompe com a cultura da institucionalização de crianças e adolescentes, mas apresenta contradições e ambiguidades, entre oferecer serviços que garanta proteção integral e o direito à convivência familiar, de um lado, e de outro lado, o foco do trabalho social na preservação dos vínculos familiares e comunitários.

No Plano está claro que a manutenção dos vínculos familiares e comunitários são fundamentais para a estruturação das crianças e adolescentes como sujeitos e cidadãos, mas, para tal, há que se avançar no reconhecimento de que tal preceito está diretamente relacionado ao investimento nas políticas públicas de atenção à família. Na verdade, esses devem ser indissociáveis de seu contexto familiar e comunitário, pelo que se reconhece a necessidade de formulação e implementação das políticas guiadas por ações transversais e intersetoriais nas três esferas de governo e em articulação com a sociedade.

O Plano apregoa, assim, a primazia da permanência de crianças e adolescentes em suas famílias biológicas (de origem ou ampliada), em detrimento de colocação em família substituta, feita na condição de guarda, tutela ou adoção; sendo esta a última alternativa



de proteção. À família biológica devem ser envidados todos os esforços (comunitários, estatais e dos próprios membros) para lhes oportunizar condições de permanecerem com os filhos, entretanto, o trabalho com as famílias de origem não tem por alvo mudanças nas condições de vida das famílias, acesso a serviços de inclusão social, mas a mudanças de comportamentos e atitudes violadoras das famílias, atuando sobre as consequências imediatas do problema social.

Sobre o DCFC, e o lugar da família, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) elenca, entre suas diretrizes, a “centralidade na família para a concepção e implementação dos benefícios, serviços e projetos”, denominada de *matricialidade sociofamiliar*, apontando como um de seus objetivos “assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família e que garantam a convivência familiar e comunitária” (BRASIL, PNAS/2004, p. 33) e destacando que

[...] a centralidade na família e a superação da focalização, no âmbito da política de assistência social, repousam no pressuposto de que para a família prevenir, proteger, promover e incluir seus membros é necessário em primeiro lugar, garantir condições de sustentabilidade para tal (BRASIL, 2004, p. 41).

Nessa discussão do DCFC, é imperioso e sublinhar a aceção de Fontenele (2007, p. 201) que ao analisar a família na PNAS, elenca duas questões para reflexão: a família como usuária de serviços e a família na perspectiva da responsabilização pela proteção social. De outra forma, Carvalho (2007), ao destacar a tendência dos governos de tomarem a família um alvo privilegiado da política, diz que sua implementação se apoia na ótica da acentuada partilha de responsabilidades e solidariedades públicas e privadas. Carvalho (2007, p. 18) aponta que “o mais importante a se observar é que a família retoma um lugar de destaque na política social. Ela é ao mesmo tempo beneficiária, parceira e pode-se dizer miniprestadora de serviços de proteção e inclusão social”.

É exatamente essa parceria explícita, as expectativas de que a família seja agente de proteção social, que participe, compartilhe recursos internos e da rede informal de apoio para cuidar, proteger, assistir, desenvolve, de acordo com Semionatto (1998), um verdadeiro *welfare Family*, em oposição ao *welfare state* como materializador de direitos de cidadania, uma desregulamentação estatal e divisão de suas responsabilidades com a



sociedade civil, família e indivíduos, que se tem denominado de reprivatização das formas de enfrentamento da questão social.

Ressalte-se que a família, como instituição historicamente reconhecida pela sociedade, necessita de políticas que a apóie e proteja, mas, ao mesmo tempo, a recrie, gerando relações afetivas e vínculos de pertencimentos fundados na igualdade entre sexos e gerações. O Estado deve efetivar ações de forma integrada e articulada entre as políticas setoriais, para o enfrentamento da pobreza, a garantia dos mínimos sociais, o provimento de condições para atender contingências sociais e a universalização dos direitos sociais (BRASIL, 1993), algo que a família não pode prover nem superar sozinha e romper com o ciclo da pobreza e da violação de direitos com seus próprios recursos ou com os seus vínculos afetivos.

Impasses e desafios na garantia do direito a convivência familiar e comunitária

Os dispositivos legais que defendem o direito à convivência familiar e comunitária consubstanciam elos importantes na direção da proteção de direitos de crianças e adolescentes, embora ainda se resente de suportes das diversas políticas públicas que assegurem a efetivação da norma legal.

Nos documentos normativos, vê-se claramente os impasses advindos dos paradoxos de proteção ao DCFC. De um lado, há o relevo na capacidade de cuidado e proteção das famílias, pelo que devem assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros como canal natural de proteção social, ao lado do Estado, do mercado e das organizações da sociedade civil, desde que mudem de comportamento e condutas violadoras, denominada de visão familista. De outro lado, reconhece que a capacidade de cuidados da família está diretamente relacionada à proteção que lhe é garantida pelas políticas públicas, logo, como instância a ser cuidada e protegida, enfatizando-se, nessa vertente, a responsabilidade pública, denominada de visão protetiva.

Destaca-se que foram alteradas, com o ECA e PNCFC, práticas de atuação destinadas a crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social. Porém, saiu-se da “solução do internato”, para buscar outras “formas alternativas”, como a família substituta ou



retorno à família de origem. Todavia, a falta de serviços que de fato inclua a família na rede socioassistencial e que altere suas realidades de vulnerabilidades e de riscos e a aposta no trabalho social com famílias numa perspectiva de reconstrução de projetos de vida, de alteração de comportamentos e condutas, encobre uma tendência que é a responsabilização da família pelo insucesso do não cuidado, da não proteção vista como origem dos problemas sociais que sofrem.

O ECA, PNCFC e PNAS apresentam avanços importantes no campo protetivo, principalmente quando reconhecem a diversidade de famílias e como essas sofrem as influências do cenário econômico, político, social e cultural. Ademais, fomenta a necessidade de envolver a complexidade dos vínculos familiares e comunitários que podem ser mobilizados e articulados nas diversas frentes de defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes.

Todavia, o enfrentamento das situações de risco social não se restringe à estruturação de relações afetivas e de cuidados, mas, sobretudo às alterações nas condições de desigualdades e exclusão sociais decorrente do sistema capitalista, além dos fatores subjetivos e culturais que reproduzem valores patriarcais, machistas, sexistas que impactam na dinâmica e convivência familiar.

Nessa perspectiva, trabalho social com famílias que buscam compromisso familiar, que assumam responsabilidades, portanto, mudança de comportamento violador, sem a oferta efetiva de serviços àquelas que se encontram em situação de vulnerabilidade social, são pouco efetivos na mudança da cultura de violação que se reproduz entre gerações e nas diversas fases do ciclo familiar levando inclusive às rupturas, abandonos, dentre outros. De fato, essa compreensão deve ultrapassar a ótica de uma construção singular, para que se perceba o entrecruzamento de múltiplas relações que condicionam e definem a dinâmica da família, vista para além dos vínculos de afetos e cuidados. É que o campo da proteção social como garantia de direito social, deve ser de responsabilidade do Estado, mediante o acesso à renda e ao usufruto de bens e serviços de caráter universal e de qualidade. Isso porque o Estado na definição de Gramsci (2000, p.331), é

[...] todo um complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dominante não só justifica e mantém seu domínio, mas consegue obter o



consenso ativo dos governados, o que implica domínio e consentimento, luta por hegemonia e um Estado perpassado pela luta de classes e correlação de forças. O pacto de classes que deu origem ao Estado Social ou Welfare State nos pós-guerras é a materialização dessa concepção e o modelo de Estado que cobre os riscos sociais de forma universal e fundado nos valores de justiça social e igualdade é o tipo ideal ou utopia que se busca, a possibilidade de efetivação de direitos sociais na ordem capitalista, o que não exclui ou elimina as desigualdades sociais, mas as minimiza e mantém em nível de civilidade.

É inegável que o PNCFC se configurou como uma estratégia de mudança na agenda pública e no modelo de atendimento a crianças, ao adolescente e seus familiares, com o objetivo de fortalecer os vínculos e a convivência do grupo familiar, em substituição a práticas de institucionalização realizadas historicamente, com cunho benemerente, filantrópico e punitivo, tendo em vista a manutenção da ordem e da paz. De outro ângulo, tem razão Fontenele (2007) quando diz que a centralidade da família, ao compor um paradigma presente nas políticas e programas sociais, não pode ser necessariamente considerada como superação de fragilidades dos serviços ofertados, preconceitos arraigados e garantias de usufruto de direitos.

Se antes existiam os grandes orfanatos, que se pautavam em modelos assemelhados a manicômios, conventos e prisões onde a convivência familiar e comunitária era distante, com os novos dispositivos legais e lutas ocorreram avanços, com possibilidades reais de superação de práticas assistencialistas para um olhar personalizado para cada criança e adolescente, e garantindo a convivência familiar, embora o desafio esteja em reconhecer, que são detentores de direitos não apenas esses sujeitos, mas também a sua família e a sua comunidade.

As Orientações Técnicas de Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes também podem ser consideradas um avanço na garantia do DCFC, pois apresenta parâmetros de procedimentos fundamentais para a profissionalização dos serviços oferecidos, inclusive com diretrizes metodológicas nacionais, apesar de que camufla problemas, ao padronizar realidades que são singulares e particulares. Para Cronemberger (2013, p.88),

[...] o grande desafio para os profissionais é trabalhar de forma dialética e articulada assuntos internos e externos a elas, nos aspectos objetivos e subjetivos de sua vida social. Essa direção deve articular-se ao contexto de desigualdade e



exclusão social, às transformações sociais e culturais e à necessidade de lutas coletivas para a conquista e garantia de direitos e o controle social das políticas públicas voltadas às suas necessidades.

Embora suplantados no entendimento de que Orientações não engessam as propostas pedagógicas, mas veiculam concepções e socialização de um mesmo propósito a ser alcançado, se o alerta não for sublinhado, podem ocorrer problemas concretos. O Plano Individual de Atendimento (PIA) concretiza-se por procedimentos profissionais que resultam em um documento onde constam as informações de cada criança e adolescente acompanhado pelo Serviço de Acolhimento, sendo um elemento positivo no acompanhamento interdisciplinar.

Mas é necessário frisar que a problemática é grande e torna-se claro, a necessidade de maior investimento na Proteção Social Especial de Alta Complexidade, entendendo-se que, a partir da aprovação PNAS (2004) o gestor dela é o Estado brasileiro, que deve garantir, com absoluta prioridade, a vida de crianças e adolescentes na família e na comunidade, preferencialmente na família de origem. Essa proteção — para garantir a responsabilidade que lhe compete — requer obrigatoriamente que se atue com a intersecção entre as demais proteções (básica e especial de média complexidade), dentro da PNAS e para com as demais políticas que compõem a Proteção Integral de Crianças e Adolescente.

De outro lado, a “rede” do Sistema de Garantia de Direitos tem muitos desafios a serem superados, pois ainda apresentam:

[...] distanciamento e ausência do diálogo interinstitucional e intersetorial, da carência de infraestrutura, de condições e qualidade de atendimento, de pessoal capacitado na perspectiva e na lógica dos direitos. Destaca-se, mesmo com todo o aparato que crianças e adolescentes são tratados como problema, reproduzindo a velha questão do “menor” problema, ao invés de ser visto como sujeito de direito, consoante a doutrina da proteção integral pressuposta no ECA e em todas as normativas que dele derivaram. É esta forma e outras que contradiz o Estatuto e (re)edita práticas de maus -tratos e negligências (MEIRELES, 2014, p. 50).

A permanente luta política pela defesa e materialização dos direitos de criança e do adolescente, e reordenamento de toda a rede (ainda composta por Ongs de origem filantrópicas e religiosas) na perspectiva do direito, legitimando o Estatuto para além do



aspecto normativo, é necessária, sob pena de estar-se legitimando a violação dos direitos fundamentais desses sujeitos, arduamente conquistados. Assim, defende-se o papel do Estado na implantação de políticas públicas universalizantes e afiançadoras de direitos das crianças e adolescentes, especialmente quando as famílias se encontram em situação de risco social.

O ECA determina, no artigo 19, que toda criança e adolescente tem o direito de ser criado e educado no seio da família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária. Mas que condições são oferecidas para a consubstanciação desse direito? Mesmo sendo uma conquista reconhecida, isso está muito longe de ser alcançado, uma vez que a prática de institucionalizar crianças e adolescentes não faz apenas parte do passado, época em que eram vistos como menores problemáticos e em que a política predominante para atendê-los se pautava no antigo Código de Menores, que prescrevia práticas eminentemente punitivas, coercitivas e de controle. Acertadamente Becker (1994, p. 63) elucida que

[...] o que ocorre na verdade no Brasil é uma confusão conceitual entre abandono e pobreza, uma vez que a imensa maioria das crianças pobres, mesmo as que estão nas ruas, ou recolhidas nos abrigos, possuem vínculos familiares. Os motivos que os levam a essa situação de risco não é, na maioria das vezes, a rejeição ou a negligência por parte de seus pais, e sim as alternativas, às vezes desesperadas, de sobrevivência.

Volta à cena a centralidade familiar como ressalta Silva (2007, p. 1), “não é mais possível falar de assistência social sem referência à família”. Mas, as condições e pré-requisitos dos programas sociais reforçam os deveres e a sobrecarga da família com novos deveres, estando a crítica mais contundente focada na afirmação da família como referência das políticas públicas associada à regressão da participação do Estado na provisão de bem-estar, com a partilha de responsabilidades na agenda pública. Isso se desvia do caminho da garantia dos direitos sociais historicamente conquistados por crianças e adolescentes e entra na rota da focalização das políticas públicas nos segmentos mais pauperizados da população, fortalecendo significativamente o mercado como instância de provisão de bem-estar e apostando na organização da sociedade civil como provedora para os que não podem pagar pelos serviços.



O exemplo significativo dessa situação é o aumento exponencial da participação da iniciativa privada nas áreas da saúde e da educação e a refilantropização da assistência social, em especial no cuidado de crianças e adolescentes. Nessa configuração, a família é chamada a reincorporar os riscos sociais e, com isso, assiste-se a um retrocesso da cidadania social (PEREIRA, 2006).

Cabe salientar que, ao longo dos anos, esses reflexos da responsabilização da família pelo cuidado de seus membros, assistindo-os, criando-os e educando-os, vem sendo legalmente legitimado, conforme se vê claramente no capítulo VII, artigos, 227 e 229 da Constituição Federal de 1988, e no art. 4º do ECA, que ditam o direito 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, sendo prioritariamente garantido, de forma crescente, primeiro pela família, depois pela comunidade, pela sociedade e, por fim, pelo Estado.

As contradições e ambiguidades se tornam visíveis na PNAS e nos principais programas como PAIF e PAEFI que visam a potencialização das funções protetivas da família. O mesmo direciona o trabalho com as famílias de origem, extensa ou substituta, com foco nos vínculos e nas funções familiares, na proteção social de alta complexidade.

Considerações Finais

Mesmo com todo o aparato de instrumentos legais para a defesa dos direitos das crianças e adolescentes, ainda existem muitos desafios no caminho para a sua efetivação, em especial do DCFV. O estabelecimento de novos parâmetros legais não é por si só suficientes para que novas práticas sejam garantidas. É necessário, capacitação da rede, fiscalização, envolvimento e luta política permanente para a não regressão da agenda pública até agora construída.

Assim, embora haja o reconhecimento explícito da importância da família na vida social como merecedora da proteção do Estado, esta tem sido cada vez mais discutida na medida em que a realidade sinaliza para a sua penalização. Desse modo, a matricialidade sociofamiliar, que passa a ter papel de destaque no âmbito do SUAS e no ECA, requer



melhor decifração, discussão e entendimento em face do conjunto de mudanças e complexidades em que as famílias estão inseridas. Na verdade, é direito das crianças e dos adolescentes serem protegidos, mas, acima de tudo, é dever do Estado proteger também as suas famílias, proporcionando condições efetivas para o DCFC.

Por tudo isso, pensar em proteger a criança e o adolescente é, antes de tudo, blindar a família, muitas vezes obrigada a transformar os Serviços de Acolhimento no único refúgio para os filhos. Torna-se imperioso, pois que, na agenda pública o desenvolvimento de ações que melhorem as condições de vida das famílias.

Referências

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA**. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

_____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social -PNAS**. Brasília, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2004.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - SUAS**. Brasília, 2005.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. CONANDA. **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária**. Brasília, 2006.

_____. **Orientações técnicas: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes**, Brasília: CNAS, Conanda, 2009.

CARVALHO, M. do C. B. de. O lugar da família na política social. In: CARVALHO, M. C. B. (Org.). **A família contemporânea em debate**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2007, p. 15-22.

CRONEMBERGER, Izabel. H. G. M. **A centralidade da família na política de assistência social e o trabalho social com famílias nos CRAS e CREAS de Teresina**. Dissertação de Mestrado em Políticas Públicas. Teresina: UFPI, 2013.

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.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000, v.2.



MEIRELES, Fabrina da Silva. **Famílias de crianças e adolescentes sob guarda jurídica de terceiros:** manifestações da questão social e da função protetiva do Estado no Município de Timon-MA. Dissertação de Mestrado. Teresina: UFPI. 2014

PEREIRA, P. A. P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (orgs.). **Política social, família e juventude:** uma questão de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SIMIONATTO, I. Do Welfare State ao Welfare family: a reforma da assistência na Itália. **Ser Social**, Programa de Pós-Graduação em Política Social, UNB. DSS, v.1, primeiro semestre de 1998, p. 145-164.

SILVA, M. O da S e. Os programas de transferência de renda e a pobreza no Brasil: superação ou regulação? **Políticas Públicas**, São Luís, v. 9, n. 1, 2007, p. 251-278



TRAÇOS CONTEMPORÂNEOS DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA: perspectivas desenvolvimentistas e regressos à focalização na pobreza

CONTEMPORARY TRAITS of BRAZILIAN SOCIAL ASSISTANCE POLICY: development perspectives and returns to focus on poverty

Jackeline da Silva Moura

Assistente Social, Professora e Coordenadora do Curso de Serviço Social do Instituto de Educação Superior Raimundo Sá (Agosto de 2015); Estudante do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)/ Mestrado. Desenvolve estudos sobre as transformações no mundo do trabalho e seus impactos no Serviço Social, particularizando a política de Assistência Social.

Resumo

No artigo que ora apresentamos, buscaremos discutir as tendências contemporâneas assumidas pela política de assistência social, em especial o papel assumido pela mesma diante da perspectiva de desenvolvimento adotada pelos governos caracterizados como neodesenvolvimentistas. Em um segundo momento, analisaremos a política de assistência social e seu caráter de focalização no combate à pobreza. Salientamos a importância dos relatórios do Banco Mundial e das obras de Amartya Sen no que se refere à percepção da pobreza e no desenvolvimento de políticas voltadas ao seu enfrentamento.

Palavras-chave

Novo-desenvolvimentismo. Assistência Social. Pobreza.

Abstract

In the article we present now, we discuss contemporary trends assumed by the social welfare policy, especially the role played by the same before the development perspective adopted by governments characterized as neodesenvolvimentistas. In a second step, we analyze the social welfare policy and its character focus on fighting poverty. We stress the importance of the World Bank reports and the works of Amartya Sen as regards the perception of poverty and the development of policies to his face.

Keywords

New developmentalism. Social assistance. Poverty.



Introdução

O trabalho que ora apresentamos é fruto das discussões que estamos desenvolvendo em nossos estudos de mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Grande parte do debate que esmiuçamos neste artigo foi alimentada pelas considerações suscitadas na disciplina Tópicos Especiais em Política Social II, cujo enfoque percorreu as principais tendências da política social brasileira no contexto contemporâneo.

Nesse sentido, na elaboração deste artigo, buscaremos discutir os traços contemporâneos da política de assistência social, identificando as particularidades que a caracterizam na conjuntura atual. A principal ênfase que trabalhamos na nossa construção teórica foi à centralidade que essa política assume nos governos neodesenvolvimentistas, explicitando o seu lugar e funcionalidade nesta conjuntura ideológica. Afunilando nossa análise, buscamos destacar a preponderante regressão na focalização da pobreza, traço substantivo que a política de assistência social vem assumindo na contemporaneidade.

Nesse sentido, dentre a literatura que investigamos para a construção deste artigo, podemos inferir quatro tendências centrais: assistencialização (Mota/ 2009, Behring/ 2009), focalização na pobreza (Mauriel/2008;2012, Siqueira/2012, Werneck Viana/2008); neoconservadorismo pós-moderno (Miguel/2013, Behring/2009, lamamoto/2009) e o enfoque na transferência de renda (Sitckovisky/2009). No nosso trabalho, daremos ênfase apenas a focalização na pobreza, a partir das obras acima mencionadas, destacando sua particularidade frente à política de assistência social.

O artigo encontra-se dividido em dois momentos, além desta breve introdução: inicialmente, discutiremos as particularidades da assistência social no período neodesenvolvimentista, tendo em vista a ampla expansão da mesma neste governo. Neste espaço, suscitamos o avanço da ideologia desenvolvimentista no tempo presente e como a política de assistência social adquire relevo nesta estratégia de desenvolvimento.

No segundo tópico, trabalharemos principalmente a ideologia do Banco Mundial frente a pobreza, destacando o protagonismo assumido pelo mesmo diante da questão nos países latinos. Ressaltamos também, a importância exercida pelo pensamento de



Amartya Sen nas elaborações dos documentos do Banco e como estas são incorporadas na política de assistência social brasileira.

A Política de Assistência Social no contexto Neodesenvolvimentista

A preocupação com o subdesenvolvimento latino-americano foi sempre uma questão presente na agenda política dos nossos governos desde a década de 1930. No decorrer desta década, o Brasil vivenciou, do ponto de vista político, sua primeira onda desenvolvimentista dentro do governo Vargas, que pôs em curso um processo de industrialização para o país, com o incentivo de empréstimos e isenções fiscais (CASTELO, 2012).

Nesse contexto de desenvolvimento, os organismos multilaterais internacionais sempre exerceram grande influência nos países latinos. O período compreendido entre os anos de 1940 a 1980 são marcados pela crise capitalista e pela emergência da ideologia neoliberal, o que intensificou as contradições presentes nestes países, como o aumento da pobreza, do desemprego, da violência, perdas das garantias trabalhistas dentre outros. Devido a esse contexto, as instituições multilaterais começaram a constituir visões diferenciadas acerca do subdesenvolvimento latino, destacando-se dentre as concepções, os posicionamentos da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL).

Os pontos defendidos por este organismo residiam basicamente na ideia de que o desenvolvimento social e econômico não poderia ser pensado de forma desarticulada, pelo contrário, estes eixos são partes constitutivas da estratégia de desenvolvimento integral. O exame deste organismo multilateral debitava o atraso dos países latinos principalmente as suas estruturas macroeconômicas, que estavam ancoradas basicamente no padrão agroexportador (PASTORINI E GALIZZA, 2008).

Para a superação do subdesenvolvimento latino, a Cepal recomendava um modelo desenvolvimentista que deveria passar, necessariamente, pela diversificação econômica, principalmente por intermédio da industrialização, pois esta proporcionaria uma maior movimentação do mercado interno, o qual seria eixo central para alavancar a acumulação



e o crescimento econômico destes países. Entretanto, para além do desenvolvimento via industrialização, o Estado seria parte necessária no avanço do crescimento, por meio do financiamento, planejamento e investimentos para a consolidação dessa industrialização (MOTA, AMARAL E PERUZZO, 2012).

Diferentemente da estratégia de desenvolvimento adotada pela CEPAL nos anos 1970, a fase desenvolvimentista que vivenciamos no tempo presente, adquire centralidade a partir da eleição de governos de centro-esquerda em praticamente todos os países latinos e que apesar de guardar similitudes com as teses cepalinas da década de 1980, diferencia-se em alguns aspectos. Dentre as distinções, podemos citar que o objetivo central que caracteriza os governos neodesenvolvimentistas, é o fato de representarem uma Terceira Via na hegemonia ídeo-política para os países da América do Sul (CASTELO, 2009).

Desta feita, o principal objetivo dos neodesenvolvimentistas é formular um projeto nacional que compatibilize crescimento econômico e igualdade social, a partir de uma melhoria nos padrões distributivos dos países. Para a execução dessa proposta, o Estado exerceria um papel fundamental, tanto no setor financeiro quanto no social, através de políticas sociais voltadas ao atendimento das refrações da “questão social”.

No Brasil, esse novo período de desenvolvimento caracterizado como *neodesenvolvimentismo* adquire maior centralidade a partir da eleição de Luís Inácio Lula da Silva, cuja proposta de um governo progressista embalou a campanha presidencial que levou este presidente a conquistar o pleito. O seu aprofundamento se dá a partir do segundo mandato deste presidente, pois a melhora nos indicadores econômicos e sociais agradou a grande parte do empresariado.

O segmento intelectual¹ que começou a tecer suas análises sobre o momento econômico e social vivenciado pelo país, identificava que este passava por um momento

¹ Castelo (2012) afirma que esta ideologia adentra no país a partir da intelectualidade tucana, a partir de artigo publicado por Bresser-Pereira no Jornal Folha de São Paulo, intitulado “Novo Desenvolvimento” em 2006. O autor informa que a produção intelectual do autor sobre o tema não cessou, ao contrário, tornou-se tema recorrente em publicações e artigos do autor, versando, sobretudo sobre o debate acerca do novo padrão de desenvolvimento nacional.



ímpar de sua história, onde havia crescimento econômico e justiça social, inaugurando um novo momento de acumulação capitalista no país (CASTELO, 2012).

Um dos principais questionamentos feito à ideologia neodesenvolvimentista é a discussão se o mesmo rompe com o padrão neoliberal ou apenas promove uma inflexão no mesmo. A contradição ainda se torna mais engenhosa quando analisamos a centralidade das políticas sociais no governo Lula, tendo em vista a importância que exerceram na regência deste presidente. Para Castelo (2012), apesar dos paradoxos que alicerçam este governo, o que instiga diversos intelectuais brasileiros a compreenderem a sua natureza da política², o mesmo não rompeu com o neoliberalismo. É fato que houve uma inclinação para o social, contudo quando analisamos a configuração da política econômica deste governo, percebemos que ainda são mantidos os compromissos com o grande capital.

Como a dinâmica profissional deve ser amparada pela investigação histórica e conjuntural dos processos que estão postos na sociedade, a compreensão do neodesenvolvimentismo se faz necessária, pois este promove uma refuncionalização das relações sociais: entre o Estado e as classes sociais, entre o Estado e os assistentes sociais e entre assistentes sociais e usuários.

ASSISTÊNCIA SOCIAL: da universalidade a política de enfrentamento à pobreza

De acordo com Mauriel (2012), a política de assistência social assume, paulatinamente, o compromisso de ser uma política de combate à pobreza, deixando de lado o seu caráter de política social que compõe o sistema de seguridade social brasileiro e assumindo um papel estruturante na proteção social. O enfoque na pobreza tornou-se pauta fundamental na agenda do governo: o lema do primeiro governo Dilma (2011-2014) assim dizia “País rico é país sem pobreza”. A mensagem que o mandato presidencial nos

²Por privilegiarmos neste artigo a análise sobre as tendências da política de assistência social, não entraremos no debate em torno da particularidade do governo Lula. Apenas sumariamos duas das principais Correntes de análises: Lulismo, puxado por André Singer (ver: Os Sentidos do Lulismo, Editora Companhia das Letras/2012) e Hegemonia às Avessas, de Francisco de Oliveira (ver: Hegemonia às Avessas, Editora Boitempo/2010).



repassa é que o compromisso central assumido pela governança do país centra-se no enfoque da erradicação da pobreza extrema no país.

Nesse sentido, o fortalecimento das políticas de transferência de renda, como o Bolsa Família e o reforço dado pela política de assistência social, através de seus instrumentos legais, como a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e Política Nacional de Assistência Social (PNAS), provocaram mudanças na prática profissional do assistente social, pois esta passou a ser recentemente a política que mais emprega a categoria, ultrapassando as políticas de saúde e seguridade social³.

Cabe-nos, portanto, indagar qual é a ideologia que está subjacente a estes processos? Quais as formulações que consubstanciam tais práticas? Dentro da categoria profissional, vários pesquisadores têm se debruçado sobre a investigação sobre as ideologias que estão presentes na formulação destas normativas e as implicações deste processo na prática. Quando analisamos as legislações, percebemos que nelas aparece difundidas o caldo ideológico dos organismos multilaterais, especialmente do Banco Mundial.

Esse organismo, conforme Siqueira (2012, p.355), “vem assumindo a expressão do multilateralismo, se tornando o grande promotor das políticas de combate à pobreza”, cujo interesse decorre na década de 1970. Todavia, estudos mais sistematizados sobre a questão da pobreza, principalmente nos países latinos, remontam os anos 1990, a partir do lançamento do Relatório sobre o desenvolvimento mundial (Washington, 1990), cuja finalidade foi a discussão da pobreza nos países em desenvolvimento.

Nos anos 2000, decorrido uma década daquele primeiro relatório, o Banco Mundial esclarece no documento intitulado *World Development Report (2001/2002)*, que não conseguiu atingir as metas que havia estipulado, constatando que, ao contrário do que se esperava, seu número ampliou em praticamente em todos os continentes. No relatório, o organismo admitia a dificuldade e a complexidade que o combate a pobreza acarretava e

³A assistência social é, atualmente, a política social que mais emprega assistentes sociais, tendo superado a saúde e a previdência em número de assistentes sociais. Também é a política social em que predominam Relações de trabalho mais precarizadas e com baixos salários. Informação disponível na página do Grupo de Estudos e Pesquisas em Seguridade Social e Trabalho (GESST)/ UnB Endereço eletrônico: <http://gesst.unb.br/>



reconhecia que a pobreza é mais do que insuficiência de renda, o que levou a esta instituição redirecionar o aspecto de suas ações de combate a pobreza, incorporando em seu entendimento, o fato de que a mesma assume um caráter multidimensional (SIQUEIRA, 2013).

A adoção do parâmetro da pobreza a partir de uma perspectiva multidimensional é incorporada nas formulações do Banco Mundial, faz referência ao documento “*Voice of the poors*”, cujo estudo que embasou sua criação, constatou que os pobres são agentes ativos, todavia, não possuem condições e nem formas de influenciar nos fatores econômicos que determinam o seu bem-estar. Nesse sentido, em sua análise sobre a pobreza, a agência internacional levou em conta o pressuposto de que outros elementos devem ser considerados na análise da pobreza, como por exemplo: os aspectos ambientais e psicológicos (SIQUEIRA, 2012).

Mauriel (2012) aponta que ao se privilegiar esta estratégia de combate a pobreza, historiciza-se suas causas, isolando sua compreensão do plano estrutural da dinâmica de produção de riqueza no capitalismo. Esta aceção ainda conforma uma despolitização da “questão social” e da ação política, ao tempo em que concretiza uma “eficácia ideológica” (p. 182), pois ela deixa pulverizada a origem da riqueza social.

O grande formulador teórico por trás dos relatórios do Banco Mundial é Amartya Sen⁴, cujo pensamento tornou-se referência para esta instituição na proposição de políticas para os países periféricos. Suas obras⁵ possuem uma convergência: objetivam contribuir numa mudança a respeito da fome, miséria, pobreza e bem-estar social. A proposição da pobreza como um “fenômeno” multidimensional, adotada pelo Banco Mundial é caudatária do pensamento de Sen, para quem a pobreza não deve ser pensada apenas nos aspectos econômicos, mais sim a partir de outros elementos que residem na dificuldade de superação da pobreza, como por exemplo, a privação de capacidades (SIQUEIRA, 2012).

⁴ Amartya Kumar Sen (1933) é autoridade mundial em teoria da escolha social e economia de bem-estar, tendo colaborado na construção do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e seu novo cálculo, publicado em 1999. (MAURIEL, 2008, p. 297).

⁵ Sobre o tema pobreza e miséria se destacam as obras *Pobres e Famintos: Um Ensaio sobre Direito e Privação*, publicada em 1981, *Desenvolvimento como liberdade*, de publicação datada em 2000 e *Desigualdade Reexaminada* de 2001 (SIQUEIRA, 2012).



De acordo com Mauriel (2008), a discussão de pobreza tecida por Sen decorre do desdobramento dos seus estudos sobre a desigualdade, que comparecem no seu pensamento de duas formas: desigualdade econômica e desigualdade de capacidades. Neste sentido, a pobreza também se constituiria em dois nichos: pobreza de renda e pobreza de capacidades, sendo que esta última deve ser priorizada, já que por meio da ativação das capacidades, os indivíduos teriam a possibilidade de conduzir sua vida e direcionar as necessidades que deveriam ser supridas.

Maranhão (2012), afirma que o foco seniano sobre as capacidades humanas propõe a constituição de um modelo de desenvolvimento centrado nas escolhas individuais e na capacidade que os indivíduos de se inserirem no mercado. Para realizar esses objetivos, as políticas sociais exercem papel fundamental, pois deixam de ter como escopo principal a distribuição de renda, ativando os meios para que os indivíduos encontrem a saída de sua situação de pobreza e exclusão. O autor ainda acrescenta: “o que interessa em sua concepção de desenvolvimento é oferecimento de condições sociais básicas para que os agentes individuais conquistem seu lugar na competitividade do mercado livre” (P. 95).

Para Amartya Sen o eixo central da estratégia desenvolvimentista passa necessariamente pela ampliação das liberdades individuais, cujo exercício percorre necessariamente o acesso a condições habilitadoras, como por exemplo, saúde e educação, para que o indivíduo possa exercer sua cidadania. No pensamento seniano, o combate a pobreza supõe o desenvolvimento de capacidades como liberdades, tendo o Estado um papel fundamental na oferta de condições mínimas para este *empoderamento*.

Portanto, as políticas sociais inspiradas nesta vertente adotam como prisma a capacitação dos indivíduos, para que estes possam exercer sua autonomia. O padrão de proteção social que se gesta passa a ter uma característica híbrida, pois convivem harmoniosamente políticas sociais de caráter universalista e focalista (MAURIEL, 2012).

Depois deste apanhado sobre a concepção de pobreza defendida por Amartya Sen e adotada nas formulações do Banco Mundial em seus relatórios sobre o desenvolvimento dos países latinos, trataremos de verificar como estas formulações comparecem na Política de Assistência Social. Ao analisarmos a estruturação desta política, que comporta a Lei



Orgânica da Assistência Social (Lei Nº 8742/1993) e a Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004), identificamos que em suas elaborações comparecem, em grande parte, os elementos ideológicos que caracterizam as estratégias dos organismos internacionais para o desenvolvimento.

Para Mauriel (2012), a análise destas legislações, principalmente a LOAS a partir da reestruturação promovida pela Lei Nº 12.435/2011⁶, ilustra bem a incorporação dos preceitos que trabalhamos nos parágrafos anteriores. Comparecem nestas legislações, as conexões entre pobreza e seus determinantes estruturais, cuja ênfase recai sobre o indivíduo, tendo este a capacidade de “sair” da sua condição de pobreza ao desenvolver sua autonomia.

Tudo isso significa que a situação atual para a construção da política pública de assistência social precisa levar em conta três vertentes: **as pessoas, as circunstâncias**, e dentre elas, seu núcleo de apoio primeiro, isto é, **a família**. A proteção social exige a capacidade de *maior aproximação possível do cotidiano da vida das pessoas, pois é neles que riscos, vulnerabilidades se constituem* (PNAS, P. 14 apud MAURIEL, 2013, p. 189 grifos da autora).

O trecho da PNAS deixa evidente que o combate a pobreza assume um caráter individualizante, centrado no fortalecimento das características individuais. Nesse sentido, a política social, no caso a política de assistência, conforme ilustra o trecho acima, estabelece como estratégia de proteção e desenvolvimento, os indivíduos e o seu núcleo familiar, pois é neste núcleo que a vulnerabilidade se apresenta. Mauriel (2008) destaca que esse tipo de proteção, baseado nas capacidades e habilitações, visa apenas à inserção destes grupos na dinâmica da sociabilidade contemporânea “uma sociedade de troca, de mercado, com dimensões globalizantes” (p. 320).

No trecho subsequente, fica patente a sua constituição da política de assistência social como política de enfrentamento a pobreza:

A assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, **visando ao enfrentamento da pobreza**, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento das condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais (grifos nossos).

⁶ Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social.



Parágrafo único. *Para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais. (grifos do autor)*

A análise da pobreza é sempre um tema muito complexo. Sua análise a partir de um ponto de vista teórico-político ou técnico-instrumental sempre causa polêmicas: se adotarmos o plano teórico-político, percebemos que há uma mistificação ideológica, como a promovida pelo Banco Mundial. Se a sua mensuração é feita de um ponto de vista técnico-instrumental, certamente haverá conflitos nos indicadores utilizados. Todavia, o ponto essencial que não pode escapar de nossas análises é: qual lugar assumido a pobreza no jogo da acumulação capitalista. Para Netto, a pobreza não pode ser caracterizada apenas pelos aspectos econômicos: a sua compreensão parte necessariamente da análise dos fundamentos socioeconômicos. Quando esse fundamento é secundarizado, o resultado é a sua naturalização.

Considerações Finais

No artigo que apresentamos, buscamos discorrer uma análise sobre as características contemporâneas assumidas pela assistência social na conjuntura hodierna. Travar esse debate é desafiante e inesgotável, pois diante do momento histórico em que vivenciamos um aprofundamento da crise capitalista e mudanças cada vez mais rápidas no sistema de proteção social brasileiro, quando elencamos elementos configurativos, acabamos por deixar de abordar uma ou outra mediação essencial para compreensão do debate.

Nesse sentido, longe do simplismo das análises, buscamos contemplar em nosso estudo, a particularidade da política de assistência social no neodesenvolvimentismo. Essa ideologia dá a tônica do desenvolvimento brasileiro nos últimos doze anos nasce no bojo da intelectualidade tucana, mas tem o seu adensamento nos governos petistas de Lula e Dilma. Como vimos, a grande questão que perpassa a lógica neodesenvolvimentista é saber se ela rompe com o padrão neoliberal, ou apenas promove uma inflexão do mesmo.



No segundo momento da nossa construção, elaboramos uma análise da política de assistência social enquanto política de combate à pobreza. Percorremos esse caminho analisando, primeiramente, a aproximação do Banco Mundial na formulação de relatórios que versavam sobre a pobreza, bem como o estabelecimento de estratégias para a superação nos países latinos na década de 1990. Nos idos dos anos 2000, o organismo multilateral revê sua forma de atuação frente à questão, percebendo a dificuldade de se estruturar políticas para o seu combate. No relatório também comparecia a ideia como um “fenômeno” multidimensional, que não pode ser caracterizado apenas pela ausência de renda.

O grande formulador teórico por trás das ideologias difundidas pelo Banco Mundial é Amartya Sen, cujos postulados teóricos embasaram o desenvolvimento de relatórios e recomendações do Banco para os países em desenvolvimento. No Brasil, vimos que estes princípios foram incorporados na Política Nacional de Assistência Social e na Lei Orgânica da Assistência Social. Paulatinamente, estas legislações passam a adquirir um caráter focalista no que se refere às causas da pobreza, empregando termos como desenvolvimento de capacidades e autonomia.

É certo de que as formulações que tecemos em nosso trabalho carecem de maiores aprofundamentos analíticos, principalmente no que se refere aos padrões contemporâneos que a proteção social mundial vem assumindo nos últimos anos e como isso se reflete na realidade brasileira. Todavia, devido ao espaço limitado desta construção, buscamos priorizar a tendência que a política de assistência social vem assumindo de focar-se na pobreza, demonstrando os elementos ideológicos subjacentes a este processo.

Referências

CASTELO, Rodrigo. (Neo) Desenvolvimentismo e Política Social. In: **Revista Serviço Social e Sociedade** n. 112. São Paulo. Cortez Editora. Outubro/ Dezembro, 2012.

_____, R. O novo-desenvolvimentismo e a decadência ideológica do estruturalismo latino-americano. In: **Revista Oikós**. Volume 8, número 1, 2009 ISSN 1808-0235.



MAURIEL, Ana Paula Ornellas. **“Combate à pobreza e desenvolvimento humano: impasses teóricos na construção da política social na atualidade”**. Campinas/2008. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Universidade Estadual de Campinas.

_____, Ana Paula Ornellas. Pobreza, Seguridade e Assistência Social: desafios da política social brasileira. In: **Desenvolvimentismo e Construção de Hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade**. Ana Elisabete Mota (Org.) – São Paulo: Cortez, 2012.

MARANHÃO, César H. Desenvolvimento Social como liberdade de mercado: Amartya Sen e a renovação das promessas liberais. In: **Desenvolvimentismo e Construção de Hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade**. Ana Elisabete Mota (Org.) – São Paulo: Cortez, 2012.

MOTA, Ana Elisabete; AMARAL, Ângela e PERUZZO, Juliane F. O Novo Desenvolvimentismo e as Políticas Sociais na América Latina. In: **Desenvolvimentismo e Construção de Hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade**. Ana Elisabete Mota (Org.) – São Paulo: Cortez, 2012.

NETTO, José Paulo. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. 4 ed. São Paulo, Cortez: 2007.

PASTORINI, Alejandra e GALIZIA, Silvina. A Redefinição do Padrão de Proteção Social Brasileiro. In: **Revista Praia Vermelha: estudos de política e teoria social /Universidade Federal do Rio de Janeiro**. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Vol. Número 14 e 15/ 2006- Rio de Janeiro: UFRJ. Escola de Serviço Social.

SIQUEIRA, Luana Souza. **Desenvolvimento e Pobreza: uma análise crítica**. In: **Revista Temporalis, Brasília (DF), ano 12, n.24, p. 353-384, jul./dez. 2012.**

_____, Luana Souza. **Pobreza e Serviço Social: diferentes concepções e compromissos políticos**. Editora Cortez, 2013.



POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: sobrecarga, consenso e messianismo.

SOCIAL ASSISTANCE POLICY: overload, consensus and messianism

Henrique Mendes dos Santos

Mestre em Serviço Social pela PUC-RJ; Especialização (em andamento) em Assistência Social e Direitos Humanos pela PUC-RJ; Professor Auxiliar da Universidade Castelo Branco – RJ (UCB); Assistente Social da Prefeitura de Angra dos Reis; Conselheiro suplente da representação dos trabalhadores do CMAS-Angra.

Resumo

Este ensaio possui como objetivo produzir uma reflexão sobre a política de Assistência Social em tempos de crise do capital, uma das expressões desta crise é o desemprego estrutural, milhares de trabalhadores são alijados de seus postos de trabalho a partir do advento de novas tecnologias e da constante corrida por lucro, desta forma vasto contingente populacional acaba por buscar nesta política pública social as saídas para as situações dramáticas vivenciadas no cotidiano, soma-se a isto o peso que a Assistência Social adquire com a mercantilização de demais políticas públicas sociais, principalmente aquelas inseridas no escopo da seguridade social, desta forma são apontadas aqui algumas tendências no que diz respeito a execução desta política e o seu caráter ideológico no que diz respeito ao estabelecimento de consensos e manutenção do pensamento dominante.

Palavras-Chave

Capitalismo. Desemprego. Assistência Social

Abstract

This paper has aimed to produce a reflection on the social assistance policy in capital times of crisis , one of the expressions of this crisis is structural unemployment , thousands of workers are priced out of their jobs since the advent of new technologies and constant race for profit , so vast population contingent eventually seek this social public policy outputs for experienced dramatic situations in everyday life, adds to this the weight of social assistance gets to the commercialization of other social policies , especially those inserted in the scope of social security, in this way are identified here are some trends regarding the implementation of this policy and its ideological character with regard to the establishment of consensus and maintain the dominant thought .

Keywords

Capitalism. Unemployment. Social Assistance



Introdução

Na data de 02 de fevereiro de 2016, a presidente Dilma Rousseff esteve presente no congresso nacional, a medida tomada por alguns mandatários visa estabelecer junto aos parlamentares a imagem de uma presidente que pretende estabelecer medidas fortes e coordenadas para vencer uma suposta crise do Estado.

Mais do que o recado enviado aos parlamentares, a medida visa também recuperar a “confiança” dos investidores, ou seja, apresentar ao grande capital condições favoráveis para a sua ação e influência.

Uma das intenções anunciadas pela presidente é justamente a reforma (ou contra-reforma) da previdência, segundo a chefe do executivo, dadas as condições de envelhecimento da população⁷, esta política pública entraria em colapso, sendo necessário portanto mudanças nas regras da aposentadoria e de benefícios como o BPC – Benefício de Prestação Continuada.

Este discurso e o avanço da agenda contrária as lutas da classe trabalhadora trazem à tona a falsa ideia de crise do Estado, escamoteia-se o verdadeiro pano de fundo que é a crise do próprio sistema capitalista e os seus efeitos para os trabalhadores, destacando-se entre eles o desemprego estrutural.

O exemplo da reforma da previdência aponta para dois vetores: o primeiro é o substancial desinvestimento em políticas públicas sociais, o segundo, e tão importante quanto, a sobrecarga da Política de Assistência Social enquanto integrante da seguridade social, estes dois vetores se mesclam e colocam tanto os profissionais que atuam nestas políticas quanto principalmente sua população usuária em situação desesperadora.

Dessa forma, este ensaio possui como intuito produzir uma reflexão sobre a crise do capital, seus rebatimentos como o desemprego estrutural e a Assistência Social

⁷ O importante trabalho feito por Gentil (2006) através de sua tese de Doutorado ajuda a desmontar esta falácia imposta pelo governo e meios de comunicação hegemônicos ao apontar que o sistema da seguridade social é auto-sustentável, todavia suas receitas são desviadas para outras aplicações com o intuito de cumprir o superávit primário



enquanto política que acaba por fim, a conferir ações de cunho emergencial, afastando-a de seu caráter preventivo.

Desenvolvimento

O modo de produção capitalista é fundado em uma premissa fundamental: a divisão entre classes, ou seja, aqueles que são detentores dos meios de produção e aqueles que precisam vender sua força de trabalho para sobreviver, esta divisão acaba por trazer algumas importantes contradições a este sistema, levando-o a crises periódicas.

Uma vez que seu objetivo final será sempre o lucro, é preciso levar em conta o seu caráter de irracionalidade uma vez que esta busca irá se sobrepôr a qualquer tipo de necessidade humana.

Uma de suas principais características é a concorrência entre capitalistas, estes com o intuito de elevar suas taxas de lucro, acabam por promover intensa competição, conforme sinaliza Mandel (1981):

A produção capitalista consiste na produção de mercadorias com vista ao lucro. A procura do lucro é imposta pela concorrência. Toda empresa que não realize um lucro suficiente acumulará menos capital, terá um acesso difícil e mais caro ao crédito, será por consequência afastada na corrida à tecnologia mais moderna e perderá por esse facto mercados em proveito de seus concorrentes (MANDEL,1981,p.6)

Desta forma, os detentores dos meios de produção irão utilizar de algumas estratégias com o intuito de obter lucro ao final do processo de fabricação de mercadorias, aumentando por exemplo o grau de exploração dos trabalhadores através da extensão da jornada de trabalho ou redução de salários, outra estratégia é o investimento em máquinas com o intuito de produzir número maior de mercadorias e em menor tempo.

Com o advento da maquinaria e da grande tecnologia, há uma tendência inicial de aumento da taxa de lucro, uma vez que maior quantidade de produtos será produzida em escala menor de tempo e alguns grandes grupos irão se beneficiar desta modalidade,



todavia com o decorrer do tempo, esta taxa irá manter-se estável a medida que demais concorrentes também buscarão investir de forma semelhante.

Atentemos-nos pois, para outro aspecto fundamental do sistema capitalista, é justamente a busca desenfreada pelo lucro que irá causar crises periódicas, estas crises irão tornar a concorrência ainda mais acirrada pois os detentores dos meios de produção irão utilizar de todos os meios possíveis para manter sua taxa de lucro.

É preciso pois que observemos a contradição fundamental do capitalismo e sua relação com o processo de crise, uma vez que :

A crise decorre da contradição fundamental da produção capitalista: de um lado, o processo de trabalho é socializado, e de outro, a riqueza social, produto do trabalho é apropriada privadamente pelos detentores dos meios de produção. Dessa contradição resulta o subconsumo das massas proletárias, condição *sine qua non* da reprodução de todas as sociedades capitalistas que, de tempos em tempos, desembocam em crises (RAUTA RAMOS, 2007, p. 56)

Logo, há um desenvolvimento constante das forças produtivas com produção em massa de mercadorias, e por outro lado a incapacidade por parte da classe trabalhadora em absorver tudo aquilo que é produzido, uma vez que a própria condição de assalariamento irá promover apenas a satisfação de itens básicos de sobrevivência e reprodução da força de trabalho.

Desta forma RAUTA RAMOS (2007), irá classificar o processo de crise da seguinte forma:

Então a crise pode ser caracterizada como decorrente imediatamente de grande estoque de mercadorias para a venda e a falta de meios para comprá-las, a necessidade de vender as mercadorias para pagar as dívidas ocorridas no seu processo de produção; grande massa de capital paralisado no processo de produção; escassez de crédito ao extremo (elevando-se enormemente a taxa de juros). O capital que foi desembolsado fica paralisado, desocupado em massa. Fecham as fábricas, as matérias-primas se amontoam, os produtos acabados são as mercadorias que abarrotam o mercado (Rauta Ramos, 2007, p.58)

Todavia, esta crise difere daquela ocorrida no início do século XX, crise esta que foi superada a partir de uma série de condições que possibilitaram ampla acumulação de capital sobretudo no período posterior a segunda guerra mundial, Sweezy (1982), vai



apontar algumas condições que tornaram esta acumulação possível , segundo o autor são elas :

A necessidade de reparar os danos da guerra e compensar a escassez civil provocada pelo desvio de recursos para a produção militar durante as hostilidades. 2 – A disponibilidade de uma série de novas técnicas intensivas em capital, resultantes do progresso conseguido em tempos de guerra. 3 - A enorme demanda criada pelas necessidades militares da potência hegemônica (e em menores proporções seus aliados militares) (SWEETZY, 1982, p .111)

Entretanto este mesmo autor vai afirmar que mesmo durante o período de expansão do sistema, operado entre as décadas de 1940 e 1970 do século XX , que algumas tendências iriam apontar para uma crise de longo prazo que se estabeleceria a posteriori , Sweezy (1982) assinala quatro questões relevantes : 1 – superinvestimento. 2 – Enorme expansão da estrutura de dívidas., 3 - Enfraquecimento do sistema monetário internacional e por fim, 4 – Crescente desigualdade entre o centro e periferia.

Principalmente naquilo que tange o item número 4, é preciso lembrar que os países da periferia acabam por ser os mais atingidos pela crise, lembremos pois, que é justamente neste momento que os donos dos meios de produção acabam por intensificar a utilização de uma de suas maiores armas, ou seja, aumentar ao máximo o grau de exploração dos trabalhadores, leva-se em conta também ,que pela própria natureza do sistema, esta exploração ocorre em níveis muito mais elevados na periferia se formos comparar com os países centrais⁸.

Outro aspecto importante que deriva do contexto de crise é o desemprego estrutural, com as mudanças nos padrões de produção e o desenvolvimento massivo de novas tecnologias, milhares de trabalhadores são expulsos de seus postos de trabalho, e o que é pior, sem perspectiva de retorno, estas pessoas alijadas dos sistemas de produção passam a viver de inserções precárias no mundo do trabalho a partir da realização de

⁸ Sweezy (1982) cunha o termo “taxa social de exploração”, todavia, o autor toma o cuidado de diferenciar este conceito da idéia clássica de mais-valia, para este o excedente arrancado dos trabalhadores não-empregados na indústria , ou maior parte dele , é comercializado e se torna indistinguível da mais-valia produzida na sociedade capitalista.



tarefas temporárias, flexíveis, sem garantias trabalhistas ou acabam por enveredar pelo mundo do crime, atuando por exemplo como pequenos varejistas no comércio de drogas.

Consubstancia-se um duplo movimento: O primeiro é o da não-inserção no mundo do trabalho, já o segundo é a inserção nos ramos da produção através da precarização e superexploração, o aumento do Exército Industrial de Reserva acaba por rebaixar os salários, favorecendo o capital e obrigando os trabalhadores a aceitarem as condições impostas pelas instituições empregadoras.

A existência de um grande contingente de trabalhadores desempregados (separados dos meios de produção, como resultado da generalização das relações capitalistas de produção), bem como a existência da pobreza acentuada em países em desenvolvimento, força o desempregado a trabalhar por qualquer preço (isto é, a qualquer salário). No âmbito da economia mundial integrada, a força de trabalho desempregada nos países em desenvolvimento constitui um exército industrial de reserva que pode ser mobilizado a qualquer momento. (IANNI, 1994.p8)

Também advém do processo de reestruturação produtiva uma importante característica que é a tendência a uma composição cada vez mais heterogênea por parte dos trabalhadores, uma de suas maiores conseqüências é a dificuldade cada vez maior de organização principalmente naquilo que tange os mais pobres, estes passam de uma identidade coletiva a uma identidade fragmentária, isso quando não se colocam em violentas disputas endógenas por emprego, torna-se portanto cada vez mais difícil a identificação do capital enquanto adversário de classe e o seu posterior combate.

Todo o quadro descrito acima acaba por promover uma série de tensões que requerem a entrada de um personagem central nesta grande peça, o Estado, este irá atuar através do binômio repressão⁹/Assistência, como formas de assegurar a suposta ordem e o desenvolvimento deste modo de produção e de vida, no que tange o segundo item, quais seriam as estratégias junto a população mais pobre? E quais seriam os dilemas que estas estratégias trariam consigo?

⁹ Wacquant (2012) chega a afirmar que no contexto estadunidense por exemplo, a miséria do bem-estar e o esplendor do regime prisional são dois lados de uma mesma moeda, uma vez que o Estado vai atuar através do binômio Assistência/repressão.



Como estratégia para minimizar os problemas derivados da contradição existente entre produção coletiva e apropriação privada dos lucros e conseqüente desigualdade que deriva deste quadro, o Estado acaba por promulgar uma série de medidas que irão atenuar os efeitos da crise todavia sem combater as suas causas, estas medidas adquirem caráter paliativo e provisório, colocando sempre os beneficiários enquanto cidadãos de “segunda classe”, fracassados que devem “pedir” esmolas oficiais em troca de subsistência.

No entanto, diante da produção sempre mais ampla e profunda da desigualdade social e na impossibilidade de atacar as suas raízes, o capital vê-se na necessidade, através do Estado e/ou de inúmeras instituições não diretamente governamentais, de organizar algumas ações de assistência a essa massa de desvalidos. Daí a estruturação das chamadas políticas sociais, dos programas sociais, todos eles voltados não para a erradicação das desigualdades sociais, mas apenas para minimizar os efeitos mais graves da crise do capital. (TONET, 2009, p.5)

Ora, a medida que a população desvalida torna-se mais robusta, acaba por ser “empurrada” para Políticas públicas sociais, especialmente neste caso a Política de Assistência Social, esta política acaba por cumprir a função de fornecer os mínimos sociais a quem dela necessitar, a questão é: Com o desemprego em massa e o sucateamento das demais políticas públicas sociais incluindo aquelas inseridas no escopo da seguridade social como Saúde e Previdência, a Assistência Social acaba por adquirir contornos de protagonismo e emergência naquilo que diz respeito a uma a série de necessidades criadas justamente ou pela inserção precária no mundo do trabalho ou pela expulsão de contingentes consideráveis de trabalhadores da esfera produtiva, é como se a esta política coubesse a tarefa hercúlea de solucionar as contradições inerentes a um modo de produção pautado na lógica da desigualdade.

Neste caso, algumas medidas adotadas pela Assistência Social tem chamado a atenção, a primeira delas é a insistência na ideia de benefícios eventuais, nos diversos CRAS¹⁰ espalhados nos municípios do Brasil ainda é comum a doação de cestas básicas, benefícios como auxílio-natalidade e aluguel social, estas ações possuem como objetivo

¹⁰ Centro de Referência em Assistência Social



fornecer auxílio temporário aqueles que por ventura encontram-se nos critérios de elegibilidade dos programas (Que geralmente são muitos), o trabalhador passa a ser responsabilizado por sua entrada no programa – Afinal de contas fracassou em suas tentativas de empregar-se – e também por sua saída, pois este deve o quanto antes procurar alternativas de sobrevivência longe do amparo estatal enquanto recebe estes benefícios por determinado tempo.

É preciso lembrar que mesmo com a previsão destes benefícios que os trabalhadores continuam a possuir inúmeras dificuldades em sua reprodução, com a mercantilização das políticas públicas sociais (e também de todas as esferas da vida, afinal de contas este é um dos efeitos do capitalismo) e o rebaixamento de seus salários, estes sujeitos sentem-se obrigados a bater a porta da Política de Assistência Social, inverte-se portanto o caráter desta política, ou seja da prevenção a situações de risco, esta passa a atuar através de fatos já consumados, tornando o seu alcance limitado e sobretudo ineficaz.

Todavia é preciso lembrar que a Política de Assistência Social cumpre também um papel ideológico no sentido de camuflar as tensões surgidas pela atual configuração do modelo capitalista em sua fase globalizada, obscurecendo as reais causas das condições nas quais os trabalhadores se encontram e até mesmo de sua existência enquanto política pública social, desta forma concordamos com Motta (2010), quando esta afirma:

Instala-se uma fase na qual a Assistência Social, mais do que uma política de proteção social, se constitui num mito social. Menos pela sua capacidade de intervenção direta e imediata, particularmente através dos programas de transferência de renda que têm impactos no aumento do consumo e no acesso aos mínimos sociais de subsistência para a população pobre, e mais pela sua condição de ideologia e prática política, robustecidas no plano superestrutural pelo apagamento do lugar que a precarização do trabalho e o aumento da superpopulação relativa tem no processo de reprodução social. (MOTTA, 2010, p.141).

Desta forma, a Assistência Social assume neste bojo contornos importantes no que diz respeito a formação de consensos e a consequente naturalização da ordem vigente, além disso dadas a agudização da questão social e o consequente desmonte das políticas



públicas sociais, especialmente aquelas inseridas no tripé da seguridade¹¹ esta política acaba por assumir a ideia de imediatividade, pronto-atendimento e emergência, sendo destinada somente aqueles que encontram-se em situação de extrema pobreza.

Assim sendo, esta política pública social assume principalmente para os seus usuários um certo caráter de messianismo, sendo a responsável mesmo que de maneira temporária por aliviar os sofrimentos causados pela cada vez mais crescente desigualdade entre detentores dos meios de produção e trabalhadores.

Conclusão

Procuramos apresentar neste ensaio, alguns elementos que conformam a crise atual do capitalismo, suas conseqüências como o desemprego estrutural, e a inserção da Política de Assistência Social neste bojo enquanto estratégia de resposta aos transtornos causados por este modo de produção em sua atual fase.

Vimos que esta política pública social possui alcance limitado e que sua promulgação possui também um papel ideológico a medida que possibilita a criação de consensos para a naturalização das desigualdades e da ordem social, além disso procuramos mostrar que há uma sobrecarga no que diz respeito as suas funções a medida que demais políticas públicas sociais, especialmente aquelas inseridas no escopo da seguridade tem sido mercantilizadas, a conseqüência disto é um protagonismo cada vez maior da Assistência Social enquanto ação que irá reparar os efeitos do sistema, sem contudo colocá-lo em xeque.

¹¹ Motta (2015) assinala que as políticas que integram a seguridade social brasileira não formam um amplo mecanismo de proteção, mas ao contrário reforçam uma unidade contraditória: Enquanto avançam a mercantilização e privatização das políticas de saúde e previdência, restringindo o acesso e os benefícios que lhes são próprios a Assistência Social se amplia, na condição de política não-contributiva.



Referências

GENTIL. D.L. **A política fiscal e a falsa crise da seguridade social brasileira** – Análise financeira do período 1990-2005. 2006. 357 f. Tese (Doutorado em Economia), Instituto de Economia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

IANNI. O. O mundo do trabalho. In: **São Paulo em perspectiva**. São Paulo. 1994

MANDEL. E. **O capitalismo**. Disponível em: <https://www.marxist.org/português/mandel/1981/mês/capitalismo.html>. Acesso em: 21 de jun. de 2015.

MOTTA. A.E. A centralidade da Assistência Social na seguridade brasileira nos anos 2000. In: **O mito da Assistência Social: Ensaio sobre Estado, Política e Sociedade**. São Paulo. Cortez. 2010

RAUTA RAMOS. M.H. A crise do atual do capitalismo: Crise cíclica ou estrutural? In: **Revista da Praia Vermelha**. Vol.19. Rio de Janeiro. UFRJ. 2009

SWEEZY. P. **4 conferências sobre o marxismo**. Rio de Janeiro, Zahar. 1982

TONET. I. Expressões sócio-culturais da crise capitalista na atualidade. In: **Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília. C FESS. 2009

WACQUANT. L. Forjando o estado neoliberal: Trabalho social, regime prisional e insegurança social. In: BATISTA. V. M. **Loïc Wacquant e a questão penal no capitalismo neoliberal**. Rio de Janeiro. Revan, 2012



A ATUAÇÃO DO CONSELHEIROS REPRESENTANTES DA SOCIEDADE CIVIL NO CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DO RIO DE JANEIRO

The ACTING DIRECTORS REPRESENTATIVES OF CIVIL SOCIETY IN SUPPORT OF MUNICIPAL SOCIAL COUNCIL RIO DE JANEIRO

Henrique Mendes dos Santos

Mestre em Serviço Social pela PUC-RJ; Especialização (em andamento) em Assistência Social e Direitos Humanos pela PUC-RJ; Professor Auxiliar da Universidade Castelo Branco – RJ (UCB); Assistente Social da Prefeitura de Angra dos Reis; Conselheiro suplente da representação dos trabalhadores do CMAS-Angra.

Resumo

Os conselhos gestores tem se apresentado como a grande novidade sobre a relação entre Estado e sociedade civil em nosso país, constituindo-se neste novo milênio como a principal inovação no que diz respeito as políticas públicas. Estes espaços apresentam-se enquanto *locus* privilegiados de deliberação destas políticas, sendo atravessados por processos de conflitos e negociação. O conselho municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro possui um caráter paritário, ou seja, 10 conselheiros são indicados pela esfera governamental e 10 conselheiros são eleitos pela sociedade civil. Desta forma esta pesquisa possuiu como objetivo analisar a atuação dos conselheiros da sociedade civil na gestão 2010-2012, procurando compreender como a prática destes agentes tem de fato contribuído para influenciar a política de Assistência Social.

Palavras-chave

Estado. Sociedade civil. Participação; Conselhos.

Abstract

The management councils has emerged as the big news on the relationship between state and civil society in our country, constituting this new millennium as the primary innovation regarding public policies. These spaces present themselves as privileged locus of deliberation these policies, being traversed by processes of conflict and negotiation. The City Council of Social Welfare has a character parity, that is 10 directors are appointed by the government sphere and 10 councilors are elected by civil society. This form this dissertation is to analyze the performance of the directors of civil society, seeking to understand how the practice of these agents has in fact contributed to influence policy Social Assistance.

Keywords

State. Civil society. Participation. Council.



Introdução

Esta pesquisa possuiu como objetivo central, analisar a atuação dos conselheiros eleitos pela sociedade civil no CMAS-RJ e, além disso, possui como objetivos específicos: verificar como tem ocorrido a participação da população neste espaço, como tem ocorrido o retorno as bases que elegeram os conselheiros e a relação que estes possuem com o poder público.

O interesse pelo tema justifica-se pela minha inserção enquanto profissional neste espaço entre os anos de 2008 e 2012, quando tive a possibilidade de acompanhar as audiências do CMAS-RJ. Observando a condução das pautas nas assembléias, senti a necessidade de refletir sobre este órgão havendo, sobretudo, o desejo de compreender as correlações de forças presentes no local e os conceitos emitidos pelos conselheiros, visto que são estes, os responsáveis pela deliberação da política de Assistência Social no âmbito municipal.

Assim sendo, temos um desafio de pensar este espaço dentro de suas contradições, entendendo suas relações de poder, limites e possibilidades, sem, contudo cair em um discurso fatalista que entende este local apenas como o da cooptação dos seus participantes. Deve-se evitar também cair na armadilha do “discurso fácil” compreendendo estes locais enquanto manifestação suprema da democracia e que a melhora da qualidade das políticas públicas acontecerá única e exclusivamente por respostas às questões apresentadas nos conselhos.

Optei por fazer uma pesquisa de campo no CMAS-RJ junto aos conselheiros eleitos pela sociedade civil e que cumpriram mandato entre 2010-2012. Além disso, considero para fins deste estudo que dois anos se constituem enquanto período suficiente para que os mesmos possam realizar uma reflexão sobre os seus mandatos, respondendo de forma precisa aos questionamentos que lhes foram feitos.



Desenvolvimento

Estado e sociedade civil de Hegel a Marx

A partir da minha inserção no CMAS-RJ, pude observar que os conselhos são espaços importantes no que tange a relação entre Estado e sociedade civil. Neste lócus, representantes do poder público e da sociedade organizada reúnem-se para discutir ideias e debater sobre os rumos que a política de Assistência Social irá tomar em nossa cidade.

Desta forma, a relação entre Estado e sociedade civil acaba por tornar-se intrínseca à lógica do andamento dos próprios conselhos, merecendo, portanto uma análise mais objetiva.

Um pensador importante para que possamos entender a relação entre Estado e sociedade civil é Hegel. Este autor categorizava a sociedade civil enquanto sociedade burguesa, utilizando o termo *die burgliche gesellschaft*. Para este autor a esfera da sociedade civil era o lugar da luta de todos contra todos, da primazia dos interesses individuais sobre os coletivos havendo, portanto, grande potencial de destruição. Não havia para Hegel qualquer tipo de busca por um interesse universal nesta esfera. Assim sendo, o Estado se condensa para ser o regulador das necessidades humanas. Para ilustrar melhor este pensamento me reporto a Bottomore (2001):

A sociedade civil é uma arena de necessidades particulares, interesses egoístas e divisionismo, dotada de um potencial de auto-destruição. Para Hegel, só através do Estado pode o interesse universal prevalecer, uma vez que ele discorda de Locke, Rousseau e Adam Smith no que diz respeito à existência de qualquer racionalidade inata à sociedade civil que leve ao bem geral (p.351)

Ou seja, segundo Hegel a arena da sociedade civil não poderia por si própria levar ao bem coletivo. Desta forma surge o Estado, que se apresenta com o poder de regular as relações que se estabelecem na sociedade civil.

Marx, por sua vez, também afirmava que a sociedade civil é o palco do materialismo, do egoísmo, e o Estado vinha a atender justamente a grupos que se encontram nesta situação fazendo prevalecer os seus interesses. Toda a sua dinâmica seria voltada para a



perpetuação da divisão de classes, algo, portanto, que somente poderia ser superado através de uma *práxis* revolucionária.

Portanto, se o conceito de sociedade civil de Marx, guarda alguma similaridade com o de Hegel, o mesmo não pode ser dito sobre o Estado. Se para o primeiro, significava uma superação das contradições presentes, para o segundo, apresentava-se enquanto aparelho repressor e mantenedor de status quo, desalinhado totalmente dos anseios e desejos da classe trabalhadora.

Para Karl Marx, a gênese do Estado reside na divisão da sociedade em classes: o Estado só existe quando e enquanto existir esta divisão, a qual provém por sua vez, do modo como se apresentam as relações sociais de produção. A função do Estado é precisamente a de conservar e reproduzir esta divisão em classes, assegurando que os interesses particulares de uma classe se imponham como se fossem os interesses universais da sociedade.

Segundo o próprio Marx (2006):

A burguesia desde o estabelecimento da grande indústria e do mercado mundial, conquistou finalmente a soberania política exclusiva no Estado representativo moderno. O Governo do Estado moderno é apenas um comitê para gerir negócios comuns de toda a burguesia. (p.53)

Contudo, devemos levar em conta o momento histórico no qual Marx formulou seus conceitos. Contexto diferente daquele no qual viveu Antônio Gramsci, veremos a seguir a contribuição deste pensador italiano sobre a análise destas duas esferas e o seu famoso conceito de Estado ampliado.

Estado e Sociedade Civil para Antônio Gramsci

A teoria gramsciana traz ferramentas importantes para que possamos compreender as relações atuais entre Estado e sociedade civil em nosso país. As reflexões de Gramsci apresentam-se como importante ferramenta para que se possa entender a lógica de funcionamento dos conselhos uma vez que este espaço torna-se lócus importante da relação entre estas duas esferas.



É interessante observar que a visão de Estado do filósofo italiano ocorre de forma ampliada, sendo este não entendido apenas como um mantenedor de status quo e aparelho repressivo, mas como algo composto por duas esferas, a sociedade política e a sociedade civil.

O pensador italiano afastava-se, portanto, daquilo que o mesmo classifica como conceito “unilateral”. É interessante entender o conceito de Gramsci (2011, p.254), uma vez que para este, “Estado deve-se entender, além do aparelho do governo, também o aparelho privado de hegemonia ou sociedade civil”.

Há, portanto, uma relação dialética entre sociedade civil e sociedade política. Esta perspectiva descarta qualquer visão que considere o Estado como portador de todas as virtudes ou que pelo contrário, o considere enquanto maléfico para a sociedade.

Estamos sempre no terreno da identificação de Estado e governo, identificação que é precisamente, uma representação da forma corporativo-econômica, isto é, da confusão entre sociedade civil e sociedade política, uma vez que se deve notar na noção geral de Estado entram elementos que devem ser remetidos à noção de sociedade civil (no sentido seria possível dizer, de que Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é de hegemonia encouraçada de coerção. (Gramsci, 2011, p.244)

Desta forma, a primeira esfera que seria a sociedade civil, abrange organismos privados como: partidos, as diversas organizações sociais, a imprensa, as escolas, as igrejas, as empresas, e se caracteriza pela elaboração e difusão das ideologias e dos valores simbólicos que visam à “direção”, já a segunda dimensão, a sociedade política, compreenderia instituições como o governo, a burocracia, as forças armadas, o sistema judiciário, o tesouro público, etc. Se caracteriza pelo conjunto dos aparelhos que concentram o monopólio legal da violência e visa à “dominação”.

Esta leitura gramsciana é fundamental para que possamos perceber a própria dinâmica dos conselhos. Estas instituições adentram este espaço lutando por diferentes projetos, buscando hegemonia e criando interferência nas decisões do Estado.

Na original visão gramsciana, hegemonia não seria a simples dominação constituída sob a base da força, mas a direção que um projeto de classe estaria referenciada na aceitação de uma classe subalterna.



Desta forma, é importante compreender como o conceito gramsciano de Estado auxilia a elucidar os meios de dominação que uma classe teria sobre outra, “Estado é todo o complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente não só justifica e mantém seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados” (Gramsci, 2011, p.331).

Os conselheiros e sua atuação no CMAS-RJ

O presente estudo buscou analisar a atuação dos conselheiros representantes da sociedade civil, no CMAS-RJ no período 2010-2012. Para isto foram realizadas entrevistas com dez representantes deste conselho no mês de dezembro de 2012, esta pesquisa possuiu caráter qualitativo, sendo realizadas entrevistas de caráter semi-estruturado junto aos 10 conselheiros representantes da sociedade civil entre os meses de dezembro de 2011 e janeiro de 2012.

Como ponto de partida, veremos quais foram os motivos que levaram os conselheiros a buscar a candidatura no CMAS-RJ, entre os vários motivos citados pelos conselheiros, a própria atuação nas instituições em que participam acabou por ser o motivo mais destacado. Os entrevistados compreenderam o espaço do conselho como um lócus de articulação política, como um espaço no qual a defesa dos interesses das instituições nas quais atuam poderia ser feito de forma mais eficaz, aproximando-os do poder público e das informações que circulam no CMAS-RJ.

Outra questão importante para que possamos analisar a atuação dos conselheiros é verificar como os conselheiros percebem o processo de eleição do qual fazem parte. Seleccionamos uma fala que chama a atenção:

O processo de eleição dos conselheiros, é um processo do clube do bolinha, ele é limitado às pessoas que estão lá dentro e aqueles que permitiram que entrassem neste espaço [...] na verdade o que a gente vê é uma estatização da sociedade civil dentro deste conselho e se você não estiver estatizado, prestando serviços para o estado e recebendo recursos do poder público, você não entrará no conselho de assistência social provavelmente. (Conselheiro B)



A fala do primeiro conselheiro expressa a forma como a sociedade política influencia a sociedade civil. À medida que a sociedade civil passa a receber recursos estatais, perde sobremaneira a possibilidade de gerar projetos alternativos neste lócus, sendo dominada pela sociedade política.

Desta forma, esta relação de dominação do Estado sobre a sociedade civil pode ser vista já no processo eleitoral do conselho municipal de Assistência, “estatizar a sociedade civil” conforme citado pelo conselheiro B é uma forma de manter esta dominação.

Outro ponto verificado nesta pesquisa foi o retorno dos conselheiros da sociedade civil as bases que os elegeram, estes afirmam que há uma dificuldade de retorno devido a “ausência de bases” e de mecanismos organizativos como um fórum, as falas apontam para um problema de articulação entre a sociedade civil frente o conselho, além disso outra questão merece destaque, como as instituições que lá estão são prestadoras de serviços, seus representantes acabam por colocar em primeiro plano a sobrevivência de suas próprias instituições, não havendo tempo hábil/vontade política para articulação através de fóruns e conferências.

Outro ponto importante para esta análise é a relação entre os conselheiros representantes da sociedade civil e o poder público. Lembremos, pois, que o CMAS-RJ apesar de apresentar em sua composição um caráter de paridade, funciona na sede da prefeitura e com recursos despendidos por este órgão, além disso depreendemos através desta pesquisa que há uma clara ausência de autonomia das instituições representantes da sociedade civil no conselho, uma vez que há uma relação com o poder público calcada na prestação de serviços e recebimento de recursos, a independência destes representantes neste espaço fica claramente prejudicada. É o Estado, portanto, quem influencia a sociedade civil e não o contrário, vejamos a fala de um entrevistado:

O que eu acho que complica e complica enormemente, é o fato de que a grande maioria das entidades que participam recebem verbas da própria prefeitura, então aí sim eu acho que algo da autonomia, algo da independência realmente compromete, porque na hora de bater de frente [...] eu tenho que bater de lado, eu tenho que bater meio acolchoado, não posso criar nenhuma inimizade ali, meu convênio pode ficar no fim da lista na hora de pagar, pode ser que na hora de fazer exigências o governo passe um pente fino brabo ali e aí isso tudo faz todo mundo ficar com o pé atrás. (Conselheiro G)



Segundo a fala dos próprios conselheiros, o CMAS-RJ tem sido utilizado como espaço de busca por recursos para as instituições que representam, havendo, portanto, um total atrelamento ao Estado, resultando conseqüentemente em perda de autonomia e liberdade no que diz respeito ao cumprimento de seus mandatos.

Segundo Raichelis (2009):

No campo da sociedade civil é preciso repensar também a própria dinâmica da participação e da representação nos conselhos, a heterogeneidade dos atores e das concepções ídeo-políticas, a fragmentação de interesses e demandas, o deslocamento do debate substantivo da política social para a luta por interesses corporativistas, o que torna ainda mais difícil a construção de alianças estratégicas e processos de pactuação em torno de pautas coletivas. (Raichelis, 2009, p.84)

Por fim, naquilo que tange a participação da população no espaço do CMAS-RJ, os conselheiros classificam-na como “muito fraca”, os mesmos admitem que há uma tutela das organizações sobre os usuários e que estas acabam por se tornar suas vozes, a questão torna-se mais complexa quando observamos que estas não retornam aos seus usuários os temas tratados nas assembléias configurando-se portanto em um mandato autônomo face os interesses destes últimos, mas totalmente atrelado e dependente da esfera Estatal.

Desta forma, o espaço do CMAS-RJ precisa ser repensado, é preciso que instrumentos como o regimento interno sejam revistos de modo a assegurar maior participação popular, há que se evitar também que este espaço reproduza a lógica da brasileira na qual o poder econômico triunfa sobre o poder político, esta lógica afasta a população de qualquer aproximação com os preceitos de uma democracia direta, perpetuando no poder projetos políticos, partidos e instituições que não possuem como horizonte a radicalização da democracia.

Conclusões

A partir da análise das entrevistas com os representantes da sociedade civil, pudemos compreender que o conselho é um espaço que necessita de mudanças para que consiga de fato atingir o seu potencial deliberativo e democrático proposto originalmente.

As entrevistas sinalizam que não basta que o espaço exista ou esteja proposto por lei, mesmo que dispositivos que garantam a participação da população em processos



decisórios estejam dispostos em marcos regulatórios, isto não tem sido suficiente para que uma agenda comprometida com uma sociedade de fato democrática esteja em pauta em órgãos como os conselhos.

É preciso também evitar cair na armadilha de analisar este espaço como algo deslocado da sociedade, a fala dos conselheiros sinaliza para questões que transcendem este espaço, como os projetos em disputa, a relação entre Estado e sociedade civil e a cultura da baixa participação política vigente na atualidade.

Com isso, pode-se dizer que ainda é frágil o poder que o conselho municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro possui. Existe a premissa de poder legal, mas o seu exercício de fato não tem ocorrido, prejudicando o desenvolvimento deste espaço.

Por fim, os conselheiros são figuras importantes na mudança para um conselho que de fato possa estar comprometido com o controle da política de Assistência Social. Para que isto de fato ocorra é preciso que os mesmos estejam preparados para a responsabilidade de representar a sociedade civil nesta instância, colocando como principal objetivo o interesse em aperfeiçoar a política de Assistência Social.

Todavia, não podemos aqui incorrer no equívoco de demonizar a figura do conselheiro, através das entrevistas realizadas e do acompanhamento das assembleias pode-se perceber que existem representantes da sociedade civil preocupados em defender um projeto democrático, com maior participação da população, conselheiros que entenderam a premissa deste espaço que é deliberar, acompanhar e fiscalizar a política de Assistência Social.

Referências

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo. Atlas. 2010.

GRAMSCI, A. Maquiavel, notas sobre o Estado e a política. **Cadernos do Cárcere**, v.3. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2006.

_____. **Cartas do Cárcere**, v.2. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2005



MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto Comunista**. São Paulo: Centauro editora, 2006. RAICHELIS, R. Democratizar a gestão das políticas sociais: Um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. **Serviço Social e saúde, formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.



INTERVENÇÕES EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: uma revisão integrativa

INTERVENTIONS IN MENTAL HEALTH IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: an integrative review

Denilson Gomes Silva

É especialista em saúde mental e mestre em saúde da família, desenvolvendo pesquisas na área da saúde coletiva e com experiência profissional nas Faculdades INTA, em Sobral – Ceará.

Resumo

O estudo teve como objetivo avaliar as evidências disponíveis sobre as intervenções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em saúde mental. Foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura científica, por meio das bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), em que foram recuperados 08 artigos no período compreendido entre 2007 a 2014, utilizando os descritores em saúde: saúde mental, estratégia saúde da família e profissionais. As *publicações evidenciam limites para a abordagem da saúde mental, pouco manejo com a temática e à priorização das ações em outras áreas*. Os resultados obtidos indicaram que é pertinente assumir a saúde mental como uma interface de diálogo entre os profissionais, priorizando encontros voltados à sensibilização, capacitação, suporte de casos e atendimento compartilhado em saúde mental, bem como a articulação da rede de serviços integrada e que atenda as demandas sociais.

Palavras-chave

Profissionais. Estratégia Saúde da Família. Saúde Mental.

Abstract

The study aimed to assess the available evidence on interventions of the family health Strategy professionals in mental health. An integrative review was developed from scientific literature, by means of databases: Latin American literature and Caribbean Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SCIELO), they were retrieved 08 articles in the period from 2007 to 2014, using the descriptors in health: mental health, family health and strategy professionals. The publications show limits for mental health approach, little themed management and prioritization of actions in other areas. The results obtained indicated that it is pertinent to take mental health as a dialogue between professionals, prioritizing meetings aimed at raising awareness, training, support and shared mental health care, as well as the articulation of integrated services network and to meet the social demands.

Keywords

Professionals. Family Health Strategy. Mental health.

Introdução



Os estudos recentes descrevem que em vários países do mundo, nas Reformas Psiquiátricas que se sedimentam sobre os pressupostos da desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e da consolidação de bases territoriais do cuidado em saúde mental, a ênfase é atribuída a uma rede de cuidados que contemple a atenção básica, ou primária (LANCETTI, 2007). Parte-se da premissa de que um grande número de problemas em saúde mental pode ser resolvido nesse nível de assistência, sem ter necessidade de serem referidos a níveis especializados do sistema de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), nos anos de 1970 e 1980, reconhece a magnitude dos problemas de saúde mental e admite a impossibilidade do seu cuidado ficar a cargo exclusivo de especialistas. Preconiza então a descentralização dos serviços existentes, a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade (AMARANTE, 2008).

O autor supracitado descreve que nos últimos vinte anos, a área de saúde mental no contexto nacional vem se conduzindo em um processo complexo de autoafirmação por um saber/fazer que supere o modelo biomédico, medicalizante e hospitalocêntrico; busca sustentar-se sobre dispositivos de atenção comunitária, territoriais, focalizados na pessoa em sofrimento psíquico e sua família, por meio de uma *práxis* transformadora e em constante construção.

De acordo com essas informações, a Estratégia Saúde da Família (ESF), por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde (COSTA; CARBONE, 2009). Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em uma área definida com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados.

A ESF nasceu na tentativa de repensar os padrões de pensamento e comportamento dos profissionais de saúde e cidadãos brasileiros. O objetivo da ESF é reorganizar a prática assistencial, com centro no núcleo familiar das ações de saúde, tendo



o território como ponto estratégico de desenvolvimento do cuidado e desenvolvendo práticas que vão além daquelas baseadas na cura da doença e na hospitalização (BRASIL, 2008).

Campos (2009) informa que no campo da atenção primária à saúde, muitos domínios científicos e tecnológicos inovadores que atendem as questões psicossociais estão sendo efetivados ou descobertos diariamente nos serviços que superaram a reprodução do fazer e propõem transformar as relações internas de gestão e trabalho.

Dessa forma, a pesquisa nesse cenário psicossocial torna-se relevante visto que a atenção básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental (BRASIL, 2013). Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um espaço geograficamente conhecido, proporcionando aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer os estilos de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade onde moram, bem como as representações sociais do cotidiano de suas áreas.

Por conseguinte, pode-se afirmar que o cuidado em saúde mental na atenção básica é viável pela facilidade de acesso das equipes de saúde aos usuários e, por esta característica, é comum que os profissionais da ESF se encontrem a todo o momento com os pacientes em situação de sofrimento psíquico.

As publicações científicas na área da saúde estão identificando altas prevalências de transtornos mentais na população assistida na atenção primária à saúde. Infelizmente, grande parte destes pacientes não tem seu diagnóstico reconhecido e por isto não são tratados. Entre os principais motivos para o não reconhecimento dos transtornos mentais está a maior probabilidade destes pacientes relatarem apenas sintomas somáticos quando em consulta, e a dificuldade dos profissionais da ESF em reconhecer estes sintomas como indicativos de transtorno mental.

Nesse contexto, a realização de intervenções em saúde mental na atenção básica suscita muitas dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais de saúde. Para tanto, a investigação dessa temática pode contribuir para o profissional da ESF desenvolver uma abertura, um posicionamento, uma espécie de respaldo interno para se colocar disponível



como ouvinte e cuidador, no momento em que estiver diante de um usuário do atendimento de saúde mental.

Objetivo

O presente estudo teve como objetivo avaliar as evidências disponíveis sobre as intervenções dos profissionais da ESF em saúde mental.

Procedimentos Metodológicos

É uma pesquisa de revisão integrativa da literatura científica, que contribui para a ampliação do conhecimento existente, a partir de constatações acerca dos limites das pesquisas já realizadas e permite que sejam identificadas lacunas e tendências na produção científica sobre a temática (GALVÃO, 2008). A fim de se obter resultados significativos, é importante iniciar a verificação com um levantamento dos conteúdos, estabelecer critérios para inclusão e/ou exclusão das pesquisas, análise e interpretação dos achados reportados e, por fim, a apresentação da revisão propriamente dita. Um dos pontos centrais é o processo de escolha das pesquisas que serão recuperadas, analisadas e discutidas, o qual envolve a definição de parâmetros sistemáticos, buscando-se favorecer uma leitura crítica de todo o material encontrado.

O processo de coleta dos dados iniciou-se com a definição da questão norteadora do estudo: O que tem sido produzido sobre as intervenções dos profissionais da ESF em saúde mental?

Com este propósito efetuou-se uma revisão das publicações na área da saúde, acessíveis na Biblioteca Virtual Bireme, tendo sido consultadas as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), por meio do recurso aos seguintes descritores: saúde mental, estratégia saúde da família e profissionais.



Os critérios de elegibilidade foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol, com os resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas e acesso ao texto completo, no período compreendido entre 2007 a 2014; artigos publicados cuja metodologia adotada permitisse obter evidências significativas sobre procedimentos, intervenções ou diretrizes dos profissionais da ESF em saúde mental. Foram excluídos os livros, capítulos, resenhas, notícias, monografias, dissertações de mestrado e teses de doutorado. A exclusão de publicações desse tipo se justifica tendo em vista que as mesmas, em contraste com os artigos, nem sempre passam por um processo rigoroso de avaliação por pares.

O percurso metodológico constitui-se no levantamento dos artigos numa sequência lógica de avaliação do título, resumo e texto completo, em que utilizou-se os referidos descritores, isoladamente ou combinados e, em seguida, executou-se um fichamento dos artigos selecionados a fim de organizar os dados nas seguintes categorias: autor e título; revista e ano de publicação; tipo de estudo e principais desfechos. Com base nessa organização, procedeu-se uma nova leitura do conjunto do material, visando delinear os pontos mais significativos de cada artigo e construir eixos de análise integrativa.

Apresentação e discussão dos resultados

Para a obtenção dos resultados, pode-se encontrar 30 artigos na base de dados LILACS e 40 na SCIELO, em que a amostra final apresentou 08 artigos. Após as leituras exaustivas, optou-se em sistematizar as informações relativas aos artigos selecionados, conforme mostra o quadro 1 a seguir:

Quadro 1 – Classificação do acervo selecionado de acordo com autor e título; revista e ano de publicação; tipo de estudo e principais desfechos.



| AUTOR E TÍTULO | REVISTA E ANO DE PUBLICAÇÃO | TIPO DE ESTUDO | DE PRINCIPAIS DESFECHOS |
|---|---|-----------------------------|---|
| Daniel Maffasioli Gonçalves Flavio Kapczinski. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. | Caderno de Investigaçã Saúde Pública, Quantitativa Rio de Janeiro, 2008. | Investigaçã Quantitativa | Transtornos mentais têm um impacto negativo sobre o bem-estar e a qualidade de vida, além de aumentar a utilização de recursos de saúde devido a sintomas não tratados. |
| Mônica Nunes Vlândia Jamile Jucá Carla Pedra Branca Valentim. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. | Caderno de Estudo Saúde Pública Rio de Janeiro, 2007. | Estudo Etnográfico | Pode-se destacar uma pedagogia libertária e emancipatória, que ousa romper com ideias pré-concebidas e situar-se na lógica da inventividade dos cuidados em saúde mental. |
| Sabrina Martins Barroso Mônica Aparecida Silva. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. | Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, São Paulo, 2011. | Revisão Bibliográfica | Conclui-se que o processo de reforma psiquiátrica brasileiro está ainda em andamento, enfrentando dificuldades e |



| | | | |
|--|--|---|---|
| <p>Álissan Karine Lima Martins Violante Augusta Batista Braga. Ângela Maria Alves e Souza. Práticas em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: um estudo bibliográfico.</p> | <p>Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Revista Rene. Fortaleza, 2009.</p> <p><i>Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano</i>, São Paulo, 2010.</p> | <p>Revisão Bibliográfica</p> <p>Revisão Integrativa</p> | <p>gerando questionamentos.</p> <p>São abordados fatos que influenciaram na mudança da legislação sobre saúde mental no Brasil e na participação de profissionais de saúde mental e familiares.</p> |
| <p>Alberto Olavo Advíncula Reis. Saúde Mental, Democracia e Responsabilidade.</p> | <p>SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, São Paulo, 2013.</p> | <p>Estudo Quantitativo</p> | <p>Considera-se que os Manicômios Judiciários, sua lógica e sua população constituem uma das últimas fronteiras relativamente resistentes ao avanço do movimento antimanicomial.</p> |
| <p>Mariana Silva Gomes; Rosâne Mello, Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: a enfermagem construindo o cuidado à família.</p> | <p>Revista Aletheia, Canoas, RS, 2014.</p> | <p>Estudo Qualitativo</p> | <p>Foram encontradas sobrecargas elevadas na rotina diária do familiar e intenso abalo da sua saúde mental, sendo fundamental que a enfermagem</p> |
| <p>Gomes Braga, Nayara; de Freitas Costa Fernandes, Nathália;</p> | | | |



| | | |
|---|--|---|
| <p>Rodrigues Rocha, Tiago Humberto. A família no acompanhamento de sujeitos psicóticos: os encargos subjetivos oriundos do sofrimento psíquico.</p> | <p>Revista Tempus - Revisão Bibliográfica Actas de Saúde Coletiva, Brasília, 2012.</p> | <p>inclua as famílias no tratamento.</p> |
| <p>Ândrea Cardoso Souza Francisco Javier Uribe Rivera. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental.</p> | | <p>Sugere-se que os serviços de saúde mental desenvolvam programas de orientação aos familiares cuidadores, bem como apoio no enfrentamento das situações de crise.</p> |
| | | <p>É necessário pensar a Reforma Psiquiátrica como política pública de saúde, uma vez que não adianta fechar hospitais sem que haja condições estruturais mínimas, como moradia, trabalho, etc.</p> |

Fonte: LILACS; SCIELO, 2007 a 2014.

Os artigos recuperados e destacados no quadro 1 abordam que no Brasil, no final da década de 1970, as ações em saúde mental em unidades de atenção básica passam a ser incorporadas e veiculadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, que nasceu no bojo da Reforma Sanitária, tendo guardado consigo princípios e diretrizes que orientam esta última, em especial a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular.

A Reforma Psiquiátrica, ao longo do seu desenvolvimento, seguiu um curso particular e nem sempre coincidente com aquele da Reforma Sanitária (FIGUEIREDO;



CAMPOS, 2009). Os esforços foram mais ou menos dirigidos na perspectiva de recuperar esse sentido original, sobretudo no que tange à constituição de uma rede integrada de assistência para a pessoa com transtorno mental.

Um dos desafios que se impõe ao Sistema Único de Saúde (SUS) na atualidade é a efetiva implementação da Reforma Psiquiátrica, consolidada com a Lei nº. 10.216/2001. Ocorre que a Reforma Psiquiátrica garante a atenção integral à saúde aos usuários de serviços de saúde mental por meio da estruturação de serviços de base comunitária que devem ser configurados em redes assistenciais capazes de – em consonância com os princípios da Reforma Sanitária – observarem a equidade no atendimento e promover a reinserção social (ROCHA, 2014).

A Política de Saúde Mental, que norteia atualmente a Reforma Psiquiátrica, prioriza práticas pautadas no território e articuladas em uma rede ampliada de serviços de saúde, mas a lacuna ainda parece ser grande entre o que essas diretrizes propõem e o que se observa na realidade concreta (BARROSO; SILVA, 2011).

Desta maneira, as concepções e práticas em saúde mental existentes no nível básico de atenção à saúde nem sempre condizem com o esperado, gerando por vezes questionamentos quanto à sua real contribuição no sentido de avançar na reinserção social das pessoas com transtornos mentais e na desestigmatização e cuidado efetivo dessas pessoas.

Os dados que permitam conhecer o nível de implementação de ações de saúde mental na rede básica ainda são muito incipientes. Para contribuir na redução dessa lacuna, alguns artigos apresentam estudos de convergências com os princípios da Reforma Psiquiátrica, pois orientam-se com base em fundamentos epistemológicos que se situam em ruptura ao paradigma médico naturalista e clássico, atribuindo um novo lugar social para a loucura e, para isso, instaurando um Modelo Psicossocial de Cuidado.

Leão e Barros (2011) descrevem que este novo modelo deve situar-se em contradição com o modelo antigo, asilar, em quatro parâmetros principais: na definição de “seu objeto” e dos “meios” teóricos e técnicos de intervenção, nas formas da organização dos dispositivos institucionais, nas modalidades do relacionamento com os usuários e a



população e nas implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teóricos, técnicos e ideológicos.

Diante desses quatro parâmetros, Alverga e Dimenstein (2008) enfatizam que pode-se, desde o início, identificar aspectos de confluência entre os mesmos e aqueles que regem o Programa de Saúde da Família (PSF). Assim, no que se refere ao objeto e meios de trabalho, o Modelo Psicossocial propõe que fatores políticos, biopsíquicos e socioculturais sejam tomados como determinantes das doenças.

Sendo assim, as terapias sairiam do escopo medicamentoso exclusivo, ou preponderante, e o sujeito ganharia destaque como participante principal no tratamento, sendo a família e, eventualmente, um grupo mais ampliado também incluídos como agentes fundamentais do cuidado.

Na instituição, a atuação seria de natureza interprofissional, superando o formato “linha de montagem” das equipes multiprofissionais clássicas (REIS, 2010). No que tange às formas de organização da instituição, o organograma deveria ser horizontal, primando por princípios de descentralização e propostas de participação popular e dando ênfase não apenas à dimensão técnica das práticas, mas também à sua dimensão ética.

As formas do relacionamento com a clientela devem priorizar o diálogo com a população, ampliando a escuta para o território mais vasto, saindo das linhas de ação apenas empreendidas pelos trabalhadores especializados (GOMES; MELLO, 2012).

Em outras palavras, a concepção dos efeitos terapêuticos e éticos superaria a visão de uma terapêutica voltada apenas para a remoção de sintomas, a adaptação à realidade e a supressão de carências. Esta se fundamentaria em uma ética que valorizasse os aspectos subjetivos, além daqueles sociais e políticos da existência dos usuários.

A inclusão das pessoas em sofrimento mental no âmbito da atenção básica corrobora aos pressupostos trazidos pela Declaração de Caracas (1990), a qual enfatiza a necessidade de dispositivos de cunho comunitário capazes de introduzirem-se nas demais redes de apoio e promover a reabilitação psicossocial, a reinserção social e a integração, preceitos condizentes com os princípios da Reforma Psiquiátrica (SOUZA; SCATENA, 2009).



Corroborando com essa discussão, Teixeira (2007) especifica a proposta de redirecionamento dada pelo atual paradigma ampliado de saúde, superando práticas baseadas num modelo meramente curativo-assistencialista e permitindo a abertura de espaços para a incorporação de outros atores no cenário da assistência com vistas a integrar saberes às demandas exigidas no contexto da atenção primária.

Como já mencionado, o estabelecimento de ações em conjunto com a saúde mental e a ESF amplifica o potencial dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS's) como agenciadores de novos modos de cuidado pautados na corresponsabilidade e formação de vínculo entre a clientela e a equipe de saúde. Dessa maneira, há manejo adequado voltado à superação dos entraves no âmbito da atenção básica, objetivando o cuidado de modo integral que responda aos preceitos da promoção da saúde.

A atual Política Nacional de Saúde Mental tem reforçado que o apoio matricial constitui um arranjo organizacional visando outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população (SAMPAIO; BARROSO, 2008). Nesse arranjo, a equipe responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local. Viabilizam-se, então, encontros voltados à sensibilização, capacitação, suporte de casos e atendimento compartilhado em saúde mental.

Com essas atividades, são identificadas habilidades e potencialidades que as ações integradas em saúde são capazes de desenvolver em relação às práticas que promovam a integralidade, a universalidade e o fortalecimento da cidadania dos indivíduos com referência à atenção à saúde.

Conclusão

As práticas em saúde mental no âmbito da atenção primária à saúde mostram-se como importantes meios de viabilização dos princípios da Reforma Psiquiátrica, tendo-se em vista o potencial de integração dos campos sociais, a proximidade com os espaços de



vida e a execução de ações voltadas prioritariamente à promoção da cidadania e a construção da autonomia da população.

Entretanto, os atendimentos de saúde mental têm sido baseados nos encaminhamentos para os demais serviços da rede de atenção, gerando assistência fragmentada e destituída de vínculo entre a clientela atendida e a equipe de saúde.

É imprescindível uma maior participação dos gestores da saúde da família em recursos humanos e capacitação profissional, na infraestrutura e desenvolvimento do apoio matricial contextualizado com as demandas sociais.

Referências

ALVERGA, A.; DIMENSTEIN, M. Salud mental en la atención básica. Construyendo La integralidad en el Sistema Unico de Salud en Brasil. **Revista Alternativas en Psicología**, México, v. 40, n. 3, p.67-77, 2008.

AMARANTE, P. D. C. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Rev. SPAGESP**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 66-78, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental** (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Brasília: Ministério da Saúde, 176 p., 2013.

CAMPOS, A. P. **Os encontros entre os agentes comunitários de saúde e as famílias dos portadores de transtorno mental**: dispositivos para a desinstitucionalização da loucura. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Belo Horizonte/MG: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 123 p., 2009.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família**: uma abordagem multidisciplinar. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.



FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 129-138, 2009.

GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**. Florianópolis, Out-Dez; v. 17, n. 4, p. 58-64, 2008.

GOMES, M. S.; MELLO, R. Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: a enfermagem construindo o cuidado à família. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 2-8, 2012.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

LEÃO, A.; BARROS, S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. **Comum Saúde e Educ**, São Paulo, v. 15, n. 36, p. 137-152, 2011.

REIS, A. O. A. Saúde mental, democracia e responsabilidade. **Rev Bras Cresc Desenv Humano**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 11-15, 2010.

ROCHA, T. H. R. A família no acompanhamento de sujeitos psicóticos: os encargos subjetivos oriundos do sofrimento psíquico. **Rev SPAGESP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 79-88, 2014.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: diretrizes e experiências no Ceará. In: LANCETTI A. **Saúde e Loucura**, São Paulo: Hucitec, v. 7, n. 2, p.167-188, 2008.

SOUZA, R. C.; SCATENA, M. C. M. Possibilidades e limites do cuidado dirigido ao doente mental no Programa de Saúde da Família. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 147-60, 2009.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-598, 2007.



DEPENDÊNCIA QUÍMICA: a exclusão social vivenciada pelo dependente de substâncias psicoativas

CHEMICAL DEPENDENCE: social exclusion experienced by dependent on psychoactive substances

Luiza Yara da Silva Mesquita

Estudante de Serviço Social da Faculdade Santo Agostinho.

Conceição de Maria Sousa Batista Costa

Assistente Social da Secretaria de Assistência Social e Cidadania (SASC), Mestra em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí, Prof^a do Curso de Serviço Social da Faculdade Santo Agostinho.

Resumo

A questão das drogas no Brasil tem sido enfrentada recentemente como um problema de saúde pública que afeta a vida do usuário, comprometendo seus aspectos físico, psíquico e familiar. Por ser um tema atual e que traz profundos questionamentos, surgiu a curiosidade de se pesquisar sobre a dependência química, o processo de exclusão social e seus reflexos na sociedade capitalista. A percepção das dificuldades de reinserção profissional do dependente químico, bem como a ineficiência das políticas públicas voltadas para o tratamento da dependência química, despertou a necessidade de discutir questões como (dependência química, exclusão social, trabalho).

Palavras-chave

Dependência Química. Exclusão Social. Preconceito. Trabalho

Abstract

The issue of drugs in Brazil has been recently faced as a public health problem that affects the life of the user, compromising their physical aspects, mental and family. For being a current theme and that brings deep questions arose of the curiosity of if search on the chemical dependence, the process of social exclusion and their reflexes in the capitalist society. The perception of the difficulties of professional reintegration of chemical dependent, as well as the inefficiency of public policies for the treatment of chemical dependence, awakened the need to discuss issues such as (chemical dependence, social exclusion, work)

Keywords

Chemical Dependence. Social Exclusion. Prejudice. Work



Introdução

O texto apresentado constitui parte do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), intitulado “A Dependência Química e a Reinserção Social: o papel da família, da sociedade e do Estado” defendido na Faculdade Santo Agostinho, Teresina – PI, no segundo semestre do ano de 2015, para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

O presente trabalho aborda a exclusão social vivenciada pelo dependente químico na atual sociedade capitalista, bem como a sua reinserção no mercado de trabalho. Discute e reflete as consequências do uso de drogas como forma de exclusão social no âmbito da dependência química.

Para este estudo buscou-se o embasamento teórico em autores como Atkinson (1998), Masi (1999), Antunes (2001) entre outros que abordam a questão da dependência química e o processo de exclusão social.

2 Compreendendo a exclusão social no âmbito da dependência química

A exclusão social tão presente nos meios de comunicação, nos discursos políticos e nos planos e programas governamentais, tornou-se comum e familiar no cotidiano das mais diversas sociedades; sociedades essas que almejam por melhores condições e qualidade de vida, e que de fato é direito de todos e dever do Estado garantir o bem estar da população. Então, para se compreender a exclusão social no âmbito da Dependência Química é imprescindível que se apreenda, primeiramente, o conceito de exclusão. Atkinson (1998, p. 109) destaca que:

O conceito de exclusão social é dinâmico, referindo-se tanto a processos quanto a situações consequentes [...] Mais claramente que conceito de pobreza, compreendido muito frequentemente como referindo-se exclusivamente à renda, ele também estabelece a natureza multidimensional dos mecanismos através dos quais os indivíduos e grupos são excluídos das trocas sociais, das práticas componentes e dos direitos de integração social e de identidade [...] ele vai mesmo além da participação na vida do trabalho, englobando os campos de habitação, educação, saúde e acesso a serviços.



Baseado na compreensão do autor pode-se apreender que a exclusão perpassa diversos segmentos da sociedade. Ela vai além da privação de recursos, da carência de alguma coisa que seja essencial na vida das pessoas. Essa exclusão sinaliza o destino de uma parcela da população não só brasileira, mas da população mundial, seja pelos limites e restrições impostos pelo trabalho, seja pelo modelo e estruturas econômicas que frequentemente geram profundas desigualdades. Diante disso Masi (1999, p. 12) destaca que:

A exclusão social implica, pois, numa dinâmica de privação por falta de acesso aos sistemas sociais básicos como, família, trabalho formal ou informal, saúde, dentre outros. Não é outro senão, o processo que se impõe à vida do indivíduo que estabelece uma relação de risco com algum tipo de droga, cuja fronteira para a exclusão é delimitada pelo início dos problemas sociais.

A exclusão para o autor é compreendida pela impossibilidade de acesso aos serviços públicos, pela falta de condições de geração de renda, pelo desemprego, etc., aparece como consequência vinculada à dependência em substâncias psicoativas. Essas questões permeiam o universo daquelas pessoas que sofrem os problemas decorrentes do uso de drogas e na sociedade capitalista percebe-se com mais intensidade essa exclusão. Assim,

[...] mesmo os estudiosos da questão concluem que, do ponto de vista epistemológico, o fenômeno da exclusão é tão vasto que é quase impossível delimitá-lo [...] poder-se-ia dizer que excluídos são todos aqueles que são rejeitados de nossos mercados materiais ou simbólicos, de nossos valores. Na verdade, existem valores e representações do mundo que acabam por excluir pessoas. Os excluídos não são simplesmente rejeitados física, geográfica ou materialmente, não apenas do mercado e de suas trocas, mas de todas as riquezas espirituais, seus valores não são reconhecidos, ou seja, há também uma exclusão cultural (SAWAIA, 2012, p.18).

Nesse sentido, a sociedade aprende a tecer valores sobre as pessoas e sobre suas atitudes, mesmo que, como observadores, apenas sabe e vê o externo sem conhecer a realidade. O dependente cresceu nessa sociedade carregada de preconceitos e ele vive o estigma por ser uma pessoa que possui problemas com as drogas, e esses sentimentos são introjetados por ele mesmo e acabam não se percebendo em outra situação a não ser essa marcada pela exclusão, a da não aceitação (SENAD, 2014).



Esse sentimento introjetado pelo dependente é chamado de estigma internalizado, ou seja, a desvalorização, a não aceitação de si mesmo por estar naquela situação. A sensação de vergonha e exclusão são desencadeadas pela atribuição de estereótipos negativos a si próprios, ou seja, a pessoa acaba por internalizar, aceitar as características que são atribuídas a ela mesma (SENAD, 2014).

Esse estigma vivenciado pelos usuários de drogas apresenta questionamentos, como exemplo cita-se o caso de entender o porquê que a sociedade estigmatiza as pessoas que consomem alguma substância psicoativa. Para esse caso não existe uma resposta pronta e acabada, mas trata-se de uma situação complexa que existem diversos fatores, determinantes. Destaca-se ainda, o Estigma Público, o qual interfere diretamente na relação do dependente de substância psicoativa com a sociedade, principalmente com os profissionais da área da saúde que lidam com pessoas em situação de drogadição (SENAD, 2014). Assim,

O termo estigma ou estigma público pode ser definido como uma marca física ou social de conotação negativa ou que leva o portador dessa “marca” a ser marginalizado ou excluído de algumas situações sociais. Muitas condições de saúde, dentre elas a dependência de álcool e outras substâncias, são estigmatizadas pela população, inclusive pelos profissionais de saúde. A estigmatização ocorre quando se atribui “rótulos” e “estereótipos” negativos a determinados comportamentos. Tal situação influencia direta ou indiretamente a condição de saúde da pessoa estigmatizada, provocando diversas consequências, inclusive o agravamento da situação (SENAD, 2014, p.28).

O grande problema dessa “satanização” das drogas lícitas e ilícitas, principalmente das ilícitas é o fato de elas refletirem no usuário, ou seja, a droga por ser considerada ruim, o indivíduo que a usa, a consome também é ruim, associa-se aqui as pessoas e o produto como más, sem qualidade (SENAD, 2014).

Assim, quando se observa um dependente de álcool deitado na rua ou em outro lugar, já o chamam de “bêbado, vagabundo, preguiçoso etc.”. Da mesma forma, quando alguém se depara com um dependente de drogas, acaba rotulando o mesmo de “maconheiro, marginal, etc.”. Aranha; Martins (1993, p. 273, grifo nosso) destacam esses elementos ao afirmarem que:



[...] conforme atendemos ou transgredimos os padrões, os comportamentos são avaliados como *bons* ou *maus*. A partir da valoração, as pessoas nos recriminam por não termos seguido as formas da boa educação ao não ter cedido lugar à pessoa mais velha [...].

A partir dos autores percebe-se que o preconceito é, de fato, uma forma de exclusão social, que se manifesta por meio de atitudes psicológicas, morais, sociais, materiais, etc., sendo que essa exclusão, em vários momentos, acaba nem sendo percebida pelo dependente químico, vítima do preconceito, pois o mesmo cresceu e se desenvolveu nessa sociedade e acaba tendo essa rejeição como referência. (ARANHA; MARTINS, 1993)

Para uma melhor compreensão destaca-se que o preconceito é visto como elemento desencadeado pela exclusão, ou seja, é por meio do preconceito que são levantados julgamentos das pessoas ou de determinados grupos sociais por apresentarem características de pertencimento àquele grupo. Para Sawaia (2012, p. 61):

O preconceito é um julgamento positivo ou negativo, formulado sem exame prévio a propósito de uma pessoa ou de uma coisa e que, assim, compreende vieses e esferas específicas. Disposto na classe das atitudes, o preconceito comporta uma dimensão cognitiva, específica em seus conteúdos (asserções relativas ao alvo) e sua forma (estereotipia), uma dimensão afetiva ligada às emoções e valores engajados na interação com o alvo, uma dimensão conativa, a descrição positiva ou negativa.

É por meio do estigma, do preconceito que as pessoas em situação de drogadição vivem as mais perversas consequências; tais consequências vão desde o afastamento da família, como também da sociedade e os dependentes vivem a dor do fracasso, da falta de perspectiva de vida. Sendo assim, Cattani (1996, p. 75-76) destaca as principais atitudes e sentimentos vivenciados pelo indivíduo que sofre a exclusão:

[...] fragilização psicológica, que está associada ao enfraquecimento dos laços sociais [...] distanciando-se cada vez mais dos amigos e colegas e da própria família, o desempregado desenvolve sentimentos de culpabilidade, de frustração e de resignação, constituindo o que autores denominam uma identidade negativa.



Nesse contexto, corrobora-se dizendo que a exclusão social vivenciada pelo dependente químico está muito além de visões preconceituosas, de rotulações, de xingamentos. Ela está enraizada na cultura, nos valores de cada ser humano, e esses valores dificultam, assim, a reinserção social, o tratamento adequado do indivíduo que vive das drogas. Diante disso as palavras de Wanderley (2001, p. 17-18) destacam os valores sociais como meios de exclusão e limitação do acesso às riquezas de uma sociedade, afirmando:

[...] Na verdade, existem valores e representações do mundo que acabam por excluir as pessoas. Os excluídos não são simplesmente rejeitados física, geográfica ou materialmente, não apenas do mercado e de suas trocas, mas de todas as riquezas espirituais, seus valores não são reconhecidos, ou seja, há também uma exclusão cultural.

As drogas estão presentes em todos os meios de socialização dos indivíduos, dessa forma, as pessoas que as utilizam são das mais diversas classes sociais. Por conta disso, todos aqueles que se encontram fragilizados fisicamente, emocionalmente, espiritualmente recorrem, por algum motivo, ao consumo dessas substâncias, levando consigo a dor da não aceitação, do preconceito, da exclusão, da estigmatização.

O preconceito que é vivenciado pelo dependente, também é perceptível no mundo do trabalho, no qual passa por constantes transformações, tudo isso será retratado no próximo item com mais clareza para o entendimento da temática.

A dependência química e o preconceito no âmbito do trabalho verificou-se que as mesmas se apresentam com mais clareza na sociedade capitalista, a qual se utiliza de novas estratégias de produção, como por exemplo: o alto investimento em tecnologias em detrimento do trabalho humano; a necessidade de qualificação do trabalhador, visto que, diante da incorporação de novas tecnologias, esse trabalhador precisa se qualificar cada vez mais, absorver um maior número de informações que venham somar à produção; a incessante flexibilização, terceirização da mão de obra. Nesse sentido, Antunes (2001, p. 35-42, grifo do autor) destaca:



A sociedade contemporânea, particularmente nas últimas décadas presenciou fortes transformações. O neoliberalismo e a reestruturação produtiva da era da acumulação flexível, dotados de forte caráter destrutivo, têm acarretado, entre tantos aspectos nefastos, um monumental desemprego, uma enorme precarização do trabalho [...]. Como resposta do capital à *crise estrutural*, várias mutações vêm ocorrendo e são fundamentais nesta viragem do século XX para o século XXI. [...] intensificaram-se as transformações no processo produtivo, com o avanço tecnológico [...]. [...] produção muito vinculada à demanda; [...] tem como princípio [...] o melhor aproveitamento possível do tempo de produção e funciona segundo [...] placas ou senhas de comando para reposição de peças e de estoque que [...] devem ser mínimos. [...]. A falácia de *qualidade total* passa a ter papel de relevo no processo produtivo. [...]. Esta forma flexibilizada de acumulação capitalista, baseada na *reengenharia*, na *empresa enxuta*, [que busca a terceirização], [...].

Pode-se perceber que em relação às transformações presenciadas pela sociedade contemporânea enfatizam uma mudança drástica no mundo do trabalho. O mercado de trabalho passou a exigir muito do trabalhador no que diz respeito ao desempenho de suas funções; o assalariado tem que saber exercer diferentes papéis num curto espaço de tempo. Tem que produzir mais e com boa qualidade. Mas nem todos conseguem acompanhar esse ritmo de trabalho, acabam sendo excluídos por não possuírem habilidades que contribuíram para o crescimento da empresa capitalista.

Em relação a isso, observa-se que enquanto existem milhares de pessoas não qualificadas, existe um exército industrial de reserva, esperando por uma oportunidade, para exercer atividade que o mercado exige. Diante disso, afirma Antunes (2001, p.44), que no mercado “verifica-se um aumento do desemprego, uma divisão da classe trabalhadora em grupos qualificados e desqualificados”.

Percebe-se que, devido ao aumento do desemprego muitas famílias não possuem condições de promoverem o seu sustento. As transformações no mercado de trabalho acabam fragilizando os vínculos familiares, devido a falta de perspectiva ocasionadas por não conseguirem emprego, que acaba gerando preconceito, exclusão de muitas pessoas pelo sistema. Antunes (2001, p.44) afirma ainda que “diante disso, vemos que o Estado deveria intervir na geração de renda, minimizando os problemas desses grupos sociais”, oportunizando a essas pessoas uma qualificação profissional, para que consigam ingressar no sistema capitalista.



Nesta conjuntura, há mais famílias atingidas pela não inserção ao mercado de trabalho, ficando vulneráveis e até mesmo excluídas pelo sistema, em especial a população urbana. Muitas dessas famílias que antes residiam no meio rural passam a morar na zona urbana na expectativa de encontrar melhoria para garantir sua subsistência. Pelo fato de não estarem preparadas/qualificadas para a exigência do mercado acabam sendo vítimas do sistema capitalista. Para melhor compreensão, Lópes, 1992 *apud* Goldani, 1994, p.11, afirmam:

A maior parte dos domicílios brasileiros em 1989 (77%) residiam em áreas urbanas e um terço deles se encontrava abaixo da linha da pobreza. [...]. A pobreza nas áreas urbanas está estratificada, tem um perfil bem definido e separa o país em dois. Com cerca de 40% da população urbana residindo em domicílios classificados como pobres, em 1989, encontra-se que 12% destes apresentavam uma pobreza estrutural 21% seriam pobres mais recentes, e 6% pobres com necessidades básicas insatisfeitas.

Diante disso, percebe-se que uma parcela da população vive em situação de pobreza e/ou de extrema pobreza e muitas delas não conseguem um emprego digno, que garanta a subsistência dos membros familiares. Em relação a isso, Gueiros (2002, p.116) comenta que:

[...]. Consta ainda [...] que, em 1998, 14,3% dos domicílios declararam não dispor de rendimentos suficientes para arcar com despesas de alimentação; 14,7% não dispunham de renda suficiente para arcar com aluguel ou prestação da casa; e 11,1% não dispunham de recursos para assumir custos de água, luz e gás.

Devido a esse processo fugaz, efêmero, pais e filhos, vivem a desestruturação familiar, pela ausência de um projeto que afirme a perspectiva de vida, acabam se refugiando na Dependência Química, tendo a como única solução para seus problemas (PAYÁ, 2011). Com isso, a reestruturação produtiva, o mercado acaba selecionando aqueles que são aptos ao trabalho, que não apresentam nenhum tipo de problema, que não comprometam o processo produtivo, que tenham um nível elevado de qualificação. Por conta das drogas muitas pessoas que antes tinham uma vida saudável, bom emprego, acabam não mais conseguindo voltar para o mercado de trabalho. Há também aqueles



indivíduos que tentam o primeiro emprego e são recriminados. Situação retratada por Andrade (2000, p. 180-181), quando fala do processo de reestruturação produtiva:

A crescente incorporação de ciência e tecnologia ao processo produtivo e a exigência de funcionários mais flexíveis para atender aos objetivos da acumulação, fez com que a demanda por formação intelectual até então restrita a um reduzido número de funções, passe a ser exigida para o conjunto dos postos transformados pela reestruturação produtiva.

Considerando a perspectiva de retorno dos dependentes químicos ao mercado de trabalho, percebe-se que a qualificação, não garante efetivamente um emprego para o dependente, porque o sistema capitalista no qual todos estão inseridos não atende qualquer demanda, só atende trabalhadores habilitados e capacitados, sem nenhum tipo de problema, que cause dano/ prejuízo para o sistema. Da mesma maneira, entende-se que a educação transforma, emancipa de forma verídica qualquer indivíduo na sociedade. Almeida (2000, p.63-65), corrobora essas questões dizendo:

[...] os mais diversos ciclos de reorganização da esfera da produção, ou seja, de mudanças tanto do modelo de industrialização quanto das relações e processos de trabalho que eles implicam, são acompanhados de processos culturais – com forte ênfase na dimensão educacional – reivindicados como parte integrante de um conjunto amplo de transformações, [...]. [...] Em todos esses ciclos é possível observar que o que chamamos, até então, de alterações sofridas na base econômica, relacionadas à emergência de novos modelos de industrialização, representam na verdade, a própria dinâmica de desenvolvimento do capitalismo no Brasil, encerrando, desta forma, processos mais abrangentes que uma reorientação de padrões de crescimento mas sim aqueles afetos ao próprio confronto entre capital e trabalho. [...] A escola, além de guardar uma relação direta com a esfera da cultura, também cumpre certas funções econômicas no processo de qualificação e desqualificação da classe trabalhadora, ainda que estas funções não sejam imediatas.

Observa-se que a educação se torna um meio fundamental para se adquirir uma boa formação profissional, e que por meio dos estudos o mercado torna-se acessível para que as pessoas possam se inserir nos mais diversos campos de trabalho. Com isso, sabe-se que o mercado de trabalho proporcionará ao dependente químico condições de sobrevivência, e acima de tudo, com uma possibilidade maior de não mais retornar ao abuso de substâncias psicoativas; sem essas condições esse indivíduo tenderá a perder sua própria



vida para o mundo das drogas pela ausência de perspectivas. Em relação a isso Iamamoto (2001, p. 87) se posiciona:

Ao mesmo tempo em que se restringem as oportunidades de trabalho, o acesso ao trabalho continua sendo uma condição preliminar de sobrevivência da maioria da população, alijada de outras formas de propriedade que não seja a sua capacidade de trabalho. [...] essa redução do emprego, aliada à retração do Estado em suas responsabilidades públicas no âmbito dos serviços e direitos sociais, faz crescer a pobreza e a miséria, passa a comprometer os direitos sociais e humanos, inclusive o direito à própria vida.

Autores como Krestan; Bepko (2001, p. 415) retratam que os problemas da dependência no caso o alcoolismo “tanto interrompe a realização das tarefas desenvolvimentais quanto pode ser uma resposta a estresses impostos pelas fases desenvolvimentais específicas.” Como mencionado anteriormente, as causas da dependência química no campo profissional podem ter sido ocasionadas por problemas no ambiente familiar, por influências/pressões do ambiente de trabalho.

Pode-se afirmar que culturalmente, o ser humano só é aquilo que tem; sua dignidade está diretamente ligada à sua capacidade de produção, ou seja, habilitado para desempenhar qualquer função que o mercado exigir. A vida profissional para muitos é um grande desafio, considerando o contexto atual. E a discriminação quanto à capacidade do dependente (em processo de recuperação) estar apto ao trabalho faz com que ele experimente a dor do fracasso ou do sucesso (ALMEIDA, 2000).

Conclusões

A partir da perspectiva teórica dos estudos referentes à Exclusão Social na sociedade capitalista, compreende-se que a exclusão como foi abordado nesse artigo vai além do conceito de privação dos recursos, ela perpassa por compreensões sociais, econômicas, culturais. Ela traz a ideia de que a sociedade exerce forte influência nesse processo, porque a partir do momento em que o dependente de substâncias psicoativas é taxado, rotulado a sua vida parece não ter mais sentido, as oportunidades diminuem, as portas do mercado de trabalho se fecham, os amigos e a família se distanciam.



Portanto, o meio social contribui, na maioria das vezes, negativamente para o seu processo de recuperação e reinserção social. Faz-se necessário que a sociedade, não exclua, não recrimine, não estigmatize aqueles que se encontram mergulhados nas drogas, mas crie, dê oportunidades para a reinserção social; tracem alternativas para que as crianças, os jovens, os adultos, não encontrem nas drogas o prazer de viver.

Referências

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira. Educação pública e o serviço social. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 63, v. 21, p. 62-75, jul. 2000.

ANDRADE, Denise Barbosa M. O processo de reestruturação produtiva e as novas demandas organizacionais do Serviço Social. *In: Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Brasília: CFESS/UnB, 2000. p. 175-186.

ARANHA, M, L; MARTINS, M. H. Introdução à moral. *In: _____ (org.). Filosofando: introdução à filosofia*. São Paulo: Moderna, 1987. p. 273-282.

ATKINSON, Rob. Combatendo a exclusão social urbana. O papel da participação comunitária na regeneração das cidades europeias. **Cadernos - Ippur** – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional – da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, ano XII, n. 1, jan-jul, p. 107-128, 1998.

CATTANI, Antônio D. **Trabalho e autonomia**. Petrópolis: Vozes, 1996, 195p.

GOLDANI, Ana Maria. **As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas**. São Paulo: Cortez, 1994. p. 07-22. Caderno de Pesquisa 91, Fundação Carlos Chagas.

GUEIROS, Dalva Azevedo. Família e Proteção Social: questões atuais e limites da solidariedade familiar. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 71, v. 23, p. 102-121, set. 2002.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A questão social no capitalismo. *In: Temporalis - Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social ABEPSS*. Brasília: Graffine, ano II, n. 3, p. 09-32, jan./jun. 2001.



KRESTAN, Jo-Ann; BEPKO, Cláudia. Problemas de Alcoolismo e o Ciclo de Vida Familiar. *In*: CARTER, Betty; MCGOLDRICK, Mônica (org.). **As mudanças no ciclo de vida familiar, uma estrutura para a terapia familiar**. 2.ed. São Paulo: Artmed, 2001. p. 415-439.

MASI, Domênico de. **O futuro do trabalho**: fadiga e ócio na sociedade pós-industrial. 2ª. ed. Rio de Janeiro: José Olímpico, 1999. 354p.

PAYÁ, Roberta, Terapia Familiar. *In*: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel C.; LARANJEIRA, Ronaldo. (Orgs). **Dependência Química**. Porto Alegre, Artmed, 2011. p. 319-327.

SAWAIA, Bader (org.). **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 12. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

SENAD. Secretaria Nacional Antidrogas. **SUPERA**: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento. 5. ed. Brasília/DF: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional. 2014, 140 p. (Módulo 1).

WANDERLEY, Mariangela Belfiore. Refletindo sobre a noção de exclusão. *In*: SAWAIA, Bader (org.). **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 16-26.



SENTIDOS DA POBREZA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS)

POVERTY SENSES AND THEIR IMPLICATIONS TO THE CARE OF USERS FROM SOCIAL ASSISTANCE REFERENCE CENTRE (CRAS)

Gisely Roberta Gomes Silva (autora)

Psicóloga UFPI (2013). Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (2015-2017), bolsista da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP). Membro do Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM). Desenvolve pesquisas na área de vulnerabilidades sociais e processos psicossociais, com ênfase nos seguintes temas: Implicações psicossociais da pobreza e Políticas públicas de Assistência Social.

Verônica Morais Ximenes (co-autora)

Psicóloga. Doutorado em Recursos Humanos e Organizações pela Universidad de Barcelona (2000) e Pós-Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS (2011). Professora Associada II da Universidade Federal do Ceará e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Coordenadora do Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM). Desenvolve pesquisas sobre as implicações psicossociais da pobreza.

Resumo

A pobreza é um fenômeno multidimensional que atinge milhares de brasileiros. Por meio do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), usuários, em sua maioria, em situação de pobreza, podem acessar as políticas de enfrentamento do fenômeno. O objetivo deste estudo é analisar as implicações dos sentidos da pobreza construídos por profissionais do CRAS para o atendimento aos usuários, a partir da Teoria Histórico-Cultural de Vigotski. A pesquisa de campo se desenvolverá em um CRAS do interior do Ceará; por meio de observação participante, registro em diário de campo, aplicação de questionário sociodemográfico e realização de grupos focais com profissionais e usuários do CRAS. Para auxílio na análise do material verbal transcrito dos grupos focais será utilizado o *software* Iramuteq. Espera-se que esta pesquisa contribua para a análise das implicações da pobreza para a efetivação das políticas de assistência social no Brasil.

Palavras-chave

Sentidos. Pobreza. CRAS.

Abstract

Poverty is a multidimensional phenomenon that affects thousands of Brazilians. Through the Social Assistance Reference Centre (CRAS), users, mostly in poverty situation, access public policies to cope with this phenomenon. This study aims to analyse by means of the Vygotsky's cultural-historical theory, the implications of poverty meanings constructed by CRAS professionals to meet the users. The research will be developed at a CRAS located in a countryside city in the state of Ceara. Data will be collected by way of participant observation, field diaries recording, sociodemographic questionnaire and focus groups with CRAS professionals and users. To analyse the verbal material transcribed from the focus groups will be used Iramuteq software. It is expected that this research can contribute to the analysis implications of poverty for the effectiveness of social assistance policies in Brazil.



Keywords

Meanings. Poverty. CRAS.

Introdução

O primeiro esboço deste estudo foi fruto da atuação profissional da autora, enquanto psicóloga, de um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) em um município de pequeno porte, localizado no litoral oeste do estado do Ceará. Inicialmente, pretendeu-se estudar a inserção de profissionais da Psicologia, enquanto trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), especificamente, inseridos no CRAS.

Após leituras acerca da categoria pobreza e suas implicações na vida dos sujeitos, a partir das pesquisas realizadas pelo Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM), do qual a autora é membro, esta reformulou o projeto inicial, de modo abranger a complexidade do fenômeno da pobreza e suas reverberações para a efetivação das políticas de Assistência Social no Brasil.

Para tanto, foi pertinente inserir outras categorias profissionais que compõem a equipe técnica de um CRAS de pequeno porte, a saber, profissionais do Serviço Social e trabalhadores de nível médio e a reformulação dos objetivos da pesquisa. Diante disso, estabeleceu-se a seguinte pergunta de partida para nortear o estudo: Quais as implicações dos sentidos da pobreza, produzidos por profissionais do CRAS, para o atendimento aos usuários?

A fim de responder à pergunta de partida, os seguintes objetivos específicos foram traçados: Explicar a visão dos profissionais acerca do trabalho no CRAS; Identificar os sentidos da pobreza construídos pelos profissionais do CRAS e Compreender os sentidos construídos pelos usuários do CRAS acerca do atendimento recebido dos profissionais.

Para atingir tais objetivos, esta pesquisa tem uma proposta metodológica mista, sendo, portanto, qualitativa e quantitativa, ao considerar o uso de recursos metodológicos de ambas as bases numa perspectiva de complementaridade (FIGARO, 2014; GARNELO, 2006; GÜNTHER, 2006). Seguirá uma proposta de integração de diferentes recursos para alcance dos objetivos do estudo, a saber, observação participante (QUEIROZ *et al.*, 2007;



QUIVY; VAN CAMPENHOUDT, 1998), diário de campo (AFONSO *et al.*, 2015; OLIVEIRA, 2014), questionários sociodemográficos (GÜNTHER, 2008), grupos focais (MONTERO, 2006) e uso do programa informático *Iramuteq* para organização da produção textual advinda dos grupos focais (CAMARGO; JUSTO, 2013). Assim, a junção de diferentes abordagens e recursos tem o intuito de compreender as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto da pesquisa (GARNELO, 2006; GÜNTHER, 2006).

O contexto proposto para o desenvolvimento desta pesquisa será um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), do município de Pentecoste, litoral oeste do estado do Ceará. A amostra será selecionada por conveniência e composta por profissionais, especificamente, os técnicos de nível superior e de nível médio e usuários do CRAS.

As análises acerca da produção dos sentidos serão embasadas na fundamentação teórica do estudo, em especial, a partir da teoria histórico-cultural de Lev Vigotski.

Desenvolvimento

Breve contextualização sobre a pobreza

A pobreza é um fenômeno construído ao longo de anos de desigualdade social, tem características multidimensionais e atinge milhares de brasileiros em todos os Estados; exige um olhar ampliado para além da privação financeira e dos hábitos de consumo, para considerar fatores sociais, culturais e pessoais envolvidos na vivência dos sujeitos em contextos de pobreza.

Segundo Accorssi, Scarparo e Guareschi (2012) a pobreza é um processo caracterizado pela globalização da economia, diminuição da influência estatal, precarização das relações trabalhistas, privatizações, corte dos recursos destinados às políticas assistenciais e fortalecimento do livre comércio. Para Sawaia (2014) a pobreza é uma condição que traz sofrimento ao sujeito, no entanto, esse sofrimento tem origem em intersubjetividades, na partilha de sentimentos, sentidos, conhecimentos e experiências, delineados socialmente.



O fenômeno, porém, durante muito tempo, foi compreendido numa perspectiva unidimensional, isso significa que, o critério renda e a capacidade de consumo, foram categorias de análises principais, porém, sendo um fenômeno complexo, de múltiplas facetas, originado e mantido por relações desiguais de produção, a perspectiva unidimensional, focada no critério 'renda' não pode ser a única categoria de análise da pobreza, apesar de ser uma análise primeira e necessária. De acordo com Moura Junior. *et. al* (2014) a abordagem multidimensional da pobreza proposta pelo economista indiano Amartya Sen, e nomeada de Abordagem das Capacitações (AC) traz uma perspectiva ampla do fenômeno.

Segundo a AC as categorias centrais de análise da pobreza são: saúde, educação e do padrão de vida, assim, para compreender as condições de vida dos sujeitos, a partir da AC, é imprescindível o olhar sobre a centralidade das questões sociais para a manutenção dos contextos de pobreza. Moura Junior. *et. al* (2014) além desses aspectos elencados por Sen, apresenta estudos recentes que incorporam os aspectos psicossociais da pobreza à visão multidimensional como fatores importantes para compreender a complexidade desse fenômeno.

Os fatores psicossociais vão além das três dimensões abordadas pela AC, acrescentando a elas as dimensões psicológicas e sociais da vida em condições de pobreza, tais como Bem-Estar Pessoal, Senso de comunidade, Vergonha, Humilhação e Fatalismo. Não obstante, apesar das discussões acerca da pobreza enquanto fenômeno multidimensional, Amartya Sen não insere a discussão sobre a pobreza enquanto produto de relações desiguais de produção capitalista, focando dessa forma, em uma visão individual, sendo de responsabilidade de cada sujeito, a manutenção ou saída das situações de pobreza.

Castel (2006) e Murillo (2007) pontuam que não há possibilidade de dissociar este fenômeno do contexto social, ligado a fatores capitalistas, pondo o sujeito numa situação de culpa por sua condição de pobreza e naturalização, portanto é necessária a compreensão sobre as condições de produção e reprodução da pobreza, atrelados à lógica capitalista, para por meio disso, estabelecer ações de enfrentamento.



Sistema Único de Assistência Social e o enfrentamento da pobreza

No Brasil, a partir de 2005, houve um aumento nas ações para o enfrentamento da pobreza e redução da desigualdade por meio de políticas específicas no campo da saúde, educação e assistência social. No ano de 1993, a Assistência Social no Brasil foi organizada por meio da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), posteriormente, em 2004, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) foi instituída. Nos anos de 2005 e 2006, respectivamente, a Norma Operacional Básica (NOB/SUAS) e a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB/RH/SUAS) foram publicadas com a proposta de implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Tais publicações, atualmente, formam os princípios e diretrizes nacionais para a gestão do trabalho no âmbito do SUAS, a fim de efetivar os Direitos Sociais no país. O SUAS tem duas políticas principais de atendimento à população, a saber, a Proteção Social Básica (PSB) ofertada por meio do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e a Proteção Social Especial (PSE) por meio do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

O CRAS é uma unidade pública descentralizada, instalada em áreas geográficas nas quais os índices de risco e vulnerabilidade social sejam elevados. As categorias profissionais que compõem a equipe de referência do CRAS, responsável pela execução dos programas, projetos e serviços, são técnicos de nível superior e técnicos de nível médio (BRASIL, 2006).

Essa equipe mantém contato direto com os usuários que, em sua maioria, com vivência em contextos de pobreza, sendo esta a característica mais evidente nas famílias referenciadas ao CRAS e acompanhadas pelo Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), principal serviço ofertado pela Proteção Social Básica.

O conhecimento acerca da pobreza e suas implicações na vida dos sujeitos é uma compreensão fundamental para os profissionais do CRAS. Souza (2009) afirma que a equipe técnica está na 'linha de frente', tendo um poder atribuído institucionalmente para



escolher, dentre os elegíveis, aqueles que estão em situação prioritária de inclusão, acompanhamento e atenção maiores por parte da rede socioassistencial. Esse processo de triagem é feito pelo CRAS por ter a proposta de ser a porta de entrada dos usuários para acesso aos programas, serviços e projetos do SUAS.

A ausência ou compreensão inadequada sobre os processos de produção e reprodução da pobreza e suas implicações psicológicas e sociais para os sujeitos, por parte dos profissionais do CRAS, pode implicar negativamente no atendimento aos usuários. De acordo com Rego e Pinzani (2013), as concepções naturalizantes e culpabilizadoras da pobreza produzem sua rede de significados, contribuindo para concepções depreciativas e legitimação dos rótulos, tais como, preguiçoso, marginalizado, excluído, desajustado, acomodado ou com famílias desestruturadas.

Para Souza (2009), Acorssi; Scarparo; Guareschi (2012) e Siqueira (2013), a partir da visão de naturalização e culpabilização, o profissional pode enviesar sua prática pelas veredas da caridade e filantropia, afastando-se da concepção de usuário enquanto sujeito de direitos garantidos pelo Estado, endossando as posturas e práticas profissionais tradicionais baseadas no assistencialismo e clientelismo.

Os Sentidos da pobreza e suas implicações para o atendimento aos usuários do CRAS

A fim de buscar respostas à pergunta de partida, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos e respectivas hipóteses: 1) Explicar a visão dos profissionais acerca do trabalho no CRAS; a hipótese para esse objetivo refere-se às discussões acerca do compromisso ético-político e profissional para a atuação na Assistência social brasileira (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2007; YAMAMOTO, 2012). Isso diz respeito a uma atuação implicada que, pode influenciar o desenvolvimento da política de Assistência social, enquanto direito ou fortalecer ações de filantropia e clientelismo (FREITAS; GUARESCHI, 2014), culpabilização e naturalização da pobreza (SIQUEIRA, 2013).

O segundo objetivo específico refere-se a 2) Identificar os sentidos da pobreza construídos pelos profissionais do CRAS. Segundo Góes e Cruz (2006), o sentido é o



significado que a palavra tem para o emissor; o significado, por sua vez, é uma unidade de análise da relação entre pensamento e linguagem e da ordem da generalização acerca da palavra. É dinâmico e “passa por transformações a partir do desenvolvimento do indivíduo e dos grupos sociais” (GÓES; CRUZ, 2006, p. 38).

Vigotski discorre sobre sentido, a partir da diferença e relações entre linguagem interna e externa e salienta a importância do contexto, da interação dos falantes envolvidos para a significação da palavra, da visão de mundo dos falantes e da estrutura da personalidade destes (GÓES; CRUZ, 2006, p. 38). Uma das principais ideias vigotskianas versa sobre a relação entre afetividade, pensamento e ação, apresentada na obra *Psicologia pedagógica*.

Para Vigotski “toda emoção é um chamamento à ação ou uma renúncia a ela” Vigotski (1926; 2004 *apud* BRANDÃO, 2012, p. 150). Para a vivência afetiva, de acordo com Brandão (2012) há duas possibilidades: a interferência na compreensão da realidade e a possibilidade de transformação dessa realidade. Sawaia (2014, p. 100) pontua que “a afetividade nega a neutralidade das reflexões científicas sobre a desigualdade social (...) [e] mantenha-se viva a capacidade de se indignar diante da pobreza”.

Diante disso, a hipótese elaborada acerca do segundo objetivo específico dispõe que, os sentidos de pobreza construídos pelos profissionais produzem seus efeitos sobre o psiquismo destes, e esses efeitos são atravessados por afetos que, por sua vez, podem ser propulsores ou inibidores de mudança e, invariavelmente, de acordo com Sawaia (2003) afetos enquanto um fenômeno ético-político. O sentido de pobreza, a partir de uma perspectiva ética e implicada politicamente, afasta as concepções culpabilizadoras e naturalizantes da pobreza, para inseri-la numa discussão problematizadora de sua origem e manutenção.

O terceiro objetivo específico refere-se a 3) Compreender os sentidos construídos pelos usuários do CRAS acerca do atendimento recebido dos profissionais. De acordo com Freitas e Guareschi (2014) o usuário é elemento principal para a efetivação da política de Assistência social, não obstante, segundo Ribeiro (2007) observa-se descrédito, distanciamento e dificuldade de acesso à política, “(...) os usuários expuseram sua



insatisfação por dizerem que, quando precisam, não conseguem atendimento satisfatório” (RIBEIRO, 2007, p. 7). A qualidade e eficácia do atendimento podem repercutir positiva ou negativamente na frequência do usuário ao CRAS e no objetivo de atendimento universal ao qual a política se propõe.

Conclusão

O presente estudo está em andamento, em vista disso, algumas considerações são pertinentes: esta pesquisa é parte da Dissertação de Mestrado da autora e se propõem em contribuir para uma discussão problematizadora da atuação profissional no âmbito da Assistência Social, a partir das categorias pobreza e suas implicações, sentido e compromisso ético-político.

Nas atuais discussões acerca da pobreza e suas reverberações, sejam da ordem do comportamento, sentimento ou ideias, é imperativa a inserção da pobreza nas agendas de discussão das categorias profissionais e gestores que atuam nas políticas de assistência, não apenas por ser, a pobreza, característica principal de parcela significativa da população-alvo, mas, também, por ser um fenômeno que implica diretamente na vida dos sujeitos e pode influenciar o desenvolvimento das políticas de assistência.

A problematização da pobreza é envolvida por uma práxis transformadora que, segundo Oliveira *et al.* (2014, p. 220), caminha para “mudanças que tornem as sociedades latinoamericanas mais justas e humanas”. É requerido, portanto, uma atuação voltada para as demandas da população e suas características. Diante disso, espera-se que esta pesquisa contribua para a análise das implicações da pobreza para a efetivação das políticas de assistência social no Brasil.



Referências

ACCORSSI, Aline.; SCARPARO, Helena.; GUARESCHI, Pedrinho. O conceito de pobreza: Uma reflexão sobre os interesses do conhecimento. **Psicologia Argumento**, n. 30, v.71, 651-658, 2012. Disponível em <http://goo.gl/wAF1EF>. Acessado em 14 Jul 2015.

AFONSO, Tatiana *et al* . O uso do diário de campo na inserção ecológica em uma família de uma comunidade ribeirinha amazônica. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 27, n. 1, p. 131-141, Apr. 2015. Disponível em <http://goo.gl/TC9MWM>. Acessado em 29 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n1p131>.

BARROS, João Paulo Pereira *et al*. O conceito de "sentido" em Vygotsky: considerações epistemológicas e suas implicações para a investigação psicológica. **Psicol. Soc.**, [s.l.], v. 21, n. 2, p.174-181, ago. 2009. FapUNIFESP (SciELO). doi: 10.1590/s0102-71822009000200004.

BRANDÃO, Israel Rocha. **Afetividade e Transformação Social**. Sobral: Edições Universitárias, 2012. 200 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS – NOB-RH/SUAS**. Brasília, 2006. Disponível em

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em <http://goo.gl/wrXAD9>. Acessado em 30 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>. Acessado em 5 jul. 2015.

CASTEL, R. Classes sociais, desigualdades sociais, exclusão social. In: BALSÀ, C.; BONETI, L.W.; SOULET, M. H. (Org). **Conceitos e dimensões da pobreza e da exclusão social: uma abordagem transnacional**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Parâmetro para atuação de assistentes sociais e psicólogos (as) na Política de Assistência Social / Conselho Federal de Psicologia (CFP), Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)**. Brasília: Cfp/cefess, 2007. 52 p. Disponível em: <http://goo.gl/rTPoTe>. Acesso em: 15 dez. 2015.

FIGARO, Roseli. A triangulação metodológica em pesquisas sobre a Comunicação no mundo do trabalho. **Fronteiras - Estudos Midiáticos**, [s.l.], v. 16, n. 2, p.124-131, 2 set. 2014. UNISINOS - Universidade do Vale do Rio Dos Sinos. DOI: 10.4013/fem.2014.162.06.

FREITAS, Cristiane Redin; GUARESCHI, Pedrinho A. Assistência Social no Brasil e usuários: Possibilidades e contradições. **Diálogo**, Canoas, n. 25, p.145-160, 2014. Disponível em:



<<http://www.revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Dialogo/issue/view/108>>. Acesso em: 05 nov. 2015.

GARNELO, Luiza. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1115-1117, Mai, 2006. Disponível em <http://goo.gl/0a4C1w>. Acessado em 29 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500025>.

GÓES, Marília Cecília Rafael de; CRUZ, Maria Nazaré da. Sentido, significado e conceito: notas sobre as contribuições de Lev Vigotski. **Pro-Posições**, v. 17, n. 2, (50), p.31-45 - maio/ago. 2006. Disponível em: <http://goo.gl/yOeBoP>. Acesso em: 04 ago 2015.

GÜNTHER, Hartmut. Como elaborar um questionário. In: PINHEIRO, José de Queiroz; _____. (Org.). **Métodos de Pesquisa nos estudos pessoa-ambiente**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 105-147.

_____. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. [s.l.], v. 22, n. 2, p.201-210, ago. 2006. FapUNIFESP (SciELO). doi: 10.1590/s0102-37722006000200010.

MONTERO, M. **Hacer para transformar: el método en la psicología comunitária**. Buenos Aires: Paidós, 2006.

MOURA JUNIOR, James Ferreira et al. Concepções de pobreza: um convite à discussão psicossocial. **Temas em Psicologia**, [s.l.], p.341-352, 13 ago. 2014. Associação Brasileira de Psicologia. DOI: 10.9788/tp2014.2-06. Disponível em: <<http://goo.gl/Jt6jJl>>. Acesso em: 05 jul. 2015.

MURILLO, S. Produção de Pobreza e construção de subjetividade. In: CIMADAMORE, A.D.; CATTANI. **Produção de Pobreza e Desigualdade na América Latina**. Porto Alegre: Tomo Editorial/Clacso, 2007.

OLIVEIRA, Lucian Borges de. et al. Vida e Obra de Ignacio Martín-Baró e o Paradigma da Libertação. **Revista Latinoamericana de Psicologia Social Ignacio Martín-Baró**, v. 3, n. 1, p.205-230, 2014.

OLIVEIRA, Rita de Cássia Magalhães de. (Entre)linhas de uma pesquisa: o Diário de Campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (Auto)biográfica. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**, Salvador, v. 2, n. 4, p.69-87, 2014. Disponível em: <http://goo.gl/i7EaoG>. Acesso em 29 Jan. 2016.

QUEIROZ, Danielle Teixeira. et al. Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: Conceitos e aplicações na área da saúde. **R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 15, p.276-283,



jun. 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2016.

QUIVY, Raymond; VAN CAMPENHOUDT, Luc. Manual de Investigação em Ciências Sociais. 2. ed. Lisboa: Gradiva Publicações, 1998. 282 p. Tradução de: João Minhoto Marques, Maria Amália Mendes e Maria Carvalho.

REGO, Walquíria Leão; PINZANI, Alessandro. **Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania**. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

RIBEIRO, Eveline Alves. **Significados de Pobreza, assistência social e cidadania**: Reflexões a partir da fala dos usuários do Projeto de criação de galinha caipira em Redenção-CE. 2007. 132 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Políticas Públicas, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.

SAWAIA, Bader Burihan. **Afetividade como fenômeno ético-político e locus de reflexão crítico-epistemológica da psicologia social**. São Paulo: Mimeo, 2003.

SAWAIA, Bader Burihan et al. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, Bader Burihan (Org.). **As Artimanhas da Exclusão: Análise Psicossocial e ética da desigualdade social**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2014. Cap. 6. p. 99-121.

SIQUEIRA, Luana. **Pobreza e Serviço Social**: diferentes concepções e compromissos políticos. São Paulo: Cortez, 2013.

SOUZA, Maria Cristina de. **A questão da pobreza na percepção de assistentes sociais que trabalham na política de Assistência Social**. 2009. 177 f. Tese (Doutorado) - Curso de Estudos Pós-graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/Mirboq>>. Acesso em 05 jul 2015.

YAMAMOTO, Oswaldo H.. 50 anos de profissão: responsabilidade social ou projeto ético-político? **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 32, n.esp., p.6-17, 2012. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1414-98932012000500002.



AS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL DO PIAUÍ DURANTE O GOVERNO LEÔNIDAS MELO

A MODERN CITY: advertisements of realization of public policy in Teresina in Leonidas Melo's government

Joseanne Zingleara Soares Marinho | E-mail: joseannezsm@gmail.com.

Mestre em História pela Universidade Federal do Piauí - UFPI, doutoranda em História pela Universidade Federal do Paraná - UFPR e Professora Assistente II da Universidade Estadual do Piauí - UESPI. Desenvolve pesquisas sobre as políticas públicas de saúde materno-infantis desenvolvidas no Piauí durante a primeira metade do século XX.

Resumo

O objetivo do artigo é analisar a condição dos estabelecimentos de saúde materno-infantis existentes no Piauí entre 1935 e 1945. Durante o governo de Getúlio Vargas, especialmente no Estado Novo, a proteção de mães e filhos adquiriu efetividade com a sistematização e a implementação de ações de saúde pública do governo central em parceria com os poderes públicos piauienses. Isso pode ser observado por meio de várias iniciativas, como a instalação de instituições como hospitais, postos de higiene e lactários. Essas ações desenvolvidas no Piauí estavam de acordo com o ideário do governo central que defendia as crianças como responsáveis pelo progresso do Brasil, sendo que as medidas protetivas deveriam ser questão de preocupação para toda a nação. Entretanto, a implantação das instituições de saúde em todo o Piauí era problemática e o funcionamento dos serviços de saúde era deficitário.

Palavras-chave

Infância. Maternidade. Instituições. Saúde pública.

Abstract

The purpose of this article is to analyze the condition of maternal and child health facilities existing in Piauí between 1935 and 1945. During the government of Getulio Vargas, especially in the New State, mothers and children protection the acquired effectiveness with the systematization and implementation of public health measures of the central government in partnership with the Piauí government. This can be seen through various initiatives, such as installing institutions such as hospitals, health posts and lactaries. These actions developed in Piauí were in accordance with the ideals of the central government who advocated children as responsible for the progress of Brazil, and the protective measures should be a matter of concern for the entire nation. However, the implementation of health institutions throughout the Piauí was problematic and the functioning of health services was in deficit.

Keywords

Childhood. Maternity. Institutions. Public health.



Introdução

Muitos intelectuais no Brasil do século XIX afirmavam que a resolução dos problemas sociais que encaminhariam para o progresso da nação dependeriam de várias questões e, entre elas, estava em destaque a proteção da criança. Esse posicionamento estava vinculado à condição de normalização médica da família brasileira e operava em correspondência com o desenvolvimento urbano e a criação do Estado nacional. Tal ideia foi revitalizada no contexto de instauração da República e, a partir dessa época, começou a ser esboçada uma política mais racional e científica da sociedade, onde a medicina intervinha no governo, participando da construção do novo Estado. A mãe e a criança tornaram-se elementos importantes para a ordem higiênica por meio do desenvolvimento de temas como a gravidez, o aleitamento materno e a mortalidade infantil.

Com isso, até as primeiras décadas do século XX os governos passaram a assumir de forma progressiva a responsabilidade de propor e gerir políticas de saúde para mães e filhos. Os poderes públicos locais passaram a realizar, ainda que de forma descentralizada e experimental, algumas ações de proteção materno-infantil. No entanto, o sanitarismo, fortemente ligado ao sentimento de construção da nacionalidade brasileira, permaneceu durante essa época mais no plano das ideias do que no das realizações concretas, mas seria fonte de inspiração das políticas públicas implantadas a partir de 1930, contribuindo para a expansão da autoridade estatal no Brasil. Nesse sentido, durante o governo varguista, especialmente no Estado Novo, passaram a ser implementadas ações de saúde pública do governo central em parceria com os poderes públicos piauienses para a instalação de instituições de saúde. As ações de proteção à saúde desenvolvidas em território piauiense, estavam de acordo com o ideário do governo central que defendia as crianças como responsáveis pelo progresso do Brasil.



A ORGANIZAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE PÚBLICA

Foi entre os anos 1930 e 1940 que, segundo Susan Besse (1999), o Estado realizou a organização administrativa efetiva, o planejamento nacional e a efetivação de ações para o amparo da saúde materno-infantil. Esse processo passou a ocorrer no governo provisório de Getúlio Vargas com a instituição do Ministério de Educação e Saúde Pública (Mesp), pois para que fossem realizados os ideais de formação de um Estado forte e centralizado, era necessária a construção de um aparato governamental presente em todo o país. No entanto, segundo Hochman e Fonseca (1999), no começo a criação desse órgão significou apenas a incorporação do já existente Departamento Nacional de Saúde Pública.

No decorrer do processo, o Mesp acabou sofrendo modificações por meio de uma legislação que atendia as necessidades conjunturais, sendo que a iniciativa definitiva no processo de construção institucional do setor foi a gestão do ministro Gustavo Capanema, pois “Foi a reforma do Mesp, proposta em 1935 e implementada por Capanema a partir de janeiro de 1937, que definiu a política de saúde pública [...]” (HOCHMAN; FONSECA, 1999, p. 82). Essa iniciativa reformulou a estrutura administrativa do ministério e promoveu sua adequação aos princípios da política social defendida pelo governo nacional, servindo para deflagrar toda a política de saúde pública do Governo Vargas no Estado Novo. A segunda reforma no órgão, ocorrida em 1941, culminou na institucionalização dos Serviços Nacionais para atuar, de forma centralizada e vertical, em campanhas e serviços.

2 Os serviços de saúde pública no Piauí

No estado do Piauí é possível entender que as ações de saúde pública eram praticamente inexistentes até a década de 1920. Isso pode ser observado em uma afirmação realizada pelo governador do estado, João de Deus Pires Leal, por ocasião do relatório encaminhado para a assembléia estadual sobre suas ações no exercício do cargo:



[...] entre nós é desconhecida a acção da Saúde Pública. Simples repartição burocrática, não tem, nem póde ter, actuação no nosso meio. As dotações orçamentarias para esse serviço têm sido de molde a não permittir que sua directoria cogite de qualquer acção em defesa da Saúde Publica. (MENSAGEM, 1929, p. 70).

Em um outro relatório é informado que, enfim, o serviço de saúde pública no Piauí havia começado a funcionar, pois o mesmo governador afirma que “A direcção dos serviços de saúde foi confiada no Estado ao Serviço de Saneamento Rural, restabelecido pelo accordo celebrado [...] com o Departamento Nacional de Saúde Pública.” (MENSAGEM , 1930, p. 69). Assim, os serviços tiveram sua instalação apenas naquele ano, sendo que combatiam apenas algumas moléstias: Verminose, Paludismo, doenças venéreas, Tracoma e Raiva. Sobre a Secretaria da Fazenda, o governador afirma que “Na situação difficil em que se tem debatido meu governo, pela crise econômica que se assoberba desde 1928, e consequente crise financeira, a essa secretaria tem cabido a tarefa administrativa mais árdua e mais ingrata [...].”(MENSAGEM, 1930, p. 83). Assim, podemos observar que o poder estadual tinha dificuldade financeira para investir em saúde pública, condição que resultaria em construção de instituições, melhores instalações, aparelhamento e maior oferta de serviços médicos.

Já em um relatório apresentado ao presidente Getúlio Vargas sobre o período em que foi Interventor Federal no Piauí, de 1931 a 1935, o Capitão Landry Salles Gonçalves reiterava que a Diretoria de Saúde imediatamente depois da Revolução de 1930 limitava-se a uma dependência ineficiente. Essa repartição contava, apenas, com o diretor, o secretário e um servente (MENSAGEM, 1931-1935, p. 39). Dessa forma, não poderia desempenhar a promoção da assistência à saúde pública a contento por carência de estrutura e organização administrativa. Apesar disso, no seu governo ocorreu uma reorganização da Diretoria de Saúde do Piauí para que a assistência à saúde pudesse ser estabelecida de forma organizada e planejada, foram criadas as inspetorias de saúde voltadas para moléstia específicas, a assistência hospitalar, devidamente reformada, passou a incluir em Teresina as clinicas médica, cirúrgica e obstétrico-ginecológica na Santa Casa de Misericórdia, além da clínica de doenças mentais, no Asilo de Alienados. Com o



objetivo de ampliar os benefícios da nova organização ao interior do Piauí, foram instituídas as Delegacias de Saúde nos municípios, sendo que cada uma delas era responsável pelo atendimento de um distrito administrativo.

Foi ampliado o benefício da assistência médica a mais municípios, com a elevação do número de Delegacias de Saúde, contabilizando quinze unidades de atendimento, que eram aparelhadas apenas com um consultório cada uma. Também funcionavam um dispensário no município de Parnaíba, com três médicos e um outro em Floriano, com dois médicos. Esse incremento dos serviços de saúde no período de 1931 a 1935 também parecem ter sido facilitados pela melhoria das finanças públicas. É importante ainda observar que no governo Landry Salles não foi encontrada nenhuma preocupação mais específica com o atendimento da saúde materno-infantil. Isso pode ser justificado em virtude de várias razões, e entre elas está o fato de que a assistência à saúde pública ainda estava no seu início e a preocupação com a saúde de mães e filhos ainda não tinha condições de tornar-se prioridade.

3 Os serviços de saúde pública materno-infantis no Piauí

A institucionalização da saúde pública nacional adquiriu um desenvolvimento realmente importante durante o Estado Novo varguista. Os serviços de saúde eram oferecidos nos centros de saúde, nos hospitais, nos postos de higiene e outras instituições que praticavam a proteção à maternidade e à infância, mas também ao público mais amplo no combate a muitas doenças. Todos esses serviços obedeciam às funções de polícia sanitária e medicina preventiva, normas dos serviços oficiais de saúde pública. Para que esse projeto fosse materializado ocorreu um processo de centralização e normatização das políticas de saúde pública, sendo que tornaram-se mecanismos importantes de fortalecimento do poder político em todo o país e “Nesta lógica uma parcela da população recebeu atenção especial no âmbito da saúde: as mulheres e as crianças, que se destacaram como foco de atenção na política social de Vargas e constituíram elementos-



chave do projeto político-ideológico de construção nacional [...]” (FONSECA, 2007, p. 49). Isso pode ser observado na elevação do número de atendimentos de saúde às mães e às crianças mediante a comparação dos dados nacionais nos anos de 1936 com 7.610 atendimentos, de 1937 com 12.323, de 1938 com 30.928 e de 1939 com 32.434 atendimentos (ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL - IBGE, p. 388).

De acordo com os dados, pode ser observado o aumento do número de atendimentos, abrangendo os serviços de consultas e exames realizados antes, durante e após os partos. Ainda podemos destacar o número dos serviços das parteiras, de 884 em 1938 para 1.129 em 1939, em relação aos atendimentos em maternidades, de 160 em 1938 para 265 em 1939, mostrando a relevância numérica dos serviços das “curiosas” em relação aos partos realizados por médicos (ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL - IBGE, p. 575). Nesse sentido, é importante observar que esses índices do IBGE servem como uma referência que indica o crescimento da assistência de saúde materno-infantil no Brasil, mas também demonstra as tensões existentes no contexto de disputa entre a medicina científica e a medicina popular.

Na administração do novo governador do Piauí, Leônidas de Castro Melo, foram mantidos e ampliados os serviços ligados ao Departamento de Saúde Pública. Embora a situação que se apresentasse não fosse a melhor, certamente já significava um avanço, pois a saúde pública ainda estava em seus primeiros anos de implantação. Enquanto os postos e inspetorias da capital funcionavam regularmente, no interior do estado grande parte da população vivia sem assistência médica ou era atendida precariamente. Não existem informações mais específicas que permitam observar uma preocupação específica com o atendimento materno-infantil, sendo que apenas na Santa Casa de Misericórdia de Teresina é mencionada a existência ao atendimento a grávidas e crianças (MENSAGEM, 1937, p. 45).

O Interventor Federal reorganizou os serviços sanitários por meio de decreto com o objetivo de fornecer mais eficiência e enquadrá-lo às exigências técnicas. O serviço sanitário distrital era formado pelos centros de saúde da capital, das cidades de Parnaíba e Floriano, bem como por dezesseis postos de higiene distribuídos pelo estado. Com essa nova estrutura funcionando plenamente, o atendimento de saúde infantil era oferecido no



Centro de Saúde de Teresina, que contava com o “Serviço de Higiene da Criança”, onde eram realizadas consultas, exames, fornecimento de medicamentos e de leite, além do “Serviço de Higiene Escolar” que atendia as crianças em idade escolar com vacinação, exames oftalmológicos, exames odontológicos, entre outros. O “Serviço de Visitadoras”, também funcionava para atender mulheres grávidas e crianças, podendo as enfermeiras que visitavam os domicílios fazer o encaminhamento para consulta com os médicos. Também existia o “Serviço de Sífilis, Doenças Venéreas e Pré-Natal”, que atendia mulheres durante a gestação e a “Seção de Maternidade” que atendia gestantes para internação e parto.

Portanto, podemos entender que, nos primeiros anos do Estado Novo, já era verificado no Piauí uma estrutura de saúde pública que contava com vários serviços que assistiam mães e seus filhos. O Centro de Saúde de Parnaíba e o Centro de Saúde de Floriano deveriam fornecer uma retaguarda importante de serviços aos Postos de Higiene, devendo funcionar seguindo o modelo do centro de saúde de Teresina, fornecendo os variados serviços para mães e crianças (RELATÓRIO, 1940, p. 82). Mas, além deles, continuavam existindo a Santa Casa de Misericórdia em Teresina e a Santa Casa de Misericórdia em Parnaíba, que contavam com o pagamento de subvenções pelo governo do Estado, sendo que essas instituições também prestavam atendimentos de saúde para mães e filhos.

O fornecimento de serviços para gestantes com atendimento pré-natal, no momento do parto e no pós-parto era realizado em instituições de saúde que atendiam diversos tipos de doentes, pois Teresina ainda não tinha uma maternidade. Segundo o interventor ao “[...] Chefe da Nação não escapou a relevancia de tão importante problema, qual seja o amparo à maternidade e à infância [...] Hoje tenho a satisfação de informar que a verba destinada a esse grande benefício já se encontra em poder do Estado [...]” (RELATÓRIO, 1940, p. 84-85). No ano de 1939 havia um projeto de construção de uma maternidade na capital, sendo que o governo central e o governo do estado eram parceiros nesse empreitada.



Em 1942 a condição das instituições de saúde era que “O Estado está dividido em três distritos e os seus serviços de saúde são executados por 16 unidades sanitárias.” (RELATÓRIO, 1943, p. 47). O Primeiro Distrito correspondia ao Centro de Saúde de Teresina. Nele funcionava o “Serviço de Higiene da Criança” que abrangia o Atendimento de Saúde Pré-natal com consultas, exames e fornecimento de medicamentos para gestantes, o Atendimento de Saúde aos infantes e o Atendimento de Saúde Pré-escolar, ambos com vacinação, fornecimento de leite e medicamentos, consultas e exames, assim como o Atendimento de Saúde Escolar que também prestava o mesmo tipo de serviço, apenas diferenciando-se quanto ao não fornecimento de leite. Esse distrito também abrangia os Postos de Higiene localizados nos municípios de Campo Maior, Barras, Valença, União e Amarante. As informações de atendimento destas instituições médicas fazem referência apenas a consultas, exames e distribuição de medicamentos para mulheres e crianças sem especificar mais detalhes. Podemos verificar que a preocupação era com a saúde da criança, a mãe era apenas o meio de chegar a ela, por isso os atendimentos de saúde começavam durante a gestação e acompanhavam a vida infantil até mesmo em casa e na escola.

O Segundo Distrito tinha o município de Parnaíba como sede, onde funcionava um outro Centro de Saúde, além disso também existiam a Santa Casa de Misericórdia e a Maternidade Dr. Marques Basto, instituições filantrópicas que não estavam diretamente vinculados aos serviços de saúde do Estado, mas que recebiam subvenções regulares para o funcionamento. O Centro de Saúde de Parnaíba dispunha de atendimento para vários tipos de doenças e necessidades médicas, podendo-se destacar os serviços de higiene infantil e pré-natal. Esse distrito abrangia os Postos de Higiene localizados nos municípios de Piracuruca, Porto Alegre, Pedro II e Periperi. Já o Terceiro Distrito, tinha no município de Floriano o seu Centro de Saúde e a população assistida contava com os Postos de Higiene de Oeiras, Picos, Bom Jesus e São João do Piauí.

Segundo relatório do funcionamento do Departamento de Saúde de 1942, cada Posto de Higiene contavam apenas com um médico-chefe e um guarda. As unidades de saúde possuíam uma limitação no atendimento, carecendo de atender a um mínimo do



programa sanitário, bioestatística, epidemiologia, saneamento, visitação de enfermeiras, microscopia e outros serviços. No relatório oficial é admitido que não estando essas unidades de saúde aparelhadas para esses serviços, não eram cumpridas a sua principal finalidade, que era a profilaxia de doenças em favor da assistência médica. O mesmo ano também marcou o início do serviço de organização hospitalar do estado do Piauí. Segundo o Interventor Federal:

Possuíamos apenas uma instituição particular, paupérrima, onde doentes desamparados, mal vestidos e mal alimentados recebiam uma precaríssima assistência médica. Hoje, graças ao 'Hospital Getúlio Vargas' que considero a maior realização do meu governo, cuja administração é confiada ao Instituto de Assistência Hospitalar, estamos, nesse particular, em condições de rivalizar com os mais adeantados centros hospitalares. (RELATÓRIO, 1943, p. 71).

Esse instituto tratava-se de uma autarquia administrativa que orientava e dirigia todos os serviços de atendimento hospitalar do estado. No Hospital Getúlio Vargas funcionavam ambulatórios, enfermarias com total de duzentos e cinquenta leitos, laboratório de pesquisas clínicas e exames histopatológicos e pronto-socorro, além disso contava com um pavilhão de pediatria e um serviço de clínica obstétrica (RELATÓRIO, 1943). Eram oferecidos serviços médicos às gestantes no momento do parto em um pavilhão inteiramente dedicado à assistência obstétrica. Esse serviço começava com o pré-parto, quando a mulher chegava e ficava em um setor específico para observação, depois a assistência no momento do parto e, em seguida, o pós-parto, quando permanecia por alguns dias internada, período em que as complicações de saúde teriam um maior risco de ocorrência. Os serviços obstétricos oferecidos no Hospital Getúlio Vargas certamente representavam a mais importante referência desse tipo não somente na cidade de Teresina, mas também em todo o Piauí, pois apesar da preocupação governamental com a questão da saúde materno-infantil, ainda não havia sido inaugurada a maternidade da capital.

O Instituto de Assistência Hospitalar prestou serviços de atendimento materno-infantis no Piauí por meio dos ambulatórios e enfermarias do Hospital Getúlio Vargas, Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba e Maternidade Dr. Marques Basto em Parnaíba. No



entanto, cabia ao Hospital Getúlio Vargas “[...] quase todo o onus da assistência hospitalar do estado. É fácil verificar que foram atendidos neste hospital 85,4% dos doentes de ambulatório e 66% dos doentes internados.” (RELATÓRIO, 1943, p. 75). Para isso certamente colaborou os recursos técnicos de que dispunha, o renome que acabou construindo e o fato de estar localizado em Teresina, pois em virtude da localização geográfica e também de ser capital, tornava-se centro de convergência de pessoas em busca de serviços de saúde pública

Os esforços dos governos central e local em fornecer serviços especializados de obstetrícia, bem como dos médicos com seus discursos enfatizando os riscos dos partos realizados por parteiras, eram configurados de forma problemática. A prática popular das gestantes de realizarem o parto no espaço familiar de casa e, em seu próprio quarto com o auxílio das parteiras, em um ambiente em que o saber feminino e ancestral predominava, continuava existindo de forma intensa. O auxílio médico era requisitado, geralmente, quando a situação do parto ficava complicada e a parteira não tinha condições de resolver.

Conclusão

Observamos que, no Piauí, somente durante o período do Estado Novo, a proteção materno-infantil adquiriu caráter efetivo com a sistematização e a implementação de ações de saúde pelos governos. A oferta tardia desse serviço público foi condicionada por fatores como a falta de planejamento político para a área, a ausência de uma estrutura administrativa eficiente, mas também pelos recursos financeiros escassos para investimento. As políticas públicas voltadas para a construção e reformulação de hospitais e de postos de higiene, bem como para a ampliação da oferta de atendimento à saúde e atuação das enfermeiras visitadoras, foram ações que surgiram para desenvolver e fornecer a saúde pública para a população em geral, entretanto, percebemos a preocupação específica em tornar prioritários os serviços de saúde que amparavam as mães e seus filhos. Tais mudanças ocorridas no Piauí estavam em consonância com o ideário do governo central que defendia as crianças como as responsáveis pelo progresso



do Brasil em um futuro próximo. No entanto, foi possível verificar que as políticas públicas de saúde tanto em seu caráter mais amplo, quanto no que se refere ao atendimento materno-infantil, estavam presentes apenas nos municípios mais desenvolvidos do estado, e mesmo assim, funcionavam de forma bastante deficitária. Além disso, a implementação dessas políticas de saúde convivia com práticas de medicina popular, bem como com a atuação das parteiras, fato que gerava uma complexidade das práticas dos sujeitos envolvidos nesse processo e também contribuía para problematizar a execução das ações dos governos na área da saúde.

Referências

BESSE, Susan K. **Modernizando a desigualdade: reestruturação da ideologia de gênero no Brasil (1914-1940)**. São Paulo: EDUSP, 1999.

BRASIL. **Anuário Estatístico do Brasil: Século XX**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. 2012.

FONSECA, Cristina M. O. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. O. Políticas de saúde e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, Dulce (org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

PIAUHY. Governo 1928-1930. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa**. Teresina: Imprensa Oficial, 1929.

PIAUHY. **Relatório Apresentado ao Presidente da República pelo Interventor Landry Salles Gonçalves Referente ao Exercício de 1931-1935**. Teresina: Imprensa Oficial, 1935.

PIAUHY. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa do Estado do Piauí pelo Interventor Leônidas de Castro Mello Referente ao Exercício de 1937**. Teresina: Imprensa Oficial, 1937.

PIAUÍ. **Relatório Apresentado ao Presidente da República pelo Interventor Leônidas de Castro Mello Referente ao Exercício de 1942**. Teresina: Imprensa Oficial, 1943.

PIAUÍ. **Mensagem Apresentada à Câmara Legislativa do Estado do Piauí pelo Governador João de Deus Pires Leal em 1930**. Teresina: Imprensa Oficial, 1930.



RELATÓRIO. **Diário Oficial**, Teresina, ano XII, n. 95, p. 87-93, 03 de maio de 1944.



SERVIÇO FAMÍLIA ACOLHEDORA NO CONTEXTO DA CENTRALIDADE NA FAMÍLIA NAS POLÍTICAS SOCIAIS

FAMILY FRIENDLY SERVICE IN THE CONTEXT OF FAMILY CENTRALITY IN SOCIAL POLICIES

Ana Cláudia Pereira da Paz

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

Solange Maria Teixeira

Orientadora, professora do Departamento de Serviço Social (UFPI), Pós-doutorado em Serviço Social (PUC-SP). Desenvolve pesquisas nas seguintes áreas: Política de Assistência Social, Políticas Públicas e Envelhecimento, Trabalho Social com Família e Gênero.

Resumo

O presente artigo é resultado de uma pesquisa de natureza bibliográfica e parte de reflexões gestadas para a construção de um projeto de pesquisa com esta mesma temática. A discussão aqui apresentada contextualiza o serviço de acolhimento em família acolhedora no cenário atual de forte aposta na família e de progressivo recuo do Estado no enfrentamento das expressões da questão social e aponta questionamentos que emergem a partir dessa contextualização.

Palavras-chave

Acolhimento. Família. Criança e adolescente.

Abstract

This article is the result of a bibliographical research and part of gestated reflections for the construction of a research project with this same theme. The discussion presented here contextualizes the host in warm family in the current scenario of strong commitment to family and progressive retreat of the state and points out questions that emerge from this context.

Keywords

Home. Family. Children and adolescents.

Introdução

O debate sobre acolhimento de crianças e adolescentes vem ganhando espaço tanto no meio acadêmico-científico, enquanto importante objeto de interesse, quanto no



tocante ao desenvolvimento de ações que favoreçam a garantia da convivência familiar e comunitária e, por conseguinte, o processo de desinstitucionalização.

Nesse contexto, o acolhimento familiar se apresenta como uma alternativa de proteção social e constitui-se como uma modalidade de serviço caracterizada pelo acolhimento de crianças e adolescentes afastadas do convívio familiar de origem, por medida protetiva (em função de abandono ou cujas famílias ou responsáveis encontrem-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção), na residência de famílias acolhedoras cadastradas.

Trata-se de um serviço previsto na proteção social de alta complexidade da Política de Assistência Social, implementado tanto pelo poder público como por organizações não governamentais que compõem a rede socioassistencial dos municípios.

Para a reflexão aqui proposta, parte-se do entendimento de que refletir sobre o serviço família acolhedora requer sua inscrição em uma totalidade que considere a família e a sua histórica inter-relação com diferentes aspectos da proteção social, e as transformações atinentes ao modo como esta vem sendo incorporada nas políticas sociais na contemporaneidade, bem como a mudança de paradigmas relacionados à concepção e práticas de institucionalização de crianças e adolescentes – que tem como principal expoente a afirmação da convivência familiar e comunitária como um direito.

O presente artigo é resultado de uma pesquisa de natureza bibliográfica e parte de indagações gestadas para a construção de um projeto de pesquisa, em nível de mestrado, com esta mesma temática. Isto posto, o objetivo será apresentar breves reflexões acerca do serviço Família Acolhedora, balizadas em questionamentos que surgem ao se pensar a atual conjuntura das políticas sociais voltadas aos segmentos supracitados, em que se assiste de um lado, à busca da garantia da convivência familiar e comunitária, a partir de serviços alternativos, com vistas à desinstitucionalização; e de outro, à predominância de entendimentos que preconizam o enxugamento do Estado e a afirmação dos canais tidos como “naturais” no que tange a proteção social - rede familiar, da comunidade e mercado, bem como órgãos da sociedade civil sem fins lucrativos.



2 ACOLHIMENTO FAMILIAR: breves reflexões acerca da relação família e proteção social

Estudos de Rizzini e Rizzini (2004) apontam que o Brasil possui uma longa tradição de internação de crianças e adolescentes em instituições e que por muito tempo essa prática se constituiu como a principal ação de assistência destinada a esse segmento. Para as autoras, por longos anos essa cultura foi mantida e renovada tendo como pressuposto uma visão que tendia a valorizar a educação da criança por terceiros.

Uma das primeiras experiências de abrigamento para crianças, no Brasil, surgiu da iniciativa de instituições religiosas, como a roda dos expostos, que recolhiam crianças abandonadas. Posteriormente, o Estado, passa a legislar sobre a proteção de crianças e adolescentes com o Código de Menores de 1929, reformulado em 1979, baseado na doutrina irregular, ou seja, para crianças e adolescentes que não tinham responsáveis, cometiam pequenos delitos, perambulavam pelas ruas e eram recolhidas em abrigos e em casa de menores.

Tal engenharia de proteção acabou por proporcionar o confinamento de um grande número de crianças e jovens principalmente da população pobre, tratadas como incapazes de orientar seus filhos (BRASIL, 2006). Contudo, em meados dos anos 1990, conforme sustenta Rizzini et al (2006), firma-se um movimento internacional contrário ao processo de institucionalização de crianças, que foi intensificado pela promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, no Brasil, e por discussões lideradas pelo Comitê dos Direitos da Criança da Organização da Nações Unidas - ONU. Para as autoras em tela, além da constatação de que a institucionalização era prejudicial ao desenvolvimento de crianças e adolescentes, a condenação dessa prática também foi influenciada por fatores de ordem econômica e política que colocaram na ordem do dia a redução dos gastos do Estado na área social.

Ressalta-se que, em consonância com o movimento de reordenamento de mecanismos de proteção à criança e ao adolescente, o Brasil ratificou em 1990 a Convenção sobre os Direitos da Criança e do Adolescente, que trouxe avanços em relação às concepções e práticas de institucionalização, e aprovou em 2006 o Plano Nacional de



Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, que apresentou discussões sobre acolhimento familiar, com a denominação: “Programa Família Acolhedora”.

Ainda nessa mesma direção, em 2009 foi promulgada a lei 12.010, que dispõe sobre o aperfeiçoamento da sistemática prevista para garantia do direito à convivência familiar a todas as crianças e adolescentes. A lei em tela altera o ECA e com isso tem-se a afirmação de que a inclusão de crianças e adolescentes em acolhimento familiar terá preferência a seu acolhimento institucional, é medida de proteção social temporária, não superior a dois anos, devendo haver esforços, das equipes interdisciplinares que acompanham o serviço, no sentido da reintegração na família de origem ou extensa.

O Acolhimento familiar, sob a denominação de Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora, está inserido na Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004) – no âmbito da Proteção Social Especial de Alta Complexidade¹² – e sua operacionalização está delineada nas “Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescente”, de 2009 e na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, de 2009.

Ressalta-se que o acolhimento familiar não é algo novo no Brasil e sempre esteve presente, no âmbito da esfera informal, por meio da prática de circulação de crianças (CABRAL, 2004; FONSECA 1995 *apud* SARTI, 2007; VALENTE, 2012), prática na qual crianças e adolescentes eram enviados para casas de parentes, padrinhos e amigos com a perspectiva de estudarem, ter melhores condições de vida e oportunidades. Mas, essa prática não implicava em adoção ou tutela, dada sua informalidade e os contatos recorrentes desses com a família de origem.

Todavia, a partir Política Nacional de Assistência Social (PNAS), em 2004, o acolhimento familiar passou a se constituir, na esfera formal, através do Serviço de

¹²A proteção social especial destina-se às famílias e/ou indivíduos que estão em situação de risco ou violação de direitos. Esta modalidade de proteção subdivide-se em duas: especial de média complexidade – destinada às famílias e indivíduos que, embora se encontrem com direitos violados, não tiveram os vínculos familiares e comunitários rompidos – e especial de alta complexidade, foco deste estudo, destinada às famílias e indivíduos que, estando em situação de ameaça, precisam ser retirados da convivência familiar e/ou comunitária. (BRASIL, 2005).



Acolhimento em Família Acolhedora, como uma resposta à problemática de crianças e adolescentes em situação de risco social, ou seja, quando esses têm seus direitos violados pela própria família e por medida judicial estas crianças e adolescentes têm que ser afastados do seu convívio familiar. O acolhimento familiar passou, nesse sentido, a ser reconhecido como parte dos serviços da política de assistência social destinados ao atendimento de criança e adolescentes retirados do seu núcleo familiar e comunitário.

Conforme a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, o Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora se caracteriza pelo acolhimento de crianças e adolescentes, afastados da família de origem por medida protetiva (em função de abandono ou cujas famílias ou responsáveis encontrem-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção), na residência de famílias acolhedoras cadastradas. O acolhimento é previsto até a possibilidade de retorno a família de origem ou encaminhamento para adoção, que só ocorrerá quando esgotadas todas as possibilidades de reintegração familiar. (BRASIL 2009a).

O Serviço é destinado ao atendimento de crianças e adolescentes cuja avaliação feita por uma equipe técnica evidencie a possibilidade de reintegração à família de origem, nuclear ou extensa. E objetiva promover, conforme as orientações da Tipificação: o acolhimento familiar; cuidados individualizados; a preservação dos vínculos familiares, salvo em casos de determinação contrária; a possibilidade de convivência comunitária e de acesso a rede de políticas públicas e o apoio ao retorno da criança à família de origem.

Ainda conforme a Tipificação, o serviço se responsabiliza pela seleção, capacitação, cadastro e acompanhamento das famílias acolhedoras, das crianças e adolescentes e de suas famílias, ou seja, paralelo ao acolhimento deve haver trabalho em torno das causas do afastamento, junto à família de origem, tendo em vista a reintegração familiar como preconizado pelo ECA/1990. (BRASIL, 2009a)

Esse trabalho com a família de origem deve ser organizado conforme as diretrizes e orientações previstas no documento “Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes, de 2009. Segundo esse documento, o Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora assim como os serviços de acolhimento institucional,



devem se organizar de acordo com os princípios e diretrizes preconizados no ECA, sobretudo, no tocante à excepcionalidade e à provisoriedade do acolhimento; à busca pela reintegração familiar; à preservação da convivência e do vínculo afetivo entre grupos de irmãos; articulação com a Justiça da Infância e da Juventude e a rede de serviços. (BRASIL, 2009b).

Para Cabral (2004), o acolhimento familiar, como uma alternativa ao processo de desinstitucionalização, apresenta-se como um programa que requer um maior aprofundamento teórico-prático, dada a escassez de conhecimentos sobre o tema. Ademais, a conjuntura de aposta nessa modalidade de acolhimento é marcada por um *mix* de avanços e recuos no tocante aos direitos sociais.

De fato, embora seja uma alternativa econômica (as famílias acolhedoras recebem uma bolsa, em dinheiro, para garantir cuidados, alimentação, acompanhamento, socialização e outras funções familiares); garanta acolhimento individualizado e personalizado (no máximo quatro crianças por família), e uma alternativa desinstitucionalizante, embora acompanhada pelas equipes interdisciplinares; essa alternativa repassa a responsabilidade pública para as famílias acolhedoras; é desprofissionalizante (porque o cuidado é apenas regido pela boa vontade e não por técnica); traz à baila os questionamentos de por que não dar essa bolsa (em dinheiro) para a família de origem, acompanhar e monitorar as relações com essas crianças; investir em ações de prevenção que de fato altere a realidade de vulnerabilidades dessas famílias com mais investimento público em serviços de inclusão social e ocupação do tempo livre das crianças e adolescentes com atividades lúdicas, recreativas, esportivas, profissionalizantes, dentre outras.

Entende-se que o processo de afirmação das crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, e do direito à convivência familiar e comunitária como direito fundamental, se dá em consonância com o processo de grande aposta na família como um importante núcleo de garantia e promoção de direitos. Para Teixeira (2012), essa aposta se dá não só na condição da família enquanto objeto de intervenção, mas também na sua capacidade de prover proteção social em conjunto com o Estado e mercado.



Portanto, há uma releitura desse direito na perspectiva liberal ou neoliberal, ou seja, de que sua garantia é de responsabilidade da família. Todavia, enquanto um direito social, é necessário a intervenção pública na sua garantia que, em contexto de crise, de restrição orçamentária, redução de gasto social, é repassada ou dividida com a família, organizações não governamentais, mercado e comunidade, vistos como parceiros do Estado, como executores de serviços de proteção social e não apenas financiadores (via impostos e contribuições), enquanto o Estado regulamenta e coordena a rede de proteção social. Uma primazia numa perspectiva liberal, de regulação e normatização e não como principal ofertante de serviços.

Com a Constituição Federal de 1988, por exemplo, tem-se a afirmação da convivência familiar e comunitária como sendo indispensável para o desenvolvimento da criança e adolescente e o reconhecimento da família base da sociedade e com direito a especial proteção do Estado. Como parte dessa tendência, ocorre uma mudança na forma de conduzir as políticas públicas, estas rompem com o caráter focalizado e segmentado se estendem suas ações família em sua totalidade.

Todavia, para Teixeira (2013), o reconhecimento da família como central no âmbito das políticas não tem significado apenas o reconhecimento da família como sujeito de direitos, mas principalmente como sujeito que deve proteger, ofertar proteção aos seus membros.

[...] mesmo com a Constituição Federal de 1988, denominada Constituição Cidadã, dados os avanços nos direitos sociais que atinge e garante, se manteve a contradição básica entre proteger a família e/ou tratá-la como fonte de proteção social dos seus membros. De um lado, ela é recolocada como base da sociedade, portanto, deve ser protegida pelo Estado, como alvo de políticas públicas, como portadora de direitos, logo, sujeito de direitos. De outro lado, também é portadora de responsabilidades, é responsabilizada, ao lado da sociedade e do Estado, pela proteção à infância e à adolescência e ao idoso (TEIXEIRA, 2013, p.90).

Para Mioto (2010), tomar a família como referência para as políticas sociais, isto é, como central, coloca em tela também inúmeras discussões, sobretudo, por se tratar de dois campos muito complexos. Dentre os aspectos positivos de tomar a família como



referência a autora aponta: ser menos oneroso para o Estado (já que a ordem é de enxugamento dos investimentos na área social), romper com a lógica de fragmentação e segmentação, já que o foco passa a ser a família; permitir uma intervenção articulada com a unidade familiar e; fortalecer o princípio de vida comunitária e sua convivência com as diferenças e conflitos.

Por outro lado, é possível identificar as controvérsias que residem, por exemplo, no fato de que família no interior das políticas sociais, ora é focalizada como um espaço que merece ser protegido, ora como um espaço que deve prover a proteção de seus membros (TEIXEIRA, 2012, p.12). Entende-se que esse caráter dual decorre do próprio contexto em que a família é retomada como um foco importante nas políticas sociais, onde os princípios de universalização dos direitos colidem com o processo de reorganização do Estado, diminuição de suas funções, como a da primazia na garantia dos direitos sociais, redistribuição de suas responsabilidades, ou seja, a desregulamentação estatal e a focalização nos mais pobres.

Nesse sentido, paralelo ao reconhecimento da família, crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, à busca pela garantia da convivência familiar e comunitária, e, por conseguinte, ao processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes, começa a ganhar corpo no Brasil, sobretudo, a partir de 1990, o influxo neoliberal que trouxe em seu bojo o discurso da necessidade de se implementar medidas de contenção dos gastos com o social. Essa contenção acaba por obstruir e inviabilizar a materialização dos direitos estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e legislações sociais a ela subsequentes.

Assim, com o Estado se mostrando subsidiário, emerge uma aposta nos canais tidos como “naturais” para a satisfação das necessidades, de modo que a sociedade e, em especial a família, passam a ser estimuladas a garantir o bem-estar dos seus membros por conta própria, a partir da rede de solidariedade primária ou via mercado.

O foco na família também pode ser identificado no Estatuto da Criança e do Adolescente e nos documentos a ele subsequentes, como o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e



Comunitária que apontam em seus textos que a família é o núcleo responsável pela garantia e promoção de direitos.

Ressalta-se que a família também é portadora de direitos, na medida em que o Estado deve fornecer meios para que a família exerça essas funções que lhe é posta. Mas o que acontece na realidade de acordo com Campos e Miotto é uma concepção de que as famílias “[...] independentemente de suas condições objetivas de vida e das próprias vicissitudes da convivência familiar, devem ser capazes de proteger e cuidar de seus membros [...]” (CAMPOS; MIOTTO, 2003, p.184). O que, segundo as autoras, acaba por categorizar as famílias em capazes e incapazes, assim,

Como capazes são definidas aquelas que, via mercado, trabalho e organização interna – as famosas ‘estratégias de sobrevivência’ – conseguem desempenhar com ‘êxito’ as funções que lhes são atribuídas pela sociedade. Como incapazes são consideradas aquelas que, não conseguindo atender às expectativas sociais relacionadas ao desempenho das funções atribuídas, requerem a interferência externa, em princípio do Estado, para a proteção de seus membros. Ou seja, são merecedoras da ajuda pública as famílias que falharam na responsabilidade do cuidado e proteção dos seus membros (CAMPOS; MIOTTO, 2003, p 184).

O Estado encontra na família o agente de proteção social a ser potencializado com novas habilidades e aquisições pelo trabalho social com famílias, contudo é imprescindível o reconhecimento dos novos arranjos familiares e das dificuldades das famílias, sobretudo, as vulneráveis, para o cumprimento dessas atribuições sem alteração de sua realidade objetiva e subjetiva (cultural). É preciso que haja uma contrapartida do Estado, especialmente através da oferta de serviços alternativos para as famílias, como creches, escolas em tempo integral, serviços de convivência, por exemplo.

É a partir dessa reflexão em torno da atual aposta na família que se pretende analisar o Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora, ou seja, uma análise que considera o avanço dessa modalidade de atendimento, tendo em vista o direito à convivência familiar e comunitária, mas que também situa esse serviço como parte desse movimento das políticas sociais com foco na família.



Conclusão

O Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora se apresenta ainda como uma modalidade nova e, dentro do processo de reordenamento dos serviços de acolhimento de crianças e adolescentes, abre questões que ainda demandam aprofundamento, uma delas está relacionado à direção do trabalho que vem sendo implementado, se dentro de uma perspectiva que alcança a família de origem e que seja capaz de afastar o risco de novas violações, ou se numa perspectiva de transferência de responsabilidades para outras famílias. Além disso, o atual contexto marcado pelo foco na família é propício para a análise das experiências em que esta assume centralidade, com vistas a contribuir com estudos que envolvem a sua relação com as políticas sociais.

Para Cabral (2004), o acolhimento familiar, como uma alternativa ao processo de desinstitucionalização, apresenta-se como um programa que requer maiores estudos e pesquisas, que aborde a sua realidade contraditória, suas limitações e possibilidades. Além disso, em que pese a existência de estudos sobre a temática, alguns questionamentos ainda são colocados ao se pensar o acolhimento familiar, através do Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora, sobretudo no tocante as direções que ele assume no atual contexto.

A identificação de tais direções é balizada pelas seguintes questões: como tem se estruturado esse serviço, ou seja, como e que tipo de suporte vem sendo ofertado pelo Estado às famílias de origem e acolhedoras? Como se dá o acompanhamento sociofamiliar das famílias de origem e acolhedoras? Quais as ações previstas nos planos municipais com vistas ao atendimento dessas famílias? Existe uma estruturação de uma rede capaz de assegurar o acompanhamento de crianças, adolescentes e famílias durante o período de acolhimento e pelo menos seis meses após a possível reintegração familiar? Quais os desafios da materialização desse serviço? Quais as respostas desse serviço às famílias atendidas?



Referências

BRASIL. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**. 46. ed. Cidade (São Paulo): Saraiva, 2012.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 1990

_____. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004, Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB/SUAS/2005**. Brasília: MDS/SNAS, 2005.

_____. MDS. **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária**. Brasília, dez. 2006.

_____. MDS. **Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais**. Brasília, 2009a.

_____. MDS. **Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescente**. Brasília, 2009b.

CABRAL, C. Perspectivas do acolhimento familiar no Brasil. In: _____ (Org.). **Acolhimento familiar: experiências e perspectivas**. Rio de Janeiro: BookLink, 2004.

CAMPOS, M. S.; MIOTO, R. C. T. Política de Assistência Social e a posição da família na política social brasileira. **Ser Social**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 165-190, jan./jun. 2003.

MIOTO, R. C. T. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: LEAL, M. C.; MATOS, M. C.; SALES, M. A. **Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010, p. 43-59.

RIZZINI, I.; RIZZINI, I. **A institucionalização de crianças no Brasil: Percurso histórico e desafios do presente**. Rio de Janeiro, RJ: Editora da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2004

RIZZINI, I; et al. **Acolhendo crianças e adolescentes: experiências de promoção de direito à Convivência Familiar e Comunitária no Brasil**. São Paulo: Cortez, Brasília: Unicef, 2006, p. 17-37

SARTI, C. A. A família como universo da moral. In: _____ (Org). **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. São Paulo: Cortez, 2007.



TEIXEIRA, S. M. A centralidade da família nas políticas sociais e o trabalho social com famílias. In: LIMA, A. J; FERREIRA, M. D. M.; VIANA, M. R. **Políticas Públicas e Cidadania: temas em debate**. Teresina. EDUFPI, 2012.

TEIXEIRA, S. M. **A família na política de assistência social: concepções e as tendências do trabalho social com famílias nos CRAS de Teresina**. Teresina. EDUFPI, 2013.

VALENTE, J. Acolhimento familiar: validando e atribuindo sentido às leis protetivas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 111, p. 576-598, jul./set. 2012.



SINGULARIDADE HISTÓRICO-ESTRUTURAL DO DF: uma contribuição ao debate da “Assistencialização da Seguridade Social”

STRUCTURAL-HISTORICAL UNIQUENESS DF: a contribution to the debate on "Social Security Assistance"

Jamaira Lanna e Silva Anchiêta

Graduada em Serviço Social pela UFPI e Mestra em Políticas Sociais/ UnB.

Resumo

O presente artigo trata da singularidade histórico-estrutural do Distrito Federal no âmbito da aplicação da Política de Assistência Social e a contribuição da mesma, tanto do ponto de vista histórico como estrutural, para o debate acerca da “Assistencialização da Seguridade Social”. Para tanto, utilizou-se o método histórico-estrutural como método de pesquisa. Quanto aos procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa tem-se: revisão bibliográfica; análise documental; realização de entrevista semiestruturada e aplicação de questionário. Estes foram analisados a partir de três eixos problematizantes, a saber: singularidade; assistencialização da seguridade social e Descentralização. Por fim, a produção deste artigo resulta da dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Política Social da Universidade de Brasília.

Palavras-Chaves

Singularidade, Assistência social, Centralizaçãodescentralização.

Abstract

This article deals with the historical and structural uniqueness of the Federal District in the implementation of the Social Assistance Policy and the contribution of it, both from a historical point of view as structural to the debate about the "Assistencialização Social Security." For this, we used the historical-structural method as a research method and the "Dialogic" as exposure method. As for the methodological procedures used in the research we have: a literature review; document analysis; carrying out semi-structured interview and questionnaire. These were analyzed from three problematizing axes, namely: uniqueness; thesis Mota and Decentralization. Finally, the production of this article is the result of the dissertation submitted to the Graduate Program of Social Policy at the University of Brasilia.

Key Words

Singularity, Mota thesis CentralizationxDecentralization.

Introdução



O presente artigo tem como objetivo apresentar como a singularidade do Distrito Federal, no âmbito da aplicação da Política de Assistência Social, contribui do ponto de vista histórico e estrutural para o debate acerca da temática “Assistencialização da Seguridade Social”.

O Distrito Federal se destacou neste estudo, pois, despertou-se a atenção para como essa dinâmica elucidada pela tese de Mota (1995) - “Assistencialização da Seguridade Social” - se revelaria ao se considerar as particularidades dos entes federados, enquanto executores da Seguridade Social, ou seja, considerando as disparidades na divisão de papéis e responsabilidades entre os entes federados. Tendo em vista, os limites objetivos de tempo para a realização da pesquisa, o DF adquiriu relevância, nesse contexto, por ser uma singularidade que contem de forma mais rica quanto possível às múltiplas determinações necessárias para contribuir com a tese de Mota, isto porque se constitui num posto de observação estratégico e privilegiado por concentrar as seguintes características:

- 1) Ser uma unidade federativa que, por força constitucional, é a única do sistema federativo que possui atribuições cumulativas (Estado e Município);
- 2) Não pode ser dividido em municípios;
- 3) Possui um processo de conquista de sua autonomia político-administrativa absolutamente singular uma vez que se deu no mesmo compasso das grandes lutas sociais brasileiras pela redemocratização do país, pela reforma do Estado e pela consolidação das Políticas Sociais como um todo, e da Seguridade Social em particular.
- 4) Mobiliza uma força de trabalho com singularidades tanto do ponto de vista da forma como se insere o processo de produção quanto de acumulação capitalista.

A singularidade do Distrito Federal foi analisada no âmbito da aplicação da Política de Assistência Social sendo abordada e compreendida a partir de sua particularidade, num rompimento com a visão imediatista, e sendo apreendida como processo sócio históricos, numa relação entre as determinações sócio históricas e as relações sociais contraditórias, a partir das categorias de mediação que serão elucidadas no decorrer do artigo.

Destarte, para alcançar o objetivo proposto, o método que orientou toda a pesquisa de mestrado foi o método histórico-estrutural. Este método possibilita o movimento dialético singular-particular-universal, pois tem como categoria central do seu raciocínio a



mediação, pois a partir dela se consegue dar conta da relação entre os planos mediato e imediato o conhecimento, ou seja, entre a universalidade e as expressões singulares dos fenômenos em cada realidade específica. Para Boschetti e Behring (2009), este método possibilita, de forma dialética, a análise das dimensões estruturais e históricas do objeto de estudo.

Quanto à abordagem metodológica, utilizou-se a qualitativa, por ser esta a mais adequada para o objeto de estudo em questão, pois como assinala Laperrière (2008), a complexidade do mundo social impossibilita a quantificação e a construção de teorias conclusivas, em razão de que demandariam uma quantidade infinita de fatos. Assim sendo, tendo em vista o alcance do objetivo proposto realizou-se um estudo exploratório dos tipos bibliográfico, documental e de campo.

A singularidade do DF no âmbito da aplicação ou materialização da PAS-DF foi analisada a partir de três eixos problematizantes para análise dos procedimentos de pesquisa, são eles: singularidade do Distrito Federal; Tese de Mota; Descentralização levando em consideração os quatro eixos estruturantes do SUAS, são eles: Gestão; Controle Social; Financiamento e Recursos Humanos.

Para melhor compreensão do leitor, o artigo está disposto da seguinte forma:

- 1) A *“Assistencialização da Seguridade Social”*. Neste tópico será apresentada de maneira breve a tese de Ana Elizabete Mota e a relevância deste estudo para as Ciências Sociais e em especial o Serviço Social.
- 2) *A singularidade do Distrito Federal no âmbito da aplicação da Política de Assistência Social*. Nesta matéria será abordada a singularidade do DF tanto do ponto de vista histórico como estrutural e suas implicações perante a PAS-DF.
- 3) *Conclusão*. Com as principais considerações a serem feitas a respeito da contribuição da singularidade histórico-estrutural do DF no âmbito da PAS-DF ao debate da *“Assistencialização da Seguridade Social”*.

A assistencialização da Seguridade Social

Esta temática *“Assistencialização da Seguridade Social”* é fruto dos estudos de Ana Elizabete Mota sobre as tendências da Seguridade Social nos anos 1980 e 1990 que resultou



na publicação do livro *“Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da Previdência Social e da Assistência Social brasileira nos anos 80 e 90”* (publicada em 1995), e que se destaca por sua contemporaneidade e atualidade, além da repercussão do estudo dentro das Ciências Sociais, mais especificamente, do Serviço Social, o qual provocou divergência de pensamento, dentre os autores adeptos a crítica da economia política de Marx, no que diz respeito à estruturação da Seguridade Social brasileira frente ao processo de reestruturação produtiva promovido pelo ideário neoliberal nos anos de 1990.

A tese de Mota (1995) foi tomada como ponto de partida pelo estudo, por ser esta uma pesquisadora de renome dentro da categoria dos assistentes sociais e dentro das Ciências Sociais; é marxista e, portanto tem como categoria central de toda a sua produção, o trabalho; tem toda sua produção intelectual com sentido claro e com vinculação com o conflito de classe; tem sua trajetória marcada pela militância, foi presidente da ABEPSS; presidente da Associação Latino-americana de ensino e pesquisa em Serviço Social; membro da Associação Científica Internacional, ou seja, Ana Elizabete Mota é referência nacional e internacional dentro do Serviço Social.

Faz-se necessário esclarecer ao leitor, do que se trata a temática da “Assistencialização da Seguridade Social”. Esta temática advém da tese central de Ana Elizabete Mota, a mesma defende que as políticas que integram a seguridade social brasileira, longe de formarem um amplo e articulado mecanismo de proteção, adquiriram a perversa posição de conformarem uma unidade contraditória: enquanto a mercantilização da saúde e da previdência precariza o acesso aos benefícios e serviços, a assistência social se amplia, transformando-se num novo fetiche de enfrentamento à desigualdade social. Nas palavras desta autora:

A hipótese central é de que, no leito da crise brasileira dos anos 80, vem sendo gestada uma cultura política da crise que recicla as bases da constituição da hegemonia do grande capital. Dois vetores básicos vêm sendo privilegiados na formação dessa cultura: a defesa do processo de privatização e a constituição do “cidadão-consumidor”, que é o sujeito político nuclear da sociedade regulada pelo mercado. Esse movimento, formador de cultura, expressa uma tendência geral de enfrentamento da crise que perpassa as esferas da economia e da política e assume especificidades nas diversas áreas da vida social, como é o caso dos sistemas de seguridade social (MOTA, 1995, p. 24).



É importante destacar que a tese de Mota apresentada em 1995 difere do pensamento que a autora apresenta no Mito da Assistência Social (2010). No entanto, esta inflexão do pensamento de Mota não compromete a coesão e coerência do pensamento que a autora vem construindo desde a década de 1990. O que Mota chama de Assistencialização da Seguridade Social na década de 1995 refere-se a expansão da assistência social pela via das entidades sociais, pela via da privatização, ou seja, o número de ONGs que passa a prestar serviços de assistência social começa a se expandir nesta época, tendo em vista as investidas do neoliberalismo no Brasil e o ataque deste frente a atuação do Estado quanto aos gastos sociais.

Já com o Mito da Assistência Social (2010), tem-se que reconhecer que a conjuntura daquele momento era outra, neste período já se tinha criada a política de Assistência Social de 2004, a NOB-SUAS de 2005, ano em que Mota publica a primeira versão do Mito da Assistência Social, se referindo a ampliação da assistência social por parte do Estado e não das entidades sociais, o número de equipamentos e serviços públicos estatais, com a criação dos CRAS e CREAS aumentam significativamente. O que se quer chamar a atenção é que neste estudo teve-se o cuidado para analisar e melhor compreender o pensamento de Mota a partir da leitura da conjuntura não incorrendo no erro de ter uma visão apenas da análise estrutural da realidade.

Em seus estudos, Mota faz uma análise das tendências da seguridade social no âmbito dos movimentos da economia e da política, enquanto macro determinações dos processos sociais, oferecendo assim uma visão macro a respeito da Seguridade Social no Brasil.

Neste artigo, volta-se a atenção, a como essa dinâmica elucidada por Mota se revela ao se considerar as particularidades histórico-estruturais dos entes federados, enquanto poderes executores da Seguridade Social, ou seja, ao se considerar as disparidades na divisão de papéis e responsabilidades entre os entes federados, em particular, a relação entre singularidade, particularidade e totalidade manifestas na relação entre Distrito Federal no contexto da aplicação da Política de Assistência Social.



3 Singularidade histórica-estrutural do Distrito Federal no âmbito da Política de Assistência Social

A singularidade histórico-estrutural do Distrito Federal se dá no âmbito da Política de Assistência Social quando analisado os quatro eixos da Política Nacional de Assistência Social (Gestão, Controle Social, Recursos Humanos e Financiamento), a partir dos três eixos problematizantes: singularidade; tese da Mota; Descentralização.

No âmbito da Gestão pode-se observar que a singularidade do DF torna-se um entrave ao princípio da descentralização posto pela CF 1988. A gestão da Política de Assistência Social no DF encontra-se centralizada no Plano Piloto, através da Secretaria de Assistência Social e Transferência de Renda (SEDEST), não abarcando as trintas regiões administrativas que compõem o DF, impasse este que quando somado a não existência do índice de vulnerabilidade social, portanto não distribuição de serviços socioassistenciais de maneira sistemática e planejada, vai de encontro aos princípios e diretrizes que norteiam a Política Nacional de Assistência Social.

Uma das inovações trazidas pela Constituição Federal e incorporada a LOAS, a PNAS e a NOB/SUAS diz respeito à participação popular, ou seja, a necessidade da população estar mais próxima e presente nos espaços de discussão, planejamento e deliberação das políticas sociais e também exercer o controle social sobre as ações do Estado e terem seus direitos assegurados.

No Distrito Federal com a inexpressividade do poder local advinda da proibição deste em dividir-se em municípios, pode-se observar a vereança dos cidadãos do DF, em especial dos que residem nas Regiões Administrativas não se materializa. Nesse sentido, o Controle Social no âmbito da Política de Assistência Social no DF apresenta-se enfraquecido, pois os cidadãos das RA's além do não direito a escolha de seus representantes mais próximos (administradores), não possuem espaços de discussão, diálogo, como por exemplo, conselhos comunitários voltados para a Assistência Social.

Outro fator agravante é que no DF o principal órgão responsável pela fiscalização da Política de Assistência Social, bem como pela promoção da participação popular,



encontra-se presente no Plano Piloto e não realiza ações para divulgação de seu trabalho, bem como não se faz presente nas demais regiões administrativas, não estando, portanto cientes das demandas da população bem como aos entraves para a materialização da política de assistência social nestes territórios.

No que diz respeito ao financiamento, pode-se afirmar que diante dos demais entes federados, o Distrito Federal, por ser a capital federal, encontram-se numa situação privilegiada, pois este, no que se refere pelo tesouro do DF, também recebe uma verba complementar da União. Contudo, esta pesquisa nos revela a necessidade da criação das Coordenações Regionais de Desenvolvimento Social nas RA's para que esse recurso possa ser descentralizado e melhor distribuído e utilizado atendendo as necessidades socioassistenciais de cada região.

Quanto aos Recursos Humanos, o Distrito Federal, a partir dos registros das deliberações das conferências distritais vem desde 2005 apresentando um quadro de servidores insuficientes para atender a demanda desta política social, o que pode facilitar devido à sobrecarga e de trabalho dos servidores, ações sem planejamento sistemático, abrindo, portanto espaço para ações assistencialistas, baseada no imediatismo, voltando então ao caráter voluntarista, de benemerência, que a assistência social assumia antes da CF 1988.

Conclusão

A partir do exposto pode-se inferir que a singularidade do DF no âmbito da Política de Assistência Social traz contribuições ao debate da “Assistencialização da Seguridade Social” tanto do ponto de vista histórico quanto estrutural.

Ao verificar como esta se desdobra em âmbito local, vemos que no DF, do ponto de vista histórico, a conformação socioespacial, bem como a correlação de forças construídas neste espaço e o papel que o Estado assumiu no DF, favorece a captura da política de assistência social por partes dos sujeitos políticos (governantes, deputados distritais), ficando esta a mercê do capitalismo e não da garantia dos direitos socioassistenciais, o que



corroborar com a ideia de Mota de que do ponto de vista ideológico e político a assistência social vem sendo utilizada para assegurar a legitimidade de governos.

Isto se afirma, pois, a política de assistência social no DF não se dá de forma articulada com as demais políticas sociais de Seguridade Social e as demais políticas públicas. É necessário ainda que se pensem as políticas sociais no DF a partir de uma ação conjunta entre DF, Goiás e Minas, tendo em vista que parte dos municípios desses estados são dependentes do DF, quanto á emprego e a oferta de serviços públicos. No entanto, no âmbito da assistência social (apesar de determinado pela NOB/SUAS 2012) nenhuma ação foi realizada neste sentido.

Do ponto de vista estrutural, no DF, a política de Assistência Social não vem se expandindo, pelo contrário, a assistência social vem sendo sucateada quanto a investimentos, infraestrutura, capacidade de resposta às demandas, etc.

Ainda do ponto de vista estrutural pode-se destacar a invisibilidade da articulação entre a política do trabalho e a política de Assistência Social no DF. O estudo revelou que a demanda pela política de assistência social no DF tem relação com o crescimento da informalidade no mercado de trabalho, bem como do trabalho precarizado, não sendo a assistência social um complemento da política de previdência social, portanto do trabalho, mas uma política que vem se colocando de forma ideopolítico em âmbito contrário.

Referências

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo. Cortez, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Distrito Federal, 1988.

_____. **Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS**. Lei N 8.742, de 7 de dezembro de 1993, alterada pela Lei 12.435, de 2011. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília: MDS, 1993.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – SUAS**. Aprovação pela Resolução CNAS n 33/2012. Diário Oficial da União. Publicado em 03/01/2013. Brasília: Distrito Federal, 2013.



_____. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS.** Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília: Distrito Federal, 2004.

LAPERRIÈRE, A. Os critérios científicos dos métodos qualitativos. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa:** enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008, p.410-436.

MOTA, A, E. **Cultura de Crise e Seguridade Social:** um estudo sobre as tendências da previdência social e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortes, 1995.

_____. **O Mito da Assistência Social:** ensaios sobre Estado, política e sociedade. São Paulo: Cortes, 2010.



A GESTÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE BOQUEIRÃO DO PIAUÍ NO BIÊNIO 2010-2012 E AS POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO AO ÓRGÃO

THE MANAGEMENT OF THE MUNICIPAL COUNCIL OF BOQUEIRÃO DO PIAUÍ IN THE 2010-2012 BIENNIUM AND THE POSSIBILITIES OF PERFORMANCE OF THE SOCIAL WORKER WITH THE INSTITUTION

Suzana M^a Silva de Sousa

Bacharelado em Serviço Social e Licenciatura Plena em Pedagogia.

Resumo

Pesquisa sobre o Conselho Municipal de Saúde de Boqueirão do Piauí, onde se buscou conhecer a sua gestão, identificando e descrevendo as problemáticas e dificuldades relativas ao biênio 2010-2012, e mostrar as possibilidades de atuação do Assistente Social junto ao órgão. Optou-se por utilizar uma pesquisa exploratória, do tipo bibliográfica-documental e, de natureza qualitativa. De posse dos resultados, nas cinco dimensões atribuídas ao Conselho, referente à Estrutura, Representatividade, Dinâmica Organizacional, Sistema de Planejamento do SUS e Autonomia, foram confirmadas as hipóteses: falta de capacitação, interesse, compromisso dos conselheiros e influência governamental. Diante disto, foram mostradas as possibilidades de atuação do profissional de Serviço Social junto ao Conselho. O trabalho foi de total proveito e contribuiu na aquisição de novos conhecimentos e na formação como futuro profissional da categoria, podendo servir a esta, aos conselheiros e sociedade em geral.

Palavras-chave

Política Pública de Saúde. Conselho. Assistente Social.

Abstract

Research on the Municipal Health Council Boqueirão of Piauí, where he sought to know its management, identifying and describing the problems and difficulties related to the biennium 2010-2012 , and show the possibilities of action of the social worker from the agency. You chose to use an exploratory research, bibliographic and documentary type and qualitative. With the results in the five dimensions assigned to the Council , referring to the structure, representativeness , Organizational Dynamics , SUS Planning System and Autonomy , the hypotheses were confirmed : lack of training , interest , commitment of directors and government influence . Given this, the professional practice of possibilities of social work with the Council were shown . The work was full advantage and contributed to the acquisition of new knowledge and training as future professional category and can serve this, the board members and society in general.

Keywords

Public Health Policy. Advice. Social Worker.



Introdução

Estes são resultados de uma pesquisa que teve como objetivo geral conhecer a gestão do Conselho Municipal de Saúde de Boqueirão do Piauí, no biênio 2010-2012 e como objetivo específico identificar, analisar e descrever as influências e dificuldades encontradas, e ainda, mostrar a possibilidade de atuação do Assistente Social junto ao órgão. Foi uma pesquisa qualitativa e bibliográfica-documental, do tipo exploratória. Levaram-se em conta as dimensões estrutura, representatividade, dinâmica organizacional, sistema de planejamento do SUS e autonomia.

Por sua vez a realização do estudo foi de muita contribuição para formação acadêmica, pois que proporcionou uma reflexão crítica através da teoria e da prática, podendo servir de base para uma futura investigação ou atuação de profissionais da categoria, dos conselheiros e sociedade em geral.

A gestão do Conselho Municipal de Saúde de Boqueirão no biênio 2010-2012

De acordo com dados obtidos, o Conselho Municipal de Saúde de Boqueirão do Piauí foi criado através da Lei nº 0061997, de 21/01/1997 e no período estudado, o conselho passou por duas eleições, uma ocorrida no dia 06/01/2010 para o biênio 2010-2012, e a outra no dia 24/08/ 2012 para o biênio 2013-2015.

No ano de 2010, o Conselho tinha nele representado as instituições: Sindicato dos Trabalhadores Rurais, Igreja Católica e Assembleia de Deus, Prefeitura Municipal, Associação de Moradores, Secretaria Municipal de Saúde e de Assistência Social.

Findo o mandato, uma nova eleição foi realizada no ano de 2012 para o biênio 2013-2015 e o Conselho teve como representação as entidades: Secretaria Municipal de Saúde, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, Igreja Católica e Assembleia de Deus, Prefeitura Municipal, Pastoral da Criança, Representantes dos Trabalhadores e Prestadores de Serviços, porém ficando na dúvida a representação de um titular e seu suplente que não havia a entidade identificada. Nos seguintes subtópicos serão discutidas as dimensões,



referente à: Estrutura, Representatividade, Dinâmica Organizacional, Sistema de Planejamento do SUS e Autonomia.

Estrutura

Esta se refere às condições básicas de estrutura para desenvolvimento dos trabalhos do Conselho em seus diferentes aspectos. Contudo, em relação aos dados obtidos, nenhuma ação concreta a favor foi identificada. Não se comprovou a existência de materiais como: telefone, computador e outros. Assim como, a existência de um profissional específico, destinado ao apoio dos conselheiros.

Concernente a isto, a Resolução 333 de 04/01/2003 trata da obrigação dos governos em manter o Conselho tanto na garantia de dotação orçamentaria, como secretaria executiva e administrativa. Entretanto para gestão do Conselho de Saúde de Boqueirão no período, a obrigatoriedade dos governos não se efetivou. Nessa condição a soberania popular conquistada pela Constituição precisa resgatada.

No que concerne aos instrumentos legais do conselho, nem a lei de criação e regimento interno foram encontrados, apenas referência de uma lei de criação do conselho que não foi publicada, já que os sites de buscas não apresentaram resultados.

Em relação a isso, a Resolução nº 333 de 04/11/2003 estabelece que a criação dos Conselhos Municipais de Saúde seja estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, e seus trabalhos direcionados por um regimento interno, elaborado pelos próprios conselheiros. No conselho estudado, algumas problemáticas como desinteresse, falta de compromisso e de capacitação dos conselheiros, e por outro lado, a indiferença dos gestores pode ter contribuído para que o órgão atuasse ilegalmente.

Mauro Vieira e Maria Cristina Marino Calvo (2011), tendo avaliado, dentre outras dimensões, a estrutura de 24 conselhos do Estado de Santa Catarina, dispuseram em artigo que os piores resultados encontrados estavam relacionados à “secretaria executiva” e “administrativa” dos indicadores para esta dimensão. E a nível nacional, demonstraram que de “98% dos 5.564 municípios brasileiros, achou-se que somente 48% possuíam ‘orçamento próprio’, 16,6% possuíam ‘sede’, e 33% possuíam ‘secretaria executiva’”.



Certamente estes estudos são necessários para que se saiba a situação dos conselhos, se por um lado demonstram as suas problemáticas, por outro revelam que necessitam de uma transformação. Entretanto, tendo em vista a diversidade de problemáticas também são passíveis de discussão as que afetam a dimensão representatividade, discutidas na sequência.

Representatividade

Esta dimensão compreende a paridade do segmento dos usuários com os demais segmentos que compõem o Conselho de Saúde de Boqueirão. Neste aspecto, a Resolução 333/90, esclarece no inciso I da terceira diretriz, que o total de membros seja indicado em reunião plenária dos Conselhos e Conferências de Saúde. No inciso II, define como forma de composição o seguinte: 50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores de saúde; e, 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Baseado nisto e nos registros encontrados sobre as duas eleições do Conselho (2010/2012), cabe destacar que na primeira e na segunda eleição, a composição de entidades de usuários foi maior que 50%. Na primeira, estiveram ausentes os representantes dos trabalhadores, já na segunda, não se sabe ao certo se houve representação deste segmento, pois houve registro de representantes sem a sua entidade.

No entanto, mesmo a representação dos usuários tendo sido maior, identificou-se que durante as reuniões a representatividade do governo se sobressaiu, observada em atas assinaturas e prevalência nas falas dos seus conselheiros e suplentes. A problemática da representatividade também engloba a mesa diretora, cabendo mencionar que o presidente eleito nos dois mandatos foi o representante da Secretaria Municipal de Saúde e que no último mandato, não houve posse de um Tesoureiro.

Nestes aspectos uma pesquisa de Vieira e Calvo (2011), mostra que na dimensão representatividade obteve o pior resultado os indicadores “representação das entidades” e “composição percentual do conselho”, em comparação ao indicador



“representatividade dos usuários”. Com estes dados, observa-se uma forte influência na representação dos conselhos, algo que precisa ser superado pela a sociedade.

No Conselho de Saúde de Boqueirão, entre os dados encontrados, houve uma tendência em reafirmar a influência dos governos, isso, pelo o fato de que principalmente as reuniões foram sempre conduzidas pelo secretário e sua equipe, não descartando as dificuldades, desinteresse e a falta de informação dos conselheiros. Isso retrata um tipo de concepção autoritária de participação observada por Gohn (2011).

Para complementar, na abordagem desta dimensão, um detalhe que chamou atenção foi a inexistência de dados que comprovasse a convocação por escrito das entidades participantes, deixando a desejar quanto a qualificação e garantia nas deliberações, resultado também da própria dinâmica organizacional, discutida a seguir.

Dinâmica Organizacional

A Dinâmica Organizacional se refere ao modo de funcionamento do Conselho de Saúde. Sobre isto, a quinta diretriz da Resolução 333/90 que fala das competências dos conselheiros, trata no inciso I e XXI que os mesmos devem: elaborar o seu regimento interno e outras normas de funcionamento; estabelecer ações de informação, educação, comunicação e saúde; divulgar as funções e competências do conselho por todos os meios de comunicação; e ainda, informar sobre as agendas, datas e local das reuniões.

Isso tudo, é de suma importância para um bom funcionamento do conselho, no entanto, na apreensão dos dados do Conselho analisado eles deixaram a desejar quanto à comprovação dessas competências. Vale lembrar, ainda, a inexistência do próprio regimento interno, lei de criação e profissional capacitado, instrumentos capazes de disciplinar a organização e amparar as decisões dos conselheiros.

Nos registros do Conselho percebeu-se que a sua capacidade ficou reduzida a práticas como: aprovação e assinatura das atas das reuniões, apreciação dos relatórios anuais de gestão e apreciação/avaliação do Pacto pela a Saúde com a devida aprovação e convocação da conferência para o setor, práticas geralmente restritas.



Devido não ter encontrado nenhum dado que tratasse de proposta requisitando a lei de criação do conselho, regimento interno, e projetos/ações mais precisos voltados para a população, capacitação e qualificação dos conselheiros e vários documentos que deveriam ser analisados por estes, cabe ressaltar que em grande parte houve a falta de interesse e compromisso dos tais conselheiros, o que leva a questionar a influência do conselho no sistema de planejamento do SUS, na discussão a seguir.

Sistema de Planejamento do SUS

Este envolve o desenvolvimento da gestão do Conselho Municipal de Saúde quanto à apreciação do Plano Municipal de Saúde, Plano Plurianual, Relatório de Gestão Anual, Programação Anual de Saúde, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual, Termo de compromisso de gestão, projetos, programas e serviços.

Tendo como referência as atas do Conselho, dos itens citados acima, houve somente a apreciação dos Relatórios Anuais de Gestão do ano de 2011 e 2012, e de forma restrita, a apreciação da Programação Anual de Saúde destes anos e do ano de 2010. Na apreciação dos Relatórios, percebeu-se que durante as reuniões tiveram foco as metas qualitativas não cumpridas, mas as metas quantitativas ficaram de fora, bem como apreciação de forma completa das programações anuais e Pacto pela Saúde. No geral surgiram algumas propostas dos conselheiros e promessas por parte dos responsáveis no desenvolvimento dos programas, porém não foram efetivadas.

A discussão relativa aos recursos financeiros é de grande relevância, sabendo que o Conselho de Saúde tem poder de controle nos gastos para com a saúde, instituído pela Constituição e leis que regem a saúde, por elas são considerados instâncias máxima de decisão, porém, assim como nos demais casos, a parte financeira não foi apreciada. Assim, nesta dimensão, pôde-se constatar que as apreciações tiveram como principal objetivo legitimar a gestão, sendo importante destacar que nem sempre participou um quórum mínimo exigido por lei, quando na aprovação dos instrumentos, podendo ter resultado da falta de autonomia, assunto seguinte.



Autonomia

A autonomia está aqui vinculada à independência do Conselho no desenvolvimento do seu trabalho, para tanto a Quarta Diretriz da Resolução 333/90 evidencia que é preciso que os governos garantam a autonomia dos conselhos de saúde. Todavia, na gestão do Conselho de Boqueirão foi constatado falta de autonomia, ao identificar que as reuniões eram sempre dirigidas e conduzidas pelos secretários de saúde e coordenadores de equipe de saúde da família. Neste sentido, Vieira e Calvo (2011) comentando a problemática da autonomia descrevem:

A gestão normalmente tem concentrado o poder da pauta de discussão o que implica o rumo das discussões e decisões, em que o espaço do controle social volta-se em grande parte apenas para a legitimação dos interesses da administração.

Infelizmente, a gestão do Conselho de Boqueirão esteve condicionada as essas implicações, razão pela quais muitas atividades e ações não foram direcionadas rumo a sua legitimação, ordenamento, estruturação e ao controle sobre a política de saúde local, em que os dados encontrados não comprovaram um papel mais ativo dos conselheiros na garantia de uma saúde de qualidade para a população.

A influência governamental na gestão do Conselho foi uma das hipóteses levantadas ao projetar este estudo e junto a esta, a falta de interesse dos conselheiros, de informação e, por fim, de autonomia, entretanto, todas elas contribuíram para uma má qualidade de gestão. Com isso percebeu-se que a atuação de um Assistente Social junto ao órgão foi e ainda se torna imprescindível, fundamento do tópico seguinte.

Possibilidades de atuação do assistente social junto ao Conselho Municipal de Saúde de Boqueirão do Piauí.

A presente discussão tem como fundamento as leis que regulamentam a atuação do Assistente Social na área da saúde, Lei de Regulamentação e Código de Ética Profissional, bem como estudos sobre a temática.

Na área da saúde, a atuação do Assistente Social está regulamentada pela Resolução nº 218, de 06/03/97 e pela Resolução CFESS nº 383, de 29/03/19 que



respectivamente, reconhece e caracteriza o Assistente Social como profissional da saúde. A Lei 8662 de 08/06/1993 e o Código de Ética de 1993 são os instrumentos legais que regulamentam e disciplina a profissão na divisão sócio-técnica do trabalho.

Além de todo o aparato legal, o Assistente Social é um profissional gabaritado, dotado de uma capacidade teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, capaz de realizar um trabalho digno voltado para a população e direcionar suas ações, no combate a cultura tradicionalista e excludente que fere os princípios do SUS.

Embora sendo “tolhido em suas ações, que dependem de recursos, condições e meios de trabalho cada vez mais escassos para as políticas e serviços sociais públicos”, como relata Iamamoto (2009, p 176), um Assistente Social comprometido, sempre direciona o seu trabalho num sentido de superar as situações impostas, procurando garantir os direitos do cidadão.

Na atualidade, principalmente com o Neoliberalismo, a classe-que-sobrevive-do-trabalho se vê a margem da sociedade, geralmente sob condições indignas de empregos e circunstâncias desafiadoras para sua sobrevivência, onde vêem negados os seus direitos, entre eles o de uma Política Pública de Saúde de qualidade, que considere o indivíduo de forma integral. É nesse contexto que trabalha o Assistente Social.

A área da saúde em Boqueirão, ainda não conta com um profissional do Serviço Social, em relação a isso há diversas questões envolvidas, desde a falta de conhecimento sobre a sua importância no setor, à própria visão que os governos têm da Política de Saúde ou sociedade, onde a Política de Saúde sofre influências governamentais.

Porém, é importante frisar que o campo da saúde tem abarcado um grande número de Assistentes Sociais, devido ser o mesmo reconhecido como um profissional capaz de lidar com as expressões da questão social, resultado do novo movimento que se processa na atualidade, impulsionado principalmente pelas décadas de 80.

Estudos demonstram que o Assistente Social tem desempenhado um papel importante na área da saúde, e os conselhos municipais de saúde revelaram-se como espaços privilegiados. Dentro do próprio órgão foi possível encontrar o Assistente Social desenvolvendo ações tanto de conselheiros, como de assessoria técnica e secretaria



executiva, como comprova a pesquisa de Francinese Raquel Vieira Silva (2007), realizada com um Conselho de Municipal de Saúde de Maceió, que trata:

[...] alguns avanços foram obtidos através da atuação do Serviço Social na assessoria técnica ao CNS de Maceió, dentre eles, a revisão do Regimento Interno que legalizou a assessoria técnica como atividade própria do Serviço Social; a ativação das Comissões; a formação de grupos de estudos com os conselheiros; estudo das resoluções, deliberações, conferências e propostas não executadas; articulação constante com/entre os conselheiros [p. 5].

A referente pesquisa mostrou ainda que a atuação do Serviço Social na secretaria executiva vinculou-se “a elaboração da ata, organização da pauta da reunião, ou seja, a parte administrativa do conselho” [p. 6].

Em vista disso, cumpre destacar que o Serviço Social pode ter papel preponderante dentro dos conselhos, ao realizar suas ações num sentido de fortalecer a capacidade dos conselheiros. Nesta perspectiva, um Assistente Social comprometido com a causa saúde é extremamente necessário ao Conselho de Saúde de Boqueirão. Dentro do próprio Conselho, o Assistente Social poderia desempenhar várias funções, como as que já foram citadas, e num ambiente externo ele poderia estar auxiliando no fornecimento de dados e desenvolvimentos de projetos quando ocupando outros cargos, como em equipes multidisciplinar (NASF), coordenação, direção e administração.

Considerações Finais

O grande desafio que a Política de Saúde Social enfrenta hoje é exatamente o da garantia de todos os princípios legais nela instituídos. Neste sentido, o controle social por meio dos conselhos não vem sendo devidamente efetivado é o que demonstram algumas pesquisas, assim como os resultados de estudo sobre a Gestão do Conselho Municipal de Boqueirão. Neste sentido, a sua legitimidade e a sua efetividade vem sendo questionada. No espaço dos conselhos tem surgido uma diversidade de problemáticas e dentre as principais causas estão a influência dos governos ou gestores, e a falta de qualificação e de compromisso ou interesse dos conselheiros, fato observado na pesquisa concernente ao Conselho de Saúde de Boqueirão.



Neste contexto, a pesquisa tratou de conhecer a gestão do referido Conselho no biênio 2010 a 2012, tendo investigado, identificado, analisado e descrito influências e dificuldades que interferiram no seu processo de gestão, e a partir dos resultados encontrados mostraram as possibilidades de atuação do Assistente Social junto ao órgão.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003, do conselho Nacional de Saúde. Aprova as Diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde In: **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 3 ed. Série E. Legislação de Saúde. Brasília-DF, 2011, p. 134-139.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica**. v 84. São Paulo, Cortez, 2001, p. 15-29 (Coleção Questões da nossa época).

IAMAMOTO, Marilda Vilela. As dimensões Ético-Políticas e Teórico-Methodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: Mota, Ana Elizabete et al (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília - DF: OPAS/OMS/MS, 2009, p. 166, 176, 177.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOQUEIRÃO DO PIAUÍ. **Atas do Conselho Municipal de Saúde - 2009-2012**.

SILVA, Francinise Raquel Vieira. **A atuação do profissional de Serviço Social no Controle Social da política pública de saúde de Alagoas**. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/>. Acesso em: 10 de agosto de 2012.

VIEIRA, Mauro; CALVO, Maria Cristina Marino. **Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no estado de Santa Catarina, Brasil**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n12/04pdf>. Acesso em: 10 de agosto de 2012.



O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PREVIDENCIÁRIA E A PROMOÇÃO DE CIDADANIA

THE SOCIAL SECURITY EDUCATION PROGRAM AND PROMOTION OF CITIZENSHIP

Claudiene dos Santos Costa

Jornalista com Especialização em Teorias da Comunicação e da Imagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). É técnica do seguro social desde 2008, onde atuou como coordenadora do Programa de Educação Previdenciária e atualmente é assessora de Comunicação Social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) no Ceará e aluna especial da graduação em Ciências Sociais da UFC.

Cláudia dos Santos Costa

Assistente social, professora e advogada. Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará e em Direito pela Faculdade Luciano Feijão. Mestre em Gestão Pública pela Universidade Estadual Vale do Acaraú e atualmente leciona no Curso de Serviço Social das Faculdades INTA (Sobral/CE).

Resumo

Analisamos o Programa de Educação Previdenciária (PEP) desenvolvido pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) como ferramenta de disseminação de informações para que a população cada vez mais seja incluída na Previdência Social. Consideramos a evolução de suas normas de operacionalização, em quinze anos de presença no instituto, como um avanço na valorização das potencialidades de levar ao segurado o conhecimento de seus direitos previdenciários e assim construir cidadania.

Palavras-chave

Educação. Previdência. Políticas Públicas.

Abstract

We analyze the Social Security Education Program developed by the National Institute of Social Security (INSS) as a tool of information dissemination for the population to increasingly be included in Social Security. We consider the evolution of their operational standards, in fifteen years in the institute, as an advance on the appreciation of the potential of bringing the insured knowledge of their rights to Social Security and thus build citizenship.

Keywords

Education. Social Security. Public policy.



Introdução

Trazemos ao eixo temático “Seguridade Social: Assistência Social, Saúde e Previdência” uma análise do Programa de Educação Previdenciária (PEP), desenvolvido no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), e sua contribuição para expandir a proteção previdenciária à população brasileira.

A ampliação do acesso à informação, com foco em públicos específicos, abrange o acesso a políticas públicas. O PEP é executado em escala nacional, e tem o objetivo de promover a inclusão de trabalhadores no Sistema Previdenciário, divulgar políticas públicas e valorizar a cidadania.

Considerações sobre educação para a cidadania

Assinalamos o potencial do PEP como ferramenta de educação para a cidadania, a partir da inclusão social acarretada pela participação no Sistema Previdenciário Brasileiro. Consideramos a educação para a cidadania como um direito essencial enquanto propiciador das condições necessárias à inclusão no espaço público, ou seja, no campo da participação política.

Remetendo a definições de Paulo Freire, a cidadania não se limita à discussão dos aspectos civis, políticos e sociais, uma vez que este autor considera a conscientização pela educação crítica como um fator determinante para que o sujeito participe das construções sociais de seu tempo (Fernandes apud Freire, 2011).

O Programa de Educação Previdenciária aposta na formação do próprio segurado da Previdência Social para que este efetive seus direitos nesta política pública. Assinalamos a cidadania ativa, que requer a participação na esfera pública, portanto, a relação com outros atores, com interesses divergentes e diversos (Haddad, 2003). Esta cidadania ativa tem como base o respeito em relação às diferenças e a superação das desigualdades sociais, bem como a capacidade de dialogar, buscar consensos que privilegiem a maioria dos envolvidos, ou, num sentido mais amplo, o bem comum.



A educação está presente também na luta cotidiana dos cidadãos por direitos individuais e coletivos, e é nesta luta que se apreende o compromisso com o respeito pelos direitos de outras pessoas ou grupos sociais, portanto, com seus deveres. Este movimento, chamado de “cidadania ativa” distingue-se da “cidadania passiva”, aquela outorgada pelo Estado, com a ideia moral da tutela e do favor.

O PEP é uma iniciativa do próprio INSS para que o seu público aprenda a caminhar em sua direção e conhecer seus direitos e deveres para efetivamente tornar-se segurado da Previdência Social. Vê-se aí um sentido mais próximo de educação rumo a uma cidadania ativa do que da ideia passiva de favor do Estado.

Situamos o PEP na tentativa de diminuir o fosso do desconhecimento sobre a Previdência, o que se traduz nos censos populacionais como os que não dispõem de cobertura previdenciária contra acidentes, doença, idade avançada, entre outros riscos sociais. Já a inexistência da possibilidade de realização do direito à educação, ou a insuficiência de condições para o seu exercício, implica também que a igualdade de direitos e deveres de cidadania está anulada ou prejudicada (Ribeiro, 2002).

O exercício da cidadania ativa fortalece a democracia, esta entendida como aquela que respeita os direitos civis e políticos, e também os direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais que, juntos, compõem o conjunto dos direitos humanos.

Definições do programa de Educação Previdenciária

O Programa de Educação Previdenciária (PEP) tem seu início contado a partir da Portaria no. 1.671/2000, que instituiu o Programa de Estabilidade Social (PES). O então Ministério da Previdência e Assistência Social justificou sua criação “considerando que as estatísticas oficiais apontam que de cada dez trabalhadores, seis estão fora do sistema previdenciário”.

A finalidade do Programa de Estabilidade Social foi descrita como ampliar a cobertura dos benefícios concedidos pelo Regime Geral de Previdência Social (RGPS), tendo em vista o bem-estar dos trabalhadores.



Porém, em 2003, a Portaria no. 1276 do então Ministério da Previdência Social alterou o Programa de Estabilidade Social para Programa de Educação Previdenciária. O novo texto afirmava o objetivo de “informar e conscientizar a sociedade acerca de seus direitos e deveres em relação à Previdência Social, com a finalidade de assegurar a proteção social aos cidadãos, por meio de sua inclusão e permanência no Regime Geral de Previdência Social”.

Enquanto o PES citava em seu cabeçalho a política de incentivos para inscrição no RGPS, a saber, regime previdenciário cujos benefícios são administrados pelo INSS, o PEP assinalou a necessidade de ampliação do atendimento previdenciário, mediante programas de educação voltados para os trabalhadores e para as empresas.

Apesar de manter as três linhas de ação do PES, que é a promoção de ações de atendimento para inscrição no RGPS, a produção de informações institucionais sobre a importância do seguro social para os trabalhadores e a realização regular de programas de orientação sobre os benefícios e serviços do RGPS, o PEP acrescentou uma linha de ação.

Trata-se da celebração de parcerias com sindicatos, entidades de classe, associações profissionais e de ofícios, entidades assistenciais e comunitárias, clubes de serviço, associações de bairro, empresas, igrejas, estados e municípios, particularmente por meio de seus organismos de ação social, organizações não governamentais, especialmente aquelas voltadas para o fortalecimento e valorização da cidadania, como também outros agentes públicos e comunitários.

Essas alterações nortearam a tarefa de ampliar o acesso aos benefícios previdenciários no sentido de informar a população sobre os direitos e deveres junto à Previdência Social para assim participar dela. O foco passou a ser a inclusão social trazida pelo fato de tornar-se segurado, e não apenas acrescentar contribuição a este sistema.

De fato, pessoa informada passou a significar tanto quanto inscrito no RGPS. Alguém incluído na Previdência na condição de dependente ou mesmo de segurado, seja ele ativo ou beneficiário, representa igualmente o atingimento do objetivo do PEP.

Em 2010, a Resolução no. 123 emitida pela Presidência do INSS fixou outras diretrizes sobre a execução do PEP, desta vez com a justificativa da necessidade de ampliar



a cobertura previdenciária, o atendimento previdenciário e de disseminar as melhorias do atendimento, mediante ações educativas.

O documento repetiu definições das linhas de ação dos documentos anteriores, mas trouxe novidades que enfatizavam a necessidade de levar à população as melhorias implementadas pelo INSS no atendimento previdenciário nos últimos anos. Além de enfatizar a divulgação dos canais de atendimento e socializar as informações previdenciárias, com a finalidade de assegurar a proteção social aos cidadãos, a resolução inova ao citar como objetivo a permanência no RGPS, e não apenas a já citada inclusão.

Para se alcançar estes feitos, a resolução acrescentou entre as linhas de ação participar de eventos voltados para a divulgação dos serviços previdenciários, com vistas a integrar a Previdência Social no cotidiano da sociedade. Outras inovações são o acompanhamento e divulgação da evolução do número de inscrições e recolhimentos no RGPS e a divulgação dos serviços prestados pela Previdência Social, bem assim os seus padrões de qualidade.

Apesar de permanecer a observância da quantidade de participantes no Sistema Previdenciário, ressalta-se a mudança de foco dos objetivos em direção a apresentar à sociedade as melhorias implementadas no INSS nos últimos anos.

Com investimentos na infraestrutura de Agências da Previdência Social, tecnologia e gestão de excelência baseada em Plano de Ação Plurianual, o INSS inseriu entre os objetivos do PEP a divulgação de suas mais visíveis melhorias. Estas implementações foram representadas sobretudo pela implantação dos canais remotos de atendimento ao cidadão (agendamento e informações pela Central Telefônica 135 e página na Internet), Plano de Expansão da Rede de Atendimento e Planejamento Estratégico ancorado na missão e visão da Previdência Social. A missão é “garantir proteção ao trabalhador e sua família, por meio de sistema público de política previdenciária solidária, inclusiva e sustentável, com o objetivo de promover o bem-estar social”. Já a visão da Previdência Social é “ser reconhecida como patrimônio do trabalhador e sua família, pela sustentabilidade dos regimes previdenciários e pela excelência na gestão, cobertura e atendimento”.



Estrutura e resultados do PEP

Para informar e conscientizar a sociedade brasileira sobre o papel da Previdência Social, o PEP promove ações que viabilizam a inscrição na Previdência, através de palestras, orientação individual, Curso de Disseminadores de Informações Previdenciárias e participação em meios de comunicação, como rádio, TV e jornais impressos.

As ações são realizadas por servidores do INSS lotados nas Agências da Previdência Social de todo o país, e também nas Gerências-Executivas do INSS e em sua Direção Central, sediada em Brasília (DF). Na capital do país se situa sua coordenação nacional, que integra o Centro de Formação e Aperfeiçoamento do INSS. Em cada região do país, o que no organograma do INSS está dividido como Superintendências Regionais (Norte/Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste I, Sudeste II e Sul), o PEP mantém uma representação regional. Já nas Gerências-Executivas, o que corresponde a uma coordenação em nível microrregional, há um Núcleo de Educação Previdenciária.

Nas Agências da Previdência Social, os servidores que se encarregam de executar ações educativas para o público externo sobre a Previdência representam os Núcleos Locais de Educação Previdenciária. Assim, aproveitando a capilaridade do INSS¹³, o PEP faz-se representar em todo o país.

Ao longo de 15 anos, considerando-se da criação do Programa de Estabilidade Social do INSS até o ano de 2015, o Programa de Educação Previdenciária conseguiu levar informações previdenciárias a mais de 10 milhões de pessoas, segundo página oficial do PEP na intranet do INSS.

Convém ressaltar que os próprios sistemas de mensuração de ações educativas dos Núcleos de Educação Previdenciária tornaram-se mais eficazes no registro de atividades, com dados de servidores envolvidos, tipo de público, quantidade de ouvintes, conteúdo programático, fotos e parceiros institucionais. Assim a Coordenação Nacional do PEP

13 O INSS possui 104 Gerências-Executivas e 1.607 Agências da Previdência Social ativas. Fonte: Sistema Sala de Monitoramento, acessado pela intranet do INSS. Acesso em 14jan2016.



divulgou em seus 15 anos de atuação a contagem de mais de 80 mil ações de educação previdenciária, e a formação de mais de 105 mil disseminadores das informações previdenciárias.

Lembramos que a portaria que criou o Programa de Estabilidade Social, embrião do que é hoje o PEP, justificava sua necessidade por haver 60% dos trabalhadores brasileiros, em 2000, fora do sistema previdenciário. Em 2013, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) apontou que 72,5% da população ocupada do país contava com proteção previdenciária.

Sem desconsiderar outros critérios favoráveis ao aumento do acesso da população a informações de maneira geral, destacamos a atuação do PEP em informar o público desprotegido, orientando seus objetivos em consonância com os dados da Pnad. Assim, de forma organizada sobre que categoria de trabalhadores atingir prioritariamente, o PEP vem determinando seus focos de atenção em públicos ainda sem participação no Sistema Previdenciário. Para confirmar o crescente profissionalismo do programa, desde a proposição de objetivos até a mensuração de resultados, o PEP consta no Planejamento Estratégico do INSS, localizado no Direcionador Estratégico de “Ampliação da Cobertura”, em seu objetivo estratégico de “fortalecer a educação previdenciária com foco na inclusão e fidelização”.

A quantidade de pessoas que fizeram pelo menos uma contribuição no ano para a Previdência Social, conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) divulgada em 2014, passou de 39,8 milhões (em 2003) para 69,7 milhões (em 2013) – um crescimento de 74,8%. Apesar da crescente expansão da proteção previdenciária, 24,2 milhões de brasileiros ainda estão socialmente desprotegidos, o que corresponde a 27,5% do total da população ocupada.



Conclusão

Observando a evolução sobre definições e linhas de ação atribuídas ao PEP em 15 anos de Educação Previdenciária no INSS, conferimos uma aposta cada vez maior do instituto na informação como facilitadora do acesso à Política Previdenciária.

Também é crescente, conforme acompanhamento de registro de ações do PEP nos sistemas corporativos do INSS, a quantidade de pessoas informadas a cada ano em ações educativas. Enaltecemos aqui a eficácia do PEP devido a seu alcance cada vez maior, amparado na presença em nível nacional dos equipamentos da Previdência Social, incluindo-se as Agências da Previdência Social que possuem servidores atuando como educadores previdenciários ativos e as ferramentas de educação a distância disponibilizadas pelo INSS.

Porém, esta mesma estrutura que dá corpo ao PEP também limita em alguns aspectos sua eficácia em proporcionar à população brasileira uma maior aproximação dos direitos previdenciários. Referimo-nos à pouca disponibilidade de tempo dos servidores para dedicar-se a ações educativas externas ao instituto, e outras pontualidades de macroestrutura que diminuem o potencial do trabalho do PEP, como necessidade de melhor estruturação da Carreira do Seguro Social para dar mais viabilidade à execução do PEP, difícil compreensão popular da legislação previdenciária e ainda uma má imagem de modo geral da Previdência junto à população, cumulativa de décadas anteriores quando se obteve menos progresso no alcance de direitos no Sistema Previdenciário.

O PEP mostrou sua eficácia, através do atingimento de metas propostas quanto a levar informações ao público, e eficiência, já que o programa mantém suas atividades ininterruptamente em anos de baixa destinação orçamentária para ações do instituto. Entretanto para que preserve seu potencial para aproximação entre os brasileiros e a Previdência Social, compartilhamos de observações de Hugo Ribeiro Barros (2011) quanto à preocupação para que o PEP não se resuma à realização de ações de capacitação, de orientação e de celebração de acordos e convênios que no fundo não são capazes de motivar a inscrição dessas pessoas no RGPS.



Faz-se necessário manter a consonância com os objetivos lapidados junto à evolução do INSS, a fim de não perder o foco da efetividade do PEP, ou seja, administrar suas potencialidades para que o programa traga realmente benefícios à população.

Os objetivos são audaciosos, mas promissores, e só a longo prazo terão sua eficácia comprovada, já que precisamos do compromisso entre gerações, tanto de educadores quanto de público, para que o maior acesso à Previdência se efetive, e finalmente os temas previdenciários façam parte dos diálogos sociais, inclusive como conteúdo de diversos órgãos da iniciativa pública que trabalhem com educação e de cidadania.

Referências

BARROS, Hugo Ribeiro. O programa de educação previdenciária como política social. **Revista Universitas/JUS**, Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), v22, n.2 2011. Disponível em: <<http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/jus/article/viewFile/1515/1458>>. Acesso em 11 jan 2016.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. Resolução n. 123, de 14 de dezembro de 2010. Disciplina a execução do Programa de Educação Previdenciária - PEP, no âmbito do Instituto Nacional do Seguro Social- INSS. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=113285>>. Acesso em 12 jan 2016.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria n. 1.671, de 15 de fevereiro de 2000. Institui o Programa de Estabilidade Social. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/114541.pdf>>. Acesso em 11 jan 2016.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Portaria n. 1.276, de 9 de setembro de 2003. O Programa de Estabilidade Social passa a denominar-se Programa de Educação Previdenciária. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/66/MPS/2003/1276.htm>>. Acesso em 11 jan 2016.

FERNANDES, Jovelaine Lopes Galvão. **Educação e Cidadania em Paulo Freire**. 2011. 96 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: <http://educacaoprofissional.esy.es/Trabalhos/TD9140969316.pdf> . Acesso em 18 jan 2016.

HADDAD, Sérgio. **Educação de Jovens e Adultos, a promoção da Cidadania Ativa e o desenvolvimento de uma consciência e uma cultura de paz e direitos humanos**. Tradução



do artigo: Education for youth and adults, for the promotion of an active citizenship, and for the development of a culture and a conscience of peace and human rights. Agenda for the future six years later – ICAE Report. International Council for Adults Education – ICAE. Montevideo, 2003. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/responsabilidade-social/edulegislativa/educacao-legislativa-1/educacao-para-a-democracia-1/apresentacao/textos-1/Artigo%20Promocao%20Cidadania%20Ativa.pdf>. Acesso em 18 jan 2016.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **INFORME:** Número de contribuintes da Previdência cresce 74,8% em dez anos. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/2014/10/pnad-2013-cresce-protecao-previdenciaria-dos-trabalhadores/>>. Acesso em 13 jan 2016.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. PNAD 2013: Cresce proteção previdenciária dos trabalhadores. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/2014/10/pnad-2013-cresce-protecao-previdenciaria-dos-trabalhadores/>>. Acesso em 13 jan 2016.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Programa de Educação Previdenciária. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/aceso-a-informacao/programas-e-aco-es/pep-programa-de-educacao-previdenciaria/>>. Acesso em: 13 jan 2016.

RIBEIRO, Marlene. “Educação para a cidadania: questão colocada pelos movimentos sociais”. **Revista da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo**. Vol.28, no.2, dez. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-97022002000200009&script=sci_arttext>. Acesso em 18 jan 2016.



NA CONTRACORRENTE DA UNIVERSALIDADE: limites à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)

ON COUNTERCURRENT OF UNIVERSALITY: limits to the consolidation of the Single Health System (SUS)

Gladson Rosas Hauradou | Email: gladson@ufam.edu.br
Estudante de Mestrado em Serviço Social. Especialista. Bolsista FAPEAM.

Simone Eneida Baçal de Oliveira | Email: sisiooliveira@uol.com.br
Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Grupo de Estudo e Pesquisa em Políticas Sociais e Seguridade Social no Amazonas (GEPPSSAM). Doutora.

Resumo

A materialidade do SUS na perspectiva do acesso universal segundo os pressupostos da Constituição Federal de 1988 representa um desafio contínuo num movimento que envolve todas as dimensões da vida social. É assim, que as conquistas advindas com o processo de Reforma Sanitária têm enfrentado limitações para sua efetiva implementação desde seu nascedouro na década de 1980 do século passado. Tais limitações relacionam-se a uma gama de conflitos advindos dos distintos interesses no contexto da atenção à saúde numa relação de avanços e retrocessos, permanente, se fazendo presente no cotidiano dos usuários. Neste estudo, reflete-se sobre alguns dos muitos desafios postos ao processo de materialização do SUS. Revela-se que, dentre os principais desafios, o de ordem política permeia todos os demais, pois sem um efetivo direcionamento às ações voltadas para a sua implementação nos três entes federados, em que se situa o financiamento, a proposta da Reforma Sanitária torna-se inviável.

Palavras-chave

Universalidade. Sistema Único de Saúde. Desafios.

Abstract

The materiality of Brazilian Public Health System (SUS), in the perspective of the universal access according to the premises of the Brazilian Federal Constitution of 1988, is a continuous challenge that involves all dimensions of social life. That is how the achievements stemming from the process of health reform have faced limitations to their effective implementation, since its birth in the 1980s. These limitations relate to a variety of conflicts, stemming from different interests of the context of attention of health in the permanent ratio of advances and setbacks, that become present in the daily lives of users. In this paper, we reflect on some of the many challenges posed to the SUS materialization process. We discuss that among the main challenges, the political one affects all others, because without an effective direction to initiatives for implementation in the three funded federal entities, the proposed health reform becomes unviable.

Keywords

Universal Access. Brazilian Public Health System. Challenges.

Introdução



A materialidade do SUS na perspectiva do acesso universal segundo os pressupostos da Constituição Federal de 1988 representa um desafio contínuo num movimento que envolve todas as dimensões da vida social. É assim, que as conquistas advindas com o processo de Reforma Sanitária (RS), que toma corpo com a determinação dos princípios doutrinários, organizativos e orientadores do SUS segundo o previsto na Política Nacional de Saúde (PNS)¹⁴enfrentado limitações para sua efetiva implementação desde o nascedouro do SUS na década de 1980 do século passado. Tais limitações relacionam-se aos conflitos advindos dos distintos interesses no contexto da atenção à saúde numa relação de avanços e retrocessos se fazendo presente no cotidiano dos usuários nas suas dimensões endógena e exógena.

Para autores que lançam mão de uma abordagem crítica das relações sociais, tais limitações referem-se à desconstrução de conquistas dos trabalhadores as quais, traduzidas em direitos, ganham concretude nas políticas sociais - caso particular da saúde neste estudo. São exemplos os trabalhos de Bravo (2009), Nogueira (2009), Mioto (2009), Correa (2009), Boschetti e Salvador (2009) dentre os teóricos do Serviço Social que investigam o tema.

Para outros, estas limitações estão visceralmente ligadas à própria forma como a sociedade brasileira concebe e geri suas políticas, ou seja, ao seu próprio *modus operandi* sem questionar a estrutura e a dinâmica social. Desconsidera, por exemplo, orientações/imposições dos denominados organismos multilaterais - Banco Mundial / Organização Mundial do Comércio (OMC) / Fundo Monetário Internacional (FMI) - cuja influência se mostra, por demais, determinante nas decisões relativas às políticas públicas brasileiras. Estas investidas podem ser compreendidas em duas frentes, a saber: a de ordem neoliberal, com introdução no contexto latino-americano a partir da década de 1970

¹⁴ Tratam-se dos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade; e os princípios organizativos baseados na participação popular, na regionalização e hierarquização, na resolubilidade e na descentralização com comando único



do século XX e, mais recentemente, a vinculada ao ideário social-liberal¹⁵. Nesta segunda corrente de autores destacam-se aqueles adeptos à ideologia neoliberal entendida como a solução possível para os diferentes problemas no andamento da sociedade.¹⁶ Os desdobramentos desta frente no Brasil, sobretudo na década de 1990 do século XX, concorreram para uma ofensiva substantiva aos direitos sociais, dentre os quais situamos o direito social à saúde. Estas inflexões revelam o “caráter conservador do projeto neoliberal” (IAMAMOTO, 2009) com intervenções concretas na vida dos brasileiros até o tempo presente. Considera-se que em se tratando da política de saúde os desdobramentos desta segunda corrente de pensamento tem se mostrado agressiva demais às conquistas históricas nesse contexto e representa um retrocesso no campo da cidadania. Neste estudo realiza-se uma reflexão sobre alguns dos muitos desafios postos ao processo de materialização do SUS, ou seja, o “desafio político”. Por se entender que este permeia todos os demais. A metodologia adotada funda-se na pesquisa bibliográfica com base em trabalhos de sanitaristas e de profissionais visceralmente ligados à RS edificada nos anos 70 e 80 do século XX, como também, em trabalhos mais recentes sobre a questão da política de saúde.

Notas primeiras para se refletir sobre os desafios do SUS

Sabe-se que “o SUS ao longo da sua existência sempre sofreu as consequências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento” (POLIGNANO, 2014, p.

¹⁵ Quanto a esta vertente, em estudo realizado por Castelo (2011), pode-se identificar um amplo uso de referenciais quantitativos para darem conta da “questão social” e, dessa forma, das políticas voltadas para lidar com esta nos anos recentes. Tais referenciais tomam como fundamento os trabalhos de autores conhecidos por desenvolverem seus estudos segundo a perspectiva “social-liberal”. Entre estes se destacam, por exemplo: Amartya Sem, Antony Giddens, Dani Rodrik, Jonh Williamson e Joseph Stiglitz [...]”.

¹⁶ A ideologia neoliberal surge na Europa Ocidental e América do Norte no pós-II Guerra Mundial, desenvolvendo-se desde o início do século XX a partir da “Escola Austríaca”, fundada por Carl Menger e continuada por Ludwig Von Mises, que formulou os postulados que caracterizam o eixo do pensamento neoliberal até os dias atuais. [...], o grande marco do surgimento do pensamento neoliberal – a publicação do livro O Caminho da Servidão, de Friedrich Auguste Hayek, discípulo de Von Mises. (MATOS, 2008, p. 194).



24). Estas observações nos permitem inferir que os desdobramentos negativos relativos à efetividade da política de saúde em nível nacional encontram suas bases nas relações intrainstitucionais nas quais desembocam diferentes interesses e, por conseguinte, a manifestação de conflitos cujo resultado se expressa na má qualidade do atendimento ou mesmo na não atenção às demandas em saúde. São exemplos destes desdobramentos as:

[...] filas frequentes de pacientes nos serviços de saúde; falta de leitos hospitalares para atender a demanda da população; escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência; atraso no repasse dos pagamentos do Ministério da Saúde para os serviços conveniados; baixos valores pagos pelo SUS aos diversos procedimentos médicos-hospitalares; aumento de incidência e o ressurgimento de diversas doenças transmissíveis; denúncias de abusos cometidos pelos planos privados e pelos seguros de saúde (POLIGNANO, 2014, p. 24).

Estas inflexões corroboram para um esfacelamento do SUS na medida em que o direito universal, nessas condições, não se materializa. Este conjunto de elementos tende a subverter a utopia vislumbrada pelos sanitaristas brasileiros e seus aliados, os vários movimentos pela democratização da saúde e demais políticas públicas.

Um olhar mais atento, entretanto, revela que estas limitações não estão dissociadas de questões mais amplas as quais escapam à visão imediata com a qual cotidianamente estamos condicionados a conviver. Isto se dá quando se avalia que a efetiva implementação do SUS, que toma como referência seus princípios doutrinários e organizativos supramencionados, revela limitações ainda que considerada a legislação vigente e os mecanismos voltados para a sua efetivação (Ministério Público, Defensoria Pública, etc.). Sobre estas limitações, a década de 90 do séc. XX consagra-se como período em que as disputas - inflexão dos distintos interesses aos níveis nacionais e internacionais - no âmbito do acesso aos direitos sociais encontram grandes resistências para a sua efetivação. Nogueira & Miotto (2009) advogam que:

Há que se considerar [...] a situação adversa às propostas de democracia social, decorrentes dos ajustes macroeconômicos da década de 1990, no Brasil. As políticas de redução do Estado, as privatizações e o novo papel desempenhado pelo mercado como provedor das necessidades de saúde foram a pedra de toque para as dificuldades que ora se apresentam. Há que se reconhecer, no entanto,



que o SUS vem superando grandes entraves em seu processo de implantação (p. 233).

A superação desses entraves ainda encontra muita resistência em razão das mudanças relativas à intensiva “redução do Estado”, como destacam as autoras, somada a todo um conjunto de medidas voltadas para a primazia econômica em detrimento do social o que se constitui como elementos que tendem a enfraquecer as bases que sedimentaram o SUS. Tal redução refere-se ao processo de “reforma do Estado” amplamente apregoado nos anos 90 do século XX. Chama-nos a atenção o fato de o termo “reforma”, aqui empregado, encontrar-se permeado por distintas interpretações (e polêmicas) visto que este não atende aos pressupostos presentes nas mobilizações sociais que culminaram com a configuração da Carta Magna de 88 e, por conseguinte, na edificação do SUS. Destaca-se:

[...] o uso indevido do termo reforma pelos adeptos da corrente neoliberal. De acordo com Behring, a palavra reforma é apropriada às ações de contestação à hegemonia do capital, na intenção de ampliar o espaço democrático, na garantia de direitos e redução das desigualdades. Entretanto, o que se percebe na conjuntura atual é que [...] se está diante de uma apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia reformista, a qual é destituída de seu conteúdo progressista e submetida ao uso pragmático, como se qualquer mudança significasse uma reforma, não importando seu sentido, suas consequências sociais e direção sociopolítica (BEHRING & BOSCHETTI *apud* BORLININI, 2008, p. 324).

Ao considerar a questão, Borlinini (2010) enfatiza a manifestação concreta das estratégias levadas a cabo pelo projeto neoliberal quando do processo de “reforma” que se instaurou no Brasil. Para a autora:

Os anos 1990 dão continuidade de forma acentuada aos ideais neoliberais nas políticas brasileiras: planos econômicos visando à estabilidade, mas em benefício do pagamento de dívida externa; do processo de privatização de empresas estatais (com imensos incentivos e subsídios por parte do Estado); da redução drástica nos gastos com a área social; e do direcionamento das políticas sociais para a focalização, seletividade e descentralização – trinômio do ideário neoliberal para com as políticas sociais [...]. Tem-se início à contrarreforma do Estado (BEHRING, 2003): um conjunto de medidas neoliberais de desmonte e destruição das conquistas democráticas. Trata-se de uma reformatação do Estado de forma a adaptá-lo ao capital. (BORLININI, 2010, p. 323-324).



Concorda-se com a autora quando se constata que essas medidas, no contexto da saúde pública têm suas raízes na tendência coerente com as recomendações dos denominados “[...] organismos financeiros internacionais dentro do programa de ajuste estrutural, de fortalecimento do setor privado na oferta de saúde [...]” (BRAVO & MENEZES, 2014). As consequências negativas advindas desse processo revelam-se nas mais variadas formas de exclusão nos distintos níveis de atenção à saúde pública. Significa dizer que o ônus social se apresenta cotidianamente na vida da grande maioria da população que depende diretamente da oferta desses bens e serviços Brasil a fora. Uma apreensão mais acurada dessa questão pode ser encontrada nos estudos recentes de Cislaghi (2014). Esta autora nos apresenta uma formatação do processo de desmonte das políticas de saúde em andamento no Brasil considerando o avanço das estratégias de subsunção do trabalho ao capital sob a égide do capital internacional. Ao lançar mão da abordagem marxiana, a autora advoga que:

Para Marx, existem três formas de subsunção do trabalho ao capital que representam o desenvolvimento histórico do capitalismo [...]. A primeira forma é a transitória ‘o capital já existe desempenhando determinadas funções subordinadas, mas ainda não em sua função dominante’. Nesse caso não há relação direta de assalariamento, [...].

A segunda forma de subsunção é a chamada de ‘formal’. Nesse caso há exploração direta do trabalho alheio, com o capitalista enquadrado como dirigente, condutor. [...] O capital pode prolongar a jornada de trabalho para aumentar a extração da mais-valia absoluta, mas apenas isso. A subsunção formal do trabalho nos serviços de saúde se intensifica no Brasil com a organização do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) durante a ditadura civil-militar (Cordeiro, 1980, p. 113) [...]. Mas a forma de subsunção especificamente capitalista é chamada de subsunção real do trabalho ao capital. [...]. Esse é o processo em curso nos serviços de saúde em nosso país. Iniciativas como a permissão da entrada do capital estrangeiro nos serviços e os planos obrigatórios para os trabalhadores desregulam e abrem novos mercados, favorecendo processos de concentração e centralização do capital no setor que permitirão a ampliação da escala de produção. [...]. (op. cit.).

Os desdobramentos engendrados por essa nova forma de condução das políticas sociais no Brasil, e em particular da política de saúde, corroboram para a transferência real das responsabilidades estatais para a iniciativa privada sob a égide do mercado. Vivencia-



se, nesse sentido, o contínuo reordenamento na prestação de bens e serviços - cuja responsabilidade maior estava assentada na ação estatal – de modo que o mercado se apresenta como o grande portador do atendimento às demandas humanas fundamentais como a atenção à saúde. Tais iniciativas se mostram como afronta à cidadania plasmada na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (LOS) quando se concede explicitamente a permissão da entrada do capital estrangeiro nos serviços de saúde e os planos obrigatórios para os trabalhadores, visto que estas ações se encontram/encontravam-se vedadas na Carta Magna e na LOS. Constata-se, portanto, a tendência à seletividade e à restrição do acesso aos bens e serviços ao se impor limites à atenção à saúde já que a universalidade tende a ser relegada à *letra morta* ao se acentuar a segmentação institucionalizada do atendimento. Tal institucionalização é corporificada nos retrocessos no legislativo¹⁷ e seus impactos na saúde. A contradição, assim, torna-se evidente. Pois:

Apesar do caráter público e universal da saúde ter sido assegurado legalmente na Constituição Federal e nas leis orgânicas da saúde, a condução da política de saúde brasileira tem levado a sua desestruturação como política pública, com a quebra de seu caráter universal, tendo como um dos fatores determinantes a sua privatização, no contexto mais amplo do enfrentamento da crise do capital que tem exigido a intervenção crescente do Estado, para a manutenção de seus interesses, neste processo. Tal condução vem sendo tomada no Brasil com maior visibilidade a partir de 1995, no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso com a contrarreforma proposta, sob o comando do então Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, e continuou a ser empreendida nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e de Dilma Rousseff, sob forte orientação dos organismos financeiros internacionais, especialmente o Banco Mundial (CORREIA & SANTOS, 2015, p. 34).

Ratifica-se, assim, o entendimento de que as influências externas relativas aos denominados organismos multilaterais no que se refere à tomada de decisões atinentes à utilização dos recursos públicos terminam por condicionar, em larga medida, o destino das políticas públicas brasileiras. Desconsiderar essas questões implica numa visão unilateral

¹⁷ Vide: A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro / Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Maria de Fátima Siliansky Andreazzi, Juliana Souza Bravo de Menezes, Joseane Barbosa de Lima, Rodriane de Oliveira Souza. – 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. 120 p.



da realidade e, por conseguinte, na mistificação das forças que subjaz a implementação da política de saúde pública na contemporaneidade. Como bem nos esclarece as autoras, a condução das políticas no Brasil e, sobretudo, a política de saúde desenvolvem-se:

Atendendo aos ditames do grande capital através dos organismos multilaterais como Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Estado brasileiro vem redimensionando suas ações nas políticas sociais, dando ênfase a uma política focalista, assistencial e privatista. As “reformas” do Estado recomendadas pelos organismos internacionais estão centradas na racionalização de gastos na área social e no fortalecimento do setor privado na oferta de bens e serviços coletivos. O Banco Mundial afirma que “muitos países em desenvolvimento que desejam reduzir a magnitude de seu desmesurado setor estatal devem conceder prioridade máxima à privatização”. (BANCO MUNDIAL, 1997, p. 7). Essa instituição orienta os governos a darem prioridade máxima aos “setores sociais fundamentais”, os mais vulneráveis, promovendo políticas públicas focalistas a fim de conferir eficácia e equidade aos gastos sociais. Nesse processo, ocorre uma diminuição da intervenção estatal na área social, simultânea ao repasse da gestão de serviços públicos para a rede privada, mediante a transferência de recursos públicos. (CORREIA & SANTOS, 2015, p. 35).

O desenvolvimento cumulativo e crescente desse movimento tem se apresentado na desconstrução da PNS cujo efeito se revela na não oferta de bens e serviços de modo que a universalidade se apresente efetivamente no conjunto da sociedade com a qualidade postulada pela LOS. Chama-nos a atenção o fato de ninguém ser publicamente contra o SUS. Admite-se a sua importância. Contudo, o paradoxo se expressa na dificuldade de o mesmo ser desenvolvido (PAIM, 2007)¹⁸ segundo os pressupostos constitucionais.

A dimensão política enquanto desafio do SUS

Para melhor compreender os efeitos advindos com a atual conjuntura na forma de condução das políticas de saúde no Brasil, tomemos como referência o levantamento

¹⁸ Vide: PAIM, Jairnilsom. **O maior desafio do Sistema Único de Saúde hoje, no Brasil, é político**. Entrevista concedida por telefone à Graziela Wolfart do IHU On-Line em 2007. Disponível em <http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option>. Acesso em 23 jun. 2015.



realizado por Santos (2015) quando este destaca o quantitativo de atendimentos realizados pelo SUS em menos de 20 anos. O interessante está no fato de que mesmo envolto às inúmeras dificuldades, o SUS se mostra como um sistema que consegue atender a um número substantivo de cidadãos e que, infere-se, podem converter-se em potenciais destituídos da atenção à saúde universal caso o quadro atual encampado no Congresso Nacional, materializado no retrocesso no legislativo (CISLAHI, 2015), não seja freado. Para Santos (2015, p. 2009):

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2007: 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultrasons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de seções de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de seções de radioquimioterapia, 9,7 milhões de seções de hemodiálise e o controle mais avançado da aids no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos oitenta, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas. Estes avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e funcionamento das comissões Intergestores (Tripartite nacional e Bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do INAMPS unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e funcionamento dos conselhos de saúde, e fundamentalmente, com o belo contágio e a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando às grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrente força e pressão social.

O desafio revela-se quando a ampliação da oferta dos bens e serviços, ora destacada por Santos (2015), sofrem com as inflexões advindas do processo de contra-reforma afeito à voga neoliberal e que tende a suplantar progressivamente as conquistas no âmbito do SUS. Como resultado desse processo identifica-se no legislativo (CISLAGHI, 2015) o ataque aberto às garantias no campo da seguridade social e, por conseguinte, na implementação da PNS. Destacaremos algumas iniciativas dessa ordem às quais vêm sendo conduzidas por parlamentares brasileiros e do ônus social que tende a se fazer presente no contexto da saúde. Uma delas é a determinação do Orçamento Impositivo cujo marco normativo é a



Emenda Constitucional 86/2015 e ainda a aprovação da lei 1.397/2015 que permite a abertura da saúde brasileira para o capital estrangeiro.

A EC-86/15 asfixia o SUS não só pela diminuição dos recursos federais, mas também pela criação da emenda impositiva que tira da saúde o que era para ser transferido automaticamente para os orçamentos municipais e estaduais e dá aos parlamentares o poder de devolvê-los de acordo com interesses políticos particulares. O orçamento deveria garantir o atendimento às necessidades de saúde expressas em planos de saúde e aprovados nos conselhos, e não ser objeto de negociações eleitorais ou partidárias. Além da EC 86/15, foi aprovada a Lei 13019, de 2014, que abriu a assistência à saúde ao capital estrangeiro, numa afronta à vedação constitucional inserida no art. 199, § 3º, que proíbe tal participação por ser antagônica à definição da saúde como direito público. Este artigo 142 da lei está sendo arguido de inconstitucionalidade pelas entidades de defesa do SUS universal e igualitário. (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE, 2015).

Com a diminuição dos recursos destinados ao SUS, e ainda o uso dos recursos da seguridade social a bel prazer dos parlamentares, retoma-se o entendimento de que o que está em andamento no Brasil é a efetiva transferência das responsabilidades estatais para a iniciativa privada com predominância do capital estrangeiro numa seara antes inscrita no campo dos direitos de cidadania. Tais iniciativas tendem a restringir o acesso às ações e serviços de saúde segundo o princípio de universalidade. À parte das questões que envolvem a continuidade do SUS enquanto sistema público de atenção à saúde ou sua conversão em um subsistema segmentado, a sociedade brasileira na sua grande maioria tem ignorado as denúncias empreendidas por instituições com história de mobilização na construção da saúde pública. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), por exemplo, tem feito duras críticas à propalada “Agenda Brasil” e seu conteúdo, sobretudo, no que se refere às consequências negativas para o SUS. De acordo com a entidade, com a divulgação da referida agenda no dia 10 de agosto de 2015 pelo presidente do Senado Federal, senador Renan Calheiros, e endossada “[...] publicamente pela presidente Dilma Rousseff, esse conjunto de medidas [...] representa o agravamento das condições de saúde da população brasileira e uma ameaça à ordem constitucional, ao quebrar o princípio da universalidade [...]” (ABRASCO, 2015, s/p). Por meio do documento “Carta à Presidente Dilma Rousseff e à Sociedade – Nota Pública Sobre o SUS e a ‘Agenda Brasil’” a ABRASCO



chama a atenção de todos os brasileiros, especialmente os profissionais de saúde e os militantes da Reforma Sanitária, para as propostas apresentadas pela “Agenda Brasil” as quais se apresentam como afronta não só ao SUS, mas, sobretudo, ao modelo de sociedade que queremos. Concorde-se com Paim (2007, s/p) quando este afirma que “o maior desafio do Sistema Único de Saúde hoje, no Brasil, é político”. Entende-se que a superação desse desafio tem íntima relação com o papel da sociedade quando esta toma consciência de seu potencial no contexto da implementação do SUS.¹⁹ Para o Paim (2007), as limitações no acesso aos bens e serviços de forma universal e equânime só será possível se esta questão de ordem política for equacionada, pois esta passa necessariamente pelo financiamento condizente com as demandas do SUS:

[...] porque garantir financiamento para um sistema, que tem que passar por um conjunto de negociações e de interesses no Congresso Nacional, no Executivo, no pacto de federação com estados, municípios, União, implica em uma decisão essencialmente política. É preciso redefinir as relações público-privadas. O SUS sustenta muitos dos serviços do setor privado, particularmente os planos de saúde. Os tratamentos mais caros vão para o SUS e não para os planos de saúde que são pagos. Ou ainda se formos considerar que no sistema de saúde, na sua relação público/privado, o estado brasileiro faz renúncia fiscal, ou seja, deixa de recolher impostos que as pessoas, as famílias ou as empresas deveriam fazê-lo. Com isso está dando subsídios ao setor privado para que ele venha crescer. Essa relação é eminentemente política e, portanto, vai precisar de um acúmulo de forças para modificar essa situação que não é favorável ao SUS. Se temos como perspectiva do SUS a proposta de avanço da universalidade para a equidade, e se queremos reduzir as desigualdades, precisamos modificar a distribuição de renda. Esses exemplos são ilustrações de que um desafio muito grande do SUS é político. E se quisermos mudar o modelo de atenção para garantir a integralidade e não ser um sistema voltado exclusivamente para hospitais e tecnologias de alta densidade de capital, mas garantir direito à saúde pela integralidade da atenção, essa também é uma decisão política que vai envolver profissionais de saúde que foram formados com uma determinada lógica e que terão que redefinir as lógicas e racionalidades que orientam seus processos de trabalho. A sociedade precisa saber dessas contradições e entendimentos no sentido de se mobilizar para garantir seu direito à saúde. (PAIM, 2007, s/p).

¹⁹ Existe um movimento voltado para a defesa do SUS com vistas à observância da Reforma Sanitária construída no século XX. Sua maior expressão é a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS). “A FNCPS foi criada em 2010, pela articulação dos fóruns de saúde dos estados de Alagoas, Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo e do município de Londrina, em torno da procedência de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn), contrária à lei 9.647/98, que instituiu a figura jurídica das Organizações Sociais (OS) [...]”. (FNCPS, 2011).



É nesse contexto que deve se inscrever o papel efetivo da sociedade enquanto força motriz na mobilização contra as restrições do direito à saúde, plasmadas nas medidas de desconstrução do SUS antes referidas de que a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS) é a maior expressão na atualidade. Pois, tais medidas expressam-se como desafios postos no cotidiano da vida da grande maioria da população que demanda por ações e serviços de saúde cuja tendência se volta para uma segmentação do setor em desacordo com a universalidade constitucional. Estas questões somam-se, ainda, ao fato de que o destino dos recursos públicos tende a ser direcionado para outras finalidades que não a promoção da cidadania quando da atenção à saúde enquanto dever do Estado brasileiro. A alternativa a essas investidas de desmonte estaria na disposição do debate e encaminhamento no âmbito político enquanto elemento determinante da condução das políticas de saúde das quais o SUS mostra-se como a maior expressão. Tais encaminhamentos não prescindem da participação social articulada aos movimentos pela materialização da saúde enquanto direito de cidadania.

4 Conclusão

A discussão ora empreendida voltou-se para a reflexão sobre os principais desafios postos ao processo de consolidação do SUS, sendo o desafio político substancial. Assim, a não resolução deste impasse tende a inviabilizar o princípio de universalidade do atendimento no SUS segundo os pressupostos da Reforma Sanitária consagrada na Carta Magna de 1988.

Evidencia-se que, no contexto da política de saúde, permanece a tensão entre distintos projetos ligados ao setor como bem nos alertou Bravo (2009) ao sintetizar o conflito presente entre o projeto da reforma sanitária e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, expressivo na década de 90. Este último toma fôlego e força quando da abertura da saúde à entrada do capital estrangeiro legitimada pelo Estado brasileiro na contemporaneidade. É contra essa tendência que a FNCPS ao se referenciar na Reforma



Sanitária, proposta esta que toma a saúde como direito de cidadania, soma forças “[...] contra a privatização da saúde e em defesa da saúde pública estatal e universal, procurando articular as lutas no campo da saúde a um novo projeto societário. (BRAVO, 2012). Assim, a saída vislumbrada para esse impasse compareceria na determinação da dimensão política enfatizada por Jairnilsom Paim (2007), ou ainda, como afirma Iamamoto (2009, p. 165) imprimir uma “[...] ‘política com muita política’, em contraposição à ‘pequena política’ e à ‘política dos técnicos’, a contra-política [...]”, como elementar para o encaminhamento das demandas em saúde postas no cotidiano da vida de muitos brasileiros e brasileiras na atualidade tendo em vista a superação de desafios.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Movimento da Reforma Sanitária crítica propostas para a saúde da “Agenda Brasil”**. Disponível em: < <http://www.abrasco.org.br/site/>>. Acesso em: 10 out. 2015.

BORLININI, Leandra Maria. Há pedras no meio do caminho do SUS: os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. In: **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 321 - 333, ago./dez. 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (Orgs). **A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas contra a Privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sérios, 2014. 98 p.

BRAVO, Maria Inês Souza. As Lutas pela Saúde: Desafios da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. In: **Reunião Anual da SBPC** – São Luís, MA – Julho/2012. Anais. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/64ra/PDFs/arq_1742_234.pdf>. Acesso em 15 set. 2015.

_____. Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete... [et al.] (Orgs). 2. Cortez: São Paulo, 2009. p. 88-110.

CASTELO, Rodrigo. O Social-Liberalismo Brasileiro e a Miséria Ideológica as Economia do Bem-Estar. In: MOTA, Ana Elizabete. (Org.) **Desenvolvimentismo e Construção de Hegemonia: Crescimento Econômico e Reprodução da Desigualdade**. São Paulo: Cortez, 2011. p. 46-77



CISLAGHI, Juliana Fiuza. Retrocesso no legislativo e impactos para a saúde no Brasil. In: BRAVO et al. (Orgs). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. 120 p

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE. **A PEC 451 viola o direito à saúde e promove a segmentação do SUS**. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2015/03/a-pec-451>>. Acesso em: 19 set. 2015.

CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Privatização da Saúde via Novos Modelos de Gestão: Organizações Sociais (OSS) em Questão. In: BRAVO et al. (Orgs). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. 120 p

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **As Dimensões Ético-Políticas e Teórico- Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo**. In: MOTA, Ana Elizabete... [et al.] (Orgs). 2. Cortez: São Paulo, 2009. p. 161-196.

LEHER, Roberto. Ideologia do Desenvolvimento. In: MOTA, Ana Elizabete. (Org.) **Desenvolvimentismo e Construção de Hegemonia: Crescimento Econômico e Reprodução da Desigualdade**. São Paulo: Cortez, 2011. p. 07-19

MATOS, Sidney Tanaka S. **Conceitos primeiros de neoliberalismo**. Mediações. v. 13, n.1-2, p. 192-213, Jan/Jun e Jul/Dez. 2008.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais**. In: MOTA, Ana Elizabete... [et al.] (Orgs). 2. Cortez: São Paulo, 2009, p. 218-241.

PAIM, Jairnilsom. **O maior desafio do Sistema Único de Saúde hoje, no Brasil, é político**. Entrevista concedida por telefone à Graziela Wolfart do IHU On-Line em 2007. Disponível em <<http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option>>. Acesso em 23 jun. 2015.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde do Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2165>>. Acesso em 15 ago. 2014.

SANTOS, N. R. **Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos**. In: Ciênc. Saúde Coletiva. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a02.pdf>>. Acesso em 11 nov. 2015.

