

**As repercussões da crise do capital nas políticas
de saúde e as ações do Serviço Social na
efetivação de direitos
(VII CONASSS e X SIMPSSS - Volume II)**

Anais do evento

**®Universidade Estadual Paulista
São Paulo State University**

Reitor

Prof. Dr. Julio Cezar Durigan

Vice-Reitor

Prof^ª. Dr^ª. Marilza Vieira Cunha Rudge

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais–Campus de Franca

Diretor

Prof^ª. Dr^ª. Célia Maria David

Vice-Diretor

Prof^ª. Dr^ª. Marcia Pereira da Silva

Endereço para correspondência :
Avenida Eufrásia Monteiro Petrágliã, 900 – Jardim Petrágliã CEP 14409-160–Franca –SP
Endereço eletrônico / e-mail–publica@franca.unesp.br

Diagramação

Murilo Celli (STAEPE–UNESP FRANCA)

Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde (7 : 2014 : São José dos Campos, SP)
As repercussões da crise do capital nas políticas de saúde e as ações do Serviço Social na efetivação de direitos : volume II / VII Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde, 9-11 de abril 2014, São José dos Campos, São Paulo, Brasil, X Simpósio de Serviço Social em Saúde, 9-11 de abril 2014, São José dos Campos, São Paulo, Brasil ; Edvânia Ângela de Souza Lourenço (Organizadora) . –Franca : UNESP-FCHS, 2016.
205 p.
ISBN: 978-85-7818-084-3
1. Serviço social – Políticas públicas. 2. Seguridade social – Brasil.
3. Serviço social – saúde – trabalhadores. I Simpósio de Serviço Social em Saúde (10 : 2014 : São José dos Campos, SP). II. Lourenço, Edvânia Ângela de Souza. III. Título
CDD – 361.61.

Índices para catálogo sistemático:

1. Serviço social – Políticas públicas	361.61
2. Seguridade social – Brasil	362.10981
3. Serviço social – saúde – trabalhadores	362.8503
4. Serviço social com mulheres	362.83
5. Serviço social com idosos	362.6
6. Serviço social com crianças	362.7
7. Serviço social com a família	362.82

Edvânia Ângela de Souza Lourenço
(Organizadora)

**As repercussões da crise do capital nas políticas
de saúde e as ações do Serviço Social na
efetivação de direitos
(VII CONASSS e X SIMPSSS - Volume II)**

Anais do evento

Maria Odete Simão
Presidente do Congresso
Faculdade de Medicina de Botucatu–UNESP

Janete Aparecida de Lima
Vice-presidente
Hospital da Mulher – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da UNICAMP

Maria Rita Fraga
Coordenador de Organização
Hospital das Clínicas–UNICAMP

Edvânia Ângela S. Lourenço
Coordenadora Científica
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais de Franca da Universidade Estadual Paulista

Marta C. C. Barbosa
Coordenadora de Finanças
Hospital das Clínicas–USP Ribeirão Preto

COMISSÃO ORGANIZADORA

Amabile Franceli Pagani Rodrigues
Arlete Camargo de Melo Salimene
Cristhiane Ferreira
Érica Maria Cazetta Chinellato
Heloisa Pereira Cassiano
Leni Peres Cirillo
Livia Ribeiro Santos de Souza
Magda Barbi Scavazzini
Maria Bernadete T. Piotto
Maria Heloisa R.R. Genghini
Maria T. Di S. Pandolfo Queiroga Ribeiro
Marli Ferreira Rocha
Priscila Sales Picoli
Rosangela Suarti Reis
Silvia G. Ridolfo Lucio
Silvia Luiz Antonio
Sueli Lisboa Homem
Valquiria de Souza Carvalho Campos
Vera Lúcia Frazão de Sousa
Walderez Pereira Alves
CONSELHO FISCAL
Maria T. Di Sessa Pandolfo Queiroga Ribeiro
Sônia Marli De Marchi Castro

COMISSÃO CIENTÍFICA

Adriana Mota Gusmão da Silva
Ariana Celis Leite
Bruna Cristina Scapim da Silva
Dalva Rossi
Daniella Tech Doreto
Edvania Ângela de Souza Lourenço
Elaine Fonseca Amaral da Silva
Elizete Wenzel Moreira
Fernanda da Silva Moura
Gabriela Pacheco Lopes
Juliana Azenha Martins
Juliana Cintra Freitas
Kátia Campos dos Anjos
Maria Cristina Ferri Santoro
Maria Rosa Barral Evangelista
Marina Gorete Pazetto de Menezes
Marli Elisa Nascimento Fernandes
Rogério Fonseca
Sandra Souza Funayma
Thais Peinado Berberian
Valdirene Carreira
Vera Lúcia Schwarz
Yolanda Braga Freston

PRESIDENTE DA COMISSÃO EDITORIAL CÂMPUS DE FRANCA

Profª. Dra. Célia Maria David

COMISSÃO EDITORIAL CÂMPUS DE FRANCA

Prof. Dr. Agnaldo de Sousa Barbosa
Profª. Dra. Analúcia Bueno R. Giomettri
Profª. Dra. Célia Maria David
Profª. Dra. Cirlene Ap. Hilário da Silva Oliveira
Profª. Dra. Elisabete Maniglia
Profª. Dra. Helen Barbosa R. Engler
Prof. Dr. Jean Marcel Carvalho França
Prof. Dr. José Duarte Neto
Profª. Dra. Josiani Julião Alves de Oliveira
Prof. Dr. Paulo César Corrêa Borges
Profª. Dra. Tânia da Costa Garcia
Profª. Dra. Valéria dos Santos Guimarães

APRESENTAÇÃO

Este livro¹ é o segundo volume da Coletânea: “Anais do evento: *As repercussões da crise do capital nas políticas de saúde e as ações do Serviço Social na efetivação de direitos*”, a qual congrega os textos completos apresentados durante o *VII Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde (VII CONASS)* e *X Simpósio de Serviço Social em Saúde (X SIMPSSS)*.

O *VII CONASS* e *X SIMPSSS* ocorreram no período de nove a onze de abril de 2014, no Parque Tecnológico de São Jose dos Campos. Estes eventos já se tornaram tradicionais no âmbito do Serviço Social e é organizado e realizado pelas(as) assistentes sociais das três Universidades públicas do estado de São Paulo, quais sejam: UNESP, USP e UNICAMP.

Na edição de 2014, o foco principal do *VII CONASS* e *X SIMPSSS* foi o debate da crise do capital para as políticas de saúde e respectivos desafios para o Serviço Social.

Nos últimos 30 anos, o Serviço Social brasileiro vem alimentando a sua produção teórica e a sua atuação profissional a partir do que se convencionou chamar de Projeto Ético Político Profissional (PEP). Os princípios deste projeto se assentam nas categoriais de liberdade, igualdade, direitos sociais e emancipação humana, entre outros e oferecem uma direção estratégica à profissão.

Assim, o trabalho do Serviço Social na área da saúde, como em qualquer outra área, deve estar alinhado ao seu Projeto Ético Político Profissional. Contudo, ao mesmo tempo em que o Serviço Social visando à emancipação social, construiu o processo de renovação da profissão, aparelhando-se nos ideais de uma sociedade sem classe e sem discriminação ou qualquer forma de preconceito e injustiça social, também passou a enfrentar o endurecimento das condições de vida e de trabalho provocado pelas mudanças profundas ocorridas na economia nas últimas décadas. Tais mudanças têm inviabilizado a efetivação das políticas sociais garantidas na Carta Constitucional de 1988 e os respectivos avanços nos termos da cidadania burguesa.

Verifica-se que as políticas sociais, no atual estágio de acumulação do capital (diga-se de passagem extremamente financeirizado), vêm sendo marcadas pela contrarreforma do Estado, o qual a partir da adesão às linhas mestras da administração privada reduz direitos, corta benefícios, focaliza a atenção, terceiriza os serviços e cria uma classe de trabalhadores no setor público subcontratada sem garantias trabalhistas, assim, enfraquece as políticas sociais e os ideais burgueses de cidadania.

A contrarreforma do Estado² ocorreu logo após a Constituição Federal de 1988, não tendo tempo de materializar os direitos que ali haviam sido garantidos. Introduziu na gestão pública o modelo de gestão das empresas privadas, acompanhada da privatização e focalização

¹ A organização deste livro, volume I e volume II, contou com o apoio e trabalho inestimável de Murilo Celli, servidor técnico administrativo da Seção Técnica de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão (STAEPE) da UNESP, que não mediu esforços para que este projeto fosse viabilizado. Agradecemos também a Laura Jardim pela preciosa contribuição e atenção ao que se refere às questões técnicas de citações bibliográficas.

² A contrarreforma do Estado ocorre porque os problemas oriundos da crise econômica são vistos como provenientes do modelo de Estado (BEHRING, 2008; BOSCHETTI, 2012), incitando a sua reforma. Assim, ataca os direitos sociais e do trabalho, propõe endurecimento do processo de seleção para o seu acesso, privatiza serviços e coloca a Constituição num lugar de penumbra e atraso. Portanto, as medidas adotadas favorecem o mercado em detrimento da classe trabalhadora e manutenção dos seus direitos.

BEHRING, Elaine Rosseti. Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perdas dos direitos. São Paulo: Cortez, 2008.

BOSCHETTI, Ivanete. América Latina, Política Social e Pobreza: “novo” modelo de desenvolvimento? In: SALVADOR, E. et al. (Orgs.). Financeirização, Fundo Público e Política Social. São Paulo: Cortez, 2012, p.31-58.

dos serviços socioassistenciais, a partir de um visível processo de desconstrução da saúde como direito universal.

Portanto, falar do Serviço Social na saúde exige uma compreensão ampliada para além da profissão em si ou restrita a área da saúde, ou seja, é preciso olhar para além da realidade em si, onde o profissional atua.

O trabalho profissional na área da saúde deve ter como eixo central a defesa do SUS público, 100% estatal e de qualidade, conforme explicita Bravo (2013)³. Trata-se de uma busca constante para a apreensão dos conhecimentos exigidos frente às novas demandas que se põem no dia a dia do Serviço Social. Bravo (2013)⁴ sublinha que estes conhecimentos precisam estar articulados com os princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político da profissão. São estratégias que o Serviço Social deve tecer para efetivar o direito social à saúde, conforme os princípios do SUS e do PEP.

Nesse sentido, o segundo volume da coletânea Anais do Evento: *VII CONASSS e X SIMPSSS* traz a reflexão de variados temas articulados com o trabalho profissional do Serviço Social e seu Projeto Ético Político. Se no primeiro Volume as temáticas abordadas no vários capítulos se restringiram a dois eixos, os quais discutiam o mundo do trabalho e o papel do Estado. Neste segundo volume, a discussão centraliza-se em torno do Serviço Social na área da Saúde e o trabalho em Equipe e na área da infância, juventude e envelhecimento.

Portanto, este livro encontra-se estruturado em duas partes: Na primeira encontram-se nove capítulos que discutem as temáticas: promoção da saúde; participação popular; núcleo de apoio à saúde da família (NASF); Serviço Social na saúde; estágio supervisionado no âmbito hospitalar; pobreza e saúde; instrumentalidade do Serviço Social; população em situação de rua e dependência química; projeto ético político profissional. Já a segunda parte compõe-se de nove capítulos que tratam dos temas: trabalho com famílias e em equipe, negligência, infância e juventude; extensão universitária, drogadição e envelhecimento.

Organizar um evento não é uma tarefa fácil, mas o esforço coletivo torna este exercício mais dinâmico e rico e espera-se que ao disponibilizar os textos aprovados pelo *VII CONASSS e X SIMPSSS* possa contribuir com os esforços intelectuais e políticos para pensar o trabalho profissional do Serviço Social e empenhar esforços em prol da política pública de saúde de qualidade e 100% estatal.

Verão de 2015.

Edvânia Ângela de Souza Lourenço

Coordenadora da Comissão Científica do O *VII CONASSS e X SIMPSSS*

³ BRAVO, Maria Inês Souza. Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

⁴ idem.

SUMÁRIO
EIXO I
SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

PROMOÇÃO DA SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: ELEMENTOS PARA O DEBATE Kathleen Elane Leal Vasconcelos; Valdilene Pereira Viana Schmaller	11
PARTICIPAÇÃO POPULAR & PROMOÇÃO DA SAÚDE: COMO TEM SIDO INCORPORADA NO COTIDIANO DO SUS? Maria Dalva Horácio da Costa; Suzana Karla Martins Lima	25
PROMOÇÃO DA SAÚDE: ANALISANDO O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) Maria Clara de Oliveira Figueiredo	37
SERVIÇO SOCIAL E ATUALIDADE: QUAIS OS ENIGMAS QUE SE APRESENTAM PARA O PROFISSIONAL NO CAMPO DA SAÚDE? Márcia Irene Pereira Andrade	49
O SERVIÇO SOCIAL NO HGE – AL: A PRÁTICA DA PESQUISA A PARTIR DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO Stefanie Barros dos Santos; Felipe Piramar Correia de Melo, Janne Alves Rocha; Marta Aragão de Lima Santos.....	61
REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA POBREZA MULTIDIMENSIONAL MANIFESTA NO PROCESSO DE SAÚDE E DOENÇA Fernanda da Silva Moura	69
A DIMENSÃO TÉCNICO-OPERATIVA NO SERVIÇO SOCIAL E A INSTRUMENTALIDADE PROFISSIONAL: DILEMAS E DESAFIOS QUE PERMEIAM ESSE CAMPO Lindamar Alves Faermann.....	77
PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: A ARTE COMO INSTRUMENTO DE TRABALHO PROFISSIONAL E COMO MEDIAÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA Ana Carla Junqueira Meirelles Roberto.....	87
SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS E ALTERNATIVAS PARA CONCRETIZAR OS PRESSUPOSTOS DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL Lindamar Alves Faermann; Priscila da Silva Marcondes	95

EIXO II

FAMÍLIA, INFÂNCIA, JUVENTUDE E ENVELHECIMENTO

FAMÍLIA E ATUAÇÃO EM EQUIPE MULTI/INTERPROFISSIONAL

Susana Dalila Wurtzel Tannous 109

METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL: UN ENFOQUE DESDE EL TRABAJO SOCIAL Y SALUD

María Eugenia Espronceda Amor; Victor Hugo Pérez Gallo 117

NEGLIGÊNCIA: REFLEXÕES SOBRE SEU CONCEITO E USO PELOS ASSISTENTES SOCIAIS NO CAMPO DA INFÂNCIA E JUVENTUDE

Thais Peinado Berberian 133

ADOLESCENTES E A RELAÇÃO COM O TRÁFICO DE DROGAS: UMA QUESTÃO DE SOBREVIVÊNCIA?

Angela Michele Suave; Daniela Domiciano Castilho 139

A MEDIAÇÃO DE CONFLITOS E A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

Mônica Maria Nunes da Trindade Siqueira; Andréa Aparecida Machado 149

A EFETIVIDADE DOS DIREITOS DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI: A EXPERIÊNCIA DO SINASE EM MANAUS

Marilaine Queiroz de Oliveira, Márcia Irene Pereira Andrade 161

ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA PROPOSTA DE POLÍTICA DE SAÚDE

Nanci Soares ; Alcione Leite Silva 175

PARTICIPAÇÃO DA PESSOA IDOSA NA POLÍTICA DE ENVELHECIMENTO ATIVO: INSERÇÃO OU AMPLIAÇÃO DA CIDADANIA?

Joice Sousa Costa; Nanci Soares 185

OS AVANÇOS E DESAFIOS NA SAÚDE DA PESSOA IDOSA E A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL COM PESSOAS IDOSAS

Cristiane de Fátima Poltronieri 197

EIXO I
Serviço Social e Saúde

PROMOÇÃO DA SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: ELEMENTOS PARA O DEBATE*

Kathleen Elane Leal Vasconcelos**; Valdilene Pereira Viana Schmallier***

RESUMO: Este artigo examina o debate sobre a promoção da saúde no discurso sanitário contemporâneo, especificamente, na profissão de Serviço Social. No estudo, optamos pela abordagem qualitativa, e para coleta de dados a pesquisa bibliográfica em artigos dos anais do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais e em periódicos, abrangendo o período de 2006 a 2012. A defesa da Reforma Sanitária está presente como tendência no debate profissional; porém, a corrente mais identificada é a Nova Promoção da Saúde. É imperativo aprofundar a discussão sobre o tema uma estratégia para desvelamento das contradições da Promoção da Saúde.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Serviço Social. Debate profissional.

ABSTRACT: This article examines the discussion about the promotion of the health in the contemporary sanitary speech, specifically, in the profession of Social Service. In the study, the qualitative approach was adopted, and to collect data the bibliographical research was used in articles from the annals of the Brazilian Congress of Social Workers and periodicals covering the period 2006-2012. The defense of the Sanitary Reform is present like tendency in the professional debate; however, the most identified current is the New Promotion of the Health. It is imperative to deepen the discussion as a strategy to unveil the contradictions of Health Promotion.

Keywords: Health Promotion. Social Work. Professional debate.

ALGUMAS PALAVRAS INICIAIS

Nos últimos anos, debates, pesquisas e programas/projetos em torno da Promoção da Saúde (PS) vêm se disseminando no âmbito das políticas públicas de diversos países, sob a batuta da Organização Mundial de Saúde (OMS) e suas regionais. Esse processo configura um movimento internacional, denominado de “Nova”¹ Promoção da Saúde (NPS).

As propostas desse movimento buscam alternativas ao modelo biomédico² - ainda hegemônico no cenário atual - e abrangem questões relacionadas aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), à equidade, à intersetorialidade, à participação social, ao *empowerment*, às redes de apoio social, num discurso aparentemente progressista.

No Brasil, disseminou-se a ideia de que os princípios da NPS são concatenados com os do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) dos anos 1980. Constatou-se que a legislação

* O texto ora apresentado parte de uma discussão anterior, a qual foi publicada na Revista Emancipação (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014, online).

** Kathleen Elane Leal Vasconcelos - Docente do Departamento de Serviço Social, Universidade Estadual da Paraíba. Assistente Social, Mestre em Sociologia, doutora em Serviço Social. E-mail: leal.kathleen@gmail.com.

*** Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco. Assistente Social. Mestre em Serviço Social e Doutora em Serviço Social. E-mail: valdileneviana@uol.com.br.

¹ Mais adiante situaremos o porquê do uso da adjetivação.

² Caracterizado pela ênfase no individualismo; no biologismo; na especialização médica; na tecnificação do ato médico; no curativismo (MENDES, 1996). Tal modelo propunha como foco da formação e dos serviços de saúde a doença e o indivíduo, tendo como figura central o médico e como unidade organizacional principal o hospital, conforme menciona o autor em tela.

nacional, especialmente desde o início da década de 2000, está repleta de referências ao termo e considera a PS como uma estratégia fundamental para o Sistema Único de Saúde (SUS).

É importante destacar que, não obstante o aspecto de consenso e “modismo”, o discurso da NPS é “(...) heterogêneo e possui contradições que correspondem a interesses diversos” (CZERESNIA, 2003, p.9). Nesse sentido, a temática parece constituir um verdadeiro caleidoscópio, perpassada por diversas tendências, expressando tensões políticas e teóricas.

No Serviço Social, apesar do termo PS ser recorrente nos discursos e textos da área da saúde e da categoria estar envolvida no planejamento, execução e avaliação de projetos/ programas de PS ou inserida em espaços ocupacionais nos quais a PS aparece como uma das diretrizes do trabalho, o debate teórico-político e conceitual sobre o tema da NPS não aparece com densidade, sendo esparsos os estudos sobre o mesmo.

Diante da relevância dessa discussão para a categoria, no trabalho em tela objetivamos apresentar alguns resultados de uma pesquisa de doutorado que buscou analisar como se configura o debate sobre PS na produção teórica do Serviço Social (VASCONCELOS, 2013).

AS RAÍZES DO MOVIMENTO DA NOVA PROMOÇÃO DA SAÚDE: BREVES CONSIDERAÇÕES

As propostas em torno da NPS surgem na década de 1970, em um cenário marcado pela crise do capitalismo e a ascensão de propostas neoliberais; por reivindicações de movimentos sociais que, em diversas partes do globo, lutavam por direitos sociais, entre eles o direito à saúde; por um processo de mudanças no perfil de morbimortalidade da população de diversos países, principalmente os centrais, que colocam em evidência o papel das doenças crônico-degenerativas; por constatações da falta de efetividade de um sistema de saúde direcionado ao atendimento das situações agudas de adoecimento. Todo esse processo culminou em diversas críticas ao modelo biomédico.

Neste contexto, a gestação do “movimento” de NPS ocorreu no Canadá, no decênio citado, tendo emergido formalmente através da divulgação, em 1974, do documento “A New Perspective on the Health of Canadians” (conhecido como Informe Lalonde), de autoria Marc Lalonde, então assessor do ministro da saúde (CARVALHO, 2005). No documento, partindo de estudos epidemiológicos, o autor constata que, naquele país, tinham ocorrido mudanças nas condições de vida da população e que as doenças infecciosas não eram mais as principais causas de morte, mas as doenças crônicas e acidentes, associadas principalmente ao comportamento e ao ambiente (LALONDE, 1981). Apesar do novo perfil de morbimortalidade, segundo o autor, o sistema de saúde canadense prosseguia médico-centrado, com foco na assistência médica, hospitalar, exames laboratoriais e medicamentos prescritos. Ao buscar ultrapassar essa visão tradicional de saúde, o autor traça o conceito de “campo de saúde” (LALONDE, 1996, p.5), que abrangeria a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde. Lalonde priorização de medidas preventivas e programas educativos voltados para as mudanças comportamentais e de estilos de vida (WESTPHAL, 2006).

As ideias do canadense se espalharam por diversas partes do globo sob a regência da OMS, impregnando práticas de promoção de saúde com foco na modificação de hábitos, estilos de vida e comportamentos individuais não saudáveis, entre os quais o tabagismo, a obesidade, questões relacionadas à vida sexual e ao abuso de substâncias psicoativas.

Não obstante sua disseminação, diversas críticas foram direcionadas ao caráter individualizado e normativo de várias dessas propostas, bem como sua instrumentalidade ao ideário neoliberal que nascia.

Para fazer face às críticas ao Relatório Lalonde, emerge a Moderna ou “Nova” Promoção da Saúde (agora adjetivada em contraposição tanto ao preventivismo³, quanto ao Relatório Lalonde). Alguns autores, como Westphal (2007), indicam como marco inicial da NPS a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde⁴, realizada em Alma Ata⁵, em 1978, pela OMS. No evento, a saúde é entendida como direito humano fundamental (como marco pioneiro num documento oficial internacional) e chama-se a atenção para seus determinantes sociais, sendo feita uma proclamação para a ação de todos os governos, profissionais de saúde e de desenvolvimento e a comunidade mundial no sentido de proteger e **promover** a saúde de todos os povos (OMS, 1978).

Segundo Carvalho (2005), em linha de continuidade com Alma-Ata, ocorre a atualização do Movimento de Promoção da Saúde, com a finalidade de superar as fragilidades do projeto de promoção da saúde voltado para os estilos de vida. Assim, é organizada a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986. Aí a Promoção da Saúde⁶ aparece como uma forma nova de reativar a necessidade de ações intersetoriais e as intervenções no solo político visando melhoria das condições de saúde no planeta (RESTREPO, 2001).

A mencionada Conferência define cinco campos da promoção da saúde (BRASIL, 2002): a) políticas públicas saudáveis; b) criação de ambientes favoráveis; c) reforço da ação comunitária; d) desenvolvimento de habilidades pessoais; e) reorientação dos serviços de saúde.

É importante mencionar que são definidos como princípios da NPS: concepção “holística” de saúde; equidade; intersetorialidade; *empowerment*; participação social; ações multi-estratégicas; sustentabilidade (OMS, 1998).

³ “É importante mencionar que, entre as décadas de 1930 e 1940, emerge, nos EUA, o movimento de medicina preventiva que, partindo da história natural das doenças e tendo como disciplinas básicas para a intervenção a epidemiologia e a clínica, propunha uma série de medidas preventivas que ampliariam uma lacuna da prática médica: a atitude preventiva e social (PAIM, 2006). ‘Apontava para a possibilidade de redefinição das responsabilidades médicas através de mudanças na educação, mantendo a organização de serviços de saúde na perspectiva da medicina liberal’ (AROUCA, 2003, apud PAIM, 2008, p.549)” (VASCONCELOS, SCHMALLER, 2011, p. 4).

⁴ Como se pode perceber, embora nem sempre esteja em evidência no debate e na produção científica, as estratégias APS e Promoção da Saúde (PS) possuem uma íntima vinculação.

⁵ É importante indicar que as discussões em torno do significado desta Conferência são complexas e polêmicas, indo desde a leitura de sua importância para a compreensão da saúde enquanto direito humano; passando por sua análise como uma reedição da Medicina Comunitária, com novas bases, sendo funcional aos interesses neoliberais.

⁶ Em Ottawa, são considerados como condições e recursos fundamentais para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BRASIL, 2002). A PS é conceituada como “(...) o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (Id Ibidem, p.20).

As proposições em torno da NPS vêm sendo abraçadas e amplamente divulgadas pela OMS⁷, influenciando a política de saúde dos mais diversos países do globo, seja no setor público, seja no privado. É relevante situar também que as estratégias promocionais, adotadas nas reformas sanitárias de diferentes locais, estão imbrincadas num complexo e contraditório enredo: de um lado, podem ser consideradas parte de um movimento que reconhece a saúde como direito de cidadania e que busca a superação do modelo biomédico; de outro, tende a ser funcional ao discurso de redução do papel do Estado no que se refere aos direitos sociais, através da responsabilização do indivíduos por suas condições de vida e saúde.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL: (DES)CAMINHOS

No Brasil, disseminou-se a ideia de que os princípios da NPS são concatenados com os ideias do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Movimento de Reforma Sanitária (MRS)⁸ dos anos 1980. Não obstante, como Pasche e Hennington (2006) advertem, embora seja comum que a história, a trajetória e os fundamentos do SUS e da NPS sejam tidos como comuns, é por trilhas muitas vezes sinuosas, de aproximações ou diferenciações entre seus marcos teórico-conceituais, ou seja, de confluências e dissonâncias, que se vem estabelecendo as relações entre o MRS e a NPS no país (CASTRO; MALO, 2006).

Nesse sentido, constatamos que a Saúde Coletiva/MRS e a NPS são contemporâneos e possuem alguns questionamentos semelhantes em relação ao modelo hegemônico de atenção à saúde. Segundo Campos, Barros e Castro (2004), o ponto de comunicação mais evidente entre ambos é o conceito ampliado de saúde e sua produção social. Pasche e Hennington (2006) apontam como outro elo o princípio da intersectorialidade. Além desses, consideramos que o debate sobre o princípio da integralidade (reivindicação do MRS incorporado legalmente ao SUS) parece dialogar com alguns elementos presentes no movimento da NPS.

Apesar de serem coetâneos e dos pontos de intersecção entre os dois movimentos, havia, na década de 1980, uma postura de reserva – **política** – à incorporação do debate internacional. Na análise de Pasche e Hennington (2006), isso se devia ao fato de que o MRS tem como uma de suas categorias mais caras a perspectiva da totalidade (herança marxista), donde também sua preocupação com a reforma do sistema de saúde como um todo, em contraposição à tradição dos organismos internacionais de adoção da APS e da NPS “(...) sem, muitas vezes, se propor mudanças na dinâmica da organização dos modos de produção de saúde” (PASCHE; HENNINGTON, 2006, p.20). Outro importante elemento a ser destacado é que a

⁷ Vale situar que, a partir da Conferência de Ottawa, foram realizadas pela OMS e suas regionais diversas iniciativas multinacionais, que cumprem importante papel na difusão da filosofia da NPS, no desenvolvimento e amadurecimento do conceito de NPS, bem como no esclarecimento dos princípios que a norteiam. São elas as conferências internacionais ocorridas em Adelaide (1988); Sundsvall (1991); Bogotá (1992); Port of Spain (1993); Jacarta (1997); México (2000); Bangkok (2005); Nairóbi (2009).

⁸ De acordo com Bravo (2006), o citado Movimento tinha como principais propostas: a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a defesa da universalização do acesso; a reestruturação do setor através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS); a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local. Como sabemos, a Carta Magna de 1988 incorpora algumas das proposições do MRS e propõe a criação do SUS, concebido enquanto um dos tripés da seguridade social, ao lado das políticas de previdência e assistência social. A saúde é concebida como dever do Estado e direito de cidadania. O SUS é regulamentado através da lei 8.080/1990, complementada pela lei 8.142/1990.

Saúde Coletiva tem como concepção basilar a **determinação social da saúde**⁹, através da qual busca apreender as “determinações contraditórias e simultâneas decorrentes de necessidades do capital e do trabalho” (TEIXEIRA, 1989, p. 18) e suas relações com as condições de vida e de saúde das populações. Tal compreensão vai de encontro à vertente da NPS que normatiza estilos de vida, culpabiliza indivíduos e prioriza o enfoque nos comportamentos individuais (ligados ao tabagismo, atividade física, alimentação, etc.). No debate do MRS, existia uma ênfase na indissociabilidade entre a integralidade e os demais princípios do SUS, assim como uma discussão específica sobre o setor sanitário, posição distinta da NPS. Além disso, o MRS defendia a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, concepção distanciada da proposição da NPS como mera orientação de governo¹⁰.

Tendo tal arcabouço, a NPS, durante os anos 1980 e até meados da década de 1990, parece não ter assumido um lugar muito relevante nas elaborações teórico-conceituais da Saúde Coletiva. Aliás, a concepção de PS que está subjacente à produção dos defensores do MRS dos anos 1980 inclusive ultrapassa o discurso promocional, possuindo uma **radicalidade política**¹¹ ausente no discurso da NPS, ao colocar em questão a própria ordem social.

A partir da década de 1990 – contexto em que a influência do marxismo na Saúde Coletiva arrefece –, passa a acontecer uma crescente incorporação das proposições da NPS no Brasil. Campos (2005) avalia que diversos pesquisadores e dirigentes, deixando de lado a amplitude das questões colocadas pela Saúde Coletiva (SC), até mesmo da necessidade de superar suas lacunas, “aderiram, com armas e bagagens, à novidade vinda do norte” (CAMPOS, 2005, p.15), numa incorporação acrítica de um “similar estrangeiro”. Para ele, “a Promoção transformou-se em uma espécie de discurso politicamente correto, o desafio estaria em aplicar suas diretrizes sem necessariamente analisá-las para eventuais retoques ou correções” (CAMPOS, 2005, p.14).

⁹ É importante situar que a **determinação social da saúde** tem suas bases na perspectiva marxista; já os DSS, de acordo com Tambellini, Schutz (2009) e CEBES ([s/d]), tem como o modelo da epidemiologia tradicional, no qual estes aparecem unicamente na qualidade de fatores causais de morbidade e mortalidade, sendo um conceito puramente empírico. Não existiria aí nenhum tipo de teoria da sociedade de caráter crítico ou ao menos explicativo, conforme alerta o Cebes ([s/d]). Neste sentido, de acordo com o CEBES ([s/d]), o problemático da concepção do DSS é acreditar que a atuação nos “fatores de risco” pode minimizar a determinação social, sem que se transformem efetivamente as condições sociais.

¹⁰ Outro motivo para a resistência inicial à NPS era a compreensão de que ela configurava um conjunto de propostas elaborado em países centrais, com realidade socioeconômica bastante distinta do quadro nacional e problemas sanitários também diferentes. Fora justamente contra essas importações teóricas descontextualizadas que a Medicina Social Latino Americana se colocara, ao defender a necessidade de análises sobre a realidade de periferia do capitalismo vivenciada pela nossa região.

¹¹ O MRS destaca as condições de vida como questão central da saúde, sinalizando claramente para o enfrentamento das desigualdades sociais, para a modificação da organização social da produção (COSTA, 2013).

Neste contexto, é possível observar em diversas iniciativas do Ministério da Saúde¹² a influência da NPS, como se pode verificar na própria escolha da APS (e da Estratégia Saúde da Família) como “estratégia” para mudança do modelo de atenção, já em meados dos anos 1990; na influência do ideário internacional em vários programas do Ministério da Saúde (como o de Controle do Tabagismo, o de Controle do HIV/AIDS, o de Controle da Hipertensão e Diabetes, o Programa Saúde na Escola, o Programa Academia da Saúde, o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil). Cumpre indicar que, a partir de 2006, a NPS ganha destaque na política nacional, em virtude de sua inclusão dentre as diretrizes e prioridades do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (CASTRO; MALO, 2006); da instituição da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS); e da publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Além disso, a ideia da PS enquanto um elemento que deve ser efetivado no trabalho das equipes de saúde está presente especialmente na legislação sobre a APS (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2013).

Ainda que ultrapasse o escopo desse trabalho analisar a PNPS e a forma como a PS aparece na legislação sanitária, é importante fazer três observações. A primeira é chamar a atenção para a existência de uma tensão no próprio texto da PNPS: apesar dos amplos objetivos e da menção à NPS, as ações propostas são voltadas prioritariamente para mudanças nos estilos de vida individuais (CRUZ, 2010). A segunda diz respeito à concepção de PS na atual política de saúde: uma concepção restrita de PS que, em lugar de viabilizar

(...) políticas públicas estruturais e universais que promovam condições de vida que incidam diretamente sobre os determinantes sociais, termina possibilitando que, tendencialmente, as políticas de saúde enfatizem as práticas e comportamentos saudáveis, centralizando-se na responsabilização do indivíduo sobre o processo saúde-doença (SOARES, 2010, p.106).

A terceira consideração diz respeito ao fato de que, embora as proposições em torno da PS estejam presentes na legislação sanitária, estudos revelam que, de maneira geral, sobre o trabalho das equipes de saúde ainda é voltado para a produção de procedimentos, com foco na doença e nos indivíduos e não para o enfrentamento da determinação social da saúde ou da busca da promoção da saúde, inclusive na ESF.

A partir do quadro exposto, constata-se a existência de distintas concepções de promoção da saúde, relacionadas às vertentes político-ideológicas as quais seus proponentes

¹² Sobre as configurações da política sanitária no Brasil, vemos que, apesar de todas as reivindicações e propostas do MRS, bem como dos avanços legais, as alterações no modelo de atenção à saúde são ainda embrionárias. Isso vem ocorrendo principalmente em virtude do contexto socioeconômico vivenciado no país: os direitos sociais inscritos na Constituição Federal de 1988 estão sendo postos em questão em nome de ajustes fiscais (débitos públicos) e monetários (combate à inflação) (DRUCK; FILGUEIRA, 2007). As políticas sociais, focalizadas, objetivam, de maneira parcial e restrita, enfrentar os estragos resultantes do neoliberalismo, definindo-se então por “ser a contraface dos superávits fiscais primários” (Id *ibidem*). O outro lado da moeda das políticas focalizadas corresponde ao agudizamento do processo de mercantilização das mesmas, em uma lógica na qual os direitos sociais deixam de ser referência-mestre (PEREIRA, 2009), para dar lugar ao acesso através do mercado. É nesse solo tenso e contraditório que o SUS vai sendo tecido, defrontando-se com um conjunto de obstáculos, conforme Paim (2008, p.245): a não implementação do preceito constitucional da Seguridade Social; o subfinanciamento; precarização das relações, remunerações e condições de trabalho; insignificância de mudanças estruturantes nos modelos de atenção à saúde e de gestão do sistema; marketing de valores de mercado “em detrimento das soluções que ataquem os determinantes estruturais das necessidades de saúde”. Acrescentaríamos o aprofundamento das parcerias público-privado, através de diversas estratégias, como as Organizações Sociais (O.S.), as Fundações Estatais de Direito Privado, a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), entre outras.

tem se filiado, expressando às concepções do processo saúde-doença que orientam suas práticas (WESTPHAL, 2006). É importante destacar que tais concepções vão nortear a forma de organização do processo de trabalho em saúde e como as práticas vão sendo tecidas.

Nesse sentido, é interessante atentar para uma indicação de Chapela e García (2010) sobre a configuração de duas grandes vertentes de PS: a primeira diria respeito às vertentes de PS subalternizantes, que englobam a “promoção da saúde do mercado”; a PS “oficial” e outras perspectivas que adensam uma abordagem culpabilizante do indivíduo; a segunda abarca as concepções nas quais a PS é tratada na direção da emancipação (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2012).

La perspectiva dominante de promoción de la salud está centrada en la modificación de riesgos y estilos de vida a partir de lo cual ignora los determinantes sociales de la salud, desvincula la política sanitaria de la económica y se suma acriticamente a la tendencia a la mercantilización y privatización de los servicios de salud. Funge como un legitimador de las desigualdades sociales al tiempo que culpabiliza e individualiza la salud, ignorando los procesos colectivos. Frente a ello, es posible ubicar una perspectiva emergente de promoción de la salud que denuncia la desigualdad social y retoma los determinantes sociales de la salud dando centralidad a la noción de derechos sociales; vincula la política sanitaria e la económica; cuestiona la mercantilización de la promoción de la salud; propicia procesos colectivos que implican la decisión de los sujetos al tiempo que promueve procesos de exigibilidad/emancipación (GARCIA, 2010, p.89).

Em nossa avaliação, é no interior da segunda perspectiva que se pode situar, no Brasil, um debate sobre a PS que se conecta ao ideário do MRS dos anos 1980: a promoção da saúde pode ser pensada como estratégia em nível da política de saúde em geral (e seus esforços no sentido da intersetorialidade com as políticas econômicas e com as demais políticas sociais) no enfrentamento da determinação da saúde; bem como na gestão local da política e dos serviços de saúde e em como isso se traduz na micropolítica do trabalho cotidiano dos profissionais sanitários.

Não é novidade que nos deparemos com trabalhos na perspectiva da PS heterogêneos: há tanto produções teóricas, legislações e experiências com marcas subalternizantes, quanto com perspectivas progressistas (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2012).

Daí se percebe a imprescindibilidade de se apreender, face à heterogeneidade e polifonia do discurso promocional, de qual PS se está tratando. É sobre esta preocupação que este artigo se debruçará a seguir, ao analisar as tendências do debate sobre o tema no interior do Serviço Social.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: UMA ANÁLISE DA PRODUÇÃO TEÓRICA

Com a criação do SUS e as propostas de alteração do modelo de atenção à saúde e seus pressupostos - que passam pelo conceito ampliado de saúde, a universalidade, a descentralização, a participação social, a integralidade -, o Serviço Social adquire um novo estatuto na área (MIOTO; NOGUEIRA, 2009; KRUGER, 2010), que supera a ideia de que seria uma profissão paramédica.

Neste contexto, o debate profissional dos/as assistentes sociais sobre a saúde vem adquirindo maior densidade e amplitude¹³: é notável a expansão da produção de dissertações, teses, relatórios de pesquisas; a apresentação de trabalhos nos congressos da área (MATOS, 2000); bem como a publicação de livros e artigos abrangendo temáticas relacionadas à saúde e serviço social.

Em relação à PS/NPS, o cenário coetâneo tem colocado diversas demandas ao Serviço Social, sejam aquelas referentes à PNPS e às demais requisições da política sanitária atual (inclusive na saúde suplementar); sejam as estratégias no âmbito da formação no SUS, desencadeadas pelo Ministério da Saúde (MS), nas quais a profissão vem se inserindo.

Não obstante, quando nos voltamos para a análise do debate profissional sobre a temática, no estudo bibliográfico empreendido (VASCONCELOS, 2013)¹⁴, constatamos diversas fragilidades, que aqui agrupamos em quatro tendências: 1) o uso indiscriminado dos termos PS, prevenção e Educação em Saúde, bem como a disseminação de propostas voltadas predominantemente para estas duas últimas; 2) uma perspectiva acrítica em torno da NPS; 3) uma recusa do debate sobre a NPS; 4) a PS associada ao ideário do MRS.

Quanto à primeira tendência, em diversos dos artigos analisados, os termos PS, prevenção e Educação em Saúde (ES) são usados como sinônimos, geralmente considerados como “ações”. No entanto, cada uma das propostas possui vinculação a determinado arcabouço teórico-político, que, aparentemente, vem sendo pouco apreendida no debate profissional. Ainda que ultrapasse o escopo de nosso trabalho aprofundar essa reflexão, é fundamental traçar breves indicações sobre esta questão.

Cumprido considerar que as propostas em torno da prevenção da saúde, como mostra Buss (2002), estão mais associadas a questões da clínica e da medicina preventiva: como evitar, curar, mitigar. Seus focos são a doença e as estratégias para enfrentá-la através dos impactos nos fatores mais íntimos que a desencadeiam e seu locus de responsabilidade e unidade de análise é o indivíduo e seus aspectos biológicos (WESTPHAL, 2006). É importante lembrar que o livro “O dilema preventivista”, de Arouca (2003), escrito em 1973 (considerado um dos marcos fundantes da Saúde Coletiva brasileira), já naquela época denunciava as fragilidades de propostas que se focavam na mudança de comportamento dos profissionais, bem como em sua formação acadêmica, por não considerarem efetivamente a determinação social da saúde.

Destarte, a prevenção, ainda que configure uma das facetas imprescindíveis para a integralidade em saúde, não toma como fundamento o conceito ampliado em saúde, mas busca

¹³ Especialmente a partir dos anos 2000, percebe-se um maior envolvimento da categoria com as discussões da Saúde Coletiva (KRUGER, 2010), especialmente a partir do reconhecimento da confluência entre as proposições do MRS e o PEP (BRAVO, 2006): a sintonia entre tais projetos é posta em destaque. Têm sido realizados eventos temáticos em níveis local, estadual e nacional, inclusive o “Seminário Nacional Serviço e Saúde” (2008), organizado pelo CFESS. Outro importante marco para o Serviço Social na saúde foi a elaboração dos “Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde” (CFESS, 2009, p.9), que “(...) tem como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde”. Vale situar também que, na década de 2000, acontece, de forma mais expressiva, a inserção da profissão nos programas de indução do MS para formação de profissionais com perfil para atuar no SUS, a exemplo das Residências Profissionais, do Pró-Saúde, do PET-Saúde e do Ver-SUS (KRUGER, 2010).

¹⁴ A pesquisa consistiu em um estudo descritivo e analítico, com abordagem qualitativa. Na coleta dos dados, utilizou-se a pesquisa bibliográfica junto a publicações posteriores à PNPS: os anais dos CBAS de 2007 e 2010; e os 15 periódicos Qualis A e B da área do Serviço Social, indexados na Web, com coleta realizada junto a artigos publicados entre janeiro de 2006 e abril de 2012 (considerando as atualizações disponíveis até este último período). Foram analisados 112 (cento e doze) artigos relacionados ao tema saúde. Para análise dos dados, adotou-se a análise de conteúdo.

evitar ou mitigar o **adocimento**, referencial do qual tanto o MRS quanto a NPS requisitam a ultrapassagem.

Sobre a Educação em Saúde, esta também possui um largo histórico de análises, e constitui um campo de disputas (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2009), no qual várias concepções sobre a sociedade, a saúde e a educação se defrontam, indo desde perspectivas higienistas, que se focam na culpabilização dos indivíduos e na modificação de seus hábitos e costumes, num enfoque biologicista da relação saúde-doença, no qual a atividade educativa é percebida como transmissão de informações e habilidades (SILVEIRA, SILVA, 2006); até as vertentes da educação popular em saúde, que, segundo as autoras citadas, assumem o caráter político das ações educativas, buscando a análise da realidade social, apreendendo os “determinantes do processo saúde-doença e instrumentalizando a ação organizada da população para a luta em torno da solução dos problemas existentes¹⁵”.

Cumprir situar que a PS/NPS aparece como uma crítica ao preventivismo, mas também à ES¹⁶, partindo de um enfoque mais amplo, por colocar em foco os DSS, estando conectada aos aportes advindos de Ottawa; ou pode ser situada como uma importante estratégia do MRS.

Além do uso indiscriminado dos termos acima sinalizados, encontramos, em alguns dos textos analisados, certa defesa da prevenção ou da educação em saúde, colocando tais estratégias como basilares para modificação do modelo de atenção. Nessa perspectiva, caiu-se na defesa de movimentos que já foram criticados desde o surgimento da SC, aparentemente desconhecendo tais críticas e também as discussões levantadas pela NPS.

A segunda perspectiva do debate profissional do Serviço Social se refere a uma reprodução acrítica do discurso da NPS e/ou das concepções do Ministério da Saúde sobre a NPS, que a menciona como se fora componente fundamental do próprio SUS. É importante registrar que a polissemia do discurso promocional dificulta sua leitura crítica, especialmente por sua aparência de concatenação ao ideário do SUS, posição largamente divulgada pelo MS (VASCONCELOS, 2013). Tal perspectiva tem se disseminado no âmbito da produção da Saúde Coletiva, que tem sinalizado, muitas vezes, um discurso acrítico sobre a NPS, posição que também tem sido, com certa frequência, incorporada pelos profissionais de Serviço Social.

A terceira tendência do debate profissional se coloca exatamente no polo oposto da anterior: adota uma recusa tão frontal à NPS (pelas críticas à culpabilização do indivíduo nela possivelmente presente), que tende a silenciar sobre ela ou a apenas mencioná-la como uma ação¹⁷, do que resulta um não aprofundamento analítico sobre o tema.

A última tendência que encontramos se refere à compreensão da PS a partir do aporte do MRS, partindo da ideia de que a concepção ampliada de saúde advinda do citado movimento, bem como a proposta de novo modelo de atenção dela resultante, que ultrapassa os tradicionais esquemas de prevenção e cura, dão espaço para “(...) um campo abrangente de práticas de distintas disciplinas voltadas à **promoção da saúde**, esta acrescida de adensamentos

¹⁵ É pertinente esclarecer que é nesta direção que a ES vem sendo tratada no Serviço Social: na perspectiva do PEP, se refere não apenas às atividades educativas, mas ao trabalho de politização, de formação política, de busca da construção da consciência sanitária, enfim, de uma contra-hegemonia. É considerada, nos Parâmetros, como um dos objetivos centrais para a atuação de assistentes sociais na saúde.

¹⁶ De acordo com Kickbusch (1996, p.17), a NPS emergiu a partir do momento em educadores sanitários perceberam que “(...) a educação para a saúde unicamente poderia desenvolver todas suas capacidades apoiando-se em medidas estruturais (legais, ambientais, normativas, etc.)”. Neste contexto, a NPS é tida como estratégia mais ampla que a ES.

¹⁷ Inclusive no principal documento de referência para o trabalho do(a) assistente social no SUS, que são os Parâmetros (CFESS, 2010), a PS aparece mencionada algumas poucas vezes e geralmente como uma ação.

conceituais que dão conta de responder ao modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p.224 – grifos nossos). Vale salientar, porém, que também nesta perspectiva o debate sobre a PS/NPS não está amadurecido.

A discussão acima apresentada revela, portanto, que o tratamento dado à PS/NPS no debate profissional do Serviço Social é ainda bastante embrionário e a temática não vem se configurando com relevância na agenda teórico-política da nossa área, o que evidencia uma considerável lacuna na produção acadêmica¹⁸.

Apesar disso, consideramos que, sob o ideário do MRS dos anos 1980, a PS poderia contribuir para a configuração trabalho do (a) assistente social no SUS, colocando-se como um campo prioritário para o exercício profissional. Vejamos.

É importante lembrar que, se o lugar que a racionalidade hegemônica tem atribuído ao Serviço Social nos serviços de saúde é a assistência direta aos usuários, com conteúdo majoritariamente assistencial/emergencial (SOARES, 2010), as requisições do projeto do MRS e do Projeto Ético-Político do Serviço Social e as necessidades subjacentes às demandas dos usuários indicam uma direção muito mais ampla, na perspectiva da determinação social da saúde. Nesse sentido, o trabalho do (a) assistente social na saúde “(...) passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões” (CFESS, 2010, p.28). As repercussões de tal afirmação remetem às questões colocadas pela PS/NPS, como o conceito ampliado de saúde, a intersetorialidade, a participação social, etc. Consideramos que o debate sobre a PS, realizado numa perspectiva crítica, traz à tona questões relevantes para a tessitura do trabalho em saúde, inclusive de assistentes sociais.

Concomitantemente, o debate crítico sobre a PS pode contribuir para fortalecer a identidade profissional na área, ao contribuir para aprofundar as discussões sobre os pressupostos fundamentais para o Serviço Social na área. Sobre este tema, é pertinente trazer as indicações de Carvalho e Ceccim ([s.d.]) de que as Ciências da Saúde¹⁹ configuram a Grande Área da Saúde, formada, de um lado, por um conjunto de profissões que tem seus núcleos²⁰ de competências nas práticas da assistência; de outro lado, estaria aquele conjunto de profissões cujos núcleos integrariam práticas de **promoção da saúde**²¹, entre as quais estaria, evidentemente, o Serviço Social.

¹⁸ É pertinente destacar, porém, que essa incipiência não se restringe à nossa profissão: como é um debate relativamente recente, bastante complexo e em torno do qual vem se fazendo uma associação ao MRS, as diversas profissões de saúde não têm, também, uma tradição de produções sobre o tema.

¹⁹ "Inicialmente cabe ressaltar que não há consenso no meio acadêmico-científico a respeito da composição das “Ciências da Saúde”. Almeida Filho (2000) é enfático ao escrever que várias ciências contemporâneas se apresentam como “da saúde”, mas são ciências “da doença” na medida em que as disciplinas que se pretendem constituintes do campo da saúde não constroem modelos de saúde que considerem a complexidade dos processos relativos ao sofrimento, à dor, ao cuidado e à vida, ou seja, o paradigma que rege as áreas da saúde está distante daquele que padece” (CARVALHO, CECCIM, [s.d.], p.20).

²⁰ As afirmações dos autores nos remetem aos conceitos de núcleo e campo, conforme formulado por Campos (2000, apud VASCONCELOS et al, 2010): núcleo diria respeito à identidade de uma área de saber e de prática profissional; e campo seria um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

²¹ A imprecisão de limites entre os dois grupos ou destes com outros grupos profissionais se relaciona com a amplitude que se queira imprimir ao conceito de práticas de saúde ou de necessidades de saúde (CARVALHO, CECCIM, [s.d.], p.20).

(...) a ação profissional do assistente social se inscreve no campo da promoção da saúde, notadamente no eixo da intersectorialidade, tomando como evidência dessa afirmação as atividades e ações que vem desempenhando no sistema nacional de saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p.21 – grifos nossos).

Em nosso entendimento, a relação da PS²² com o Serviço Social se coloca em duas esferas. A primeira seria como arcabouço teórico e político – associado ao ideário do MRS dos anos 1980 – que pode contribuir para orientar o trabalho de assistentes sociais nos variados espaços ocupacionais do SUS, inclusive para iluminar a discussão sobre a identidade do assistente social como profissional de saúde e para imprimir ao mesmo uma direção que busque ir além do adoecimento, considere a determinação social da saúde, objetive a construção de estratégias intersectoriais que contribuam para o enfrentamento das desigualdades sociais e possam efetivamente gerar, produzir, saúde.

A segunda seria como campo de práticas que, ultrapassando as fronteiras de um trabalho assistencial e burocrático, voltado para a demanda espontânea, além de incorporar a perspectiva da educação popular em saúde, considere a importância do trabalho no território, avance no sentido da consideração da determinação social da saúde, da participação e do controle social, na perspectiva dos direitos sociais, contribuindo para a construção da consciência sanitária, de uma contra-hegemonia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, constatamos que, embora seja um termo frequentemente utilizado quando se discute a política de saúde e que contenha importantes proposições no sentido da mudança do modelo de atenção à saúde, a PS/NPS possui uma série de contradições, que precisam ser apreendidas.

Quanto ao debate sobre o tema no Serviço Social, averiguamos que, apesar das referências à PS ou à NPS constantes na legislação sanitária e na literatura da área, bem como a remissão a noções/conceitos tão variados, em linhas gerais, esse tema não tem sido analisada/problematizada na produção científica de nossa área.

Em nossa avaliação, por um lado, há uma premente necessidade de superação de certo movimento de “negação” (consciente ou não) da discussão sobre a PS/NPS, através da incorporação ao tema de uma referência teórica crítica, conhecendo melhor seus princípios e diretrizes, esmiuçando seu significado, apreendendo suas contradições, denunciando as distorções de alguns discursos, enfim, transformando tão polêmico debate em objeto de estudo e reflexão de estudiosos (as) e profissionais da área.

Por outro lado, diante da relevância da temática para a política sanitária nacional, bem como para as demandas colocadas ao Serviço Social, este é um debate que precisa ser travado pela categoria, principalmente pelas contribuições que as proposições relacionadas à PS podem trazer para a profissão.

Concebemos que o adensamento da discussão sobre a PS/NPS e sua relação com o Serviço Social, distante de se contrapor aos Parâmetros (CFESS, 2010), pode contribuir para

²² Não podemos esquecer, contudo, que é necessário qualificar de que promoção se está falando. Isso porque, a depender das opções teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas dos(as) profissionais, o trabalho pode se voltar – ainda que de forma não consciente – para uma abordagem individualizante, focada nos estilos de vida, que desconsidera as condições de vida e de trabalho da população, ainda que em nome da Reforma Sanitária. Isso pode ocorrer através da realização de atividades individuais, grupais ou comunitárias que adotem estratégias de educação em saúde, de prevenção ou promoção da saúde, mas que não consideram efetivamente a determinação social da saúde.

aprofundar o processo de ressignificação do trabalho do (a) assistente social na saúde. Isso porque consideramos que, apesar de toda a polissemia do debate promocional, se este for associado ao ideário da RS dos anos 1980, pode fazer avançar as alterações o trabalho em saúde, processo para o qual o (a) assistente social pode trazer importantes contribuições.

REFERÊNCIAS

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Ed. UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRAVO, M. I. de S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BUSS, PM. Promoção da Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, 2002; 2(6):50-63. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/produtos/is_0103/IS23%281%29021.pdf>.

CAMPOS, G. W. S.; Prefácio. In: CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec; Washington (DC):OPAS, 2005.

_____. BARROS, R. B.; CASTRO, Adriana Miranda de. **Avaliação de política nacional de promoção da saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004, v.9, n.3p.745-749.

CARVALHO, S.R.; **Saúde Coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec; Washington (DC): OPAS, 2005.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. **Formação e Educação em Saúde**: aprendizados com a Saúde Coletiva. Disponível em <<https://www.ucs.br/prosaude/servicos/capacitacao/oficina-de-integracao-ensino-servico/acervo/textos/CECCIM%20e%20CARVALHO.pdf>>._ Acesso em 09-11-2012.

CASTRO, A.; MALO, M. Apresentação. In: CASTRO, A.; MALO, M. (orgs.). **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec; Washington (DC): OPAS, 2006.

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. **Proposições sobre Determinantes Sociais elaboradas pela diretoria do CEBES para o 1º Simpósio de Políticas e Saúde (UFF)**. [s.d.]. Disponível em: <www.cebes.org.br/.../DETERMINANTES%20SOCIAIS_ok.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2010.

CONSELHO Federal de Serviço Social (CFESS). Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde. Brasília, 2010 (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Públicas) .

CHAPELA, M.D.C; GARCIA, A.C. Introducción. In: **Promoción de la salud y poder**: reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos. D.R. Universidad Autónoma Metropolitana: México, 2010.

COSTA, M. D. H. **Parecer da pré-banca de tese de Kathleen Elane Leal Vasconcelos**. Recife, 2013. Texto não publicado.

CRUZ, D.K.A. **Da promoção à prevenção**: o processo de formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde no período de 2003 a 2006. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

CZERESNIA, D. Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: ____; FREITAS, C. M. (orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

DRUCK, G.; FILGUEIRA, L. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. **Katálisis**. Florianópolis, jan-jun. 2007. v. 10, n. 1.

GARCÍA, A.C. Políticas dominantes em Promoción de la Salud: caracterización y cuestionamientos. In: CHAPELA, M.D.C; GARCÍA, A.C.: **Promoción de la salud y poder: reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos**. D.R. Universidad Autónoma Metropolitana: México, 2010.

KICKBUSCH, I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. **Promoción de la salud: una antología**. Washington (DC): OPS; 1996.

KRÜGER, T. R. Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010.

LALONDE, M. A New Perspective on the Health of Canadians (Lalonde Report) (1981). Disponível em <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-eng.php>>. Acesso em 15 Out. 2011.

_____. El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. In: Organización Panamericana de la Salud. **Promoción de la salud: una antología**. Washington (DC): OPS; 1996.

MIOTO, R.C.T.; NOGUEIRA, V.M.R. Serviço Social e Saúde: desafios intelectuais e operativos. **Revista Ser Social**. Brasília, v.11, n.25, 2009.

MOROSINI, M.V; FONSECA, A.F.; PEREIRA, I.B. Educação em saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html>>. Acesso em: 28, dez., 2011.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde (OMS). **Atención Primaria de Salud**. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. Ginebra, 1978.

_____. European Working Group on Health Promotion Evaluation. **Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers**. Copenhagen, 1998. Disponível em <<http://www.dors.it/alleg/0400/1998%20Euro%20WHO%20HP%20Evaluation%20recommendations%20to%20policy-makers.pdf>>. Acesso em: 10, Set., 2012.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: UFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PASCHE, D. F.; HENNINGTON, E. A. O Sistema Único de Saúde e a Promoção da Saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. (orgs.). **SUS: resignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec; Washington (DC): OPAS, 2006.

PEREIRA, P. A. P. **Política Social: temas e questões**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

RESTREPO, H. E. Conceptos y definiciones. In: ____; MÁLAGA, H. **Promoción de la salud: cómo construir vida saludable**. Bogotá: Editorial Médica Panamericana Ltda, 2001.

SILVEIRA, S.A.S.; SILVA, K. M. P. da. **A prática do(a) assistente social no âmbito da educação em saúde no Programa Saúde da Família de Campina Grande/PB**. 2006. Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica. UEPB, Campina Grande.

SOARES, R. C. **A contra-reforma na política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao Serviço Social. Tese (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). UFPE, Recife, 2010^a

TAMBELLINI, A.T; SCHUTZ, G.E. Contribuição para o debate do CEBES sobre a Determinação Social da Saúde: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.33, n.83, set-dez. 2009.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal;SCHMALLER, Valdilene Pereira Viana. **(Nova) promoção da saúde: configurações no debate do serviço social**. In: Emancipação, Doi: 10.5212/Emancipacao.v.14, 2014. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/4951/4448>. Acesso em: 10, mar. 2014.

_____. et al. **Saúde da Família e Serviço Social**: Uma análise da inserção da profissão na Estratégia. Relatório Final (PROPESQ). Campina Grande, 2010. (não publicado).

_____; SCHMALLER, V.V. **Promoção da Saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas**. Recife, 2012 (não publicado).

___ ; ___. O debate sobre a Nova Promoção da Saúde e a Reforma Sanitária Brasileira: convergências e dissonâncias. Anais da **Oficina Regional da ABEPSS**. João Pessoa, 2013.

_____; _____. Estratégia Saúde da Família: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v.17, n.1, p. 89-118, Jan.-Jun. 2011.

WESTPHAL, M.F. Promoção da Saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S. et al (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

_____. Promoção da saúde e a qualidade de vida. FERNANDEZ, J.C; MENDES, R. (orgs). **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007. (Série Saúde em Debate).

PARTICIPAÇÃO POPULAR & PROMOÇÃO DA SAÚDE: COMO TEM SIDO INCORPORADA NO COTIDIANO DO SUS?

Maria Dalva Horácio da Costa* ; Suzana Karla Martins Lima**

RESUMO: Este texto apresenta reflexões sobre o papel estratégico da Participação Popular para a efetivação da Promoção da Saúde (P.S). Tece considerações acerca das práticas no atual contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em Natal/RN. Parte da premissa de que a participação é condição essencial para implementar a Promoção da Saúde na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Parte-se da compreensão de que avançar em direção à P.S, requer construir e consolidar a gestão democrática e participativa, como condição para efetivar o direito à saúde a partir da concepção ampliada defendida pelo Movimento do Reforma Sanitária Brasileira (MRSB).

Palavras-chave: Participação; Promoção da Saúde; Reforma Sanitária

ABSTRACT: This paper presents reflections about the strategic importance of popular participation on the process of health care promotion (P.S.) and its effective production. It brings considerations about the practices in the actual context of family health care strategy, in the city of Natal/RN, Brazil. Its primary idea is that participation is an essential condition to implement health care promotion (P.S.) on the perspective of the Brazilian sanitary reform (RSB). It starts with the comprehension that to advance on the direction of P.S. requires to build and to consolidate the democratic and participative management, as condition to make effective the health care rights by the amplified conception defended by the Movement of Brazilian Sanitary Reform (MRSB).

Keywords: Participation; Health Care Promotion; Sanitary Reform

INTRODUÇÃO

A importância da participação popular para a conquista da promoção da saúde tem sido destacada desde as origens do debate sobre atenção primária de saúde e se ampliado na perspectiva da promoção em nível internacional. No Brasil, em razão dos avanços teóricos produzidos pelo MRSB, a perspectiva da promoção da saúde sofre influências do Projeto da RSB, incorporando elementos centrais da concepção ampliada de saúde que possibilita conceber a P.S como prática sanitária cujo objeto central requer a articulação e combinação de ações, medidas e atividades, tanto no campo da macropolítica, quanto da micropolítica do processo coletivo de trabalho em saúde, configurando-se uma das formas de dar materialidade à uma nova forma de abordar, atuar e responder necessidades de saúde, considerando pelo menos os determinantes sociais e os condicionantes da saúde. Esta é a razão pela qual, mais que uma estratégia, a intersetorialidade e a promoção da saúde podem se configurar uma nova forma de abordar, organizar serviços e conceber a gestão pública. (COSTA, 2010).

É nesse sentido que a participação se coloca como condição para a promoção da saúde, uma vez que mudar as práticas sanitárias na perspectiva da RSB, requer efetiva participação da sociedade. A partir dessa compreensão o MRSB lutou para inscrever a participação como um dos princípios e diretrizes centrais do SUS, preconizados na Constituição Federal de 1988, enfatizado no Capítulo da Seguridade, reafirmados na Emenda Constitucional 29 e detalhado na Legislação Ordinária, especialmente na Lei 8.080/90 e na Lei Complementar de nº 8.142/90, cujo arcabouço jurídico confere às instâncias de controle social do SUS, papel privilegiado na gestão

* Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Pós-doutorado (UERJ). E-mail: dalvahoracio.natal@gmail.com.

** Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: suzana18ufm@gmail.com.

da política de saúde, particularmente conferindo aos conselhos de saúde o poder de deliberar e portanto de interferir, de forma decisiva, no processo de formulação, avaliação, acompanhamento, fiscalização e controle social das ações e serviços de saúde sob a responsabilidade do SUS.

De acordo com Costa (2007), a participação, defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) e preconizada pela CF de 1988, assume uma dimensão para além do Controle Social, incorporando o sentido de elemento essencial às mudanças das práticas sanitárias e na conformação dos processos de trabalho em saúde. A rigor, ao compreender os enormes conflitos de interesses que perpassam a luta pela efetivação da saúde como direito social e de cidadania, o referido movimento considera a participação uma condição essencial para a concretização da Reforma Sanitária.

Nessa perspectiva que teceremos algumas reflexões acerca da relação entre participação e promoção da saúde tomando como elemento empírico a realidade vivenciada nas unidades da rede atenção básica, compostas por Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) da rede da Secretaria Municipal de Saúde SMS/Natal.

Trata-se de uma breve análise acerca das concepções presentes nos diversos registros¹ das atividades e ações realizadas por equipes de saúde de algumas USF dos Distritos Sanitário Norte I e Norte II do município de Natal/RN a partir de uma amostra qualitativa do conjunto das USF localizadas nos referidos Distritos Sanitários. De forma sintética, apresenta os resultados de uma pesquisa documental realizada no primeiro semestre de 2011 cujo objetivo foi identificar indícios acerca da compreensão dos profissionais de saúde sobre a relação entre participação popular e promoção da saúde presente nos instrumentos de registro das ações e atividades cujas equipe de saúde qualificaram como ações voltadas para a promoção da saúde que envolveram a participação da comunidade.

INDISSOCIABILIDADE ENTRE PARTICIPAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

A intrínseca relação entre participação popular e promoção da saúde requer o desenvolvimento de instâncias e mecanismos de controle social não apenas no campo da macropolítica, mas também no plano da micro-política do processo de trabalho em saúde, ou seja, como prática a ser exercitada no cotidiano das unidades e serviços de saúde. Dentre esses mecanismos, no contexto do SUS, vêm se destacando os conselhos de gestores de políticas sociais e os Conselhos Gestores de Unidades: ambos com o papel de formular, acompanhar, avaliar e fiscalizar a implementação da política de saúde.

A partir dessa compreensão, esse texto mostra como a participação vem sendo incorporada no desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da saúde nas Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário Norte I e Norte II do município de Natal/RN, compreendendo a participação como uma ação política dos sujeitos coletivos que lutam por melhores condições de saúde para a população local e em geral. Com esse objetivo, foi definida uma amostra aleatória em 20% das unidades dos distritos citados. De um total de 16 USF's no DS Norte I, o estudo foi realizado na USF Gramoré e Nova Natal II; no DS Norte II, soma-se 12 unidades onde o levantamento ocorreu nas USF Soledade II e Igapó.

¹ Em geral, registros realizados em relatórios de atividades, conteúdos de cartazes-convites, cartas-convites, avisos em murais, atas, listas de presença em reuniões, palestras e eventos realizados pelas equipes das unidades de saúde da rede de atenção básica da SMS-Natal/RN.

Ao solicitar que membros da equipe das USF informassem as atividades realizadas voltadas para a promoção da saúde que envolvesse a participação da comunidade, entre os anos de 2008 e 2010, geralmente, foram elencadas as seguintes ações e atividades:

Realização de palestras relacionadas a discussões sobre diabetes, hipertensão, dengue, Gripe H1N1– através de avisos, cartazes e convites;

Registro ou lista de presença em reuniões, cujos assuntos tratados referem-se à organização de atividades, passeios, palestras, caminhadas ou a algum problema que tenha gerado adiamento de algumas atividades na unidade;

Reuniões sobre campanhas de vacina;

Reuniões com a comunidade relacionada a denúncias devido à falta de condições de funcionamento da unidade, como também a falta de médicos, medicamentos. Essas assembléias contam com a presença de representantes de lideranças comunitárias, sindicalistas e conselheiros de saúde;

Recortes de jornais com matérias sobre denúncias e/ou reclamações já mencionadas no item anterior.

As atividades mais comuns se concentram nos itens de 01 a 03, as quais geralmente são registradas nos mapas de produtividade, ao envolver ações educativas e revelam que os profissionais classificam como “participação da comunidade” ações educativas realizadas junto a grupos terapêuticos, gestantes, adolescentes, crianças e idosos em questões relativas ao controle da hipertensão e diabetes (programa HIPERDIA), palestras sobre doenças sexualmente transmissíveis, cuidados na gravidez, caminhadas e outras atividades de cunho educativo. Essas iniciativas, em geral ficam restritas à questões relativas ao estilo de vida, reduzindo a participação a noção de presença nas atividades propostas e/ou realizadas.

Ao analisarmos os problemas mais discutidos nas reuniões voltadas para discutir problemas de funcionamento das unidades, chamou-nos a atenção o fato de que os temas mais abordados nessas atividades são os mesmos constatados em pesquisa realizada por Costa (2009), sobre a falta de recursos humanos, principalmente no que diz respeito ao profissional médico; dificuldades de acesso a consultas e exames; falta de medicamentos e insumos, inadequação e manutenção da estrutura.

Conforme aponta o citado trabalho os temas que envolvem a participação popular – como o orçamento participativo, importância e papel dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde (CGUS), bem como os direitos dos usuários – são pouco lembrados no momento em que esses grupos se reúnem, devido à atenção curativa da saúde da família no município de Natal/RN está em situação de precariedade. Diante desse contexto, nota-se que a participação não é mencionada como um instrumento de reivindicação, até mesmo por uma assistência curativa de qualidade, portanto muito longe de relacionar a participação como condição estratégica para a conquista de efetivas melhorias nas condições de vida e saúde como questões reivindicadas e incorporadas no planejamento de ações de saúde, com base no conhecimento das necessidades da população em determinada área considerando a relação entre condições de vida e a incidências das doenças em determinado território e sociedade. (COSTA, 2009).

Entretanto, na realidade estudada, registram-se algumas experiências que avançam na perspectiva da educação popular, utilizando metodologias problematizadoras e participativas, porém no máximo, volta-se para a esfera da prevenção das doenças. Dessa forma, são pouquíssimas as iniciativas que se voltam, de fato, para a promoção da saúde na concepção adotada pela PNPS (2006).

De acordo com Costa (2009), os CGUS que se reuniram apresentam a mesma dificuldade, observe:

Dentre os CGUS que se reuniram, segundo os que responderam os questionários, a falta de pessoal, principalmente médicos, foi o principal problema discutido, na mesma proporção, em seguida aparece tem grandes problemas: as dificuldades de acesso a exames e consultas – regulação, a falta de medicamentos e insumos e inadequação e a falta de manutenção da estrutura física das unidades. Um terceiro bloco, com a mesma proporção, destaca a má qualidade do atendimento, problemas em relação á atuação dos agentes de saúde e falta de segurança nas unidades. O ultimo bloco, aponta temas relacionados ás dificuldades e necessidades de organização e participação da comunidade, expressos em temas como direito dos usuários, organização dos segmentos e orçamento participativo (COSTA, 2009, p. 4).

A observação acerca da rotina das unidades foram reforçadas em conversas informais com os profissionais das Unidades cujo trabalho de suas equipes foi analisado, possibilitando constatar que o modelo assistencial vigente na SMS/Natal ainda centra-se na realização de procedimentos, estimulado pela cobrança de produção quantitativa de procedimentos, sem estímulo e condições objetivas para trabalhar sequer a prevenção das doenças. Verificando-se que no máximo há cobranças, por realização de ações preventivas nos períodos em quando há campanhas nacionais coordenadas pelo Ministério da Saúde, nas quais o município tem que prestar contas acerca das metas exigidas. São momentos em que as equipes recebem algum material educativo disponibilizado pelo referido Ministério.

Na realidade estudada as atividades, em geral palestras realizadas são consideradas ações de “promoção da saúde” e de “participação da comunidade”. Ainda assim, o trabalho “educativo” realizado resulta de esforços pessoais da equipe², que realizam bazares e conseguem alguns recursos para festas comemorativas com os grupos, porque a SMS de fato não tem uma política de incentivo às ações socioeducativas. Houve unanimidade quanto à falta de apoio da SMS/Natal para a realização de atividades educativas/preventivas, inclusive devido à falta de condições objetivas. Os materiais mais mencionados são a falta de computadores, local para reunião, material de consumo, DVD, capacitação profissional, equipamento de multimídia, recursos humanos, mídias para divulgação (folders, cartazes e entre outros), televisão e câmera digital.

Muitas unidades, mesmo após reformas, quando se consegue construir mini auditórios / salões para reuniões, estes não apresentam condições materiais básicas como cadeiras suficientes, ventilação adequada, etc. Enfim, não proporciona condições mínimas aos participantes das reuniões, dificultando a realização desse tipo de atividade. Embora se tenha mencionado tantas dificuldades, não há documentos/registros sobre lutas coletivas da população reivindicado a melhoria necessárias à realização das atividades socioeducativas. Felizmente, identificamos algumas iniciativas pontuais envolvendo a participação conjunta de profissionais e usuários:

Foi mencionada ocorrência de protesto da população, de Igapó, da área da USF E Centro de Saúde de Igapó, cujo local disponível para reunião não podia ser utilizado pelos grupos terapêuticos e/ou para ações educativas coletivas, uma vez que a reforma e ampliação do referido Centro de Saúde, conforme denúncias dos usuários e lideranças comunitárias da área, tal reforma foi feita para viabilizar a implantação de um serviço de Atendimento Médico

² Composta apenas por médicos, enfermeiros, odontólogos e os agentes comunitários de saúde. Os ACS são considerados elos entre o trabalho dos profissionais e a comunidade. Em algumas unidades, constata-se a presença de alguns profissionais que não fazem parte da equipe mínima da ESF, como Assistente Social e Nutricionistas, entretanto, trabalham com carga horária menor porque não recebem gratificação do PSF, tendo dificuldades de se envolverem de forma mais extensa nas atividades.

Especializado³ (AME), cuja gestão foi entregue a uma organização social, razão pela qual a população encaminhou requerimentos ao Ministério Público (MP) que ficou de averiguar porque a SMS não disponibilizou o único espaço apropriado para as discussões e atividades voltadas para a saúde coletiva, incluindo educação em saúde e de participação da comunidade. E, onde passaria a ser atendido a a população da área da UBS/Igapó, uma vez que em seu espaço físico foi implantada uma AME, sem sequer discutir com a equipe, com a própria comunidade e como Conselho Municipal de Saúde CMS-Natal;

Na USF/Nova Natal, que no momento da pesquisa estava em reforma, constatou-se que a obra foi fruto da luta da comunidade, pois o prédio estava em estado de interdição visto as condições precárias de funcionamento. Houve relatos de que em 2010, os profissionais da unidade se uniram a lideranças comunitárias da Zona Norte, Conselho Municipal de Saúde e Sindicato dos Servidores de Natal (SINSENAT) e o sindicato dos Trabalhadores em Saúde do RN (SINDSAÚDE/RN) que realizaram uma passeata no bairro para barrar a implantação da AME gerenciada pela Organização Social – Marca. Chegando a realizar uma assembleia popular que teve repercussão na mídia do município. Nessa USF, chama à atenção o fato de que as atividades lúdicas voltadas para a qualidade de vida dos usuários, como as aulas de danças, estão sendo apoiadas através do SINSENAT que apóia as atividades, custeando o professor para ensinar aos participantes do grupo a dançar. E, que as atividades aconteciam no prédio do Clube de Mães de Nova Natal, em função da Unidade ter perdido o espaço dentro do Centro de Saúde que era dedicado a tais atividades.

A USF Soledade II também passou o ano de 2010 com muitas dificuldades de funcionamento. De acordo com Lima (2010), foi realizado um levantamento pelos alunos da disciplina “Saúde e Cidadania” (SACI), no qual foi verificado que, desde Março/2010:

A SMS/Natal não envia medicamentos para os usuários do programa HIPERDIA,

Das três equipes de Saúde da Família, só uma está completa, as demais encontrava-se incompletas por falta de profissionais médicos e de enfermagem;

O serviço de odontologia estava com suas atividades suspensas devido a problemas na manutenção predial como mofo, rachaduras, fios elétricos expostos e odor na cuspideira em que o usuário inalava o mau cheiro decorrente de um refluxo na fossa e desabastecimento dos materiais de limpeza e de escritório.

Esses problemas acarretaram muitas dificuldades no tocante à realização dos trabalhos dos grupos, sendo que no ano supracitado, foram enfraquecidos devido à reforma da Unidade. Apesar das circunstâncias desfavoráveis, foram realizados trabalhos envolvendo a participação da comunidade, ressaltando a decisiva colaboração dos preceptores, tutores e alunos da disciplina Saúde e Cidadania (SACI) da UFRN e o projeto de “Reestruturação”, do Conselho Gestor desenvolvido pela estagiária de Serviço Social (coautora deste trabalho).

Foi identificado o problema dos medicamentos para convocar a população para as lutas. Para a realização da Assembléia Popular dos Usuários da USF de Soledade II acontecer, foi essencial um planejamento envolvendo os integrantes da unidade, havendo a divulgação através de correspondências via correios com um modelo padronizado, convites, anúncios em carro de som e visitas domiciliares, culminando no início de um grande trabalho de mobilização

³ Assistência Médica Especializada (AME) é um serviço da SMS-Natal, gerenciado através de uma Organização Social de Saúde (OSS) em que esta entidade de direito é da iniciativa privada, recebe do poder público o ambulatório com reforma predial completo, compra de equipamentos e entrega a gerência para a OSS que fica com a parte de contratar recursos humanos e cumprir metas de produção, baseado na lógica da produtividade pelo procedimento, sendo uma forma de gestão privada de um bem público.

da comunidade. Os usuários presentes na assembléia assinaram uma representação popular junto ao Ministério Público (MP), denunciando a falta de fornecimento dos medicamentos para que o MP tome as providências cabíveis para obrigar a SMS regularizar o abastecimento dos medicamentos.

Nesta unidade, foram realizados dois cursos de Capacitação sobre o Conselho Gestor, partindo da compreensão de que se faz necessário os futuros conselheiros apreenderem o real trabalho deste colegiado. Além disso, foi produzida uma cartilha simplificada do que é o Conselho, como funciona, quais as atribuições, trazendo sempre o exemplo para a USF onde este projeto acontece, assim como utilização de dinâmicas de grupo para a população se conhecer melhor, interagir e aprender. (Anexo 3). Tanto a mobilização quanto a assembléia contaram com o apoio material do Prosaude-UFRN, através do Departamento de Serviço Social, que se encontrava desenvolvendo atividade de estágio curricular na referida unidade, bem como a disciplina SACI I. 2010.1. Essa ação, produziu uma articulação com a Promotora da Saúde de Natal/RN, a qual passou a tomar algumas providências em resposta à ação popular encaminhada, inclusive estendendo os questionamentos para outras unidades, haja vista que a situação de Soledade II é um retrato da realidade vivenciada em toda rede de atenção básica em Natal/RN.

Quanto às condições objetivas para dar suporte à participação, verificou-se que há grandes dificuldades em efetuar o trabalho devido à falta de apoio por parte da SMS Natal/RN. Isso se reflete nos mapas de produtividade na qual há centralidade das consultas e ações curativas – em detrimento de atividades educativas e principalmente a participação – concorrem para que o profissional dedique a sua jornada integralmente às práticas meramente curativas e individuais, negando o próprio sentido da Atenção Básica⁴.

Essas práticas, no âmbito da SMS/Natal, evidenciam um retrocesso na atenção à saúde de sua população, a partir da análise do processo saúde-doença, pois a PNPS (2006) reitera que a saúde é resultante dos modos de organização da produção: do trabalho e da sociedade, em um contexto histórico no qual o aparato biomédico não consegue alterar os determinantes, nem os condicionantes mais amplos de tal processo opera, na maioria das vezes, num modelo de atenção e cuidado colocando a centralidade dos sintomas.

A realidade da SMS, foi constatado um verdadeiro desmonte da rede de atenção básica e a ausência de uma efetiva política de promoção da saúde. Em vários momentos (audiências públicas, eventos, conferências e denúncias do Fórum em Defesa do SUS e contra as privatizações) tem sido constante a denúncia acerca das precárias condições de funcionamento das unidades de saúde da SMS/Natal, estando claro que os trabalhos voltados para a promoção da saúde e participação da comunidade existentes nas unidades são mantidos com recursos dos profissionais de saúde, tanto desembolso direto, quanto através de realização de bazar.

Nesta situação, o panorama real é que, em geral, as unidades não contam com espaço adequado e equipamentos necessários para trabalho em grupo, reuniões, seminários, etc),

⁴ Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006, p. 10).

havendo situações em que usuários cedem espaço de suas residências para que as reuniões ocorram. Tais iniciativas são casos isolados e mesmo nesses casos a SMS não tem política para estimular, apoiar e manter tais grupos e trabalhos.

Observa-se também a indiferença a um dos parâmetros da Política Nacional de Humanização (PNH) na atenção básica que recomenda a implementação de ações e sistemas de escuta qualificada e de participação dos usuários e trabalhadores, com garantia de análise e encaminhamentos a partir dos problemas apresentados, dentre os quais vem se destacando estímulo a criação e implementação das Ouvidorias SUS e dos Conselhos Gestores de Unidades. BRASIL (2006, p. 26).

De modo geral, detectou-se que nas unidades da SMS/Natal, as formas de escuta coletiva são muito frágeis, dada à ausência de espaços e condições adequadas para as reuniões e atividades de natureza coletiva. Prevalece o desprezo a perspectiva de gestão participativa, seja ignorando o potencial dos Conselhos Gestores e das Ouvidorias, seja rejeitando a reimplantação de processo democráticos de co-gestão, como a eleição para escolha dos diretores e administradores de unidade e serviços de saúde, haja vista que o Conselho Municipal de Saúde tem propostas claramente definidas em resoluções tanto sobre a implantação e funcionamento dos conselhos gestores de unidades, quanto sobre o perfil e processo de escolha democrática dos diretores de unidades.

Face a tal situação, verifica-se enormes dificuldades para engendrar metodologias em que os usuários possam expor e socializar seus problemas de saúde de modo a poderem trocar experiência para coletivamente identificar os principais problemas que atingem a comunidade e se fortalecerem para exigir a efetivação de seus direitos o que necessariamente teria que apontar para lutas por melhores condições de vida e saúde.

Entretanto, constatou-se que os trabalhos com grupos, em geral voltados para o controle de doenças específicas (hipertensão, diabetes, DST/AIDS), quando ocorrem, no máximo, concentra-se no controle das doenças e eventualmente na prevenção de doenças. Sendo raríssimas as vivências em que os grupos e lideranças comunitárias têm espaço para se expressar e se explicitar sua indignação face à negação de seus direitos que atingem diretamente sua saúde, sua vida.

Observou-se que há potencial de ampliar o trabalho com grupos, no sentido de estimular a população a de fato participar das decisões no cotidiano das unidades integrante da amostra desta pesquisa, uma vez que verificou-se que – quando há um problema coletivo no qual os usuários estão insatisfeitos e os profissionais são prejudicados em suas atividades – ambos se unem para lutar pela solução do problema. Mas, raramente, utilizam-se de instrumentos como abaixo assinado, passeatas, assembléias populares, representações e relatórios encaminhados ao MP e ao CMS/Natal. Afinal, experiências com essa envergadura, requerem um verdadeiro trabalho de mobilização que os profissionais, geralmente, não consideram como parte de suas atividades rotineiras, recorrendo somente em situações extremas. Assim, predomina tentativas de realizar alguma ação de natureza educativa ou discussões informativas sobre a impossibilidade de realizar determinada atividade.

Permanece a realidade encontrada por Costa (2009): a de que os temas mais abordados nas reuniões dos CGUS, portanto nas unidades, revelam que a precariedade dos serviços ocupa lugar central nas oportunidades de discussão com a comunidade, sendo provável que essa

situação reduza as possibilidades de se pensar em lutas mais amplas no campo da promoção. Se isso acontecia com os CGUS⁵, imagine sem os mesmos.

Portanto, ainda que a experiência revele o quanto os CGUS são incipientes e tem dificuldades para funcionar, constituem mecanismos que se incorporados como estratégicos para a política de saúde, poderiam ajudar a construir uma nova dinâmica no cotidiano das unidades e serviços. E, sobretudo, que parte das dificuldades de funcionamento diz respeito à indiferença dos trabalhadores em saúde. Nesses termos, pode-se inferir que os profissionais de saúde ainda precisam se apropriar e fortalecer esses colegiados, colaborando para que os usuários se sintam apoiados e possam adequá-lo conjuntamente.

VESTÍGIOS ACERCA DA CONCEPÇÃO SOBRE PARTICIPAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO COTIDIANO DA ESF DO DISTRITO SANITÁRIO NORTE – NATAL/RN

Ao proceder a análise acerca do conteúdo dos instrumentos de registro das atividades realizadas nas USF, cujas equipes de saúde as qualificam como ações voltadas para a promoção da saúde e a participação da comunidade, foi possível constatar que, em geral, os profissionais de saúde denominam ações educativas, sobretudo palestras e reuniões informativas acerca de campanhas de vacina, divulgação de programas, normas e rotinas como atividades com vistas a promoção da saúde e à participação da comunidade.

Ao indicar as palestras sobre o controle do Diabetes, Hipertensão, ou reuniões e mobilizações realizadas em função de campanhas de combate ao dengue e outras doenças epidêmicas e endêmicas, ficou evidente que a maioria dos profissionais de saúde tratam prevenção e promoção como sinônimos. Mais que isso, a associam a determinadas atividades realizadas com muitas dificuldades por causa da falta de condições de trabalho.

Assim, dentre os principais registros, identificou-se que a maioria das ações concentra-se na esfera da prevenção das doenças, indicando que ainda prevalece a influência do referencial preventista, cujo foco é a doença e as estratégias para enfrentá-la através dos impactos nos fatores mais que a desencadeiam. Nesse sentido, tende a responsabilizar e focalizar o indivíduo e os aspectos biológicos.

De fato, no universo pesquisado, registrou-se poucas e esporádicas vivências que avançam na perspectiva da promoção da saúde no sentido de referir-se a um enfoque mais amplo e abordar questões relacionadas aos macrodeterminantes do processo saúde-doença, bem como as que utilizaram metodologias problematizadoras na perspectiva da educação popular. Ainda que venha se ampliando trabalhos com grupos de espera se utilizando de rodas de conversa e montagem de peças teatrais, verifica-se que há uma grande concentração em palestras e similares. Isso revela que ainda há uma vaga noção sobre promoção da saúde, especialmente conceber e exercitar práticas centradas na perspectiva da educação popular em saúde e da participação popular com vistas a promoção da saúde.

Para superar essa situação, além de lutar para que essa temática seja transversal ao conjunto das políticas de educação continuada do SUS, chamamos a atenção para a necessidade

⁵ O Conselho Gestor de Unidade de Saúde, na SMS/Natal, é um órgão colegiado autônomo com o papel de conhecer e problematizar a realidade de saúde do bairro, traçar o plano de trabalho da unidade, decidir prioridades, programas que serão desenvolvidos, planejar e avaliar o atendimento a população, atualizar o plano de trabalho, discutir os recursos humanos e materiais necessários, etc.

do engajamento dos trabalhadores em saúde no sentido de contribuir para o fortalecimento de espaços e em experiências que privilegiem a participação da população na gestão do SUS.

Para tanto, requer formação permanente, condições de trabalho adequadas e muito compromisso ético-político, o que só será alcançado com uma efetiva mudança na condução da gestão do SUS e do próprio poder executivo e legislativo municipal na perspectiva de um governo democrático e popular. Isso, também precisa ser incorporado as discussões realizadas no cotidiano das unidades e dos movimentos popular, sindical e comunitário existente em Natal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, partimos da compreensão de que a efetivação do direito à saúde é garantida pela CF de 1988 e leis ordinárias, será efetivado se formos capazes de construir espaços de participação popular e controle social da política de saúde. Quanto à rede de atenção básica (UBS e USF) – dada à sua proximidade com a realidade política, econômica e social em que vivem, trabalham e se organizam os usuários, constitui-se um espaço privilegiado para refletir e lutar pela saúde como direito de cidadania a partir de uma concepção ampliada de saúde.

Entretanto, a rede da SMS/Natal – mais especialmente a rede de Atenção Básica no município de Natal/RN – encontra-se em situação de absoluta penúria e precariedade, submetida a um processo de brutal insuficiência de pessoal, falta de manutenção e abastecimento de insumos, medicamentos e condições básicas de funcionamento. A precariedade é tão grave que se torna difícil pôr em evidência a própria falta de decisão política de investir nas mudanças das práticas em saúde, na perspectiva de construção de novas práticas assistenciais, especialmente capazes de dar vida e dinamicidade aos instrumentos participação social.

Apesar dessa situação, foi detectada a existência de experiências que, em momentos de crise aguda, exercitam a participação nos termos preconizados pela legislação em vigor. Mas, a maioria das unidades encontra-se submersa na precariedade e nas dificuldades, sem recorrer e estimular formas de efetiva mobilização, organização e participação como estratégia para enfrentar os problemas vivenciados. Ao contrário, reproduz o discurso da desesperança, do descrédito na possibilidade de se construir um SUS de qualidade, pautado na defesa da vida, com gestão democrática e participativa.

No que concerne à prática hegemônica na SMS/Natal, a participação é compreendida de forma restrita, associada à organização de grupos terapêuticos voltados para o controle das doenças, centrados na mudança de comportamento individual a partir da concepção preventiva de doenças, mas essas atividades são tomadas como complementares e eventuais, devido ao tempo de trabalho dos profissionais que é consumido na realização de atividades curativas individuais.

Nessa forma de trabalhar, a população é chamada para participar de alguma atividade no serviço ou em momentos cruciais, sobretudo em casos de epidemia, como a dengue e a gripe H1N1. Poucas vezes acontece uma reflexão política da atividade, em que doenças como essas sejam vistas além do índice de infecção, mas como questão ligada às condições de vida e necessidade de educação em saúde para que a comunidade compreenda o real sentido de combate ao mosquito. Entretanto, até mesmo o trabalho restrito à dimensão curativa tem sido comprometido, haja vista as péssimas condições de funcionamento das unidades que, muitas vezes, sequer têm condições de realizar procedimentos elementares. Como a cultura institucional é centrada na oblação de procedimentos curativos e, quando não há condições de ofertá-los, as unidades tornam-se verdadeiros “elefantes mariscados” com paredes descascadas, portas, janelas e parede com rachadura.

Além de serem submetidos a péssimas condições de trabalho, as equipes mais comprometidas vêm-se obrigadas a improvisar e a tirar, de seus próprios salários, recursos para realizar ações que – a rigor, faz parte de um consenso internacional cuja prioridade é a atenção primária de saúde. Além disso, a falta de investimento e estímulo ao funcionamento da rede própria da SMS/Natal, especialmente da atenção básica, compromete o próprio futuro do SUS como política pública, que não tem se constituído espaços de práticas inovadoras com base na clínica ampliada, sequer dispõe de materiais e espaço físico necessários à realização de sócio-educativas, bem como coletivos organizados.

A compreensão de que a participação é uma condição política, garantida na lei 8.080/90 e especialmente na lei 8.142/90, as quais deixam patente que a gestão do SUS deve se dar de forma participativa, e para que a população possa exercer o direito de participar da gestão do sistema, prever a criação e a manutenção dos conselhos de saúde nos três níveis de governo (municipal, estadual e federal), bem como a realização das conferências de saúde, enquanto instâncias máximas de deliberação, locus privilegiado para avaliar a situação de saúde, formular e propor diretrizes para a política de saúde.

Pelo que tais leis preconizam, a participação vai além de discutir sobre a prevenção de doenças, porquanto avança no sentido de que a população participe da gestão do sistema. Logo, deve ser construído um modelo assistencial e gerencial capaz de produzir uma gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhador em saúde, em que a autonomia e co-responsabilidade dos sujeitos envolvidos devem estar a serviço da construção de um sistema de saúde, seja capaz de assegurar acesso universal, integral e igualitário de serviços de saúde, em que a prevenção e a promoção da saúde, sem prejuízo das ações curativas individuais, devem ser a grande prioridade do SUS.

Se concordarmos que saúde é qualidade de vida, então, não há porque discordar de que a promoção da saúde só será possível com a efetiva participação da população, incluindo a luta pela melhoria das condições de vida e saúde. Entretanto, como se pôde observar no decorrer da coleta de dados desta pesquisa, os Conselhos Gestores previstos em Portaria da SMS/Natal encontram-se praticamente desativados, revelando a grande distância da gestão participativa prevista na legislação em vigor. Também revela que a sua consolidação não pode depender somente da decisão dos gestores, constitui um desafio cotidiano a ser incorporado nas práticas sanitárias, exigindo uma verdadeira mudança na relação entre profissionais, gestores e usuários, portanto entre Estado e sociedade.

Além de mudanças nas práticas no campo assistencial e da gestão, requer profundas modificações a formação profissional, porquanto em muitos cursos da área da saúde, ainda está centrada na assistência curativa individual no âmbito dos hospitais. Mas, para a própria inserção de alunos em formação torna-se prioridade, requer que a própria política de Atenção Básica seja efetiva prioridade no cotidiano do SUS.

Assim, na contemporaneidade, aumentam os históricos desafios de construir ações e práticas moldadas pela intersectorialidade e interdisciplinariedade, uma vez que não é possível se trabalhar a promoção da saúde sem lutar contra a fragmentação dos saberes e práticas. Tampouco sem reivindicar efetivas melhorias nas condições de vida, incluindo as lutas dos trabalhadores em saúde por condições de trabalho dignas e gestão democrática, razão pela qual a efetivação da gestão participativa deve constituir-se bandeira de luta de todos os que defendem a RSB, particularmente, usuários e trabalhadores.

Nesse sentido, atribuímos um papel estratégico aos trabalhadores em saúde enquanto sujeitos coletivos, no sentido de se colocarem à disposição para estimular a mobilização e participação dos usuários, para que juntos, possam lutar em favor do SUS preconizado pelo

MRSB, donde se inclui dignas condições de trabalho e carreira profissional, o que requer transformar dificuldades em objetos de luta, no sentido de que o trabalho com a população deve partir de situações que afetam a coletividade.

Partir das reais necessidades não é algo fácil. É necessário se apropriar desse debate e aprender a manusear mecanismos e instrumentos que os profissionais de saúde não foram formados para ter habilidades, sobretudo metodologias voltadas para a participação, escuta e lutas sociais e coletivas. Desse modo, começa requerer que a construção de observatórios capazes de identificar os problemas afetados por um determinado indivíduo e os que se refletem de maneira coletiva, buscando conhecer a forma como a população vive e reage diante dos seus problemas. Mais que isso: requisita capacidade para apreender as expectativas que os usuários têm a partir das suas lutas.

Daí, a importância de uma política de educação permanente alinhada a tais necessidades. Entretanto, chamamos a atenção que democracia e gestão participativa se aprende exercitando. Desse modo, ousar no sentido de assegurar o pleno funcionamento dos Conselhos Gestores; multiplicar as práticas envolvendo a realização de assembléias populares com o intuito de discutir a política de saúde local, distrital, municipal e estadual; fóruns de saúde, etc. Enfim, ocupar, dar sentido e tomar parte nos espaços de participação conquistados é o único caminho para tornar realidade os princípios do SUS considerando determinação social da saúde.

REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ALVES, G. G; LA SALVIA M. W.; ABEGG, C. Promoção da Saúde: a convergência entre as propostas de vigilância da saúde e da escola cidadã. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, jul-ago, 2004, p.1020-1028.

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

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006, 1ª ed.

_____. Presidência da República. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.142**, de 28 de Dezembro de 1990.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**. 6.ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

CORREA, M. V. C. Controle Social na saúde. In: MOTA, E. et ali (orgs.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, p. 01-29, 2006.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **Capacitação de conselheiros gestores locais de saúde e lideranças dos movimentos sindicais, populares, comunitários, estudantis e de organizações não governamentais de Natal/RN**. Natal: março, 2009. (Relatório).

_____. **Participação Social e Reforma Sanitária**. Natal: outubro, 2007. (Relatório da VI Conferência Estadual de Saúde do RN).

FORTES, P. A. C. **A Ética do Controle Social na Saúde e os Conselhos de Saúde**. Disponível em: <<http://www.cro-rj.org.br/fiscalizacao/ETICA%20A%20%C9tica%20do%20Controle%20Social%20na%20Sa%FAde%20e%20os%20Conselhos%20de%20Sa%FAde.doc>>. Acessado em: 03, mar., 2011.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2003.

PROMOÇÃO DA SAÚDE: ANALISANDO O TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Maria Clara de Oliveira Figueiredo*

RESUMO: Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tem entre suas diretrizes a promoção da saúde. Este artigo resulta de uma pesquisa de Iniciação Científica PIBIC/PROPESQ/UEPB. Tem como objetivo discutir a promoção da saúde como diretriz para o trabalho dos assistentes sociais nos NASF de Campina Grande-PB e João Pessoa-PB. Para coleta de dados foram utilizadas pesquisa documental e entrevistas com roteiro semi-estruturado. Constatamos que os profissionais de serviço social, embora tenham grandes contribuições a oferecer em defesa da promoção da saúde ainda são desafiados cotidianamente a executarem ações nesse sentido.

Palavras-chave: NASF. Promoção da Saúde. Serviço Social.

ABSTRACT: The NASF created in 2008 and among the directives that make up these centers is to promote health. This article is the result of a survey of Scientific Initiation PIBIC / PROPESQ / UEPB conducted by the Center for Research and Social Practices (NUPEPS). Aims to discuss health promotion as a guideline for social workers in NASF of Campina Grande-PB and João Pessoa-PB. For data collection desk research and interviews with semi-structured interview were used. We found that social service professionals, although major contributions to offer in defense of health promotion still are challenged daily to perform actions accordingly.

Keywords: NASF. Health Promotion. Social Service.

INTRODUÇÃO

A contemporaneidade sinaliza, cada dia mais, problemas sociais, políticos e culturais que encontram na lógica capitalista uma alavanca para o seu aprofundamento e complexificação.

Tais problemas interferem na saúde dos indivíduos e o reconhecimento disso começa a ser sinalizado por diversos setores sanitários que apontam para o esgotamento do paradigma biomédico em dar respostas às necessidades de saúde diante dos desafios postos pela atual conjuntura. Nesse sentido, surgem novas formulações sobre o pensar e o agir na saúde capazes de fazer frente aos problemas em curso. Entre essas, surge a ideia de promoção à saúde (CAMPOS, 2004).

Desde os anos de 1970, quando se originaram as discussões em torno da promoção à saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem sendo um difusor desse ideário nos diferentes países, com grande expressividade no âmbito das políticas públicas (CARVALHO, 2004).

Toda essa discussão em torno da promoção à saúde e mesmo as ações formuladas e implementadas pelo Estado e que integram profissionais de saúde e usuários não ocorrem livre de tensões e de desafios de ordem política, ideológica, teórica, como veremos no decorrer deste artigo.

Por outro lado, segundo Carvalho (2004), ela vem sendo base para diversas propostas como da Vigilância à Saúde, Cidades Saudáveis e Educação à Saúde, além de fazer parte da estrutura de propostas que vem surgindo e visam a reorganização da Atenção Básica - AB, à exemplo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, mais recentemente, os Núcleos de Apoio à Saúde da família (NASF).

A ESF tem como principal propósito a reorganização das práticas da atenção à saúde sob novas bases e, portanto, a substituição do modelo tradicional, o médico centrado. A ESF

* Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB); Mestranda pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Email: clarafigueiredo0310@gmail.com.

caracteriza-se por ser a porta de entrada do sistema de saúde, tendo sob sua responsabilidade um território definido, com uma população delimitada (BRASIL, 2008).

Já os NASF foram criados em 24 de janeiro de 2008, através da portaria nº 154/GM (BRASIL, 2008), com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, bem como ampliar a atenção básica por meio da qualificação da assistência e da gestão (BRASIL, 2008).

Na atenção à saúde é responsabilidade desses NASF atuar e reforçar diretrizes, tais como: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a humanização e a promoção da saúde.

A referida Portaria, bem como o Caderno de Atenção Básica nº 27 que oferece os direcionamentos gerais para a implementação desses núcleos, esclarecem que os NASF têm como pressupostos algumas políticas nacionais, dentre elas a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que, como veremos está embrenhada de tensões.

É nesse sentido, que acreditamos que os problemas decorrentes da PS no Brasil perpassam os serviços que se utilizam dessa diretriz, de uma forma ou de outra, chegando ao cotidiano nos profissionais que ali atuam.

As bases sobre as quais se assenta o significado político do Serviço Social enquanto profissão de saúde e em defesa do Sistema Único de Saúde são as alterações no modelo de atenção e a própria construção do SUS com base no conceito ampliado de saúde. Aqui é imprescindível sinalizar que a atuação do Serviço Social na saúde pode contribuir, principalmente, em um eixo básico para a reversão do modelo assistencial: a promoção da saúde. Assim, os profissionais de saúde (dentre eles o assistente social) que compõem os NASF são desafiados a construir posturas, diretrizes e estratégias para o enfrentamento cotidiano dos problemas de saúde que, como vimos, se complexificam e se aprofundam na atual conjuntura, mas estes profissionais quando não atrelados a uma direção social e política contundente se perdem nesse emaranhado de problemas que a saúde vem apontando.

Nos marcos deste artigo, discutiremos a promoção à saúde como diretriz para o trabalho dos assistentes sociais nos NASF de Campina Grande-PB e João Pessoa-PB.

Os dados empíricos analisados são parte de pesquisa “Saúde da Família e Serviço Social: uma análise da inserção da profissão na estratégia” realizada através dos Núcleos de Pesquisa e Práticas Sociais (NUPEPS) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB/PROPESQ). Tais resultados também fazem parte das discussões realizadas no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), intitulado “Serviço Social e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise acerca do trabalho do assistente social”¹.

¹ O trabalho foi apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba no segundo semestre de 2011.

Apesquisa², que deu base a análises aqui reunidas, tinha como principal objetivo analisar a inserção do Serviço Social na Saúde da Família de Campina Grande/PB e João Pessoa/PB.

Para analisarmos com mais cautela o assunto em foco, iremos percorrer a seguinte trajetória: inicialmente abordaremos as proposições da proposta dos NASF em torno da promoção da saúde sinalizando alguns desafios e tensões; em seguida discutiremos as bases que interligam o Serviço Social à promoção à Saúde nesse espaço; e, por fim, refletiremos os dados referentes à realidade de Campina Grande-PB e João Pessoa-PB.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E NASF: SINALIZANDO DESAFIOS

Diante da insuficiência do modelo biomédico em dar respostas às necessidades de saúde diante da sua complexidade, o setor sanitário passa por um processo de ampliação do olhar sobre a saúde e a doença e, conseqüentemente, passa a exigir novas posturas por parte dos sujeitos envolvidos – usuários, profissionais e gestão (CAMPOS, 2004).

É nesse sentido que a promoção à saúde se coloca como uma política transversal passando pelos diversos níveis de complexidade, por diversas especialidades, bem como pela adoção, pelo Estado, de medidas que integrem a política de saúde às demais políticas afim de superar, ou mesmo amenizar as iniquidades que historicamente são sinalizadas no cotidiano dos brasileiros (CAMPOS, 2004).

Porém, constata-se a existência de distintas concepções de promoção da saúde interligadas com determinadas vertentes político-ideológicas que expressam concepções diferenciadas do processo saúde-doença e, portanto, darão uma condução específica ao processo de trabalho e ao atendimento à saúde (WESTPHAL, 2006).

Tais tensões, de acordo com Vasconcelos (2013), perpassam a PNPS, bem como, estão vinculadas ao contexto quando dizem respeito a concepção de PS adotada na atual política de saúde e suas implicações para o processo de trabalho das equipes de saúde, sobretudo, as equipes de SF.

Segundo a autora, a concepção de PS na atual política de saúde que, conseqüentemente, está presente na PNPS, é a que aponta para as ações propostas muito voltadas para mudanças nos estilos de vida individuais não contemplando os determinantes sociais em uma perspectiva de construção e defesa de políticas públicas estruturais e universais para o enfrentamento destes determinantes (SOARES, 2010).

Essa tensão chega ao cotidiano dos profissionais de saúde, os quais ainda estão voltados para a produção de procedimentos com foco na doença. Assim, o referencial adotado pela

² Esta pesquisa classifica-se como um estudo de caso, pautado numa abordagem qualitativa. O estudo envolveu dois grupos de sujeitos: assistentes sociais que atuam na ESF e NASF e gestores da saúde. Em relação ao primeiro grupo de sujeitos, o universo pesquisado incluiu, no período da pesquisa de campo, 11 assistentes sociais inseridas nas equipes básicas da ESF de Campina Grande e 09 profissionais que atuam nas equipes do NASF do mesmo, bem como 09 assistentes sociais que fazem parte das equipes dos citados núcleos em João Pessoa. Totalizamos 29 entrevistas com os profissionais de Serviço Social. Quanto aos gestores o universo compreendeu 07 sujeitos (04 de Campina Grande e 03 de João Pessoa) que ocupavam as funções de Secretário de Saúde, Diretor(a) de Atenção Básica, Coordenador(a) do NASF e Coordenador(a) da ESF nos respectivos municípios. A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto a setembro de 2010 junto aos assistentes sociais inseridos nas equipes do NASF dos dois municípios. Para o tratamento e análise dos dados, foi empregada a técnica de análise de conteúdo, que permitiu compreender criticamente os sentidos e significações explícitas e implícitas na fala dos sujeitos. A organização e codificação dos dados ocorreram a partir da definição de temas (unidade de registro), em torno dos quais categorizamos, agrupamos e analisamos as falas dos sujeitos entrevistados.

maioria dos profissionais de saúde permanece restrito a sua área de atuação – o que predomina é, pois, o saber filiado a racionalidade biomédica – o que impossibilita a realização de ações em saúde que pensem o processo saúde doença de modo complexo e, de fato, fruto de múltiplas determinações (FIGUEIREDO, 2012).

Fica claro, portanto, que a promoção da saúde ao passo em que se configura como um é um desafio diante da atual conjuntura também se constitui como um elemento funcional a lógica vigente transfigurando-se, muitas vezes, em um discurso “politicamente correto” (CAMPOS, 2005, p. 15).

Nesse sentido, ainda é interessante esclarecer, concordando com Chapela e García (2010) e Vasconcelos e Schmaller (2012) sobre a existência de basicamente duas vertentes de PS: a primeira seriam as vertentes de PS subalternizantes, englobando a “promoção da saúde do mercado”; a PS “oficial” e outras perspectivas que adensam uma abordagem culpabilizante do indivíduo; a segunda envolve as concepções nas quais a PS é tratada na direção da emancipação (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2012).

A segunda vertente de PS, no nosso entendimento, está interligada àquela vertente crítica do MRS, a qual admite a Reforma Sanitária como um projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva de superação do sistema capitalista (PAIM, 2007).

Estas diversas vertentes disputam espaço no interior da ESF, seja em relação aos projetos que os profissionais de saúde se vinculam, seja em relação a própria condução das ações por parte do Ministério da Saúde (MS) e da lógica macroestrutural vigente.

Através da ESF, o MS busca substituir o modelo assistencial de cunho hospitalocêntrico pelo de promoção à saúde (BRASIL, 1997).

Diante dos desafios assinalados no dia-a-dia das equipes de SF, as quais “vem mostrando um acúmulo de demandas de atenção à saúde da população adscrita, que muitas vezes, poderiam ser atendidas por profissionais especialistas” (ALMEIDA, 2009, p. 17), os NASF foram apontados como saída para o acúmulo de demandas nas equipes básicas, bem como para apoiar a ESF. Essa proposta aponta para reformulações no cotidiano dos serviços de saúde e desafiam os profissionais e a gestão a repensarem as práticas e o olhar que está sendo dado às questões de saúde com base na diretriz de promoção da saúde.

Segundo Campos (2004), a política de promoção à saúde deve estar comprometida com os serviços e ações de saúde que coloquem usuários e profissionais de saúde como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo que aí se produz saúde e sujeito. Esse mesmo autor propõe, nos anos 1990, a tecnologia de (co)gestão denominada Apoio Matricial que, mais tarde, em 2008, se torna a ferramenta central para o desenvolvimento do trabalho dos NASF, compondo a ESF.

Conforme Campos e Domitti (2007), o Apoio Matricial pode ser concebido como um dispositivo importante e ousado para a ampliação da clínica, para se trabalhar em uma perspectiva interdisciplinar e intersetorial, pressupondo algum grau de adesão a um paradigma que pense o processo saúde, doença e intervenção de modo mais complexo e dinâmico.

O NASF pauta-se, nesse sentido, na tecnologia de Apoio Matricial para assessorar/apoiar às equipes de saúde da família. Nesse contexto, constrói-se a relação entre duas equipes em torno deste matriciamento: as equipes NASF (ou equipe de Apoio Matricial), que desempenham o apoio, e as equipes de Saúde da Família (SF) (ou Equipes de Referência), que recebem o apoio.

A Equipe de Referência - no caso, a equipes de SF - é a responsável pela condução dos casos individuais, familiares e comunitários e a equipe especializada matricial não tem responsabilidade direta por esses casos, mas, ao entrar em cena, promove-se a ampliação das

possibilidades de realização da clínica ampliada e do diálogo entre distintas especialidades e profissões (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O Apoio Matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às Equipes de Referência. Significa dizer que esse apoio deve produzir tanto uma ação clínica direta com os usuários, como ações educativas para as equipes e com as mesmas (BRASIL, 2009).

Quanto à sua vinculação à ideia de promoção da saúde, cabe referendarmos que esta é posta como uma diretriz e como uma estratégia de organização da gestão e das práticas em saúde, sendo detalhada no trecho a seguir:

Dessa maneira, as condições econômicas, sociais e políticas do existir não devem ser tomadas, tão somente, como meros contextos – para conhecimento e possível intervenção na realidade –, e sim como práticas sociais em transformação, exigindo constante reflexão das práticas do setor saúde. Para a promoção da saúde, é fundamental organizar o trabalho vinculado à garantia de direitos de cidadania e à produção de autonomia de sujeitos e coletividades. Trata-se de desenvolver ações cotidianas que preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger forma de vida mais saudáveis. Ações que ocorrerão tanto ao nível da clínica quanto na realização e/ou condução de grupos participativos sobre as suas necessidades específicas ou na comunidade (BRASIL, 2009).

O discurso é, portanto, aparentemente progressista, mas não deixa de estar ancorado à tendência que trouxemos linhas atrás que se volta para mudanças nos estilos de vida individuais não contemplando os determinantes sociais as políticas públicas estruturais e universais para o enfrentamento destes determinantes.

Além disso, a promoção da saúde aparece na proposta do NASF, quando se indica a importância da intersectorialidade, do trabalho com educação em saúde, com Projetos de Saúde no Território (PST)³, com a rede de serviços, etc.

Vale ressaltar ainda que a proposta do NASF que parece, no discurso oficial, estar completamente ancorada na perspectiva de promoção à saúde, não deve ser vista e nem pensada fora das questões macro determinantes da área da saúde que vêm historicamente limitando a construção e afirmação desse modelo que se propõe a superar o médico-centrado.

Nesse sentido, cabe sinalizarmos que o rumo das políticas sociais no Brasil tem sido determinado pelo contexto de contrarreforma do Estado⁴ que, a partir do anos 1990, vem adequando o país à lógica macroestrutural de bases neoliberais. Essa reforma de base neoliberal em solos brasileiros ganha traços peculiares e encontra um espaço favorável, mediante a tradicional eficácia da classe dominante brasileira em bloquear a esfera pública das ações sociais, privilegiando interesses particulares de grupos poderosos (CHAUÍ, 1994).

³ Pretende ser uma estratégia das equipes de SF e do NASF para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades (BRASIL, 2009). O PST deve ser sempre baseado na promoção da saúde, na participação social e na intersectorialidade, bem como na existência de demanda e na criação de espaços coletivos de discussão onde sejam analisados a priorização das necessidades de saúde, os seus determinantes sociais, as estratégias e os objetivos propostos para a sua abordagem.

⁴ Sob a máxima de que “nem tudo que é público é estatal” o governo FHC propõe o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE), em 1995, partindo do princípio de que as funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não, necessariamente, executá-las (REZENDE, 2008). O PDRE é, portanto, a materialização da contrarreforma do Estado em solos brasileiros.

A realidade é que as reformas neoliberais impregnaram o Estado de um ideário mais retraído no que tange ao seu papel de executar políticas sociais.

A tendência é a construção de pacotes mínimos de assistência destinados à população mais pobre e um padrão de qualidade para os que podem pagar pelos serviços mais corriqueiros. Assim, os atendimentos mais sofisticados e de alta complexidade permanecem no setor público e os de média complexidade e que requisitam tecnologia de ponta, muitas vezes restringem-se ao setor privado, portanto de acesso limitado para a maioria da população (BEHRING, BOSCHETTI, 2006)

Em total sintonia com tal prerrogativa, não podemos esquecer que a maioria dos gastos com saúde ainda estão nos níveis secundário e terciários, ferindo o princípio de integralidade que, por sua vez, supõe uma articulação entre a AB e os demais níveis de complexidade.

É nesse cenário que o NASF é proposto com o objetivo de aumentar a resolutividade da AB, desafogando a média complexidade, configurando-se como um dispositivo de gestão para conter a demanda reprimida da média complexidade por um custo menor do que o que seria gasto em investimentos nesse nível. (MARTINIANO et al, 2009).

Assim, parece intencional a fato de governo federal ter criado os NASF sem tanta preocupação em esclarecer o modo como ele deve ser conduzido com base no apoio matricial, deixando claras brechas para que os especialistas submetam-se ao atendimento de casos específicos que, muitas vezes, o faz confundir-se com a porta de entrada do sistema. Nesse ponto, o NASF estão seguindo a lógica que fere os princípios do SUS, atendendo à macro determinação da saúde de bases neoliberais.

O SERVIÇO SOCIAL NOS NASF: DE QUE PROMOÇÃO DA SAÚDE ESTAMOS FALANDO?

Lembremos que na atenção à saúde é responsabilidade desses NASF atuarem e reforçarem diretrizes, tais como a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a humanização e promoção da saúde.

De acordo com a Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011⁵ existem duas modalidades de NASF: NASF 1 e NASF 2.

Define-se, na portaria supracitada, que cada NASF 1 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família e no máximo 15 (quinze)⁶ equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas. Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e no máximo 9 (nove) equipes. Cada NASF 2 deverá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família e no máximo 7 (sete) equipes de saúde da família.

A composição do NASF é basicamente de profissionais especialistas, sendo que “a definição dos profissionais que irão atuar no mesmo é de responsabilidade do gestor municipal (BRASIL. 2009, p. 20).

⁵ Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

⁶ Inicialmente cada um desses NASF deveriam estar vinculado a um mínimo de 8 (oito) e máximo de 20 (vinte) equipes de SF, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco.

Nesse sentido, nos NASF sendo o assistente social um profissional requisitado a atuar nesse espaço, será imerso em um cotidiano desafiador. Vejamos quais as requisições previstas para os assistentes sociais nesses espaços.

A inserção do Serviço Social no NASF, compondo essa equipe multiprofissional e interdisciplinar, tem suas ações, de acordo o disposto nos anexos da Portaria Nº 154, de janeiro de 2008, delimitadas segundo essas recomendações:

(...) os profissionais de Serviço Social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento das ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania.

Para nós é central a vinculação do Serviço Social à promoção à saúde uma vez que esta está profundamente interligada a uma concepção ampliada das necessidades de saúde e também indissociável do enfrentamento de uma realidade de iniquidades históricas que colocam desafios cotidianos não só ao setor saúde, mas às demais políticas públicas.

É sabido que as estratégias da promoção da saúde, buscam uma abordagem voltada para o controle social e a intersetorialidade, a qual se mostra fundamental para a defesa das políticas sociais e cada dia mais fragilizada pelo contexto. No que tange à primeira esfera, como evidencia Silva (2002, p.13):

O Serviço Social tem construído historicamente, na ação voltada para a área de saúde, projetos que viabilizam a participação dos/as usuários valorizando a informação, a prevenção da doença desde os cuidados básicos à ênfase a atenção primária, compreendo a saúde como resultante de condições determinadas pelas condições de vida, na perspectiva da formação para a cidadania e participação e exercício do controle social.

A dificuldade em dar corpo à gestão participativa, de modo a ampliar o poder dos usuários nos serviços de saúde ou em qualquer instituição pública, provém da própria cultura política presente na história do Brasil, que não permitiu a criação de espaços de participação no processo de gestão das políticas sociais públicas, havendo sempre o predomínio da burocracia e ênfase em práticas de cooptação da população, do populismo e do clientelismo (BRAVO; SOUZA, 2002).

Quanto à intersetorialidade, percebe-se, no cotidiano dos serviços de saúde, que a atuação de assistentes sociais tem se voltado para construir a articulação entre os diversos setores/políticas sociais, inclusive, conforme demonstra o estudo de Costa (2006, p.341):

pode-se afirmar que o assistente social se insere, no interior de processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a concluir que o seu principal produto parece ser assegurar – pelos caminhos os mais tortuosos – a integralidade das ações.

Ainda sobre a intersetorialidade, consideramos ser um elo fundamental para a afirmação do direito à saúde, pautada na ideia de promoção à saúde, ou seja, uma saúde com sentido ampliado e, portanto, resultados de inúmeros fatores, pois supõe que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação.

Dentro da proposta da promoção da saúde, outra linha de atuação extremamente pertinente é a educação permanente em saúde. O apoio técnico-pedagógico como parte da proposta apoio matricial para os NASF parece apontar claramente para a educação permanente

como um processo educativo que possibilita a construção de espaços coletivos para a reflexão e avaliação das ações na unidade, colocando o cotidiano do trabalho em saúde em análise, rompe, nesse sentido, com os modelos de capacitações tecnicistas e centradas em procedimentos (CECCIM, 2005).

Para a construção da educação permanente, o Serviço Social também pode contribuir. Neste ponto, a profissão se insere nos processos educativos envolvendo um diálogo entre saber científico e popular, bem como a inter-relação entre profissionais, usuários(as) e organizações sociais, visando o alargamento do cuidado à saúde (VASCONCELOS, 1997). Sendo o Serviço Social uma profissão que tem a dimensão pedagógica como um traço constitutivo da sua intervenção na realidade

tende a contribuir para a construção de um projeto interdisciplinar que fortaleça a educação em saúde e o estreitamento das relações entre profissionais e usuários(as), numa abordagem compartilhada do enfrentamento das questões que perpassam o processo saúde/doença, possibilitando o planejamento das ações de saúde a partir das necessidades expressas pela realidade da população adscrita (SILVEIRA; SILVA, 2006, p.07).

Além disso, o Ministério da Saúde (2009) estipula que na relação do assistente social com as equipes das quais o NASF faz cobertura, cabendo a este a socialização das informações e participação em discussões de situações que dizem respeito aos usuários e/ou familiares com os demais profissionais; a promoção a “integração entre os membros da equipe” e; a participação na “elaboração conceitual/metodológica para apoiar as práticas educativo-participativas desenvolvidas pela equipe” (BRASIL, 2009, p. 101).

O assistente social, em sua formação acadêmica, possui competência para o desenvolvimento desse trabalho interdisciplinar, atuando como um articulador entre as equipes e fomentando propostas de trabalho que possam ir além do aspecto curativo.

Porém, de acordo com Ribeiro (2000), a ocorrência de experiências interdisciplinares depende de alguns elementos que favoreçam sua efetivação como: compatibilidade de tempo entre os profissionais; recursos materiais e humanos suficientes; tempo reservado para autocrítica, discussão de intervenções e estudo/elaboraões a nível teórico e reunião de informações sobre os sujeitos envolvidos nos casos. Tais elementos nem sempre são verificados no cotidiano dos assistentes sociais e demais profissionais de saúde.

Ainda, nos termos do Ministério da Saúde (2009), para o Serviço Social no NASF, são enumeradas algumas estratégias metodológicas, tais como: abordagem grupal, familiar, individual e de rede social; visitas domiciliares; grupos educativos e/ou de convivência; visitas institucionais; estudo social; aperfeiçoamento, formação e produção de conhecimento; intervenção coletiva; planejamento e gestão.

A utilização dessas “estratégias metodológicas” devem ser pensadas como as demais possibilidades de atuação do Serviço Social dentro das condições que obstaculizam o trabalho do assistente social. Essas condições objetivo-concretas vêm dificultando a realização de atividades fundamentais para o desenvolvimento das ações em saúde e resultam, muitas vezes, em um trabalho precarizado e fragmentado.

Fica claro, portanto, que o(a) referido(a) profissional possui competência para colaborar com sua consecução e para fortalecer a adoção da promoção da saúde na rotina dos serviços, dentre eles dos NASF, uma vez que tende a priorizar ações coletivas, sem prejuízo das ações individuais, bem como a dinamizar espaços coletivos que favoreçam a universalização e a ampliação dos direitos sociais (MIOTO; ROSA, 2007).

Mas este profissional, assim como os demais, é cotidianamente desafiado. As demandas de saúde, estando inscritas no modelo de desenvolvimento que vem reproduzindo a desigualdade social no Brasil, crescem substancialmente e muitas delas chegam ao Serviço Social com o peso de urgência o que configura para os assistentes sociais um cenário de trabalho com alto grau de superexploração (SOARES, 2010).

O SERVIÇO SOCIAL NOS NASF DE CAMPINA GRANDE-PB E JOÃO PESSOA-PB: PROMOÇÃO DA SAÚDE E OS DILEMAS DO COTIDIANO PROFISSIONAL

Convém destacar, inicialmente, que em Campina Grande/PB⁷ os assistentes sociais estão inseridos nos NASF e nas equipes básicas da Estratégia Saúde da Família, já no município de João Pessoa/PB⁸, estão apenas nos NASF. Esta realidade trouxe algumas peculiaridades interessantes para o que queremos analisar nos marcos deste artigo. Vejamos.

Em Campina Grande/PB, registra-se que o assistente social das NASF vem desempenhando as mesmas funções daqueles que trabalham nas equipes básicas, sinalizando, portanto, que a ferramenta central prevista para o trabalho destes não está sendo executada, conforme revela a fala a seguir:

[...] A equipe do NASF no dia-a-dia faz visitas domiciliares, encaminhamentos, parece, a psicóloga do NASF faz os atendimentos. [...] Aqui eu faço as funções de assistente social do PSF, mas sou do NASF (Entrevista 11, AS, CG).

Em João Pessoa-PB a realidade aparece, no discurso dos profissionais como sendo diametralmente oposta à realidade de Campina Grande-PB. No município, onde o assistente social se insere exclusivamente no NASF, este tem assumido o papel de “apoiador”. Porém, essa ênfase no apoio se dá muitas vezes sem delimitar competências profissionais específicas. Esse fato é ratificado pela afirmação que se segue:

[...] A identificação da gente é com apoio: eu sou apoiadora. Eu acho que as pessoas identificam a gente muito mais como apoiadora e vem todas as demandas pra gente e demandas que eu vejo [...] muito específicas do Serviço Social, mas se tivesse a minha outra colega educadora física, essa demanda viria pra ela também, porque ela é apoiadora da equipe (Assistente Social 22, João Pessoa/PB).

Há, portanto, diante das duas realidades uma aparente flexibilização na operacionalização dos NASF que, a cargo da gestão municipal, ganha rumos heterogêneos.

De acordo com os estudos de Martiniano et al (2009), vem sendo apontado que este fato pode estar assentado no momento mesmo da criação dos NASF, uma vez que o documento principal que oferece os direcionamentos gerais para a implementação desses núcleos foi o Caderno de Atenção Básica nº 27, o qual somente foi publicado um ano após a Portaria GM

⁷ Em Campina Grande/PB, sua implantação ocorreu em maio de 2009, tendo sido aprovado pelo Ministério da Saúde a implantação de nove NASF para o município.

⁸ A implantação do NASF em João Pessoa ocorreu em 2008, portanto, no mesmo ano em que este foi criado pelo Ministério da Saúde. Foram implantadas 13 Equipes do NASF, contando com 80 profissionais entre fisioterapeutas, médicos, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos e nutricionistas, que garantiram apoio a 130 das 180 equipes de Saúde da Família existentes no Município. No ano de 2009 foram implantadas cinco novos NASF, cobrindo mais 40 equipes de Saúde da Família. Assim, no total existem 18 equipes NASF no município, que apoiam a Estratégia Saúde da Família, na proporção de cerca de 10 equipes de SF para cada equipe NASF. Para compor estas equipes os profissionais participaram de oficinas de integração com os demais apoiadores matriciais das equipes de Saúde da Família e, posteriormente, iniciaram o trabalho.

nº 154 de janeiro de 2008. Tal fato, aparentemente, apenas de ordem cronológica trouxe danos maiores, uma vez que favoreceu o desenvolvimento de diversos modelos de NASF.

Consta que, apesar de estabelecer como central a proposta do apoio matricial, a portaria de implementação (BRASIL, 2008) não faz referência direta a este modelo e, por outro lado, a portaria prevê que os profissionais dos NASF realizem atendimentos sem determinar os critérios desse atendimento (MARTINIANO et al, 2009).

Associado a isso, consideramos que um ponto que tem reforçado essa heterogeneidade é que boa parte desses profissionais, tanto os apoiadores quando os profissionais de referência que recebem esse apoio, não tiveram nenhuma formação sobre como atuar na perspectiva de co-gestão, de compartilhamento de saberes, de discussão de casos na perspectiva do Projeto Terapêutico Singular. Enfim, não foram preparados trabalhar nos NASF, nem para receber este núcleos no seu cotidiano.

Além disso, esses profissionais atuam sob condições precárias de trabalho o que denota um atendimento pulverizado e fragmentado, como demonstra a fala a seguir:

É sofrido, porque [...] a estrutura do PSF é muito pequena. Você chega numa unidade do PSF é a salinha desse tamanhinho, então não existia NASF: as salas que tinham lá já são dos profissionais que existem lá [...]. Então a gente foi se adaptando, porque a secretaria liberou a folga pra o pessoal do PSF, então na folga de um profissional a gente utiliza a folga (Assistente Social 19, Campina Grande/PB).

Com relação às dificuldades que as assistentes sociais de João Pessoa/PB enfrentam no cotidiano profissional, destacam-se: a ausência de estrutura para desempenhar atividades, sobrecarga de equipes e dificuldades de deslocamento (falta de transportes), acarretando comprometimento da atividade profissional e exaustão do trabalho.

Nesse contexto, a atuação dos assistentes sociais nos NASF tanto de Campina Grande/PB como de João Pessoa/PB situa-se entre necessidades da população, a limitação dos recursos destinados à saúde, as reivindicações locais e as configurações do modelo de NASF que é empregado pela gestão em cada município.

Fica claro que a promoção à saúde, por mais que seja uma diretriz essencial para o trabalho dos NASF e para a defesa de uma concepção de saúde ampliada e possa ter no trabalho do assistente social grandes contribuições, ainda é perceptível uma fratura entre a realidade objetiva e as condições de realização dessa diretriz e as prerrogativas que a mesma enforma.

É necessário ponderar que as profissões, como o Serviço Social, que se colocam em defesa de um sistema que não mais esteja voltado para a concepção de saúde restrita são desafiadas e colocadas no centro de intensas contradições.

O que fica, por ora, é que os diferentes modos de produzir saúde em constante embate no cenário brasileiro vem permitindo que a implementação dos NASF, por vezes, reforcem lógicas tradicionais e antagônicas ao modelo que é defendido, -legalmente e constitucionalmente - e por que não dizer atendam à macro determinação da saúde, representada pelas ideias neoliberais.

CONCLUSÃO

Consideramos que a promoção da saúde, a qual vem compondo várias propostas com vistas a reorganização dos serviços de saúde no Brasil ancorada na defesa de um modelo contrário ao modelo biomédico é, portanto, perpassada por tensões e que os elos com os quais a promoção à saúde se vincula – que perpassam a política de saúde e as demais políticas – vem sendo historicamente ameaçados.

Diante dos resultados, observamos vários dilemas em torno da afirmação da promoção da saúde nos NASF no atual contexto. Tais dilemas são fruto de uma conjuntura muito peculiar.

Assim, compreendemos que tais dilemas não estão apartados da lógica capitalista e fazem parte, portanto, da tendência difundida mundialmente de defesa do mercado e, nesse sentido, a favor do capital e contra os direitos sociais.

Sendo o Serviço Social uma profissão que defende a saúde como um direito social e tem, portanto uma formação capaz de contribuir com a defesa do SUS e da promoção da saúde, esta vem sendo desafiada no seu cotidiano e, por isso, limitada.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. **Núcleo de Apoio as equipes de saúde da família (Nasf): uma breve reflexão.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Guanhães – MG, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Extraído de <http://dab.saude.gov.br/dab/caderno_ab.php> Acesso em: 25, set.,2010.

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

BEHRING, E. R. **Brasil em Contra-Reforma. Desestruturação do Estado e a perda de direitos.** São Paulo: Cortez, 2003.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: **Caderno de Saúde Pública.** v. 23, n. 02, 2007.

CAMPOS, G.W. *et al.* Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):745-749, 2004.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3), 2004, 669-678.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, set.2004/fev.2005, p.161-77.

CFESS. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde.** Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília, março/2009.

CHAUÍ, Marilena. Raízes teológicas do populismo no Brasil: teocracia dos dominantes, messianismo dos dominados. In: **Anos 90: Política e Sociedade no Brasil.** São Paulo: Brasiliense, 1994.

COSTA, M. D. H.O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. *In:* **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.**São Paulo: Cortez, 2006.

MARTINIANO, C. S. *et al.* **O Núcleo de Apoio à Saúde da Família no contexto da organização dos serviços de saúde:** elementos para o debate. 2009. Disponível em:<<http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais/Arquivos%20GTS%20debate.pdf>>. Acesso em: 14, abr.,2011.

MIOTO, RCT, ROSA, FN. **Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o serviço social na estratégia Saúde da Família**. 2007. Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica. UFSC, Florianópolis.

REZENDE, C.A.P. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al.(Orgs.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

SILVA, N. B. da. Programa Saúde da Família: uma estratégia e/ou novo modelo de Assistência à Saúde. **Relatório do Seminário Estadual “A inserção do assistente social no Programa Saúde da Família – PSF”**. Belo Horizonte, 2002. Disponível em <www.cress.mg.org.br/textos/relatorio_psf%20.1.pdf>. Acesso em 30/06/08.

SILVEIRA, S.A.S.; SILVA, K. M. P. da. **A prática do(a) assistente social no âmbito da educação em saúde no Programa Saúde da Família de Campina Grande/PB**. 2006. Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica. UEPB, Campina Grande.

SOARES, R.C. Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social no anos 2000. In: **As ideologias da contrarreforma e o Serviço Social**/organização: Ana Elizabete Mota. – Recife: Ed. Universidade da UFPE, 2010.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e prática reflexiva. **Revista Em Pauta**. Rio de Janeiro, nº 10, julho de 1997.

VASCONCELOS, K.E.L. ___ et al. **Saúde da Família e Serviço Social: Uma análise da inserção da profissão na Estratégia**. Relatório Final (PROPESQ). Campina Grande, 2010. (não publicado).

_____. ; SCHMALLER, V.V. **Promoção da Saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas**. Recife, 2012 (não publicado).

SERVIÇO SOCIAL E ATUALIDADE: QUAIS OS ENIGMAS QUE SE APRESENTAM PARA O PROFISSIONAL NO CAMPO DA SAÚDE?

Márcia Irene Pereira Andrade*

RESUMO: Este artigo analisa a atuação do assistente social no âmbito da saúde, sendo fruto de um relatório de iniciação científica, intitulado: “ O Serviço Social na viabilização dos direitos: um estudo na Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado. O mesmo tem como objetivo geral analisar o papel do Serviço Social na viabilização dos direitos da pessoa que vive com HIV/Aids internadas na FMT Dr. Heitor Vieira Dourado, buscando oferecer subsídio para reflexão dos assistentes sociais quanto a sua prática e seu agir profissional, com vistas a ratificar sua legitimidade profissional na atualidade.

Palavras-chave: Serviço Social, trabalho profissional e saúde

ABSTRACT: This article analysis the actuation of the social assistant on the health ambit, being originated of a report of scientific initiation, entitled: ‘The Social Service in enabling the rights: a study in the Tropical Medicine Foundation Dr. Heitor Vieira Dourado’. It has as main goal to analyze the role of the Social Service in enabling the rights of the people who lives with HIV/AIDS hospitalized in the TMF Dr. Heitor Vieira Dourado, looking to offer subsidy to the reflection of the social assistants as it practice and it professional act, with views to ratify its professional legitimacy nowadays.

Keywords: Social Service, Professional Work and Health.

A DIMENSÃO DO PROBLEMA: DESFIANDO A TEMÁTICA

Ainda que surgido no universo das práticas reformistas integradoras que visam controlar e adaptar comportamento, moldar, subjetividades e formas de sociabilidade, (...) o Serviço Social, entretecido pelos interesses em confronto, vai ampliando as suas funções até colocar-se no âmbito da defesa da universalidade de acesso a bens e serviços, dos direitos sociais e humanos, das políticas públicas e da democracia.

Yolanda Guerra, 1999

Serviço Social, sem discriminar e ser discriminado. Diante dessa afirmação inicia-se explicitando que o Serviço Social enquanto uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho atua nas relações entre Estado e sociedade civil, operacionalizando sua prática através das políticas sociais gerais. A profissão possui uma dupla dimensão: investigativa e interventiva no trato com as demandas que se apresentam no cotidiano profissional. Dentre as suas diversas áreas de atuação, encontra-se a saúde. A Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 218, de 6 de março de 1997, reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde, além da Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nº 383, de 29 de março de 1999, que caracteriza o assistente social como profissional de saúde.

No campo da saúde o serviço social desenvolve prioritariamente ações de caráter emergencial, assistencial, educação, informação e comunicação em saúde, planejamento, assessoria, mobilização e participação social. Neste sentido, é necessário sintonizar criticamente à profissão às exigências do seu tempo, voltada as novas diretrizes norteadoras da profissão, onde se desdobram no Código de Ética Profissional do Assistente Social de 1993, na Lei de Regulamentação da Profissão/93 e na Proposta de Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social, pois estamos vivendo um momento de crise, por um lado temos o desenvolvimento

* Assistente Social. Professora efetiva (UFAM). Mestrado em sociedade e cultura na Amazônia da Universidade Federal da Amazônia (UFAM).

da ciência e tecnologia, por outro a pauperização e exclusão social, tal situação gera um conseqüente agravamento das expressões da questão social¹. Assim, espera-se do profissional de Serviço Social um agir profissional que atenda as “exigências do novo tempo, com capacidade de crítica, criativo e propositivo, que atue na execução das políticas sociais, sem perder de vista sua capacidade de atuar como planejador” (IAMAMOTO, 1999, p.49).

Amparado no tripé acima mencionado, o trabalho profissional ganha maior legitimidade para atuar com respaldo em sua prática, visto que antes do Movimento de Reconceitualização do Serviço Social o agir profissional ancorava-se no assistencialismo apoiado no conservadorismo, o que se torna obsoleto no novo contexto histórico, que emerge no Brasil nos anos de 1980, e a visão de direito se concretiza no exercício profissional.

Ora, sabemos que o Brasil possui cerca de 82.000 Assistentes Sociais ativos, é o segundo país com maior número de assistentes sociais, ficando atrás apenas dos EUA – Estados Unidos da América, com 150.000 mil assistentes sociais. De acordo com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação (MEC) em março de 2007, o país contava com 253 cursos de graduação em Serviço Social (incluindo os cursos presenciais e à distância). Destes, 46 eram de instituições públicas, responsáveis por 5.358 vagas (16%), em seguida ficam as instituições privadas com 207 cursos comportando 27.465 vagas (84%). Totalizando, o Brasil possuía 32.823 assistentes sociais em processo de formação.

Diante do exposto, é vital refletir acerca da atuação desse profissional nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais com vistas ao aprimoramento profissional, já que os assistentes sociais são chamados a dar respostas prático-conscientes as demandas que se apresentam no seu cotidiano profissional.

Assim, esta investigação irá se debruçar na atuação profissional dos assistentes sociais que atuam na Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado, com ênfase na viabilização do direito à saúde, da pessoa que vive com HIV/Aids. A Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD) apresenta-se como um centro de referência em Manaus no Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids que além de oferecer subsídio às pessoas infectadas pelo vírus, também presta assistência médica, atua na prevenção de doenças tropicais, infecciosas e parasitárias, colabora para a formação dos recursos humanos nas áreas de doenças tropicais.

As doenças sexualmente transmissíveis, dentre elas a Aids, são grave problema de saúde pública, no tocante a prevenção de casos novos e defesa da vida das pessoas que vivem com HIV/Aids. Neste sentido, é vital que o profissional de serviço social, que atua na saúde numa equipe multiprofissional, seja desafiado a edificar um trabalho que fortaleça a dimensão humano-social dessas pessoas. Assim, o foco da ação profissional deverá abarcar para além da individualidade da pessoa que vive com HIV/Aids, contemplando o contexto social, político, econômico que o mesmo está inserido.

Sobre a Aids, o Ministério da Saúde (2000) afirma que tem ocorrido uma feminização, heterossexualização, juvenização, interiorização e pauperização das pessoas que vivem com o vírus. Além disso, o total de pessoas infectadas no Brasil entre 1980 e junho de 2010 é de 592.914 pessoas. Só em 2009 foram detectados 38.538 novos casos no país.

Segundo a Coordenação Estadual de DST/Aids (2011), estima-se que o Amazonas possua 7,5 mil casos da doença, destes, cerca de cinco mil pessoas fazem acompanhamento médico na rede estadual e 3,5 mil fazem uso da medicação. A FMT-HVD dispõe de ambulatório, internação e pronto-atendimento. Seu quadro de funcionários é composto por múltiplos profissionais como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, técnicos de enfermagem,

nutricionistas, assistentes sociais, entre outros. Assim, é um hospital de referência para o Amazonas e para a região Norte do país.

Nesse âmbito, o assistente social desenvolve um papel relevante junto ao paciente que vive com HIV/Aids, uma vez que, essas pessoas estão em situação de vulnerabilidade social, portanto, mais expostas a adquirir doenças oportunistas.

Côncios desse entendimento uma questão emerge: será que os direitos das pessoas que vivem com HIV/Aids atendidas no lócus da investigação estão sendo viabilizados? Ora, sabe-se que a Aids é uma doença que estigmatiza relacionada com a sexualidade, envolta por valores morais, fundamentados em preceitos religiosos, bem como remete a questão da morte. Atrelado a isto se destaca as inflexões psicossociais, econômicas e políticas, que afetam o indivíduo, o seio da família e da comunidade. Portanto, é vital assegurar que essas pessoas tenham garantidos seus direitos de forma plena, com vista à efetivação de sua cidadania.

Argumenta-se que o profissional de serviço social efetiva um trabalho junto a essas pessoas de cunho assistencial e socioeducativo, pois no cotidiano das atividades profissionais deve orientá-las acerca de seus direitos (sociais, políticos e civis), com o intuito de fortalecer a participação autônoma na sociedade, portanto, exercer sua cidadania. Sob este prisma, o agir profissional contribui para mobilizar e organizar esse segmento populacional, por meio da articulação e interlocução dos movimentos sociais na busca por exigir políticas públicas de qualidade em nosso País.

Além disso, num plano micro de atuação o assistente social deve desenvolver junto a essas pessoas um arsenal técnico operativo, construído no decorrer do processo de atendimento por meio de entrevistas, acolhimento, registro sistemático individualizado, dentre outros, que possibilitem uma real aproximação com a vida desses sujeitos, com vistas a identificar sua capacidade de resiliência, bem como as vulnerabilidades que perpassam a vida da pessoa que vive com HIV/Aids.

Conceber o trabalho profissional junto a essas pessoas sob esse prisma é ratificar que o agir profissional encontra-se mergulhado no Projeto Ético-político do Serviço Social, cujos princípios e diretrizes conclamam a liberdade como valor central ético, o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e um serviço social sem ser discriminado e nem discriminar na atualidade.

COMO O ASSISTENTE SOCIAL PODE CONTRIBUIR PARA GARANTIR O ACESSO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS AOS SEUS DIREITOS FUNDAMENTAIS?

Aduz-se que, “a gênese da *questão social* tem seus alicerces na contradição capital *versus* trabalho, assumindo roupagens distintas em cada época” (TAVARES, 2007, p.131). Sendo assim, O Serviço Social no Brasil emerge na sociedade do capital, precisamente na *idade dos monopólios*, “no contexto em que a questão social, pelo caráter de classe, demanda do Estado mecanismos de intervenção não apenas econômicos, mas políticos e sociais” (RAICHELIS, 2011, p.423). Sua implantação se deu devido à preeminência das tensões econômicas, políticas e sociais das décadas de 1920 a 1930 atrelado ao processo de industrialização, logo, a sua gênese ocorreu no momento em que o Estado precisava criar estratégias interventivas na questão da viabilização de políticas voltadas para o social.

Convém ressaltar que o Serviço Social Brasileiro na sua emergência faz uma forte interlocução com a Igreja Católica. Nota-se que a Igreja Católica foi por muito tempo a base teórica que serviu de referencial para conduzir a prática do serviço social com base nas encíclicas

papais, que eram documentos feitos pelo papado como meio de estabelecer normas para o exercício da fé cristã e a manutenção da ordem vigente.

Do exposto, os primeiros assistentes sociais brasileiros trabalhavam com a orientação moral e higiene do indivíduo, bem como tinham o papel de educar o povo e instruir a família operária. Nos anos de 1930, tendo como pano de fundo a “Era Vargas”, que temia a ascensão e o acirramento das tensões causadas pelos movimentos populares, podemos afirmar que o governo de Getúlio Vargas tinha um *cariz* de governo *populista* que adotava, ao mesmo tempo, mecanismos de centralização político-administrativa, que favoreciam o aumento da produção, dando condições para a expansão e a acumulação capitalista. (BULLA, 2003). Além disso, argumenta-se que Vargas constrói uma aliança política com o respaldo da Igreja Católica para o enfrentamento da *questão social*.

Nessa esteira, cria-se a primeira escola de Serviço Social no Brasil, na Universidade Católica de São Paulo (1936), seguidas pela Universidade Católica do Rio de Janeiro (1937), Pernambuco (1940) e Paraná (1944). Bulla (2003, p.08) afirma que no decorrer desse período os “assistentes sociais se utilizavam de modelos teóricos e metodológicos *importados*, construído em países em estágio mais avançado de desenvolvimento”. Ademais, os aportes teóricos bem como as propostas metodológicas iniciais do Serviço Social brasileiro fundamentavam-se em pressupostos filosóficos e cristãos, atrelados às experiências de ação social franco-belga.

Nos anos de 1940 o Serviço Social brasileiro utilizando-se de técnicas do Serviço Social Norte Americano, caracterizado pelo conservadorismo católico, inicia um processo de tecnificação da profissão guiado pela teoria positivista, na busca pelo aprimoramento técnico e metodológico.

Na década de 60, do século XX, a América Latina sofre as consequências da expansão do capitalismo mundial, visto que é tempo de turbulências, tensões e questionamentos em toda a América Latina, inclui-se o Brasil, buscava a superação do subdesenvolvimento. Destarte, na busca por uma saída para a situação do subdesenvolvimento tornou-se a preocupação dos responsáveis pelas políticas econômicas e sociais dos países sul-americanos (BULLA, 2003).

Analisando a profissão como produto e produtora de sua história em sintonia com o movimento da sociedade, Estado e mercado, é lícito ressaltar que os questionamentos nos anos de 1960 adquirem ecos no interior da profissão de serviço social.

Sobre o Movimento de Reconceituação do Serviço Social revela-se que este tinha como intencionalidade construir uma crítica ao Serviço Social Tradicional, aos seus pressupostos, ideológicos, teóricos e metodológicos. Trata-se de uma crítica ao *cariz* conservador da prática profissional. A reconceituação visou edificar uma face acadêmica e social renovada da profissão, ou melhor, visou orientar e redimensionar o agir profissional do Serviço Social. Além disso, esse movimento buscou romper com o lastro do conservadorismo, fortemente presente no serviço social brasileiro.

Ressalta-se que três vertentes permearam o Movimento de Reconceituação no Brasil: a modernização conservadora, a retualização do conservadorismo e a intenção de ruptura. Sendo que a partir dos anos de 1970 do século XX, o serviço social brasileiro faz uma forte interlocução com a teoria marxista. Porém, a interlocução travada com Marx, ainda não era um contato com as fontes originais, era um contato feito através da interpretação de outros estudiosos dessa teoria. Será nos anos de 1980 que a teoria social de Marx é introduzida na profissão a partir de fontes diretas, influenciando e sinalizando a direção social estratégica para a profissão até os dias atuais.

O encontro com o pensamento de Marx passa a influenciar a formação e o exercício do Serviço Social brasileiro, pois

é no âmbito da adoção do marxismo como referência analítica, que torna hegemônica no Serviço Social no país, a abordagem da profissão como componente da organização da sociedade inserida na dinâmica das relações sociais participando do processo de reprodução dessas relações (IAMAMOTO, 1982 apud YAZBEK, 2010, p. 12-13.).

O pensamento de Marx propicia ao Serviço Social uma nova roupagem. Marilda Yamamoto (2007) revela que a novidade da teoria social marxiana está no fato de que os interlocutores dessa teoria não eram opositores e sim parceiros, inseridos no universo soldado pela teoria social crítica, ainda que abordada por diversas inspirações teóricas no campo da tradição marxista: Marx, Lukács e Gramsci.

Uma análise acerca da conjuntura econômica, social e política do Brasil indicam que a década de 80 representou um marco irremovível para a História do Brasil, bem como o Movimento de Reconceituação foi um marco irremovível da História do Serviço Social, visto que nos anos de 1980 clama-se pela redemocratização do País, bem como se promulga a Constituição Federal em 1988. Tudo isso provoca inflexões no Serviço Social, que acompanha todo o movimento da sociedade brasileira.

Cientes que o processo de formação e o exercício profissional encontram-se sintonizados ao desenrolar histórico. Contudo, ressalta-se que o movimento da realidade, precisamente a década de 90, coloca ao profissional de Serviço Social, inúmeros desafios que devem ser enfrentados no cotidiano profissional, visto que as “modificações estruturais vividas pela sociedade brasileira rebatem diretamente no conjunto de segmentos que configuram a *clientela* ou os usuários dos serviços profissionais” (QUIROGA, 1999, p. 159).

Na atualidade, os assistentes sociais sentem-se compelidos a darem respostas, e vêem-se diante de um duplo dilema: desvelar o significado das transformações sociais contemporâneas e, de outro, apreender as exigências que dão novos significados ao processo educativo-formativo na atualidade, redefinindo-o em todas as suas dimensões (KOIKE, 1999).

Os assistentes sociais são profissionais que trabalham com as mais diversas expressões da questão social em seus diversos campos de trabalho, orientando a população acerca de seus direitos sociais e intervindo por meio das políticas sociais. Contudo, “a política social atualmente demonstra uma retomada do *velho* modo de fazer política social: *assistência focalizada e repressão*” (TAVARES, 2007, p.136).

Posto isto, é vital analisar o atual momento de crise estrutural do capital (MÈSZÀROS, 2002) para apreendermos sua inflexão no processo de formação profissional do assistente social, com vistas a ratificar uma formação densa, rigoroso e capaz de fazer frente aos desafios presentes nos espaços de atuação deste profissional.

Somos cientes que os espaços sócio-ocupacionais do profissional de serviço social constituem-se em um terreno de conflitos e tensões. Esses espaços se configuram como um terreno contraditório, possuindo elementos produtores e superadores à ordem vigente (IAMAMOTO, 2009). Além disso, Este estudo concebe a atuação do assistente social como trabalho. Assim, mergulha-se no campo da saúde pública, visto que se trata de um campo de atuação do assistente social. Ademais, sabemos que o trabalho desse profissional, configura-se como a “expressão de um movimento que articula conhecimentos e luta por espaços no mercado de trabalho” (RAICHELIS, 2011, p.429).

Conceber a saúde, enquanto um dos campos de atuação para o assistente social levamos a fazer uma excursão acerca dessa política no Brasil. De acordo com o Ministério da Saúde (Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 04), “a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”.

O conceito anterior revela que a saúde possui dimensões bio-pisco-sociais. Problematizar a saúde enquanto política pública requer o foco no entendimento dessa política como uma elaboração histórica, visto que

caracteriza-se a saúde nos séculos XVIII, XIX e início do século XX como antecedentes da ação estatal, (...) no período de 1930 a 1964 como sendo o de intervenção do Estado na saúde. De 1964-1974 o período da ditadura militar: modelo de privilegiamento do produtor privado, posteriormente a política de saúde na década de 1980: construção do projeto reforma sanitária (BRAVO, 2006, p.93).

Depreende-se da assertiva acima diferentes momentos para política de saúde no Brasil. Pode-se argumentar que o direito à saúde no Brasil teve início em 1923 com a aprovação da Lei Eloi Chaves, onde foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). As CAPs garantiam direitos que estavam sendo reivindicados pela classe trabalhadora, e é *mister* destacar que elas eram mantidas por empresas, não tinha nenhuma intervenção do Estado, portanto tinham caráter privado. Desta forma, “funcionavam como uma espécie de seguro social, onde aquele que pagava sua contribuição garantia certos benefícios como aposentadoria e principalmente assistência médica.” (VARGAS, 2008, p.14). A partir de 1930 surgem os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), desta vez com a participação Estatal.

Podemos afirmar de maneira resumida que a Política de Saúde no Brasil teve na década de 1930 uma intervenção mais efetiva por parte do Estado brasileiro. No período da Ditadura Militar, sob a égide da ditadura do grande capital instaura-se na saúde, o modelo de "privilegiamento do produtor privado". Na década de 1980 no bojo da redemocratização do país e com a promulgação da Carta Magna de 1988 inaugura-se um novo momento para o sistema de proteção social. Espraia-se em nosso país a concepção de Seguridade Social, que universaliza os direitos sociais, concebendo a Saúde, a Assistência Social e a Previdência como questão pública, de responsabilidade do Estado (BRAVO, 2001).

Sobre a política de saúde é lícito dar relevo ao movimento sanitário que por meio de reivindicações da classe trabalhadora buscou a melhoria da saúde, contrapondo-se ao caráter privatista do sistema de saúde em voga à época. Ressalta-se que o movimento sanitário, apresentou propostas voltadas a garantia da saúde como um direito de cidadania. Um dos marcos desse movimento foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986 em Brasília.

Sendo a saúde em nosso país uma arena de luta, após pressão popular e vários acordos políticos, com vistas a atender em parte às reivindicações do movimento sanitário aprova-se na Constituição Federal de 1988: a saúde como um direito universal.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 instaura-se o Sistema de Seguridade Social Brasileiro. A seguridade social está inscrita na Carta Magna de 1988, no art. 194 preconiza que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações e de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

Importa frisar que o “conceito de seguridade social, depositário de expectativas de justiça social, pleno de uma simbologia redistributiva e sinalizador de cidadania” (VIANNA, 2008, p.189) não se realizou de forma plena no Brasil. Entrementes, de acordo com o art. 196 da Constituição Federal a saúde é “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A saúde é regulamentada pelas leis nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde que funda o Sistema Único de Saúde – SUS. Ademais, a “constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede

hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral com participação da comunidade” (BRAVO, 2009, p.97). O SUS tem como diretrizes básicas a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da sociedade.

A aprovação do SUS foi um marco e uma grande vitória para o Projeto de Reforma Sanitária, expressando os ecos de uma sociedade que clamava por democracia. Todavia, assim como a seguridade social brasileira que sofre o embate com a avalanche neoliberal em curso, a saúde no Brasil desde o processo de Reforma do Estado brasileiro implementado nos anos de 1990, “sustentado no aparente triunfo do fim dos estados sociais, este entendido através das crises vividas pelo *Welfare State*” (BRAVO, 2008, p.2005) sofre um processo de desmonte na gestão de Fernando Collor de Melo, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso.

Destaca-se que no governo de Luis Inácio Lula da Silva as políticas sociais continuaram fragmentadas, com políticas públicas seletivas e focalizadas, e na saúde não foi diferente. Ressalta-se que o governo tentava se equilibrar entre os dois projetos: o de Reforma Sanitária e o Projeto de Saúde Privatista. É *mister* colocar em relevo que neste período o setor de saúde ganhou alguns avanços, entre eles a criação da Secretaria de Atenção à Saúde que “visou unificar as ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar, integrando as atribuições das extintas secretarias de Política de Saúde e de Assistência à Saúde.” (BRAVO, 2009, p.103).

Os pressupostos anteriores ratificam a importância de se refletir acerca da atuação do profissional de serviço social no campo da saúde, pois se procurou investigar se as assistentes sociais pesquisadas percebem o movimento em curso que precariza os espaços e o trabalho profissional na atualidade, indagou-se se a quantidade de assistentes sociais que trabalham na instituição é suficiente para atender a demanda. Vejamos os discursos:

Não. Antigamente a FMT-HVD era menor e contava com 8 assistentes sociais, com o decorrer do tempo o Serviço Social perdeu espaço aqui na instituição. Hoje a FMT-HVD conta apenas com 2 assistentes sociais no hospital, o que gera sobrecarga, assim não sobra espaço para desenvolver projetos para melhoria no atendimento ao usuário, decorrente de tudo isso, a atuação aqui encontra-se "mecanizada" (Assistente Social A).

A FMT-HVD é uma fundação de referência nacional, a demanda é grande e para oferecer um serviço de excelência aos pacientes, precisa-se de mais assistentes sociais (Assistente Social B).

As falas anteriores revelam que as assistentes sociais pesquisadas reconhecem o enxugamento do quadro profissional e a intensificação do trabalho. A *assistente social A* chega a afirmar que a “atuação na FMT-HDV encontra-se mecanizada”, o que demonstra o trabalho precário realizado de forma imediata e pragmática em contraposição a uma prática prático-consciente. Além disso, nos discursos não se verifica a relação com a totalidade. Ou seja, as profissionais não relacionam o enxugamento do quadro, bem como a atuação mecânica com um movimento mais global, visto que na “atual conjuntura de profundas transformações, ganham relevo as manifestações da questão social relacionadas à precarização do trabalho, ao desemprego estrutural e às redefinições do Estado e das políticas públicas” (YAZBEK, MARTINELLI, RAICHELIS, 2008, p.26).

Objetivando levantar os parâmetros de atuação profissional do assistente social na área saúde inicia-se a discussão a partir de Freitas (2007, apud COSTA, 2000, p. 46) que ensina que as atividades desenvolvidas pelo serviço social no âmbito hospitalar são direcionadas para as seguintes objetivações:

1) levantamento de dados para a caracterização e identificação das condições

sócio-econômicas dos usuários; 2) interpretação de normas e rotinas; procedimentos de natureza educativa como orientação e encaminhamentos

individuais e coletivos; 3) agenciamento de medidas e iniciativas de caráter

emergencial; 4) desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico político junto aos funcionários, aos representantes dos usuários no

sistema e a comunidade de usuários.

Sendo assim, como as profissionais que atuam na FMT- Dr. Heitor Vieira Dourado viabilizam os direitos das pessoas que vivem com HIV/Aids? Buscando responder a essa questão verificou-se as demandas de atendimento para o assistente social na FMT-HDV e sua relação com o projeto Ético Político Profissional do Serviço Social. Vejamos os discursos:

Orientação previdenciária, articulação com órgãos para buscar recursos para os pacientes, entrevista social, contatos institucionais e familiares e palestra socioeducativa (assistente social A).

Atendimento ao usuário, palestras para pacientes e funcionários da FMT, visita domiciliar (raramente), orientações beneficiárias, agendamento no INSS (assistente social B).

As falas revelam que as atividades realizadas versam em orientação e atendimento as demandas espontâneas que se apresentam no espaço ocupacional. Em parte esse tipo de atividade reflete a ausência de um planejamento que oriente e presida as principais decisões; que defina os objetivos; metas; prioridades de ações e que fomente a participação da população nas decisões, pois a atuação do assistente social neste campo vai muito além do que o atendimento à demanda espontânea. Além disso, a investigação revelou que a atuação profissional centra-se nas atividades de cunho rotineiro e burocrático e de orientação.

Ora, sabemos que o assistente social deve ser criativo para concretizar uma atuação que vise transformar realidades adversas, bem como facilitar o acesso aos direitos de cidadania a população. Assim, partindo do conhecimento da realidade social e suas inflexões no espaço de trabalho, bem como na política pública que atua, particularizando no conhecimento da população demandatária de seu agir, de suas demandas de que forma eles vivenciam e resistem às refrações da *questão social* em seu cotidiano será possível edificar, propor ações compartilhadas, discutidas e planejadas no sentido de assegurar o acesso de qualidade aos serviços dispostos para os usuários no espaço de trabalho, bem como na rede de atendimento sócio-assistencial.

Entretanto quando se inquiriu as profissionais de serviço social o motivo de suas ações serem rotineiras e de não implementarem ações e atividades construídas a partir de um planejamento, de um plano de trabalho, as mesmas alegaram que “falta de conhecimento” (assistente social B).

Posto isto, ressalta-se a importância do profissional de serviço social fazer planejamento de sua ação profissional no espaço ocupacional, visto que o planejamento “é um instrumental essencial aos profissionais que efetivamente querem intervir. É uma metodologia de ação que pode ser manipulada para a manutenção ou transformação de determinado estado” (FRISTSCH, 1996, p.129). Além disso, o planejamento enquanto um processo de racionalidade possui dimensões: teórica, metodológica, técnica e política, portanto, quando a *assistente social B* alega não realizá-lo por “falta de conhecimento” deve-se problematizar a formação oferecida a esses profissionais.

Aduz-se que na luta pela qualidade da formação e do exercício profissional inúmeros são os desafios presentes na atualidade: mercantilização e precarização do ensino; o ensino à distância estendido indiscriminadamente e exame de proficiência a ser aplicado a recém-formados em Serviço Social (YAZBEK, MARTINELLI, RAICHELIS, 2008, p.28-29). Sendo assim, a discussão acerca da formação e do exercício de qualidade é urgente e necessária, pois situações como a retratada não podem se espalhar no cotidiano das atividades profissionais. Reverter esse quadro é condição *sine qua non* na atualidade.

Além disso, é direito do assistente social ter uma formação que lhe dê subsídios para uma ação de qualidade, bem como é dever desse profissional buscar o aprimoramento intelectual de forma permanente, pois

...o conhecimento não é só um verniz que se sobrepõe superficialmente à prática profissional, podendo ser dispensado: mas é um meio pelo qual é possível decifrar a realidade e clarear a condução do trabalho a ser realizado (IAMAMOTO, 2000, p. 63).

Sabemos que conhecimento teórico articulado à prática, é imprescindível para que o assistente social garanta uma atuação competente em todos os seus campos sócio-ocupacionais. Além disso, Ana Lúcia Vasconcelos (2010) aponta alguns desafios postos aos assistentes sociais que trabalham no âmbito da saúde, dentre eles estão: superar a condição de complementação de serviços médicos; superar, no contato com a população usuária, a abordagem de questões relacionadas prioritariamente à(s) doença(s) e superar a forma de distribuição dos assistentes sociais na rede de saúde que acompanha a distribuição dos médicos, por especialidade.

O estudo revela que além dos desafios enfrentados no cotidiano profissional, as assistentes sociais da FMT-HVD enfrentam também a precarização do seu trabalho, com sobrecarga de trabalho, visto que a alta demanda da instituição e a grande perda de espaço sofrida por estas profissionais na instituição, já que o quadro de assistentes sociais reduziu-se de 8 para apenas 2. Assim a presente conjuntura que vivemos com o fortalecimento do projeto neoliberal, tem refletido também no trabalho da categoria profissional.

Ademais, “o desafio de realizar a tarefa de (re) construir o político na política social, o que supõe participar da criação e disseminação de uma cultura que torne indeclináveis os direitos da população com a qual trabalhamos” (YAZBEK, MARTINELLI, RAICHELIS, 2008, p.31).

TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que foi exposto, podemos refletir que o trabalho profissional junto às pessoas que vivem com HIV/Aids deve ir além do acesso aos serviços de saúde, focado na ação médica, para englobar os aspectos éticos que permeiam a esfera do direito à vida e a saúde. Ou seja, “enxergar” que a saúde expressa parte do modo de vida e de existência desses sujeitos.

Ademais, é vital no cotidiano das atividades profissionais os assistentes sociais devem materializar o Projeto Ético- Político do Serviço Social - PEP, pois “precisamos de parâmetros para caminhar no conhecimento” (MINAYO, 1994, p.1), dada a indissociabilidade do projeto profissional aos projetos societários (NETTO, 1999), bem como o movimento dinâmico da realidade que provoca alterações nas múltiplas expressões da questão social.

Do exposto, somos cientes que a identificação do assistente social com um profissional que “dá informações” sob a ótica do direito e que “ajuda” por parte das mulheres pesquisadas deve ser resignificada a partir de um agir que revela que o assistente social ao atuar junto a essas mulheres e suas famílias, possui uma intencionalidade que é mediada tanto pela realidade e quanto pela instituição na qual está inserido, pois por meio da mediação é que esse profissional pode construir respostas criativas e propositivas materializando, assim, um modo de agir

que lhe é próprio e que se encontra em sintonia com o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social.

Nesse sentido, elencam-se como possibilidades alguns caminhos para ação do profissional de Serviço Social que atua junto às mulheres que vivem com HIV/Aids: informar e acolher o usuário; construir ações educativas às pessoas que vivem com HIV, familiares, parceiros e comunidade; acessar a rede sócio-assistencial com vistas a incluir o usuário nas políticas de saúde, assistência social e previdência, dentre outras; refletir de forma coletiva sobre ampliação de cidadania e o reconhecimento dos direitos humanos fundamentais; estimular a construção e organização da rede de referência e contrarreferência, abarcando as organizações do Terceiro setor; difundir a educação em saúde com vista à criação de multiplicadores na prevenção, diagnóstico e aconselhamento em DST/Aids e ampliar a rede de apoio para as pessoas que vivem com HIV/Aids e seus familiares.

Por fim, os resultados expostos demonstram que muito deve ser feito na busca por edificar uma agir profissional viabilizar direitos, que necessita estar ancorado em uma sólida formação teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, com vistas a uma prática consciente, competente e comprometida com o Projeto Profissional do Serviço Social na atualidade.

REFERÊNCIAS

BULLA, Leônia Capaverde. **Relações Sociais e questão social na trajetória histórica do Serviço Social brasileiro**. Revista Virtual Textos & Contextos, n°. 2. dez. Porto Alegre, 2003.

BRAVO, Maria Inês Souza, MATOS, Maurílio Castro. **Projeto Ético-Político do serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate**. São Paulo, 2009.

CRESS, Informativo n°. 27. **Papel do assistente social no combate à AIDS é decisivo**, 2003 Disponível em: <http://www.cress-sp.org.br/index.asp?fuseaction=info&id=139>, acesso em: 01, abr., 2012.

FREITAS, Bruno Peres. **O Assistente Social na Assistência Hospitalar e o Desafio da Humanização: reflexões sobre a dimensão intersubjetiva da prática profissional**. Bruno Peres Freitas. Rio de Janeiro, 2007.

FRITSCH, R. **Planejamento Estratégico: Um instrumental para a intervenção do Serviço Social?**. In: Serviço Social e Sociedade . N. 52., p. 127-144. São Paulo: Cortez, 1996.

GUERRA, Yolanda. **O Projeto Profissional Crítico: estratégias de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional**. In: Revista Serviço Social e Sociedade n° 91. São Paulo: Cortez, 2007.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **A Nova Identidade Profissional**. Revista Serviço Social

Hospitalar - CASS-FMUSP, S.P, v.4, n1,p. 21, 1997.

_____. **Reflexões sobre o Serviço Social e o projeto ético- político profissional**. V. 6. 2006.

NETTO, José Paulo. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social**, 1999.

FORTI, Valéria, GUERRA, Yolanda. **Serviço Social: temas, textos e contextos: coletânea nova de serviço social**- Rio de Janeiro/RJ: Lumen Juris, 2010.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2. Ed.- São Paulo/ SP: Cortez, 1999.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **As Dimensões Ético-Políticas e Teórico-Methodológicas no Serviço Social Contemporâneo**. São Paulo, 2009.

QUIROGA, Ana Maria. **Mudanças no perfil das clientelas do Serviço Social**. In: O Serviço Social em Questão, Rio de Janeiro, v. 4, PUCRJ. Rio de Janeiro, 1999.

RAICHELIS, Raquel. **O trabalho do assistente social na esfera estatal. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. PUCSP. São Paulo, 2011.

_____. **O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos**. Revista Serviço Social e Sociedade, nº 107. São Paulo: Cortez, 2011.

SANTOS, Josiane Soares. **“Questão Social” particularidades no Brasil**. Coleção Biblioteca Básica de Serviço Social. v.6. São Paulo: Cortez, 2012.

TAVARES, Maria Augusta da Silva. **O debate contemporâneo acerca da questão social**. In. : Serviço Social e Sociedade. São Paulo, ano XXVIII, n. 92, Nov. de 2007. São Paulo, Cortez, 2007.

O SERVIÇO SOCIAL NO HGE – AL: A PRÁTICA DA PESQUISA A PARTIR DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO

Stefanie Barros dos Santos* ; Felipe Piramar Correia de Melo** ; Janne Alves Rocha*** ;
Marta Aragão de Lima Santos****

RESUMO: Este trabalho apresenta os resultados da pesquisa de satisfação realizada com usuários/acompanhantes da área azul do Hospital Geral do Estado de Alagoas, que objetivou conhecer as percepções dos usuários quanto aos serviços de saúde prestados.

Palavras-chave: Pesquisa; Satisfação; Saúde.

ABSTRACT: This work presents results of a research held with users and companions in “blue area” made in General Hospital of Alagoas, which aimed identify the users’ perceptions about health services in the hospital.

Keywords: Research; Satisfaction; Health

INTRODUÇÃO

Este trabalho relata uma experiência de estágio supervisionado em que foi possível estimular os estagiários de Serviço Social à prática da pesquisa como mediação para conhecer a realidade/demanda. A finalidade consistiu em fundamentar uma intervenção profissional estabelecida mediante a articulação entre teoria e prática, contribuindo para a formação dos alunos, futuros assistentes sociais. Trata-se particularmente do resultado de uma pesquisa que visa avaliar a satisfação dos usuários e acompanhantes quanto aos serviços de saúde prestados pelo Hospital Geral de Alagoas, feita pelos estagiários da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), sob a orientação conjunta da supervisora de campo e acadêmica.

O contexto da realidade estudada é uma unidade de saúde denominada Hospital Geral do Estado Professor Osvaldo Brandão Vilela (HGE), administrada pelo serviço público estadual em Maceió-AL, que prioriza o atendimento de urgência e emergência. Vale salientar que esta prática de estágio foi desenvolvida em dois momentos, Estágio I e Estágio II, os quais compreenderam: um estudo sobre a política de saúde; o conhecimento da realidade através de uma análise institucional; o estudo de elementos conceituais, tais como a saúde, Sistema Único de Saúde (SUS), direito social, humanização, princípios doutrinário-organizacionais do SUS (Universalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização); Acolhimento, Hierarquização e Regionalização, e Participação Popular, bem como as expressões da questão social que envolvem a apropriação do conhecimento das categorias de análise, tais como Historicidade, Totalidade, Alienação, Mais-valia, Mediação, Desigualdade e Exclusão Social, Identidade Atribuída e Precariedade, assim como a apropriação conceitual de Satisfação e o conhecimento da dinâmica profissional empreendida pelo Serviço Social na instituição, incluindo serviços e

* Acadêmica de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas. E-mail: stefaniebarrosufal@gmail.com. Stefaniebarrosyahoo@com.br.

** Graduando da Faculdade de Serviço Social. E-mail: felipepiramar@hotmail.com.

*** Professora da Faculdade de Serviço Social da UFAL, Maceió/AL, Brasil. Assistente Social. Doutoranda pelo projeto DINTER – UERJ-UFAL. E-mail: janne_rocha@hotmail.com.

**** Graduada em Serviço Social, Especialista em Serviço Social na área de Educação e Gestão Escolar pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL) - Maceió/Al. Assistente social do Hospital Geral do Estado Professor Osvaldo Brandão Vilela (HGE) e Coordenadora de campo de estágio de Serviço Social - Maceió/AL. E-mail: martalima2000@hotmail.com.

projetos desenvolvidos. Serão apresentados aqui os dados, resultados e proposições colhidos na realização desta pesquisa.

RESGATE HISTÓRICO E SURGIMENTO DO SUS

A década de 1970 traz para a sociedade brasileira acontecimentos históricos que vieram a contribuir com o processo de democratização do País. Neste contexto, o ciclo expansivo da economia perdeu força, contribuindo para o desgaste do regime militar, possibilitando ao país vivenciar um período que se caracterizou como transição democrática. Nele, instala-se a Assembleia Nacional Constituinte, que propiciou grande mobilização e participação popular. A sociedade se mobilizou, líderes políticos, sindicatos, profissionais liberais, a sociedade civil organizada, todos exigiam mudanças na Constituição que levassem o país à democracia. Em meio a essa realidade, emerge, entre os profissionais de saúde, o movimento sanitário, que, municiado de estudos e pesquisas realizados no começo da década, denuncia os efeitos econômicos da época sobre a saúde da população e propõe um projeto de transformação do sistema vigente. Já na década de 1980, este movimento, que ganhou força e reconhecimento com o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, leva à Assembleia Constituinte a proposta que serviria para reorientar o sistema de saúde brasileiro; este, com a promulgação da Constituição brasileira em 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, viabilizou a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS.

As Leis 8.080 e 8.142 de regulamentação do SUS tratam, entre outros aspectos, de diretrizes e limites que devem ser respeitados pela União, Estados e Municípios. Fica assim definido que:

O SUS é uma nova formulação de política e de organização para o reordenamento dos serviços e ações de Saúde, estabelecida pela Constituição de 1988 [...] há que ser entendido, de acordo com a legislação, em seus objetivos finais: dar assistência à população baseado no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde [...] orientados pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação social e complementaridade do setor privado, devem constituir-se em objetivos estratégicos que deem concretude ao modelo de atenção à saúde desejada (CONSAÚDE/SUS, 2006 apud CRISTO, 2012).

No entanto, apesar desse avanço no plano da legalidade, percebe-se que poucas mudanças ocorreram efetivamente no que concerne tanto ao processo democrático quanto às garantias de direitos. O País ainda vive situações de subalternidades no tocante à regulação social dominante e ao mercado financeiro das grandes potências econômicas mundiais que, com certeza, têm fragilizado a legitimidade da democracia conquistada.

Os reflexos dessa subalternidade influenciam nas políticas públicas sociais, e, em se tratando da saúde, resultam num SUS fragilizado, enfrentando problemas, entre os quais, os de infraestrutura das unidades básicas de saúde e os de recursos humanos.

O MS iniciou o mapeamento das condições gerais de infra-estrutura das unidades básicas [...] que levaram o MS a concluir que em torno de 75% das UBS se encontrariam

em condições inadequadas de funcionamento em relação aos parâmetros estabelecidos pela Resolução RDC n. 50/2002 da ANVISA e pelo próprio MS (IPEA, 2000, p. 89).

A ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ESTADO DE ALAGOAS E NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ

No Estado de Alagoas, 56,6% da população alagoana vivem na pobreza absoluta e 32,3% sobrevivem na extrema miséria (SEMAS, 2011), condição social que precariza a condição de saúde do indivíduo, refletindo diretamente nos determinantes e condicionantes sociais de saúde. De acordo com a OMS, saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções e enfermidades”.

Neste contexto, insere-se a questão do município de Maceió com sua atenção à saúde ofertada pela assistência básica e o atendimento de urgência e emergência pelo Hospital Geral do Estado Professor Osvaldo Brandão Vilela (HGE), de natureza pública, gerenciado pelo Estado. Ambos, portanto, com compromisso de atender a população de acordo com a política do Sistema Único de Saúde.

Entre as várias categorias profissionais da área da saúde que compõem o quadro de profissionais do HGE, encontra-se o assistente social. Este, a partir da metodologia da prática dialética, presta assistência ao usuário, utiliza instrumentos técnico-operativos que garantem uma prática articulada, contextualizada e competente, objetivando garantir ao usuário o direito ao acesso com resolutividade às suas questões de saúde e a outras que contribuam para as causas de seu adoecimento e/ou que os colocam em situação de vulnerabilidade social. É nesse espaço profissional que estagiários da Universidade Federal de Alagoas (Ufal) puderam realizar a prática de estágio com o objetivo de vivenciar na saúde a tão desejada práxis profissional.

O estágio acadêmico se desenvolveu de forma proativa à relação teoria-prática desde a inserção dos estudantes na instituição. A realidade observada na ocasião das visitas diárias, como parte da rotina do estágio, nos estimulou a adentrarmos na questão subjetiva da satisfação dos usuários/acompanhantes, visando averiguar a percepção do usuário quanto ao atendimento que lhe é oferecido a partir de sua entrada no hospital e explorando a assistência prestada na ocasião de seu atendimento na área azul (corredor hospitalar), aquela que recebe pacientes clínicos e algumas especialidades.

Segundo Kotler (1998, p. 53), “O conceito de satisfação é o sentimento de prazer ou de desapontamento resultante da comparação do desempenho esperado pelo produto ou resultado em relação às expectativas da pessoa”.

Nesta perspectiva, conhecer e avaliar a subjetividade dos usuários/acompanhantes com relação à percepção sobre os serviços oferecidos torna-se importante para perceber seu grau de satisfação como também para inferir a sua consciência política enquanto sujeitos sociais e históricos que têm ou não consciência de seus deveres e direitos.

A PESQUISA

A pesquisa foi realizada com a participação de 37 usuários e 128 acompanhantes, ou seja, num universo total de 165 entrevistas e questionários aplicados. Entre esses, 98 usuários/acompanhantes têm procedência da capital (Maceió) e os 67 restantes residem no interior do Estado.

A escolha da metodologia aplicada foi feita a partir da reflexão sobre o método qualitativo, por assim entendermos que este compreende um conjunto de diferentes técnicas

interpretativas que possibilita ao pesquisador uma melhor descrição do objeto estudado. Entre as técnicas enfatizamos o aguçamento da observação e da escuta sensível no processo das entrevistas, pois, a partir da relação face a face entre pesquisador e usuário, estabeleceu-se no diálogo uma mediação para se conhecer a realidade.

DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

Nesta direção, foi adotada a amostragem por conveniência ou acessibilidade, já que entendemos que ela se amolda à realidade pesquisada e ao tempo de pesquisa determinado pela disciplina, além de ser destituída de qualquer rigor estatístico, encaixando-se perfeitamente no perfil da proposta.

DESCRIÇÃO E COLETA DE DADOS

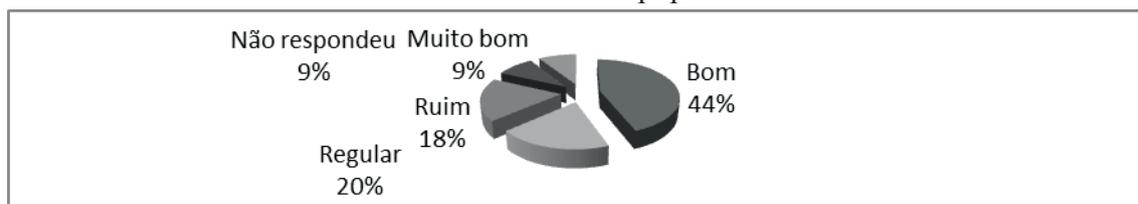
Para a coleta de dados, utilizamos como instrumento de pesquisa o questionário. Foram aplicados, conforme citado, 165 questionários, número este correspondente ao universo representativo da população como um todo. Em dois meses de aplicação da pesquisa (fevereiro e março de 2013), foi possível apreender a opinião de boa parte dos pacientes ou acompanhantes da área azul sobre a qualidade dos serviços e atendimento, visto que a rotatividade de pacientes é constante nessa área do hospital.

A entrevista escolhida foi a do tipo estruturada:

Desenvolve-se a partir de uma relação fixa de perguntas, cuja ordem e redação permanece invariável para todos os entrevistados, que geralmente são em grande número. Por possibilitar o tratamento quantitativo dos dados, esse tipo de entrevista torna-se o mais adequado para o desenvolvimento de levantamentos sociais (GIL, 2007, p. 121).

Abaixo apresentamos os questionamentos feitos aos usuários durante as entrevistas/ análise de dados e resultados:

Gráfico 1: Atendimento/acolhimento da equipe médica:



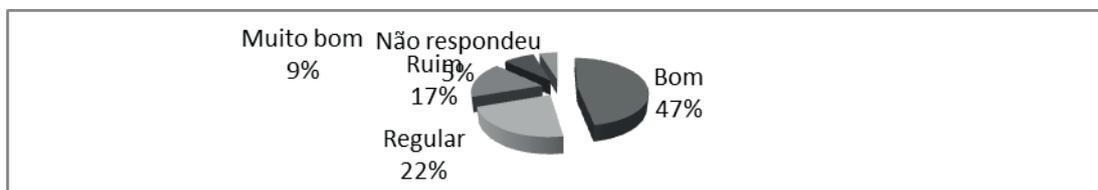
Fonte: Dados da Pesquisa (2013)

Foi perguntado aos usuários e acompanhantes qual a avaliação deles com relação ao atendimento/acolhimento feito pela equipe médica. Os percentuais do gráfico mostram que 44% dos usuários/acompanhantes consideraram o atendimento prestado como bom; 20% consideraram regular; 18% como sendo ruim; 9% consideraram como muito bom; e outros 9% não souberam responder.

Entretanto, durante o processo de escuta sensível observamos nos relatos dos usuários/acompanhantes alguns elementos que merecem ser mencionados: muitos usuários entrevistados afirmam estar há dias sem receber visita médica no leito; não identificação dos profissionais da equipe médica (SIU); realização do atendimento sem passar informações sobre o procedimento realizado e sobre a saúde do usuário/paciente (SIU); falta de escuta do médico para as

inquietações do usuário sobre a sua saúde e dúvidas (SIU); e falta de acolhimento de alguns profissionais (SIU).

Gráfico 2: Atendimento/acolhimento da equipe de Enfermagem:

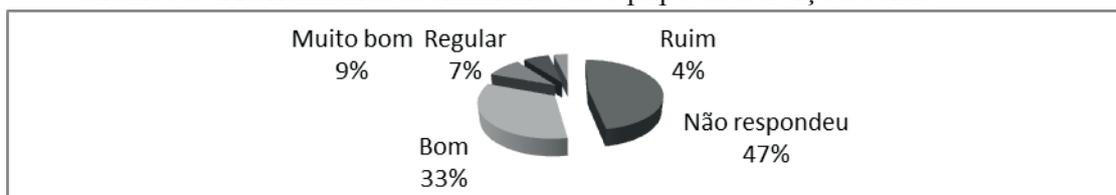


Fonte: Dados da Pesquisa (2013)

No tocante à indagação feita aos usuários e acompanhantes com relação ao atendimento/acolhimento efetuado pela equipe de enfermagem, 47% dos respondentes opinaram como bom; 9% opinaram como muito bom; 22% opinaram como regular; 17% disseram ser ruim e 5% não responderam à questão. Quanto ao percentual de 17% que revela alguma insatisfação com relação ao serviço de enfermagem, acrescentamos que no ato da escuta sensível, os usuários/acompanhantes evidenciaram alguns elementos a ser considerados, tais como: falta de identificação do profissional ao abordar o usuário; todos vestem batas e fica difícil fazer a diferença entre enfermeiros, técnicos e auxiliares; pouco acolhimento de alguns profissionais (SIU); demora em atender às solicitações e muitas vezes atendiam sem paciência (SIU).

Entre as reclamações sobressaíram aquelas em relação à falta de atenção no atendimento. Vale ressaltar que esse atendimento ríspido, feito sem educação, não é extensivo a todos os profissionais de enfermagem, pois os usuários e acompanhantes relataram que parte dos profissionais é educada, atenciosa e faz um bom atendimento; no entanto, alguns que integram esta área são impacientes, agindo de forma ríspida e grosseira (SIU).

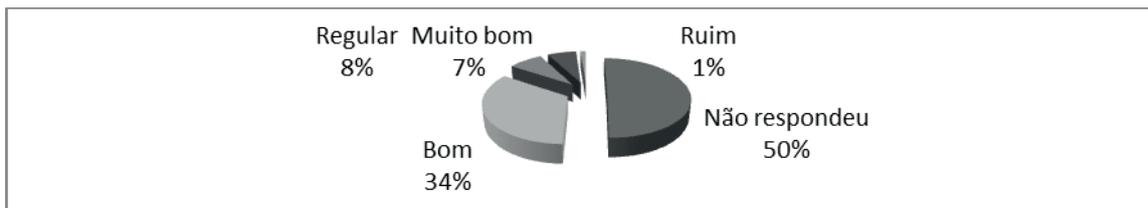
Gráfico 3: Atendimento/acolhimento da equipe de Serviço Social:



Fonte: Dados da Pesquisa (2013)

Os percentuais do gráfico quanto ao atendimento/acolhimento feito pelo serviço social revelam que 47% dos usuários/acompanhantes não souberam responder; 33% consideraram como bom; 9% como muito bom; 7% responderam regular e 4% ruim. Tal resultado revela um alto índice de usuários/acompanhantes que não souberam responder quanto ao atendimento e acolhimento feito pela equipe do serviço social (percentual de 47%). Isso se explica porque a intervenção do serviço social no corredor da área azul se limita a ações pontuais devido à carência de profissionais para dar cobertura a todo o HGE, daí grande parte dos usuários/acompanhantes não receberem a visita de um assistente social em seu leito. A partir da escuta sensível, eles relataram que só conseguem atendimento do serviço social indo até o profissional no setor (SIU).

Gráfico 4: Atendimento/acolhimento da equipe de Nutrição:

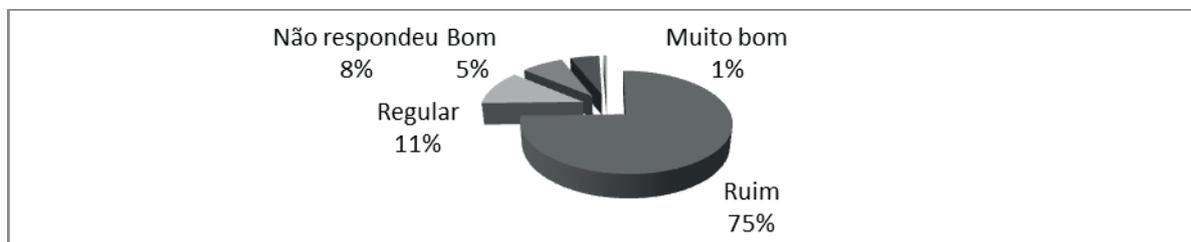


Fonte: Dados da Pesquisa (2013)

Em relação ao atendimento/acolhimento da equipe de nutrição, 50% dos usuários/acompanhantes não souberam responder por não saberem identificar o profissional; 34% consideram bom; 1% considera muito bom; 8% consideram regular e 7% ruim. O resultado mostra que o usuário/acompanhante desconhece a atuação deste profissional, no entanto, reconhecem o serviço de nutrição pela ação dos auxiliares que entregam a alimentação nos horários de refeições. Entendemos que o não reconhecimento da atuação do profissional da área de nutrição se dá devido ao número insuficiente, sendo sua ação pontual e indireta, ou seja, ele recorre diretamente à prescrição em prontuário indicada pelo médico. O profissional de nutrição só aborda o usuário em situação de alimentação específica ou especial de acordo com a orientação do médico a partir da patologia do usuário.

Vale ressaltar que os acompanhantes reclamaram muito da qualidade da alimentação servida e da repetição de cardápio. Queixaram-se também da forma como é servida a alimentação, dando prioridade aos funcionários e usuários, e o acompanhante ficando sempre por último, ocorrendo, por vezes, uma quantidade de refeições insuficiente para todos os acompanhantes. “Estava na fila do acompanhante na hora do almoço e falaram que a comida tinha acabado. Muitas vezes falta comida”, disse um informante. Muitos desses acompanhantes residem no interior do Estado e vivem em situação de vulnerabilidade social, sendo imprescindível que o hospital lhes assegure o direito à alimentação, já que disponibiliza um cartão de acompanhante que lhes concede o direito às refeições. Deve ser salientado que o serviço de alimentação para acompanhantes e funcionários é terceirizado, não sendo, portanto, um serviço prestado pelos profissionais da nutrição. Cabe a estes, somente, dar assistência dietoterápica às refeições servidas aos pacientes.

Gráfico 5: Acomodações do hospital durante o atendimento:



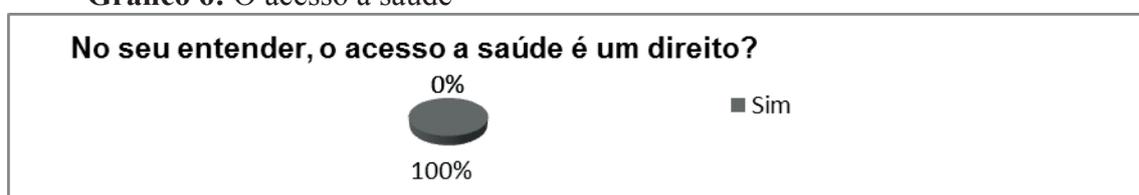
Fonte: Dados da Pesquisa (2013)

No tocante à questão das acomodações do hospital durante o atendimento (poltronas, banheiros, macas, cadeiras, suportes para soro, aparadeiras, papagaios, escadinhas, vestuários etc.), o gráfico mostra que 75% consideraram ruim; 11% regular; 8% não responderam; 1% considerou muito bom e 5% consideraram bom. A partir da observação e da escuta sensível, as principais causas de reclamação que geraram o índice de 75% de usuários que responderam ruim

com relação às acomodações do hospital durante o atendimento foram: falta de acomodações adequadas para os acompanhantes (poltronas) dormir; falta de enfermaria para acomodar os usuários e acompanhantes da área azul, ou seja, para tirá-los dos corredores; falta de banheiros suficientes; macas com braçadeiras quebradas; macas sem colchões; e falta de macas e colchões.

Entre as reclamações listadas acima, a mais recorrente refere-se à insatisfação e inconformismo dos usuários por estarem internados nos corredores do hospital, fato, muitas das vezes, relatado por eles como desumano. Os usuários e acompanhantes ficam enfileirados nos corredores do hospital, de forma completamente desconfortável, pois nos corredores há um fluxo grande de profissionais, funcionários da limpeza transportando lixo hospitalar, maqueiros e acompanhantes transitando, que muitas vezes esbarram nas macas dos usuários. Os acompanhantes não têm lugar para se acomodar, ficando o tempo todo de pé ao lado das macas. Nos corredores (área azul), são internados usuários tanto do sexo masculino quanto do feminino, fato que causa constrangimento no momento da higienização íntima dos usuários que não podem se levantar da maca. Além de tudo isso, nos corredores não há ventilação.

Gráfico 6: O acesso à saúde



Fonte: Dados da Pesquisa (2013)

Foi perguntado também aos usuários e acompanhantes se eles entendiam o acesso à saúde como um direito; o percentual positivo de 100% apresentado no gráfico revela que todos afirmam considerar que a saúde é um direito de todos. A explicação dada para esse conhecimento foi o fato de que a grande maioria sabe que o direito a saúde advém de uma troca pelos impostos pagos pela população. Justificar o acesso à saúde como um direito assegurado pelo pagamento de impostos é uma explicação popularizada pelo senso comum, decorrente das relações de poder potencializadas pelo processo de dominação econômica, política, social, ideológica e cultural que alimenta a desigualdade e o processo de alienação da população excludente. Isso revela, portanto, uma opinião desprovida de senso crítico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há de se considerar que, sendo o HGE o único hospital do SUS com atendimento 24 horas no Estado de Alagoas – com uma grande demanda e recursos escassos –, este encontra dificuldades que prejudicam a qualidade dos serviços oferecidos. A nossa incursão no desenvolvimento da prática de estágio permitiu o desvelamento de dificuldades que tornam vulnerável uma gestão de qualidade. Entre essas ressaltamos a questão de recursos humanos, ineficientes e insuficientes, que são imprescindíveis para possibilitar o atendimento humanizado e a infraestrutura essencial para viabilizar as condições físicas necessárias à prestação de um serviço de qualidade.

Não nos cabe como proposta investigativa deste projeto uma análise aprofundada das questões subjetivadas pelos usuários. Esperamos, contudo, que este trabalho seja um instrumento que instigue aprofundamentos em incursões investigativas posteriores. Pretendemos

assim, com esta pesquisa, apresentar a contribuição do serviço social, através do Estágio Supervisionado, com dados que favoreçam um melhor conhecimento da realidade do serviço de saúde disponibilizado ao usuário, visando à melhoria deste, sobretudo aos profissionais que prestam seus serviços, principalmente os assistentes sociais. Segundo o Código de Ética Profissional da categoria, compete a estes “[...] o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população [...]” (CRESS 7ª Região, 2002, p. 16), uma postura mais humanizada, um olhar mais sensível e uma atitude mais acolhedora, mediando suas intervenções voltadas para a superação dos aspectos causadores da insatisfação dos usuários e acompanhantes identificados na pesquisa, e assim buscar, mediante projetos e ações que favoreçam a garantia dos direitos, o exercício dos deveres que contribua com a garantia e defesa dos direitos humanos. Espera-se também propiciar aos gestores informações importantes que ajudem na definição de prioridades e elaboração de estratégias de intervenção e reorientação de práticas profissionais.

REFERÊNCIAS

CONSAÚDE. Sistema Único de Saúde. Informações sobre o Sistema de Saúde Público. Disponível em <<http://www.consaude.com.br/sus/indice.htm>>. Acesso em: 1 fev., 2014.

CRESS 7ª REGIÃO. *Coletânea de Leis e Resoluções – Assistente Social: ética e direitos*. 4ª ed. CRESS: Rio de Janeiro, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, 2010. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais).

Gil, Antônio Carlos. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2009.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Políticas sociais: acompanhamento e análise N° 20**. Brasília, 2012.

KOTLER, P. **Administração de marketing**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo_do_projeto_satisfacao_usuarios_sus.pdf>> – Acessado em: 04, dez., 2012. Elaboração.

Relatório final: pesquisa de mapeamento e qualificação da exclusão social dos territórios de abrangência dos Cras de Maceió – AL 2012<< www.semas.maceio.al.gov.br/cras/pesquisa-final.pdf>> Acessado em: 04, dez., 2012.

TURCK, Maria das Graças Maurer. **Serviço Social – Metodologia da Prática Dialética** – Porto Alegre: GRATURCK, 2012.

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA POBREZA MULTIDIMENSIONAL MANIFESTA NO PROCESSO DE SAÚDE E DOENÇA

Fernanda da Silva Moura*

RESUMO: O conceito de pobreza multidimensional vem sendo amplamente difundido em suas manifestações concretas. É importante ao assistente social reconhecer nos espaços sócio-ocupacionais como outros profissionais estão lidando com a questão, ressaltando, que, a importância do trabalho em equipe e em rede ter como um dos objetivos aprimorar as práticas profissionais, trabalhando com a perspectiva de totalidade a máxima aproximação do real. O texto discorre sobre as dimensões da pobreza, após apresenta cenas do cotidiano com reflexões a respeito. Há uma forte correlação entre as condições de vida e saúde ou doença. Ao final foi realizada uma reflexão crítica a respeito das demandas para trazer a tona interpretações mais concretas e realistas sobre a manifestação das condições de vida na saúde.

Palavras-chave: pobreza, representações, vulnerabilidade, social.

ABSTRACT: The concept of many dimensions poverty has been widespread in its concrete manifestations. It is important to recognize the social worker sociooccupational spaces as other professionals are dealing with the issue, emphasizing that the importance of teamwork and network have as an objective to enhance professional practice, working with the prospect of all the maximum approximation of the real. The text discusses the dimensions of poverty, after presents everyday scenes with reflections about. There is a strong correlation between living conditions and health.

Keywords: poverty, representations, vulnerability, social.

INTRODUÇÃO

Os fenômenos contemporâneos que marcam os nossos dias, apresentam uma mensagem clara e direta sobre a insuficiência das “soluções” oferecidas para que se alcancem os mínimos sociais.

As novas expressões da questão social são profundas, complexas e perceptíveis diante das desigualdades sociais conhecidas. Poderíamos tecer uma análise do cenário sócio-político frente o desenvolvimento por estágios da dinâmica societária, tendo a oferta dos mínimos sociais versus as reais condições e necessidades humanas como grandezas inversamente proporcionais, pois à medida que a problemática social se eleva, os mínimos sociais existentes apontam para uma tendência de simplificação e redução no emprego de recursos que possam atender as camadas pauperizadas da sociedade. Este apontamento é apenas para ampliar o pensamento a respeito de como as novas expressões da questão social permeiam a realidade concreta de milhares de cidadãos brasileiros e qual tem sido o direcionamento para a ação do assistente social em seu cotidiano.

É comum ver, atualmente, administradores tardo-capitalistas da miséria, sendo estes em sua maioria especialistas e operadores (Netto, 2010). Com isto constatamos muitos profissionais distantes da realidade vivida por milhares de cidadãos brasileiros. Diante deste panorama, os assistentes sociais precisam buscar estratégias para desenvolvimento de suas práticas, estratégias, que sejam tão complexas quanto às demandas com que se deparam, não cabendo a estes apenas o título de gestores ou executores de políticas públicas, mas que (re) signifiquem sua prática diante de um novo cenário, permeado pela vigorosa questão social.

Temos como pressuposto a pobreza como um fenômeno multidimensional, pois envolve dimensões além da renda, por este motivo ao atender as demandas, se faz necessário apreender

* Assistente Social do Hospital Universitário da USP. Mestrado – PUC- SP. **Email:** fernandamourausp@gmail.com.

a natureza do conjunto de problemas expostos em sua totalidade. Dessa maneira, a prática do assistente social adquire níveis de complexidade, assim como as manifestações concretas dos usuários de um serviço. Entretanto, faz parte deste processo as interpretações ideológicas e filosóficas de outros profissionais pautadas em seus próprios valores, e em representações equivocadas a respeito das refrações da questão social.

A consequência das representações sociais equivocadas, que emergem durante a hospitalização ou em todo o processo de saúde/doença, sofrem interferência direta das condições de vida, da própria manutenção e satisfação de necessidades básicas humanas e prioritárias sendo fundamental que no exercício da profissão o assistente social se mantenha consciente e siga a direção estratégica proposta em seu projeto ético, político e profissional. O Código de Ética do assistente social estabelece em seu artigo VI como um dos princípios fundamentais o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito incentivando à discussão das diferenças.

Realizada a introdução, este pensamento seguirá apoiando a vertente que a pobreza em sua multidimensionalidade, se associa fortemente com o risco e a vulnerabilidade social e com a exclusão social em seu sentido mais amplo de segregação, inclusive com relação ao acesso, a satisfação de necessidades básicas e/ou a privação de direitos.

Considerando a pobreza, como um fenômeno que não é determinado apenas pela insuficiência de renda familiar, ou por quantos bens de consumo o indivíduo pode obter, mantendo o pobre livre do estigma da posse, pois com seu trabalho também pode ter acesso aos bens de consumo, afinal esta é a lógica do capital, voltamos a questão inicial e afirmamos que a pobreza está fazendo emergir novos efeitos e novos indicadores, que traduzem concretamente suas novas configurações.

O método adotado para este estudo é o materialismo histórico e dialético por ser um dos aportes teóricos que conduz a uma prática significativa, pois a deterioração da qualidade de vida de milhares de pessoas gerada por condições de pobreza extrema tem um significado muito mais profundo e abrangente, do que a insuficiência de renda. Analisar e intervir nessas demandas com maior precisão pressupõe um conhecimento amplo, as estratégias e a prática profissional em si passam a se apoiar nas categorias centrais do método, historicidade, mediação, contradição e totalidade.

O assistente social em sua prática profissional cotidiana tem o dever de compreender a representação social que outros profissionais têm da pobreza, conhecer amplamente as circunstâncias que envolvem o seu objeto de estudo, de análise ou de intervenção, desvendando – o, exercitando uma prática mais responsável, reafirmando o seu compromisso ético-político com o sujeito desse processo.

Estreitando o eixo deste estudo, serão apresentadas neste texto algumas demandas do cotidiano do assistente social de um hospital universitário e a relação da equipe multiprofissional com as situações de violência, principalmente de gênero ou contra o idoso, vulnerabilidade, negligência, conflitos familiares graves, e outros, em que a análise da situação é feita apenas com base no que é superficial e aparentemente se vê.

A partir dessa análise temos o objetivo de apresentar, em especial, aos profissionais de saúde sob a perspectiva do trabalho multidisciplinar e em rede, que a sociedade continua em movimento, e nos dias de hoje poderemos ser responsáveis por direcionamentos punitivos e coercivos reforçando um processo tenso e contraditório das dinâmicas e relações sociais, se os

profissionais não voltarem a atenção para o acúmulo progressivo de transformações, que geram as demandas sociais em saúde.

DESENVOLVIMENTO

A DIMENSÃO SUBJETIVA NA OBJETIVIDADE DAS DEMANDAS SOCIAIS EM SAÚDE

A sociedade não é estática, ela se movimenta na história e no tempo presente. Não obstante, observa-se durante o processo de hospitalização, a forte manifestação dos determinantes sociais da saúde, ou seja, situações pessoais, familiares e sociais, que se acumulam e se avultam tomando forma e se intensificando no momento de fragilidade da saúde.

Pode-se dizer que a pobreza provoca uma série de desarticulações na vida do sujeito, promovendo uma inversão na apreensão do profissional da equipe que presencia e tenta trabalhar as situações de conflitos, alguns diferentes tipos de violência, nos conflitos gerados na alta de pacientes, pelo motivo da família não aceitar a conduta médica e confrontar as equipes gerando uma tensão, dentre outros.

No hospital universitário da Universidade de São Paulo (HU/USP), os atendimentos do assistente social procedem de busca ativa do próprio profissional, mas em sua maioria, são gerados pelo chamado da equipe multidisciplinar, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e outros. Ressaltamos que as demandas iniciais, ou, o relato da equipe ao assistente social no primeiro momento, muitas vezes está inscrito de valores morais referentes ao que objetivamente se vê. Aprendemos com Hegel ao defender a dialética que, a nossa compreensão de determinado objeto deve ser ampliada, além de termos o cuidado de não atribuir um valor exagerado a uma verdade limitada. (KONDER, 1988)

A intervenção profissional frente às novas configurações da pobreza, não pode se contentar, com o que está aparente, mas buscar a essência dos fenômenos. (BARROCO, 2003)

As situações já descritas que geram inquietações e até mesmo desconforto nas equipes de saúde são subjetivas, pois estão relacionadas com as trajetórias e experiências de vida histórica e socialmente determinadas. Neste ponto temos a circunscrição da contradição, pois ao sujeito desse processo as demandas são subjetivas, no entanto os profissionais que vêem apenas um fragmento que se desprende no decorrer dessa trajetória, as demandas são objetivas.

Surge a indagação, como trabalhar essas duas dimensões? Esta questão inquietante nos leva a conhecer na empiria o que tem se revelado estar por trás das cortinas da pobreza.

Quando o assistente social intervém em alguma demanda, seja por busca ativa, ou atendendo a um chamado da equipe, não é possível atuar sem conhecer minimamente o que está além do que se tornou pontualmente visível. Com a aproximação do profissional às cenas da realidade, ou seja as condições de vida subjetivas e objetivas, desvela-se a existência das consequências perversas da pobreza.

Antes de citarmos algumas demandas presentes no trabalho cotidiano do assistente social, é necessário compreender, por exemplo, o que representa a vulnerabilidade social de uma família.

Estudos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) apontam que a presença de pessoas dependentes na família aumenta a vulnerabilidade, quem seriam as pessoas dependentes? Crianças, adolescentes, gestantes, jovens e idosos. Isso ocorre, à medida que aumentam as necessidades a serem satisfeitas nos núcleos das famílias.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) reúne e analisa informações sobre a pobreza a partir de seis dimensões:

- Vulnerabilidade;
- Acesso ao conhecimento;
- Acesso ao trabalho;
- Escassez de recursos;
- Desenvolvimento infantil;
- Carências habitacionais.

A partir da constatação destas dimensões, pode-se afirmar que existe uma proximidade da realidade de uma porcentagem considerável da população frente às necessidades humanas suprimidas, e também a constatação de que o acesso a bens e serviços, aos meios necessários para atender as necessidades mais importantes, por direito garantidas também não atendem a sociedade na integralidade de ações.

Há indicadores, por exemplo, no Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), que mostram que quanto maior o número de famílias chefiadas por mulheres de até 30 anos, maior o risco social aos filhos, no caso as crianças. Isto se explica pelo fato de que a criança é extremamente dependente de cuidados e necessita da supervisão de um adulto responsável. Na ausência da mãe neste domicílio, a empiria nos mostra, que a criança pode permanecer sozinha, trancada ou não em sua moradia, o que ocasiona diversos riscos, como quedas, queimaduras, ferimentos, ingestão contra-indicada de medicações, ingestão de produtos químicos de limpeza, veneno para animais sinantrópicos (raticidas), dentre outros. Ressaltamos que cada um destes riscos possivelmente ocasione a ida da criança ao hospital para avaliação médica e tratamento.

Nas situações expostas acima, a vulnerabilidade social está diretamente ligada ao risco social e de vida, porém ficam as indagações: é intencional? São simplesmente acidentes domésticos? O melhor encaminhamento a uma destas situações seria aquele que punisse a mãe? A presença efetiva do Estado na vida das pessoas em situação de maior vulnerabilidade provocaria uma queda na incidência de agravos à saúde?

O idoso dependente e principalmente o acamado, atualmente é visto como problema para muitas famílias, que são numericamente pequenas, não contam com quaisquer programas de suporte, pois os que existem não atendem a todas as regiões de São Paulo e então seus cuidadores acabam se submetendo ao trabalho com longas jornadas para manutenção de todos, deixando este idoso só, ou do contrário, o familiar opta por deixar seu emprego para atender as necessidades do idoso. Ocorre que na oportunidade de uma internação, o sentimento dos parentes parece ser dúbio, pois ao mesmo tempo em que a doença angustia, traz conforto por saber que o idoso não se encontra mais em situação de risco, ainda que temporariamente, mas isso desperta conflitos, no momento da alta, pois a percepção da família é que o idoso não está em condições para retornar a sua residência, sendo contrários a alta hospitalar.

A criança ou o adolescente que chega ao hospital descuidado na higiene, demasiadamente emagrecido, causa a sensação de negligência, fica o questionamento, de fato trata-se de negligência?

A não efetivação da alta hospitalar pela ausência de recursos para a compra de medicação, ou equipamentos, como inaladores e aspiradores, ou ainda, as faltas constantes no seguimento ambulatorial por ausência de recursos financeiros para comparecer devem ser considerados descuido ou negligência, alguma falta de empenho da família?

A disputa pela guarda, a ausência de responsáveis legais durante a internação de crianças e adolescentes são meramente fatores fora da legalidade?

A não aceitação da alta hospitalar pela ausência de moradia é banal ou normal?

A violência de gênero durante o período de internação propicia o desconforto das equipes, simplesmente por ter o emprego de força e pela concepção moral do ato?

Apresentamos algumas provocações para reflexão, mas é relevante não se perder de vista que a dinâmica social tem apresentado novos problemas e necessidades na cena contemporânea, isto significa que a prática profissional deve ser revista, atualizada, (re)pensada, (re) significada se necessário for. Marx e Engels afirmam:

O primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, é que os homens devem estar em condições de viver para poder ‘ fazer história’. Mas, para viver, é preciso antes de tudo comer, beber, ter habitação, vestir-se e algumas coisas mais. O primeiro ato histórico é, portanto, a produção dos meios que permitam a satisfação destas necessidades, a produção da própria vida material, e de fato este é um ato histórico, uma condição fundamental de toda a história, que ainda hoje, como há milhares de anos, deve ser cumprido todos os dias e todas as horas, simplesmente para manter os homens vivos (MARX; ENGELS, 1982).

O texto é auto-explicativo, e realmente significativo para o assunto em pauta. Reunir tais fenômenos que exercem conjuntamente ação/reação em profissionais de diversas áreas, mas também em assistentes sociais foi proposital e teve o objetivo de trazer o despertar profissional terminantemente contrário a inferência de valores morais na abordagem de histórias de vida e demandas atendidas.

O pensamento crítico está presente neste texto e tem como objetivo levar o assistente social a ter um reencontro com seu compromisso ético e político, ressaltando que os contextos sociais com os quais nos deparamos diariamente estão legitimando as relações de poder entre profissionais e pacientes ou seus familiares, por levar o indivíduo a se sentir culpado por sua condição social, o que se reafirma na miséria das condições de vida, miséria com o significado de carência absoluta de meios de subsistência e do sofrimento social pela impossibilidade de terem minimamente as necessidades humanas satisfeitas.

O assistente social precisar esclarecer a seus pares, que as novas configurações da pobreza estão gerando vulnerabilidade e risco social entre as famílias, além das situações eminentes de desproteção, que podem comprometer, tanto o desenvolvimento infantil, quanto colocar em risco o idoso, seja ele dependente de cuidados ou não, estas condições podem aparentar descuido intencional, quando na realidade a reivindicação era por moradia digna, onde não houvesse a proliferação de animais sinantrópicos (ratos, pombos e outros), onde não dormisse em um cômodo sem ventilação e com mofo, o que pode ocasionar severos problemas respiratórios, ou simplesmente, que tivesse assegurada a certeza de que saindo de uma internação média ou prolongada, teria alimento em seu prato, ou simplesmente um local para dormir o sono reparador.

A violência também se faz presente na cena atual, quando somos chamados para intervir no ato de agressão de um homem contra uma mulher, como se fôssemos pessoas dotadas de poderes mágicos ou de uma força maior que levasse a metamorfose de situações.

Certa vez, atendendo a uma um casal indaguei: “o que gera as situações de tensão e agressividade entre vocês?” Ambos responderam: “as condições em que vivemos não nos dão outra saída, temos que revezar o local para dormir dependendo de quantos moradores da casa estarão ali, não tem comida para todos, são muitas crianças, não temos um emprego formal, a única oportunidade que apareceu foi descarregar caminhões no CEASA a noite inteira, quem é que consegue viver bem desse jeito?”

Parafraseei uma vivência profissional, mas está muito próxima da realidade declarada pelos familiares de uma criança internada para mostrar o quando saúde e condições de vida

caminham juntas. Assim veremos que a exposição da Classificação Internacional de Doenças em sua décima revisão (CID 10) de acordo com a situação parafraseada.

Z 56 Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego

Z 56.3 Ritmo de trabalho penoso

Z 59 Problemas relacionados com a habitação e com as condições econômicas

Z 59.1 Habitação inadequada

Z 59.4 Falta de alimentação adequada

Z 59.5 Pobreza extrema

Z 59.7 seguro Social e medidas de bem-estar social insuficientes

Z 60 Problemas relacionados com o meio social

Z 60.4 Exclusão e rejeição sociais

São diagnósticos sociais na saúde previstos pela Organização Mundial da Saúde, portanto é importante reconhecer tais aspectos durante a intervenção.

Retomando algumas reflexões anteriores, se o assistente social em seu exercício profissional não levar em conta considerações como as que foram discutidas nesse texto, dentre outras, sua prática tende a se esvaziar de seu projeto ético-político e profissional, as relações de poder entre profissional e usuário tendem a se enrijecer, atitudes impensadas, podem marcar para sempre trajetórias de vida estigmatizadas pelas novas configurações da pobreza.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com certeza esse texto procurou incentivar profissionais, sim, utilizando a crítica e uma densa aproximação da realidade, incentivar a busca incessante de novos paradigmas para a atuação de assistentes sociais na área da saúde.

Ressaltou-se, que o processo de saúde/doença está sendo percebido não apenas sob o paradigma biologicista ou moral, mas pelo envolvimento do processo social em cada demanda.

As determinações sociais das doenças ainda são pouco estudadas, mas apresentam grande relevância e forte impacto no período de hospitalização.

A realização de encaminhamentos e orientações das demandas atendidas deve ser plena de atitude transformadora, com conhecimento da realidade que cerca o sujeito de seu atendimento, deve ter uma análise criteriosa de comportamentos, possibilidades e outras expressões que possam fazer correlação com o objeto em estudo. Lembrando da afirmação de Hegel: “A verdade é o todo”.

A evidência empírica, tal como expusemos, permite-nos demonstrar que existe uma relação entre o processo social e o processo saúde/doença. Sem dúvida, esta observação, por si mesma, não resolve qual é o caráter desta relação. Isto, porque tempos, por um lado, o processo social e, por outro, o processo biológico, sem que seja imediatamente visível como um, se transforma no outro. Na verdade, enfrentamos uma “caixa negra”, na qual o social entra de um lado e o biológico sai de outro, sem que se saiba o que ocorre dentro dela. Esse é, talvez, o problema mais candente para a explicação causal social do processo saúde/doença. Este problema não está resolvido.

A reflexão sobre o caráter do processo de saúde/doença, porém abre alguns caminhos para serem explorados (LAURELL, 1982).

REFERÊNCIAS

III Encontro Internacional: Civilização ou Barbarie, Serpa de 30 de out a 1 de Nov de 2010 – comunicação oral de José Paulo Netto – **Uma face contemporânea da barbárie**. Texto da comunicação de José Paulo Netto* na seção temática “O agravamento da crise estrutural do capitalismo.

BARROCO, M.L.S. **Ética e sociedade**. 4ª ed. Brasília: CFESS, 2003.

BOCK, A.M.B.; GONÇALVES, M.G.M. (Org) **A dimensão subjetiva da realidade: uma leitura sócio-histórica**. São Paulo: Cortez, 2009.

KONDER. L. **O que é Dialética**. 18 ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.

LAURELL, A.C. **A saúde-doença como processo social**. Disponível em: <<http://fopspr.files.wordpress.com/2009/01/saudedoenca.pdf>> Acesso em 26/01/2014.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Ciências Humanas, 1982.

SAWAIA, B.B. (Org) **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 8ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

A DIMENSÃO TÉCNICO-OPERATIVA NO SERVIÇO SOCIAL E A INSTRUMENTALIDADE PROFISSIONAL: DILEMAS E DESAFIOS QUE PERMEIAM ESSE CAMPO

Lindamar Alves Faermann*

RESUMO: Pretende-se através deste texto chamar a atenção para a necessidade de ampliar e enriquecer os debates e as produções no campo profissional do serviço social sobre a dimensão técnico-operativa, em especial sobre a questão da instrumentalidade profissional. Tal prerrogativa torna-se imprescindível frente aos desafios postos à profissão na atualidade. Nessa direção, pontuam-se alguns fatores relacionados aos dilemas que atravessam essa discussão e que obstaculizam os avanços nessa área.

Palavras-chave: Serviço Social, Dimensão Técnico-Operativa; Instrumentalidade Profissional

ABSTRACT: Through this text aims to draw attention to the need to expand and enrich the discussions and productions in the professional field of social service on the technical-operative dimension, in particular on the question of instrumentality. Such prerogative becomes imperative challenges put to the profession at present. In this direction, score some factors related to the dilemmas that go through this discussion and that hamper advances in this area.

Keywords: Social Service, Technical-Operative Dimension; Professional Instrumentality

INTRODUÇÃO

A discussão expressa neste trabalho tem como eixo norteador algumas considerações preliminares da pesquisa de doutorado em desenvolvimento na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação da Profa. Dra. Myrian Veras Baptista. O estudo em tela centra-se na discussão da dimensão técnico-operativa no serviço social, e tem na instrumentalidade profissional o seu objeto.

Tendo em vista as delimitações necessárias para a estruturação deste trabalho, elegeu-se parte da análise empreendida na referida pesquisa. Assim, focou-se nos dilemas que permeiam a dimensão técnico-operativa¹ no serviço social, (particularizando a questão da instrumentalidade profissional), e que, conseqüentemente, obstaculizam os avanços nessa área.

Objetiva-se, mediante a problematização desta temática, chamar a atenção para a necessária superação dos *imbróglis* que a cercam e, ao mesmo tempo, salientar a importância de ampliar conhecimentos e saberes nesse campo.

Não são poucas e nem simples as demandas que se apresentam ao serviço social na atualidade. Saturadas de dificuldades e de contradições, requerem intervenções profissionais qualificadas. Para construí-las, é fundamental dispor de competências teórico-metodológicas,

* Assistente Social. Universidade de Taubaté. Mestre em Serviço Social pela PUC-SP e doutoranda pela mesma Instituição. Email: lindafaermann@yahoo.com.br.

¹ A dimensão técnico-operativa abarca um conjunto de elementos vinculados diretamente ao trabalho profissional. Esse conjunto é referente 1) ao objeto - matéria prima sobre a qual incide a ação profissional; 2) aos meios de trabalho (instrumentos, técnicas, estratégias, táticas, recursos intelectuais); 3) ao produto-resultado desse trabalho em suas implicações materiais, ideológicas, políticas e econômicas; e, 4) às condições e relações sociais que circunscrevem e condicionam o trabalho profissional.

ético-políticas e técnico-operativas. Sem a apropriação desse conjunto de conhecimentos, não se trabalhará na direção do projeto ético-político profissional.

NOTAS SOBRE OS DILEMAS E DESAFIOS QUE PERPASSAM A DIMENSÃO TÉCNICO-OPERATIVA NO SERVIÇO SOCIAL

O projeto de formação profissional, expresso nas Diretrizes Curriculares de 1996², afirma que a formação e o trabalho do assistente social se constituem de uma totalidade de competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas. Contudo, apesar da anuência no serviço social de que a formação requer capacitação nessas três dimensões, não se viram avanços nas pesquisas, na literatura e nem nos espaços “de debates *da* e *sobre* a profissão, uma discussão sobre a dimensão técnico-operativa, a qual aparece sempre como um apêndice das demais dimensões” (SANTOS, 2011, p. 04).

Essa afirmativa é também corroborada por Mioto e Lima

A partir de algumas observações realizadas nos campos da produção bibliográfica e do exercício e da formação profissional, é possível constatar que o debate em torno da operatividade do Serviço Social tem se caracterizado pela escassez, quando comparado às dimensões teórico-metodológicas e ético-políticas, e sobre o próprio campo de incidência do Serviço Social (as políticas sociais e os direitos de forma geral) (MIOTO; LIMA, 2009, p.06).

As autoras complementam essa ideia afirmando que:

Os textos produzidos sobre as questões técnico-operativas têm, de maneira geral, se concentrado na discussão das bases do projeto ético-político e na necessidade de transformação da intervenção profissional, mencionando apenas nas suas últimas páginas os processos de construção das ações profissionais. Essa postura, ao privilegiar a sua adesão às transformações estruturais, à discussão da garantia dos direitos e à luta pelo acesso aos serviços, não tem abordado em profundidade o conjunto de conhecimentos específicos que circundam o “fazer profissional” e que poderiam qualificar as ações dos assistentes sociais (MIOTO; LIMA, 2009, p.06).

Do mesmo modo, Sarmiento evidencia essa lacuna no serviço social, chamando atenção para a discussão sobre o instrumental técnico. Lembra o autor que

Já temos certo reconhecimento de uma significativa conquista teórica no campo da tradição marxista com ênfase na explicação crítica da sociedade capitalista sem, no entanto, termos o mesmo vigor e dedicação teórica à intervenção profissional, mais particularmente, ao instrumental técnico (SARMENTO, 2010, p. 06).

Diferentes autores, como Guerra (2011, 2012), Santos (2006, 2011, 2012), Sarmiento (2010), Mioto e Lima (2009), Baptista (2009), Battini (2009), Silva e Silva (2009), Prates (2003, 2007) e Vasconcelos (2003), reconhecem o avanço do serviço social diante das conquistas teóricas no âmbito da tradição marxista a partir, sobretudo, dos anos 80. No entanto, advertem para a necessidade de maior investimento em pesquisas e produções direcionadas à dimensão interventiva da profissão.

Sem dúvida, o serviço social dispõe de um rico acervo de conhecimento teórico, forjado sob as bases do pensamento marxista, que permitiu à profissão analisar criticamente as

² Diretrizes Curriculares instituídas pela ABESS (Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social), hoje, ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social).

relações sociais capitalistas, romper³ com o conservadorismo profissional, e construir um projeto direcionado para as lutas e necessidades sociais dos trabalhadores e para a defesa dos valores humano-genéricos (Barroco, 2010). Assim, inquestionavelmente, os referenciais que compõem esse acervo traduzem o leito pelo qual é necessário trilhar. No entanto, a realidade tem mostrado que, igualmente, é preciso avançar na produção de conhecimentos prático-interventivos.

Em acordo a essa ideia, Battini confirma o inestimável patrimônio teórico-político acumulado pela profissão a partir da tradição marxista, mas adverte que tais mediações ainda não encaminharam o debate sobre os modos próprios de instrumentalizar o exercício profissional, “em particular sob o ponto de vista da sua dimensão técnico-instrumental, compulsoriamente imbricada às dimensões teórico-metodológica e ético-política” (BATTINI, 2009, p.137).

Prates (2003) também apresenta essa preocupação explicitando que:

Muito tem-se questionado no âmbito do Serviço Social acerca da necessidade de darmos maior visibilidade ao conjunto de estratégias utilizadas para operacionalizar a sua intervenção na realidade social, pelos profissionais que a orientam por uma concepção dialético crítica. É necessário reconhecer que, apesar do volume significativo e qualitativo de produções contemporâneas na área do Serviço Social, produzidas a partir desta perspectiva nos últimos anos, poucas têm tido as preocupações em tratar mais especificamente sobre este eixo da práxis profissional, talvez até mesmo por interpretar o conjunto de instrumentos e técnicas como elementos que compõem o método enquanto unidade dialética, como estratégias de mediação (PRATES, 2003, p. 01).

Diante do exposto, chama-se a atenção para a necessidade de ampliar e de enriquecer os debates, as pesquisas e as produções relacionadas à dimensão técnico-operativa – o como fazer, articulado ao porquê e para quê fazer – que há muitos anos vem sendo postergado no campo profissional. Assim, destaca-se a imprescindibilidade de se processar o “caminho de volta”, isto é, explicitar as incidências dos avanços obtidos na análise do serviço social pós-reconceituação relativas ao exercício profissional cotidiano. Sabe-se que as conquistas dessa análise não foram “integralmente totalizadas em suas incidências no exercício profissional” (IAMAMOTO, 2007, p. 463). Esta passagem – ainda não devidamente esclarecida e sinalizada no campo profissional – nos interroga. Assim, é elementar que sejam destacados:

(...) os avanços obtidos na análise da dinâmica societária em suas incidências na elaboração teórica, histórica e metodológica dos fundamentos e processamento do trabalho do assistente social, retomando, com novas luzes, o Serviço Social como objeto de sua própria pesquisa. (ibidem, p.463-464).

Resta agora fazer, como bem diz Battini (2009), a passagem de um patamar para outro na reconstituição da particularidade da profissão, considerando os fundamentos históricos e teórico-metodológicos, na sua relação com as dimensões ético-políticas e técnico-operativas.

A partir da revisão empreendida, da literatura disponível sobre o tema, constatou-se quatro fatores que contribuíram e/ou contribuem para manter os impasses localizados na dimensão técnico-operativa no serviço social, notadamente na questão da instrumentalidade profissional.

O primeiro refere-se ao distanciamento do debate sobre as particularidades do trabalho profissional, que teve início no período da reconceituação do serviço social no Brasil, situação que – resguardada as especificidades histórico-conjunturais – mantém-se até os dias atuais.

³ Netto (1996, p. 109) considera consolidado – pelo menos no campo da reflexão profissional – o projeto de ruptura. Embora, os “avanços e o acúmulo realizados no Serviço Social, até a entrada dos anos noventa, foram, neste domínio, enormes, porém, são ainda flagrantemente débeis em face das novas realidades societárias e mesmo da própria extensão das práticas profissionais”.

Ao analisar esse processo, Pontes (2009) explica que tal distanciamento deve-se à influência, no contexto profissional, do debate impulsionado por um grupo de intelectuais acerca de questões exógenas à profissão. Esse grupo focou suas análises nas questões teórico-metodológicas, concentrando esforços para combater, no contexto da renovação profissional, as consequências da deficitária interlocução do serviço social com a tradição marxista.

Observa o autor que, nesse processo de rediscussão dos fundamentos da profissão, alguns profissionais mudaram a direção de análise acadêmica, fazendo com que o discurso tipicamente militante e anti-institucional cedesse espaço para o debate de temas necessários ao avanço do pensamento marxista no circuito profissional. Essa mudança de orientação analítica expressou-se praticamente em três direções:

A primeira discutiu a questão teórico-metodológica do serviço social com base em autores da tradição marxista buscando distanciar-se dos vestígios da incorporação manualesca e estruturalista dessa vertente. A segunda resgatou a historicidade da profissão na sociedade capitalista e os determinantes que condicionaram a sua emergência na trama das relações sociais. Essa direção tem como principal referência a obra de Yamamoto e Carvalho: *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*, lançada em 1982, a qual provocou notável impacto na profissão. Para Pontes, embora a difusão dessa direção de análise ter sido decisiva no amadurecimento teórico e político e na auto-representação profissional, ela

(...) foi tomada por alguns setores equivocadamente como o único e quase exclusivo caminho analítico para a compreensão desta, o que determinou uma desatenção para o necessário “caminho de volta” – enriquecido pelas determinações mais universais para dentro da profissão, para as análises que permitissem a superação dialética das práticas embasadas num referencial funcionalista regulador. Sem dúvida, tal postura propiciou um retardo na necessária tarefa posta pela sociedade, historicamente, à profissão de criar estratégias superadoras da prática institucional reificadora (PONTES, 2009, p.92-93).

É a terceira direção que, segundo o autor, buscou reaproximar-se da discussão das especificidades do trabalho profissional. Essa direção centrou sua análise na perspectiva da inserção do serviço social no contexto das políticas sociais e nas questões decorrentes das particularidades dessa inserção. Temas como cotidiano, indivíduo e assistência social foram evidenciados por essa direção, comparecendo também no rol de suas preocupações

(...) a tendência caracterizada pelo resgate da discussão da instrumentalização técnica e das práticas do Serviço Social, numa intenção de superação dialética da insuficiência apontada nas primeiras formulações tentadas no âmbito da “intenção de ruptura” (PONTES, 2009, p.94).

Isto posto, o segundo fator que vem contribuindo para manter os entraves na dimensão técnico-operativa refere-se ao não processamento no campo profissional dos avanços teórico-políticos – resultantes da interlocução do serviço social com a tradição marxista – no exercício profissional cotidiano.

A esse respeito, Yamamoto (2000), em um texto escrito no final dos anos 90, fala das conquistas do serviço social durante as décadas de 80 e 90 e aponta a necessidade de superar alguns entraves instalados no âmbito interventivo. Destaca a questão do distanciamento entre o trabalho intelectual e o exercício da prática cotidiana, e a necessidade de construir estratégias técnico-operativas para o trabalho profissional. Nesse sentido, chama a atenção o

(...) famoso distanciamento entre o trabalho intelectual, de cunho teórico-metodológico, e o exercício da prática cotidiana. Esse é um desafio colocado por estudantes e

profissionais ao salientarem a defasagem entre as bases de fundamentação teórica da profissão e o trabalho de campo. Um outro aspecto a ser enfrentado é a construção de estratégias técnico-operativas para o exercício da profissão, ou seja, preencher o campo de mediações entre as bases teóricas acumuladas e a operatividade do trabalho profissional (IAMAMOTO, 2000, p. 52).

O terceiro fator, responsável por manter tais entraves, explica-se (porém, não justifica) pelo medo ou receio no campo profissional do regresso às posturas tecnicistas.

O medo de retornar a postura tecnicista, que caracterizava o período anterior, dificultou a autocrítica deste momento e se mantém latente até os dias atuais. Algumas expressões desta posição se encontram: na pouca importância atribuída a esta temática no ensino, embora a preocupação com a formação técnico-instrumental esteja sempre presente; na escassez de bibliografia sobre o instrumental técnico de intervenção, com consequente fragilidade de conteúdo, e na relação preconceituosa com o tema, visto que a questão do instrumental técnico se tornou estigma das posturas e procedimentos teórico-práticos fundamentados no positivismo (REIS, 1998, p. 36).

As considerações da autora foram construídas com base na pesquisa realizada junto aos cursos de Serviço Social filiados a ABEPSS. Seu objetivo foi o de contextualizar a formação profissional após a aprovação do currículo mínimo de 1982. Os resultados de sua pesquisa apontaram que os currículos implementados a partir desse período, ou seja, o currículo de 1982 e, posteriormente, o currículo de 1996 (vigente até os dias atuais), priorizaram o ensino da teoria em detrimento ao ensino da prática.

Para Santos (2006), a tendência a priorização da formação teórica e de secundarização da formação prática se deu em virtude da dimensão técnico-operativa ser considerada imanente das dimensões teórico-metodológicas e ético-políticas. Essa interpretação contribuiu, segundo a autora, para as lacunas e os dilemas que perpassam a esfera interventiva, especialmente a questão da instrumentalidade profissional.

A partir de então, a academia passou a entender que se dedicar ao ensino da prática e, especialmente ao uso dos instrumentos e das técnicas, seria um retrocesso ao comportamento tecnicista, podendo dar vazão às tendências metodologistas que vigoraram entre os anos 50 até os anos 70.

Em virtude dessa “postura, criou-se certo constrangimento ou ‘clima proibitivo’ no pronunciamento sobre a prática profissional, como se a preocupação com a intervenção contivesse ‘naturalmente’ uma dimensão conservadora” (BATTINI, 2009, p.138).

Por fim, o último fator que contribui para os entraves no âmbito técnico-operativo refere-se à incorporação inadequada no serviço social da relação teoria e prática na perspectiva do materialismo histórico e dialético. Nas considerações de Santos (2006), a formação do serviço social não vem tratando das especificidades dessa relação no campo profissional. O currículo de 1996 deixa claro que o ensino da teoria e da prática deve ser contemplado pelos três núcleos que alicerçam a formação profissional: fundamentos teórico-metodológicos da vida social, fundamentos da particularidade da formação sócio-histórica da sociedade brasileira e fundamentos do trabalho profissional. Esses núcleos dispõem de um conjunto de conhecimentos indissociáveis entre si. Porém, adverte a autora que, embora haja essa articulação, os conteúdos oferecidos não desenvolvem as mesmas capacidades formativas. Por isso, avalia que o ensino da teoria e da prática deve acontecer em nível diferenciado, isto é, a formação deve possibilitar o entendimento da unidade na diversidade presente na relação teoria e prática. O que, segundo ela, não vem acontecendo.

Assim, ressalta que a teoria vem sendo apreendida como algo que se transforma em prática de forma imediata que, por si só, oferece os procedimentos para a intervenção: é da

teoria que se retira imediatamente os instrumentos próprios a ela. Além disso, compreendida como análoga à formação profissional. Por outro lado, a prática vem sendo vista como sinônimo de instrumentos e de técnicas, direcionada exclusivamente ao mercado de trabalho e reduzida a comportamentos próprios à prática profissional. Com isso,

(...) diante da dificuldade de compreensão do âmbito da teoria e do âmbito da prática – já que a primeira é supervalorizada -, os profissionais se vêem diante da dificuldade de compreensão do como a teoria contribui para a ação, de saber qual é o papel da teoria e quais são seus limites. Assim, tentam enquadrar a teoria na prática e, não conseguindo, consagram a afirmativa de que na prática a teoria é outra (SANTOS, 2006, p. 56).

Nessa direção de análise, a autora salienta que os instrumentos e as técnicas profissionais, não provêm, de imediato, de um referencial teórico. Este contribui – e é condição essencial – para a escolha dos meios mais adequados a uma determinada intervenção com objetivos pautados em uma dada perspectiva teórica. O conteúdo dos instrumentos e das técnicas utilizadas no processo de trabalho do assistente social é norteado pela teoria que o informa, subsidiando sua utilização, possibilitando mediações necessárias a passagem da teoria à prática.

A esse respeito, esclarece Baptista (2009, p. 30) que o referencial teórico assumido pelo profissional oferece bases para seu trabalho e “expressa um posicionamento teórico-metodológico, o qual leva a uma apreensão específica do real e exprime a versão do profissional sobre ele sem, no entanto, modificá-lo”. Do mesmo modo, exemplifica a autora: a fotografia depende do ângulo, do equipamento utilizado, do senso estético, mas ela não muda a realidade, muda a apreensão que se tem dela.

Para Santos (2006), a apreensão equivocada e insatisfatória da relação teoria e prática na concepção do materialismo histórico-dialético implicou na dificuldade dos assistentes sociais trabalharem a unidade e a diversidade presentes nas dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas do exercício profissional. Resultando, desse modo, na fragilidade em dominarem

(...) os instrumentos e técnicas que pertencem ao acervo cultural teórico-metodológico herdado das Ciências Sociais e Humanas e reapropriado pelo Serviço Social. Faltam-lhe principalmente, elementos que propiciem a criação de novos instrumentos mais condizentes com a realidade atual e com as finalidades postas pelos profissionais. O assistente social tem dificuldade, dentre outras, de explorar os instrumentais; de saber, por exemplo, como conduzir uma entrevista, uma reunião ou um grupo; de diferenciar entre reunião e grupo; de distinguir uma entrevista de encaminhamento ou de uma abordagem (SANTOS, 2006, p. 21).

Dentre os desdobramentos mais observados situam-se, no âmbito do ensino, a falta de atenção para a dimensão técnico-operativa e os equívocos relacionados a essa dimensão, especialmente a questão do “como fazer”, resultando em quimeras, dúvidas e preconceitos. No âmbito do exercício profissional, constata-se as queixas e as angústias dos assistentes sociais e dos alunos em relação às dificuldades para a operacionalização do seu trabalho em uma perspectiva crítica e criativa.

Daí a afirmativa de Santos (2006), de que é preciso garantir na formação profissional o ensino do “como fazer”, articulado ao debate teórico, filosófico, político e ético o que, na sua concepção, não se trata de um retrocesso a uma razão manipulatória, no sentido do instrumentalismo da razão analítico-formal. A alternativa, para não se cair no tecnicismo, passa pelo esclarecimento da relação teoria e prática. Por isso, afirma que o trabalho profissional demanda um conhecimento teórico, mas também um conhecimento procedimental necessário à sua operacionalização, ou seja:

(...) conhecimentos sobre os procedimentos necessários para operacionalizar uma intervenção, sobre os modos de agir, sobre a construção operacional do fazer. Conhecimentos sobre as habilidades necessárias ao manuseio dos instrumentos e sobre os próprios instrumentos (SANTOS, 2006, p. 74).

Falar do “como fazer” no serviço social é entendido, muitas vezes, como uma afronta às premissas do projeto profissional. O desconhecimento aliado ao preconceito ocorre na medida em que se faz uma associação entre o “como fazer” – com fórmulas, receitas ou metodologias estáticas e previamente definidas – desconsiderando a relação dialética entre conteúdo e forma nos processos de trabalho do assistente social.

Avalia-se que a ausência dessa discussão na formação profissional tem dificultado a construção de ações, estratégias e respostas profissionais conectadas à direção de ruptura, portanto, superadoras do referencial conservador. Tem ainda impedido a produção de conhecimentos e de saberes operativos que subsidiem uma intervenção profissional qualificada. Por isso, no dizer de Guerra,

(...) além dos conhecimentos de base teórica, faz-se necessário que se produza e se difunda conhecimentos e saberes de natureza prático-interventiva sobre o próprio Serviço Social, sua funcionalidade, seu ethos, meios e modos de operar, conhecimentos esses que sejam capazes de enfrentar o conservadorismo teórico e metodológico que historicamente conforma a profissão e se recicla no seu interior (GUERRA, 2004, p.10).

Por essas razões, para o assistente social desenvolver um trabalho competente, é vital apropriar-se da teoria social marxista em conjunto com outros conhecimentos que possibilitam ampliar sua capacidade operativa, tendo em vista construir ações e respostas profissionais conectadas ao tempo presente e de acordo com a teoria que tem por norte. Dessa maneira, considera-se que é preciso avançar no âmbito técnico-operativo. Como diz Lukács (1966), se desejamos apresentar o conteúdo de nossa ação de maneira rica e transformadora, precisamos de formas críticas e adequadas de expressão e de objetivação de seu conteúdo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora, seja consenso no âmbito profissional, a relação de indissociabilidade entre as dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas na formação e no exercício profissional,

(...) a tematização da dimensão técnico-operativa tem sido negligenciada pela atual produção acadêmica, pela formação profissional e pelo debate da categoria; daí considerarmos necessário resgatá-la, dando-lhe o merecido espaço na cena contemporânea. Tal lacuna se explica (mas não se justifica) pelo receio de incorrer nos velhos ranços do Serviço Social tradicional (GUERRA, 2012, p. 42).

Assim, considera-se imprescindível ampliar e enriquecer os debates e as produções sobre a dimensão técnico-operativa no campo profissional do serviço social. Contudo, não se pretende com estes apontamentos afirmar que todos os entraves e desafios manifestos nesse campo sejam solucionados eminentemente com a apreensão e/ou trato adequado da instrumentalidade profissional. Nessa lógica, corre-se o risco de enveredar-se pelas tramas do processo do qual Guerra denominou de fetiche dos instrumentos e das técnicas, como se deles fossem brotar todas as soluções para o fazer profissional e todas as respostas para as demandas profissionais. Quisera ser tão fácil assim... Não o é! Lembrando como bem falou Vasconcelos que:

(...) o vácuo entre teoria e prática não vai ser preenchido formulando ou criando uma “metodologia de ação”, que nos traria uma falsa relação de aproximação com

a realidade tendo em vista ser uma relação segmentada, desarticulada da totalidade social. Há que se estabelecer as mediações necessárias entre os mais altos níveis de abstração e as situações singulares e particulares, como partes e expressões da totalidade social. É nesse sentido que podemos falar de teoria e prática como unidade (VASCONCELOS, 2003, p. 123).

O trabalho do assistente social requer apreensões intelectivas que possibilitem a análise crítica da realidade social e a construção de mediações para concretizar a práxis profissional. Definitivamente, sem consciência crítica e sem recursos teóricos, políticos e técnicos necessários para assimilar e responder à lógica capitalista, não se trabalhará na direção do projeto ético-político profissional.

REFERÊNCIAS

ABESS/CEDEPSS. Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social. In: **Cadernos ABESS** n.7. São Paulo: Cortez, 1997.

BATTINI, Odária. O lugar da prática profissional no contexto das lutas dos assistentes sociais no Brasil. In: BAPTISTA, Myrian Veras; BATTINI, Odária. **A prática profissional do Assistente Social: teoria, ação, construção do conhecimento**. São Paulo: Veras Editora, 2009.

GUERRA, Yolanda Aparecida Demétrio. No que se sustenta a falácia de que na prática a teoria é outra? **Anais do IX ENPESS – Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. Porto Alegre, 2004. CD-ROM.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e a questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

LUKÁCS, Geörgy. La peculiaridade de lo estético. Barcelona; México: Grijalbo, 1966. 2v.

MIOTO, Regina Célia Tamasso (Org.). A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 8 n.º 1, jan./jun. 2009, p.22-48.

NETTO, JOSÉ PAULO. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e serviço social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PRATES, Jane Cruz. A questão dos instrumentais técnico-operativos numa perspectiva dialética crítica de inspiração marxiana. **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, n.º 2, dez. 2003. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/948/728>> Acesso em: 10, abr., 2013.

REIS, Vania Teresa Moura. **Ensino do instrumental técnico de intervenção em serviço social: explorando possibilidades**. 1998. 113f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 1998.

SANTOS, Claudia Mônica dos. **Na prática a teoria é outra? mitos e dilemas na relação entre teoria, prática, instrumentos e técnicas no Serviço Social**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

_____. **Os instrumentos e técnicas: mitos e dilemas na formação profissional do assistente social**. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

SARMENTO, Hélder Boska de Moraes. Instrumental técnico e o Serviço Social. Trabalho na Sociedade Contemporânea e o Trabalho do Assistente Social. **Rede de Pesquisa sobre o Trabalho do Assistente Social – RETAS**, 2010.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2005.

PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: A ARTE COMO INSTRUMENTO DE TRABALHO PROFISSIONAL E COMO MEDIAÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Ana Carla Junqueira Meirelles Roberto*

RESUMO: Apresentamos nesse trabalho um relato de experiência profissional com população em situação de rua do município de São José dos Campos/SP. Trata-se de um grupo constituído por homens e mulheres que acessam os serviços especializados oferecidos no Centro de Convivência para população de rua da cidade. Objetiva-se através desse relato destacar a arte como um recurso fundamental no trabalho do assistente social e a sua contribuição no processo de enfrentamento da dependência química de pessoas em situação de rua.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua; dependência química e trabalho profissional

ABSTRACT: We present in this work an account of professional experience with street population of the municipality of São José dos Campos/SP. This is a group of men and women who access the specialized services offered at the Center for coexistence to population of city street. Objective through this report highlight the art as a key resource in the work of social worker and their contribution in the process of coping of chemical dependency of street people.

Keywords: Street People; chemical dependency and professional work

INTRODUÇÃO

Este trabalho decorre da experiência profissional de uma das autoras no projeto de implantação do Centro de Convivência para a População em Situação de Rua, doravante denominado CECON, no município de São José dos Campos/SP.

Para o entendimento de pessoa em situação de rua de rua, trabalhamos com o conceito definido na Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto Nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009:

(...) como o grupo populacional heterogêneo que possuem em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas com espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

O Centro de Convivência para População de Rua, foi implantado em agosto de 2012 pela Prefeitura Municipal de São José dos Campo/PMSJC para atender a legislação em vigor, com o objetivo de oferecer serviços aos usuários que demandam atenção no âmbito da proteção social de média e alta complexidade.

A gestão do CECON é de responsabilidade da PMSJC, e sua operacionalização é realizada por profissionais de uma Organização Sem Fins Lucrativos¹ – COMAS, conveniada com a Prefeitura Municipal de São José dos Campos, responsável por operacionalizar os serviços com população de rua no município.

A equipe é composta por nove pessoas sendo: uma coordenadora, Assistente Social da PMSJC, uma assistente social da COMAS, 6 educadores sociais da COMAS, um administrativo da PMSJC.

* Assistente Social. Prefeitura Municipal de São José dos Campos - Fundação Hélio Augusto de Souza – FUNDHAS. Mestre em Serviço Social pela PUC-SP e doutoranda pela mesma Instituição. **Email:** anacarla40@yahoo.com.br.

¹ Comunidade Cristã Ação Social.

Desde a sua implantação, há uma variação no número de usuários que acessam este serviço. No ano de 2012 recebíamos uma média de 30 pessoas por dia. Em 2013, verifica-se um aumento significativo - aproximadamente 50 usuários que frequentam o Centro de Convivência. Esta variação está relacionada às próprias características do público atendido, por se tratar de uma população rotativa que muda com frequência de cidade e que realiza trabalhos informais para sua sobrevivência.

São sujeitos que vivenciam cotidianamente processos de violação de direitos e que formam uma população complexa. Dados estatísticos comprovam que a maioria está nessa situação pela questão do desemprego, dos conflitos familiares e pela dependência química ou etílica. Em geral o rompimento do vínculo familiar ocorre devido ao uso abusivo das drogas, muitos são expulsos de casa ou vão para as ruas para não causarem maiores danos às suas famílias.

O consumo de drogas ou o alcoolismo constitui problema de saúde pública que afeta toda a sociedade, independente da classe social. Portanto, é importante desenvolver projetos de atenção a esta problemática que traz intercorrências em diversos âmbitos da vida social: trabalho, família, saúde, dentre outros.

Estima-se, mediante a socialização dessa experiência, chamar atenção para a importância do uso de recursos artísticos no exercício profissional do assistente social e a sua contribuição no processo de enfrentamento da dependência química de pessoas em situação de rua.

Prates (2007) destaca que a arte é um importante instrumento de reprodução social, dado que:

Expressamos - através do traço, da cor, do som, dos gestos - sentimentos, valores, hábitos, costumes, indignações, paixões, modos de ver o mundo, a vida, a nós mesmos e materializamos na pintura, na dança, na culinária, na escultura, na dramatização, na arquitetura, na música nossas objetivações, em parte histórica e socialmente construídas, em parte histórica e socialmente determinadas, possibilitando que sejam apreendidas pela razão e sensibilidade do outro (PRATES, 2007, p. 224).

Através desses recursos é possível acessar o mundo dos sujeitos, partindo de suas realidades e de suas experiências; construir vínculos e instigar processos emancipatórios. Mediante o uso da arte, o trabalho profissional do assistente social torna-se mais consistente, inteligível e acessível aos usuários e também mais agradável. Nesse sentido, é fundamental a articulação entre o conhecimento teórico, técnico, político e artístico no fazer profissional. As possibilidades dessa junção

(...) revelam a importância da interlocução do serviço social com outras áreas e dimensões da realidade; necessidade de pensar a profissão em sua articulação com a cultura e a história; de participar da vida cultural ampliando a capacidade de se conectar com motivações do gênero humano. A arte é uma das atividades que mais aproximam o indivíduo dessas possibilidades (Lukács, 1966, apud Barroco, 2012); por isso a importância desse recurso no trabalho profissional e na formação e capacitação profissional. (BARROCO, 2012, p. 102)

Dessa feita, a arte se constitui em um recurso valioso para auxiliar o assistente social em seu cotidiano de trabalho para instigar processos sociais emancipatórios, ações organizativas, mobilizadoras e educativas.

A DINÂMICA DO CECON E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Os usuários que frequentam o CECON passam a noite na Instituição de Acolhimento² em outro endereço, e pela manhã são conduzidos para esse equipamento. Neste espaço fazem as suas refeições (café da manhã, almoço e lanche da tarde) e realizam atividades lúdicas e socioeducativas, compreendendo trabalhos grupais, oficinas de arte, de dança, de música e rodas de conversas. São momentos em que eles têm oportunidade de dialogar com os assistentes sociais e com os educadores possibilitando o desenvolvimento de suas habilidades, e estimulando processos de aprendizagem e de reflexão. Lembra Miotto (2009) que:

O processo reflexivo, característico das ações socioeducativas, se desenvolvem no percurso que o assistente social faz com o usuários para buscar respostas para suas necessidades, imediatas ou não. Pauta-se no princípio de que as demandas que chegam às instituições, trazidas por indivíduo, grupos ou famílias são reveladoras de processos de sujeição à exploração, de desigualdades nas suas mais variadas expressões ou de toda sorte de iniquidades sociais (MIOTTO, 2009, p. 503).

O Serviço Social atua através de trabalhos grupais com ações socioeducativas. Na intervenção com grupos (atualmente denominado rodas de conversa a pedido dos próprios usuários, conforme ilustrado na fotografia I abaixo), discutem-se temas diversos e de interesses comuns. Elas ocorrem três vezes na semana e têm sido fundamentais para o estabelecimento de vínculos interpessoais, contribuindo no processo de inserção comunitária e, sobretudo, no tratamento e enfrentamento da dependência química.

As rodas de conversas são instrumentos que favorecem o processo de sociabilização, sendo avaliadas por eles como “conquistas”. Em suas palavras: “hoje estamos aqui e não fomos para a rua, e não usamos a droga”.

Esta fala é expressa por muitos usuários. Além desses momentos, o Serviço Social se apropria de ferramentas como a “escuta” e o “acolhimento”. Todos os dias pela manhã a assistente social faz o acolhimento daqueles que vêm pela primeira no CECON e a escuta perpassa a sua intervenção profissional. Nesse sentido, concordamos com Lewgoy e Silveira (2007) que o acolhimento e a escuta não se restringe aos prelúdios da intervenção, mas é parte integrante do seu processo.

Figura 1: Roda de Conversa no Centro de Convivência População de Rua - CECON



Fonte: Imagem feita pela autora à partir da autorização dos sujeitos.

² Instituição de Acolhimento.

Em um período relativamente curto de tempo notamos significativa alteração do comportamento desses usuários. Avaliamos que esse processo deve-se à combinação entre o próprio espaço físico do CECON, o qual favorece o acolhimento e o atendimento de suas necessidades e a proposta de trabalho pautada em intervenções pedagógicas e artísticas, no senso de respeito, de liberdade, de disciplina e de coletividade. Esses fatores provocaram mudanças positivas na conscientização de alguns moradores de rua.

Entende-se que a intervenção profissional ao se efetivar de maneira crítica e propositiva, interfere - ainda que de modo sutil - no processo de consciência dos usuários. Na perspectiva dialética, vê-se o processo de consciência

(...) como um desenvolvimento dialético, em que cada momento traz em si os elementos de sua superação, em que as formas já incluem contradições que, ao amadurecerem, remetem à consciência para novas formas e contradições, de maneira que o movimento se expressa num processo que contém saltos e recuos (IASI, 2011, p. 12).

Nesse sentido, os moradores de rua puderam realizar uma catarse no seu padrão comportamental, assumindo um comportamento mais pró-ativo e criativo. Através das oficinas artísticas e do trabalho em grupos, os moradores introduziram novos hábitos que se manifestaram no seu pensar e agir e que contribuíram sobremaneira para o enfrentamento da dependência química.

Esse trabalho favoreceu o desenvolvimento de atividades laborais como esculturas, poesias, painéis, pôsteres, grafiteagem e pinturas nas paredes do equipamento (conforme ilustrado na fotografia II abaixo). Garrafas pets e materiais recicláveis foram utilizados para a confecção de diversos tipos de objetos artísticos e de uso prático como equipamento de ginástica.

Figura 2: Pintura realizada pelo “Andarilho” em ambiente do CECON



Fonte: Imagem feita pela autora à partir da autorização dos sujeitos.

O sucesso do trabalho pode ser averiguado em declarações verbais dos moradores de rua durante as entrevistas, rodas de conversa e atendimentos individuais e também na apresentação de seus trabalhos artísticos em vários eventos ocorridos em 2013, a saber:

Feira do Meio Ambiente, promovida pela Secretaria de Meio Ambiente de São José dos Campos (conforme ilustrado na fotografia III abaixo);

Feira da Panasonic - realizada dentro do espaço da própria fábrica;

Exposição de Artes no período de uma semana na Câmara Municipal de São José dos Campos;

Exposição de trabalhos de um dos usuários na 14ª Semana Cassiano Ricardo e participação em um Sarau promovido nesta comemoração.

Além da participação nestes eventos externos, há uma sala de exposições no CECON, onde as obras desses artistas de rua estão expostas permanentemente.

Figura 3: O “Andarilho” em atividade livre na Sala de Oficinas do CECON



Fonte: Imagem feita pela autora à partir da autorização dos sujeitos.

Vários moradores de rua se mostram receptivos a mudanças. Outros, frequentam o local com a perspectiva de se proteger das ruas e não fazerem uso de drogas. O ambiente aberto, tranquilo e com um visual artístico pintado por eles próprios é um estímulo para que retornem no dia seguinte. O ambiente físico constitui-se num elemento básico para garantir a qualidade dos serviços prestados e favorecer o sentimento de pertença.

No CECON os usuários se agrupam por afinidades, identidades, e há um processo de solidariedade e ajuda mútua. São muitas histórias atravessadas por realidades adversas e entre essas, compartilhamos uma que nos chamou atenção. Trata-se de um homem com formação superior em matemática. Ele trabalhou como professor. Viciado em *crack* há muitos anos, perambulava pelas ruas de São José dos Campos. Chegou ao CECON em 2013 e em pouco tempo ficou mesmerizado pelo ambiente estimulante e manifestou o desejo de pintar. Engajou-se na oficina de artes, e passou a se dedicar em pinturas em restos de madeira e depois em latas de tintas. Ele tem uma produção enorme e o seu trabalho vem sendo reconhecido no município despertando os olhares da comunidade.

Segundo ele, o conhecimento latente da matemática o ajudou a compor obras de pintura, onde as noções de profundidade afloram intuitivamente na sua criação. A transmutação de suas práticas como morador de rua e dependente químico, para um sujeito conforme seus relatos de “cara limpa”, assim como a manifestação de seu potencial criativo, chamaram a atenção de empresários da cidade e dos órgãos da administração da Prefeitura, e isto tem sido um estímulo para outros moradores de rua que frequentam o CECON. Há inclusive, por parte de um grupo, o ideal/desejo de formarem uma cooperativa de artistas populares. Esta possibilidade tem sido fomentada por eles, com o apoio do Serviço Social.

Dos seus vários trabalhos destacam-se seis quadros em madeirite, onde ele consegue mostrar a sua trajetória de vida e a mudança de comportamento. Nos três primeiros quadros, pintou olhares escuros, sombrios, que segundo ele, é o início de tudo. Nos três últimos quadros, traz uma pintura mais alegre onde ele próprio tenta resgatar uma das meninas de rua que passaram pelo CECON. Os quadros são intitulados por ele da seguinte forma:

QUADRO I - Um grupo de pessoas - Um único sonho - Uma única ideia - Sozinho eu nada sou - Juntos somos fortes.

QUADRO II - Meus olhos e meus demais sentidos - Estão no coração puro - Sei da onde vim e para onde vou - Disciplina, sabedoria e verdade - São o que regem o meu dia a dia.

QUADRO III - Abstinência. Todo bem que penso fazer - Não faço, mas faço todo mal que não quero fazer - Me sinto guiado por uma sombra me levando sempre a morte de meus objetivos.

QUADRO IV, V e VI - Flores dos sonhos de meninas de rua- Flores da esperança - Flores da prosperidade - Flores do amor - Em meio a um campo sujo e condenado - Nasce a mais bela flor.

Podemos dizer que ao longo de oito meses trabalhamos com um grupo de sujeitos bastante heterogêneo. Coletivamente, eles formam um todo que se caracteriza dentro de um perfil psicológico, cultural, social e econômico definido, mas apresentam suas particularidades, como “*população em situação de rua*”, por estarem vivendo nas ruas e/ou acessando um abrigo, sem uma moradia convencional.

Do ponto de vista da subjetividade, são diferentes, com origens e históricos de vida particulares. Segundo Rodrigues (2006), a prática profissional do assistente social, precisa ser diferenciada, pois representa o agir profissional frente aos desafios da realidade social. A realidade neste espaço é um complexo heterogêneo de situações com diferentes significados e valores. Nesse sentido, supõe-se, para o trabalho profissional, a compreensão de que não é possível tratar as situações dentro de uma visão óbvia. Não há um consenso absoluto de prática, mesmo que as situações aparentemente se apresentem como semelhantes.

Contrariando uma análise pautada na perspectiva neopositivista, na qual entende que “*cada caso é um caso*”, ressaltamos que as histórias de vidas dos usuários comportam singularidades e particularidades. Porém, as necessidades sociais por eles apresentadas - fonte das demandas profissionais - são expressões da contradição capital-trabalho, ou seja, são constitutivas da questão social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nesse relato de experiência considera-se que o uso de recursos pedagógicos e artísticos no exercício profissional do assistente social permite intervenções qualificadas junto à população em situação de rua, bem como contribui para o enfrentamento da dependência química, além de estimular processos reflexivos e desenvolver habilidades e autonomia dos sujeitos.

A dependência química é um sério problema de saúde pública e demanda serviços de atenção, uma que traz intercorrências em diversos âmbitos da vida social - trabalho, família, relações afetivas e comunitárias, dentre outras.

No CECON, a relação da arte com o Serviço Social, permite que os profissionais atuem criticamente transcendendo a atuação meramente técnica, correlacionando saberes e conhecimentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos para entender a relações sociais e humanas. Tais experiências têm permitido que os sujeitos conquistem ou reconquistem sua autonomia e desenvolvem potenciais até então desconhecidos por eles mesmo, como foi o caso do Sr. Andarilho.

REFERÊNCIAS

BARROCO, Maria Lucia Silva; TERRA, Sylvia Helena; CONSELHO Federal de Serviço Social (Org.). **Código de ética do/a assistente social comentado**. São Paulo: Cortez, 2012.

IASI, Mauro Luis. **Ensaio sobre consciência e emancipação**. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista, SILVEIRA, Esalva Carvalho. A entrevista no processo de trabalho do Assistente Social. *Revista Virtual Textos & Contextos*. Porto Alegre, v.6, n. 8, p. 233-251, jul.-dez. 2007.

MIOTO, Regina Célia Tamasso (Org.). A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 8 n.º 1, jan./jun. 2009, p.22-48 .

PRATES, Jane Cruz. A arte como matéria-prima e instrumento de trabalho para o assistente social. **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 6, p.221-232, jul./dez. 2007.

RODRIGUES, Maria Lúcia. *Metodologias Multidimensionais em Ciências humanas*. Brasília, Líber Livro Editora: 2006

_____. *Prática do Serviço Social – sentido e validade*. Texto apresentado no 10º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, Rio de Janeiro, outubro de 2001.

SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS E ALTERNATIVAS PARA CONCRETIZAR OS PRESSUPOSTOS DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL

Lindamar Alves Faermann* ; Priscila da Silva Marcondes**

RESUMO: Evidenciamos nesse trabalho resultados de uma pesquisa qualitativa realizada com assistentes sociais que atuam em diferentes espaços sócio-ocupacionais na cidade de Taubaté/SP. Seu objetivo foi o de conhecer os desafios e as alternativas dos profissionais para concretizarem em seu cotidiano de trabalho os pressupostos do projeto ético-político do Serviço Social. Tal projeto traduz o compromisso da profissão com a classe trabalhadora e suas referências estão expressas essencialmente no Código de Ética de 1993, na Lei nº8662/93 que regulamenta a profissão, nas Diretrizes Curriculares de 1996 e nos demais documentos, pesquisas e produções construídas pela categoria na direção crítica.

Palavras-chave: Serviço Social; Projeto Ético-Político; Trabalho Profissional.

ABSTRACT: We show in this paper results of a qualitative survey of social workers who work in different socio-occupational spaces in Taubaté / SP. Their goal was to meet the challenges and alternatives for professionals to realize in their daily work the assumptions of ethical-political project of Social Service. This project reflects the commitment of the profession with the working class and its references are mainly expressed in the Code of Ethics of 1993, Law No. 8662/93 which regulates the profession in the Curriculum Guidelines, 1996 and other documents, surveys and constructed productions by category in the critical direction.

Keywords: Social Service; Ethical-Political Project; Professional Work.

INTRODUÇÃO

A discussão expressa neste trabalho tem como eixo norteador a monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Taubaté em 2013 (MARCONDES, 2013), sob orientação da Profa. Lindamar Alves Faermann, na qual se refere a uma pesquisa qualitativa realizada junto a assistentes sociais, com o objetivo de conhecer os desafios e as alternativas que eles encontram para concretizarem os pressupostos do projeto ético-político do Serviço Social em seu fazer cotidiano.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, utilizamos a abordagem qualitativa. Como forma de delimitar o universo e a amostra elegeu-se seis assistentes sociais que trabalham na cidade de Taubaté, interior de SP e que atuam em diferentes espaços sócio-ocupacionais. Considera-se que a sua publicização contribuirá com o debate dessa temática no âmbito da categoria.

O interesse pelo tema foi impulsionado mediante a nossa constatação (no campo de estágio) dos entraves explicitados pelos assistentes sociais para a viabilização do projeto profissional. Esse dilema instigou-nos a desvendar o que os levaria a pensar dessa forma. Partimos da hipótese de que as configurações da atual conjuntura postas pelo capitalismo e pelo modelo neoliberal dificultam e impõem riscos a este projeto.

O modo de produção capitalista gera desigualdades na vida dos trabalhadores, sendo estas entendidas como resultado da contradição capital-trabalho, e ampliam as expressões da

* Assistente Social, mestre em Serviço Social Pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e doutoranda pela mesma Instituição. Professora do Curso de Serviço Social da Universidade de Taubaté/SP e do Curso de Especialização *latu-senso* em “Políticas Sociais e Trabalho Social com Famílias”. E-mail: lindafaermann@yahoo.com.br.

** Graduada em Serviço Social pela Universidade de Taubaté-SP. Atua como Assistente Social na Prefeitura Municipal de Lorena/SP. E-mail: ciprilapri@yahoo.com.br.

questão social, manifestas pelo desemprego, violência, drogadição, pobreza, miséria, falta de moradia, baixos salários, entre outros fatores.

É, portanto, nesse contexto que o assistente social está inserido, e sendo um trabalhador assalariado não tem plena autonomia para a sua intervenção, devendo responder não apenas as necessidades dos usuários, como também as requisições dos empregadores. Em decorrência dessas contradições e devido o projeto profissional encontrar-se numa sociedade antagônica aos seus objetivos, o assistente social vive desafios cotidianos para materializá-lo.

O trabalho está organizado em duas partes. Na primeira registra-se os desafios cotidianos expressos pelos assistentes sociais entrevistados para concretizarem os pressupostos do projeto ético-político. Na segunda as alternativas que apontam para superar tais desafios.

OS DESAFIOS COTIDIANOS

O projeto ético-político do Serviço Social tem como horizonte a construção de uma nova ordem social, sem exploração e dominação de classe, o *posicionamento a favor da democracia, a luta pela emancipação humana e pela garantia dos direitos sociais*. No entanto, em tempos de neoliberalismo, de barbárie da vida social e atrelado ao processo do conservadorismo ainda presente no campo profissional, são acentuadas as dificuldades encontradas pelos assistentes sociais para efetivarem esses princípios, ou seja, é como se estivessem remando contra a maré. São desafios que, diga-se de passagem, começam pela precarização do trabalho nas instituições onde atuam e que muitas vezes violam os seus próprios direitos. Temos como exemplo desse processo a falta de recursos materiais para o exercício de suas atividades, de espaços físicos adequados, de piso salarial para a categoria, entre outros fatores que torna o assistente social um profissional vulnerável.

Para os profissionais que participaram dessa pesquisa são muitos os desafios encontrados para concretizarem os pressupostos do projeto profissional em sua intervenção cotidiana. Segundo eles:

As dificuldades hoje encontradas são diante de posições conservadoras, diante da própria sociedade em que a gente vive. E o conservadorismo, o neoconservadorismo que vem hoje avançando como forma de pensamento na sociedade. E isso entra em choque com o nosso projeto ético-político que é pautado numa ética social. Mas essa onda neoconservadora - ela sempre de uma forma vai estar - o projeto de sociedade vão estar em conflito. Então eu acho que a dificuldade é enfrentar o conservadorismo dentro do próprio serviço social. É enfrentar também a discrepância entre, às vezes um discurso marxista e quando você vai compartilhar sua prática com outros profissionais você vê que existe mentes conservadoras na própria atuação do serviço social que se a gente também não se policiar enquanto profissional você acaba também tendo atitudes conservadoras e reacionárias.

Então, eu entendo também que nós enquanto trabalhadores assalariados, eu parto desse pressuposto que o assistente Social é um trabalhador assalariado, ele também está submetido ao processo de alienação. Então você tem a todo o momento que estar refletindo a sua prática profissional. Tem que estar sempre atento para você não ser corroído por esse processo de alienação. Apesar de não ter como você falar: meu trabalho é totalmente desalienado, é um trabalho totalmente crítico. Porque a gente está vivendo em uma sociedade conservadora, reacionária, autoritária, então isso acaba passando também, pela nossa vida. Mas eu acho que a partir do momento que a gente tem consciência das nossas ações consegue analisá-la criticamente. Eu acho que é possível ir superando essas práticas conservadoras. (...) Enfim, a gente precisa encontrar mediações para consolidar nosso projeto ético-político profissional, mas não depende só da vontade individual do assistente social. Eu acho que é um

projeto coletivo não só do assistente social, mas dos trabalhadores, porque a gente sabe que os trabalhadores estão submetidos a esse processo de alienação, então eu acho, é isso que eu acho (Antares).

A assistente social ressalta que o conservadorismo no âmbito da categoria profissional ainda é um dos entraves para a efetivação do projeto profissional. Neste contexto percebe-se que se mantêm posicionamentos ideológicos restritos aos valores dominantes. De acordo com Barroco (2011, p. 208) a “ideologia dominante exerce uma função ativa no enfrentamento das tensões sociais, para manter a ordem social em momentos de explicitação das contradições sociais e das lutas de classe.” Sendo assim, os profissionais comprometidos encontram dificuldades até mesmo entre os próprios colegas que seguem práticas conservadoras, ou que devido à alienação encontram-se imersos a lógica institucional. A esse respeito à autora salienta que:

A reatualização do conservadorismo é favorecida pela precarização das condições de trabalho e da formação profissional, pela falta de preparo técnico e teórico, pela fragilização de uma consciência crítica e política, que pode motivar a busca de respostas pragmáticas e irracionais, a incorporação de técnicas aparentemente úteis em um contexto fragmentário e imediatista. A categoria não está imune aos processos de alienação, à influência do medo social, à violência, em suas formas subjetivas e objetivas. Isso coloca um imenso desafio ao projeto ético-político, na medida em que a sua viabilização não depende apenas da intencionalidade dos profissionais, tendo em vista as suas determinações objetivas, nem se resolve individualmente. Além disso, não podemos ignorar que o conservadorismo tem raízes históricas na profissão: para parcela da categoria, trata-se de uma opção política conscientemente adotada. Nesse sentido, a conjuntura pode favorecer a sua reatualização, sob novas roupagens e demandas (BARROCO, 2011, p. 213).

Nesse contexto torna-se difícil o trabalho do assistente social, exatamente, por se deparar com os ataques aos direitos sociais, o enxugamento do Estado e o conservadorismo que permeiam as práticas vigentes. Esse processo aumenta as demandas para intervenção do Serviço Social e por sua intervenção ser contra-hegemônica, vive os embates diários dessa realidade.

Quanto aos desafios outra assistente social entrevistada deixa claro a questão dos interesses políticos como um entrave a ser enfrentado.

Principalmente no âmbito público, acredito também, eu nunca trabalhei em organizações de terceiro setor, instituições privadas, mas o público é você ter que mediar interesses políticos com seu código de ética, seu projeto ético-político. Muitas vezes eles entram em confronto e você tem que saber mediar. Então esse é o maior desafio do serviço social. Ai sem contar também a falta de ferramentas, falta de subsídios para você desenvolver da melhor maneira o seu trabalho (Acrux).

Analisando o contexto social e político da cidade em que foram realizadas as entrevistas, podemos compreender a fala das profissionais. Segundo dados do IBGE Taubaté é uma cidade com 278.686 habitantes e com uma área de 624.885 km e

(...) está situada no Vale do Paraíba Paulista. Essa região é composta por 43 municípios e abrange o Vale Histórico, o Médio Vale, o Litoral Norte e a Serra da Mantiqueira. É conhecida por suas características interioranas, conservadoras e religiosas, especialmente, de origem católica. O Santuário Nacional em Aparecida do Norte e o Grupo Católico Canção Nova em Cachoeira Paulista são expressões dessa particularidade (FAERMANN, 2013, p. 53).

Trata-se de uma cidade conservadora cujos representantes políticos utilizam o Serviço Social como forma de ajuda, bem-estar e clientelismo, remontando as práticas utilizadas nos primórdios da profissão.

O clientelismo se caracteriza por uma forma de espoliação do próprio direito do trabalhador de ter um cesso igual aos benefícios sociais, pela intermediação de um distribuidor que se apossa dos recursos ou dos processos de consegui-los, trocando-os por formas de obrigações que se tornam débitos da população. Elas são cobradas, por exemplo, em conjunturas eleitorais ou mesmo para serviços pessoais aos intermediários. Eliminando-se a igualdade de acesso, característica do próprio direito burguês, o clientelismo gera a discriminação, a incompetência, o afilhadismo (FALEIROS, 1991, p. 51).

Taubaté está representada por uma família de políticos ligados ao PSDB que vem governando a cidade há 30 anos. Em seu primeiro mandato, em 1983, Ortiz se referia a seus adversários políticos como “Iscariotes”, em alusão a uma passagem bíblica em que Judas Iscariotes traiu Jesus Cristo. Essa analogia foi incorporada veementemente pela população. A partir daí Ortiz elegeu diretamente três sucessores e dirigiu a cidade em três mandatos.

Considerando as particularidades da população taubateana e frente ao processo ideológico algumas acusações levantadas contra a família Ortiz e seus sucessores não tiveram credibilidade para a população. A retórica proferida pelos governantes era a de que seus adversários estavam contra ele. Desde o seu primeiro sucessor houve indícios de corrupção, no entanto a população sempre esteve ao seu lado. Em Julho de 2011 ocorreu a prisão do prefeito Roberto Peixoto, por irregularidades na distribuição de merenda escolar.

Mesmo diante desse cenário, o atual prefeito da cidade de Taubaté é Ortiz Junior. Ambos, pai e filho, estavam sendo acusados por irregularidades. O pai por desvios de verbas da Fundação de Desenvolvimento para a Educação (FDE), e o filho, por irregularidades na campanha eleitoral.

Essa conjuntura econômica e política torna ainda mais difícil o trabalho do assistente social, pois a população está acostumada aos mandos e desmandos da família Ortiz que reveza o poder e tem o apoio de grande parte da população para governar. Temos conhecimento de que as profissionais mais críticas do setor público sofrem perseguição em seu local de trabalho.

Em seus depoimentos (Acrux) revela as contradições presentes no seu cotidiano de trabalho. Ao mesmo tempo em que o Serviço Social é reconhecido como profissão liberal, os profissionais vendem a sua força de trabalho em troca do salário. São os empregadores que delimitam *o seu trabalho*. No contexto da sociedade capitalista e diante da precarização das condições de trabalho o profissional tende a desenvolver ações alienadas. Segundo Marx o trabalho no sistema capitalista:

Aliena a natureza do homem e aliena o homem de si mesmo, de sua própria função ativa, de sua atividade vital, assim também o aliena da espécie. Ele transforma a vida da espécie em uma forma de vida individual. Em primeiro lugar, ele aliena a vida da espécie e a vida individual, e posteriormente transforma a segunda, como uma abstração, em finalidade da primeira, também em sua forma abstrata e alienada (Marx, 1844).

Para Marx é através do trabalho que o homem que se realiza e se diferencia dos outros animais. Mediante o trabalho ele produz e reproduz as suas relações sociais. Mas, no sistema capitalista o trabalhador não se realiza, dado que o seu trabalho se tornou mercadoria.

Outros desafios foram apontados pelas assistentes sociais entrevistadas.

Eu acho que a maior dificuldade do profissional da área da assistência, é ser compreendido, porque muitas vezes as pessoas têm uma compreensão distorcida do que é o trabalho do Serviço Social. Porque eles não conseguem entender que trabalhamos em cima de leis e de normas. Então eu acredito que ele é muito desvalorizado porque as pessoas acham que o Serviço Social apenas entrega cesta básica (...). E as pessoas

acabam não tendo essa compreensão. Então acho que o maior desafio é a compreensão das pessoas do que é o Serviço Social (Antares).

Percebe-se que para ela as maiores dificuldades devem-se ao não entendimento sobre o papel do Serviço Social, persistindo a visão de ajuda no contexto profissional. Avaliamos que essa ideia embora presente em várias regiões do país é também reflexo da visão conservadora do município e acaba por influenciar o exercício profissional de muitos assistentes sociais do setor público de Taubaté, seja em decorrência das suas condições de trabalho seja pela cultura local.

Vale destacar que um dos intentos dos representantes municipais é o de utilizar o trabalho do Serviço Social para minimizar as seqüelas da questão social e se manterem no poder. Com efeito, esta estratégia contribui para fazer com que os usuários entendam a assistência social como ajuda. O Serviço Social tem sua origem marcada por ações dessa natureza e esse tipo de prática ainda persiste em algumas cidades brasileiras, embora de maneira diferente.

A assistência social é uma política pública do tripé da Seguridade Social. É um direito assegurado por lei para os que dela necessitam. No entanto, na cidade de Taubaté é utilizada como propaganda política e mecanismo de troca, o que para nós justifica a aceitação da população de manterem no governo políticos da “família Ortiz” mesmo com a acusação de corrupção e não efetivação das promessas realizadas durante a campanha eleitoral.

O clientelismo distorce a concepção da assistência social como direito de todos, favorecendo a submissão da população e dificultando ainda mais o trabalho do assistente social e de outros profissionais que intervêm nessa área. Nessa mesma direção outra assistente social entrevistada explicita que:

Eu acho que é a falta de conhecimento que as instituições têm do verdadeiro papel e do compromisso do Serviço Social. Hoje as instituições encaram o Serviço Social como um resolvidor de problemas e não somos. Somos profissionais da garantia de direitos. Então as pessoas quando nos procuram, elas têm que ter claro que elas têm um direito ao qual devemos garantir e geralmente as instituições que fazemos parte não tem esse entendimento. A gente tem que resolver um problema, mas desde que esse problema não gere um ônus para a instituição. Mas, infelizmente às vezes a gente precisa gerar esse ônus para a instituição porque o nosso compromisso é com o usuário. Então esse é o grande desafio (Polaris).

Esta profissional também pontua a falta de clareza por parte da Instituição do papel do Serviço Social, explicitando a dualidade e contradições que perpassam o exercício profissional, entre atender as demandas dos trabalhadores e as requisições dos empregadores. Nesse contexto Iamamoto evidencia que:

Os empregadores determinam as necessidades sociais que o trabalho do assistente social de responder; delimitam a matéria sobre a qual incide esse trabalho; interferem nas condições em que se operam os atendimentos assim como os seus efeitos na reprodução das relações sociais. Eles impõem ainda, exigências trabalhistas e ocupacionais aos seus empregados especializados e mediam as relações com o trabalho coletivo por eles articulado (IAMAMOTO, 2007, p. 215).

Mesmo sendo um profissional assalariado e portando relativa autonomia, deve lutar pela garantia dos direitos sociais. Para respaldar sua intervenção nessa perspectiva conta com o aparato legal: Código de Ética de 1993 e com a lei 8.662 de 7 de junho de 1993. Em outros relatos aparecem à questão da relativa autonomia do profissional, como um dos desafios a ser enfrentado. Assim segue:

Os desafios são vários, ainda mais se tratando de uma unidade prisional em que a observância número um é a segurança. E como então fazer com que as demandas sociais que aparecem sejam sanadas? A gente tem que fazer essa intermediação entre

a instituição e o usuário, porque a gente é bem limitado na unidade. Então, tem que ter aquele jogo de cintura (...). Então as barreiras são essas, de saber fazer a intermediação entre a segurança para não por em risco. Tem limites, mas a gente procura se basear nas leis, então sendo direito da detenta, aquela solicitação que ela trás, aquele contato com a família, os benefícios que por ventura possa vir a ter, então isso a gente procura priorizar. O Serviço Social em uma unidade prisional é bem limitado, porém o que pode ser feito a gente tem que buscar fazer. Essa mediação entre a instituição e o usuário para que você não fique inerte, para que possa acontecer e não fique uma coisa inútil, não seja uma profissão inútil só para dizer que tem. Então com jeitinho, com jogo de cintura, você acaba fazendo com que essas demandas sejam sanadas. Lógico que nem todas podem ser, mas o que pode ser feito a gente tenta (Alperatiz).

Constatam-se os desafios do trabalho profissional no sistema prisional. Trata-se de um espaço socio-ocupacional bastante complexo. Nesse lócus encontram-se uma população vulnerável e vitimizada pela sociedade. São sujeitos que tiveram histórias marcadas pela ausência de trabalho, renda, educação, por conflitos familiares, dependência química. Os sujeitos privados de liberdade estão impossibilitados de lutarem pela efetivação de seus direitos, por isso demandam a contribuição dos profissionais do Serviço Social.

No depoimento abaixo, a profissional fala do conservadorismo no cotidiano de trabalho. No entanto, sabe que a direção do projeto profissional dependerá do modo como cada um se posiciona, além disso, compactuando da sua perspectiva teórico-metodológica, do seu compromisso ético-político e dos seus conhecimentos técnicos-operativos. Para ela:

As dificuldades são porque nós trabalhamos numa entidade onde é totalmente tradicionalista. Trabalhar no sistema prisional você trabalha com a questão do vigiar e punir. O assistente social não se baseia no vigiar e punir, a nossa profissão vai para, além disso. A nossa profissão é pautada no projeto ético-político onde possamos intervir numa perspectiva não punitiva. A nossa intervenção não é coercitiva e muito menos de punição. Então esse espaço onde nós atuamos é um espaço contraditório, onde você trabalha com as contradições do próprio sistema prisional, porque é um sistema tradicionalista. Então o projeto ético-político vai depender muito da atuação do assistente social em driblar as dificuldades do dia a dia, ou seja, você pode ser um assistente social embasado simplesmente numa teoria ou você também pode estar correlacionando à teoria e a prática, elas andam juntas não há dicotomia entre teoria e prática. E você pode estar intervindo, fazendo valer esse projeto, da viabilização dos direitos da pessoa humana, isso depende muito, na minha posição, de cada profissional. Não é que você vai efetivar todos os direitos, mas você pode fazer valer alguns direitos dessa pessoa e ter um olhar diferenciado. Então é onde você pode estar, entre aspas, abrindo as brechas, porque a instituição coloca as demandas institucionais e você pode extrapolar você pode ir além dessas demandas. Isso depende da sua intervenção enquanto profissional diante de uma realidade que lhe é passada diante de uma demanda que lhe é posta para você pode resolver de dois ângulos: ou você pune também ou você direciona através do seu projeto ético-político, onde é que você vai viabilizar o direito daquele cidadão. Você vai olhar essa pessoa como uma pessoa da qual cometeu um delito, mas ela já foi punida por um órgão que é o judiciário. Você está aí para intervir, você é um profissional que trabalha nessa efetivação, trabalha com essa pessoa enquanto um ser humano. Você tem que viabilizar os princípios fundamentais do Código de Ética (...) onde fala da dignidade do ser humano, na universalização dos direitos. Acho que isso aí cabe de cada profissional por em pauta essa situação. Não é fácil, não é simples, mas cabe assim no tratamento para com o outro, no respeito para com o seu usuário. Então isso aí eu acho que cabe a cada profissional a intervenção (Sirius).

O sistema prisional é marcado por práticas autoritárias, excludentes e discriminatórias. Isso significa que o profissional deve se contrapor a essa lógica. Precisa criar intervenções que

garantam a viabilização dos direitos sociais. No âmbito institucional, torna-se imprescindível a clareza do sentido e da direção social e ético-política do trabalho coletivo.

Desse modo consideramos que o grande desafio é materializar o projeto ético-político do Serviço Social frente à barbárie da sociedade capitalista, a alienação, a coisificação do homem, a superexploração, o desmantelamento das políticas, a opressão, o assédio moral, as desigualdades sociais, entre outros agravantes, que influenciam diretamente o trabalho profissional. Yamamoto (2004, p.160) diz que esse quadro tem sido “fonte de angústias e questionamentos sobre nosso papel profissional, diante da dificuldade de criar, recriar e implementar propostas de trabalho, podendo estimular a burocratização e o vazio profissional.”

ALTERNATIVAS, LUTAS, RESISTÊNCIAS E CONTRADIÇÕES

Superar os desafios que perpassam o cotidiano profissional exige um conjunto de conhecimentos, saberes, posturas e alternativas que impulsionem a luta por direitos sociais e os pressupostos do projeto ético-político. Sobre estes aspectos os profissionais entrevistados explicitaram que:

Olha primeiramente a forma que eu encontro para lidar com essas dificuldades é atender os usuários do Serviço Social com respeito. É chamá-los pelo nome, é explicar para eles qual o objetivo do meu trabalho, da minha entrevista, porque ele está passando pelo Serviço Social, o que o Serviço Social pode fazer no sentido de orientá-lo, de encaminhá-lo. Então eu acho que isso dentro da instituição é importante. Você perguntar se ele deseja fazer a entrevista, passar pela avaliação sócio econômica, se ele autoriza. Quando você pedir algum documento falar porque você está pedindo aquela documentação, para que vão servir aqueles dados, deixar o usuário a par do seu trabalho. Eu acho que isso é uma forma, dentro dos limites institucionais de você trabalhar o projeto ético-político.

Outra forma também (...) é a partir de discussões mais coletivas trabalhar o projeto ético-político, discutir a exploração no trabalho, à opressão, no caso a opressão contra as mulheres. É uma construção cotidiana.

Eu acho que a partir do momento que a gente dá essa possibilidade deles falarem das suas necessidades, dos seus problemas, de não criticar a colocação de uma pessoa que a gente pode considerar conservadora ou reacionária, mas refletir com eles sobre essas situações. Então eu penso que a partir daí, é uma possibilidade.

O enfrentamento dessas dificuldades junto à chefia da clínica é também colocar o que faz o Serviço Social, porque estamos aqui. Explicar quais são os objetivos do nosso trabalho, apresentar dados concretos, da nossa atuação profissional. É democratizar as informações também com a chefia, é fazer com que ela também participe das nossas decisões. Acho que é uma forma de você consolidar os princípios éticos da profissão, é nesse sentido (Antares).

Em seu depoimento mostra a importância do respeito e do compromisso que o profissional deve ter em relação aos posicionamentos, valores e crenças dos usuários. Sendo esse um dos princípios éticos que consta no Código de Ética profissional:

Garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários, mesmo que sejam contrários aos valores às crenças individuais dos profissionais, resguardados os princípios deste código (CFESS, 1993, p. 23).

Nessa mesma direção, outra assistente social entrevistada considera que a construção da relação profissional/usuário materializa os princípios do projeto ético-político do Serviço Social.

Olha a forma que eu acho melhor para que eu possa lidar com essa dificuldade é sempre esclarecer o que é o Serviço Social. O que eu estou fazendo, porque eu estou tomando determinadas atitudes, porque estou falando daquela forma. Então eu sempre procuro me valer até da própria lei e norma que direciona o meu trabalho para que as pessoas tenham entendimento. O usuário precisa saber por que estou falando com ele, porque estou falando daquela forma, estou orientando. Então eu acho que o esclarecimento é a melhor forma da gente lidar com essa dificuldade (Vega).

A participação dos usuários em decisões que dizem respeito as suas vidas é um importante instrumento de democracia no campo profissional. Para Yamamoto é um desafio

(...) tornar os espaços de trabalho do assistente social, espaço de fato públicos, alargando os canais de interferência da população na coisa pública, permitindo maior controle, por parte da sociedade, nas decisões que lhe dizem respeito. Isso é viabilizado pela socialização de informações: ampliação do conhecimento de direitos e interesses em jogo; acesso às regras que conduzem a negociação dos interesses atribuindo-lhes transparência; abertura e/ou alargamento de canais que permitam o acompanhamento da implementação das decisões por parte da coletividade; ampliação de fóruns de debate e de representações etc. (IAMAMOTO, 2004 p. 143).

Para a autora a democracia envolve a luta pela ampliação dos direitos civis, políticos e sociais de toda a população. “Uma cidadania para todos, extensiva ao conjunto dos segmentos trabalhadores na sua heterogeneidade.” (ibidem, 2004, p.142).

O Serviço Social deve pautar a sua intervenção em favor dos interesses e das demandas dos trabalhadores, sendo imprescindível a sua articulação com os movimentos sociais, com os sindicatos, com os partidos políticos, com a categoria profissional, com os usuários e com os demais trabalhadores que compactuam os mesmos objetivos.

Outras alternativas são pontuadas pelos assistentes sociais entrevistados como estratégias para a afirmação do projeto profissional em cotidiano de trabalho.

A gente procura utilizar os recursos existentes na instituição que são escassos, não conseguindo fazer o uso e não tendo resolutividade por parte da instituição nós damos as orientações para que esses usuários procurem recursos externos, que seriam o Ministério Público, às vezes a própria instituição do INSS, para que ele não fique preso somente na instituição de onde parta a sua queixa, o seu problema. Principalmente porque a instituição de saúde é imediatista. A gente consegue resolver o paliativo, aquilo que é de imediato com relação à própria saúde do paciente. Outras formas de atuação a gente fica amarrado na burocracia, então a gente procura fazer articulações com a rede e com os próprios órgãos que representam a esse tipo de problemática (Polaris).

A profissional destaca a informação, a orientação e o trabalho em rede como alternativas nesse processo. Construir mediações, saber lidar com as relações de força e de poder no contexto institucional também foram mencionadas pelas profissionais como possíveis estratégias para a afirmação do projeto profissional.

A alternativa que eu falo é ter esse jogo de cintura mesmo com a instituição e na execução do nosso trabalho. A alternativa é essa porque se eu quiser simplesmente chegar e falar para a detenta isso não pode porque não tem como ser feito, a gente até faz. Mas se eu quiser que alguma coisa se concretize mesmo - que a gente observa como direito delas - a alternativa é essa. Você fazer essa mediação mesmo, sem brigas, tentar expor para o superior a necessidade de executar aquela tarefa, estar fazendo que aquela demanda seja sanada. Então é essa mediação mesmo, o envolvimento com a chefia expondo qual a finalidade que vai ajudar na ressocialização da presa, que aquela demanda que ela trouxe seja atendida. Então é isso, é mais a mediação mesmo entre usuário e instituição (Alperatz).

As mediações teóricas, políticas e operativas são alternativas que contribuem para impulsionar os direitos sociais. A mediação

(...) como termo geral, designa o ato ou efeito de mediar, de interceder, de relacionar objetos e de construir relações. No serviço social essas relações são construídas a partir das demandas que se apresentam no cotidiano de trabalho do assistente social e objetivadas nas respostas profissionais. Tais demandas configuram as expressões da questão social, manifestas pela vivência dos sujeitos que buscam os serviços nos diferentes espaços sócio-ocupacionais onde os profissionais atuam (FAERMANN, 2013. p.04).

O espaço limitado de intervenção dos assistentes sociais para concretizar os objetivos profissionais é complexo, mas, segundo Faleiros (1991) é necessário lembrar que sua viabilização implica conflitos e confrontos de poderes e saberes. Em seu cotidiano de trabalho confronta-se com interesses contraditórios, contudo,

Ao mesmo tempo em que são controle e manutenção, os mecanismos institucionais são mediações de estratégias de sobrevivência, objeto de reivindicações sindicais, de movimentos sociais, de pressões de vários segmentos sociais (FALEIROS, 1991, p. 50).

Ao assumir os compromissos firmados no âmbito profissional o assistente social encontrará obstáculos para a efetivação dos direitos sociais, da liberdade, da democracia e da equidade. Silva explica que o profissional:

Precisa ter clareza que a lógica capitalista e o projeto profissional são contrários, porém disputam espaços dentro da mesma realidade, e o assistente social tem contato com ambos, devendo conhecê-los para que possa distingui-los e tratar com suas contradições. Do contrário, poderá construir um agir profissional permeado de equívocos e ilusões (SILVA, 2008, p. 188).

Nem sempre é possível consolidar direitos sem lutas, sobretudo em tempos de crise do capital. Nesse sentido lembra Yamamoto (2004, p.145) é preciso “envidar esforços para assegurar a universalidade ao acesso e/ou a ampliação de sua abrangência, resistindo profissionalmente, tanto quanto possível, à imposição de critérios rigorosos de seletividade”.

Novas alternativas foram mencionadas pelas assistentes sociais entrevistadas para consolidação do projeto profissional.

Se você trabalha no segmento do idoso, com essa demanda, você tem que conhecer muito bem o Estatuto do Idoso, e tudo que mudar em relação a essa demanda. Se é na área da criança igualmente. (...) Então é o conhecimento principalmente da parte de legislação e também você se atualizar. Então você tem que ter argumentos, saber argumentar, porque se você ficar no achismo aí os desafios serão maiores. Então a mediação, você tendo conhecimentos e fundamentos para argumentar e você trabalhar de acordo com o seu projeto (Acrux).

No depoimento que se segue abaixo, o uso de estratégias foi mencionado como uma alternativa nesse processo.

Trabalhamos num sistema totalmente tradicionalista onde o embasamento é o vigiar e punir. Então você tem que encontrar meios e estratégias para tentar intervir da maneira mais adequada possível. (...) Em qualquer instituição você vai ter os limites, mas você tem as suas possibilidades e isso depende muito das estratégias das quais você vai fazer valer. Vai ter que usar estratégias para poder tentar superar os limites e possibilidades. Toda instituição tem sua hierarquia e tem seus limites e suas possibilidades e isso depende de cada profissional. Então você tem que tentar fazer valer o projeto ético-político e é difícil, é estratégia, isso não tem uma coisa pronta (Sirius).

A apropriação teórica, o posicionamento político, as articulações e as alianças são importantes estratégias para o fortalecimento dos objetivos profissionais. De acordo com Faleiros:

A articulação de estratégias é um processo que pode ter tanto um efeito de fortalecimento do usuário no seu processo de capitalização como um efeito, que poderíamos qualificar de perverso, de fragilizar ainda mais o usuário com atitudes autoritárias, clientelistas, tecnocráticas (FALEIROS, 2011, p. 94).

Mesmo no contexto da sociedade capitalista é possível criar alternativas para o fortalecimento do projeto ético-político do Serviço Social. Certamente que o assistente social deve ter clareza das contradições desse processo. Se por um lado a realidade social e os espaços sociocupacionais impõem uma série de atividades burocráticas, rotineiras e imediatistas que impedem o desenvolvimento de um trabalho crítico e pouco contribuem para a melhoria da qualidade de vida da população atendida. Por outro, também fornecem meios para um trabalho profissional diferenciado.

Isto não é uma tarefa fácil e requer do assistente social, além da análise conjuntural da realidade do usuário e da instituição, também um posicionamento ético, competência teórica, política e técnica para construção de estratégias que possibilitem uma atuação que colabore mais efetivamente no atendimento das demandas dos usuários e não fique restrito a atender a lógica do mercado (SILVA, 2008, p. 192).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Resultados da pesquisa mostram que os assistentes sociais entrevistados apontam como entraves para a afirmação do projeto ético-político do Serviço Social o neoconservadorismo no âmbito profissional, os desdobramentos da política neoliberal na vida dos trabalhadores, as manobras políticas e as visões equivocadas sobre a profissão.

A lógica neoliberal impõe condicionalidades cruéis aos trabalhadores, rebatendo diretamente nas políticas sociais e nos espaços socio-ocupacionais, seja através da falta de investimentos ou no sucateamento destas. Além disso, tal perspectiva cercea os profissionais que tentam efetivar os direitos e a organização da classe trabalhadora.

No que diz respeito às alternativas para concretizarem o projeto profissional os assistentes sociais destacaram a importância da relação profissional-usuário e do respeito aos posicionamentos, valores e crenças da população atendida. A relevância da orientação social, do trabalho em rede, das mediações teóricas, políticas e operativas e do uso de estratégias profissionais também foram mencionadas.

Consideramos que essas alternativas requerem dos profissionais um vasto conhecimento sobre a realidade apresentada pelos usuários, sobre a crise do capital, sobre a conjuntura econômica, política e cultural do país e suas particularidades mundiais. É crucial que os assistentes sociais apropriem-se das legislações, das políticas, dos conhecimentos teóricos e operativos no campo profissional.

Portanto, entender o Serviço Social como uma profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho e “identificar o seu *sujeito vivo* como trabalhador assalariado, implica problematizar como se dá a relação de compra e de venda dessa força de trabalho a empregadores diversos” (RAICHELIS, 2011, p. 423).

As alternativas apontadas pelos profissionais e também indicadas no processo de nossa análise não são receitas prontas e nem tranquilas para esse intento. No entanto, não há dúvidas de que é preciso analisar a realidade numa perspectiva de totalidade, articular-se aos movimentos sociais, partidos políticos, sindicatos, entre outros espaços de organização política.

São mediações e caminhos que podem contribuir para evitar o messianismo e o fatalismo no exercício profissional e estimular processos de lutas e de conquistas.

REFERÊNCIAS

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

Brasil. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 9. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, 2011.

FAERMANN, Lindamar Alves. Projeto de doutorado. 2013. Mimeo.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Saber profissional e poder institucional**. 3 ed., São Paulo: Cortez, 1991.

_____. **Estratégias em serviço social**. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTTO, Marilda Vilela. **A questão social no capitalismo**. Rev. Temporalis, Ano 2, n. 3. Brasília, 2001.

_____. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2004.

MARX, Karl. **Manuscritos econômicos** filosóficos. Disponível em: < <http://www.marxists.org/portugues/marx/1844/manuscritos/>>. Acesso em: 29 de Set 2013.

NETTO, José Paulo. **A construção do projeto ético político do Serviço Social**. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. Campinas, 1999. Disponível em: < http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-1.pdf> Acesso em: 23, mar. 2012.

RAICHELIS, Raquel. **O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos**. *Serv. Soc. Soc.* 2011, n.107, pp. 420-437. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010166282011000300003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03, Mar., 2013.

SILVA, Claudio Gomes da. **Serviço Social e reestruturação produtiva: entre a lógica do mercado e a defesa do projeto ético-político profissional**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, Ano XXIX, nº 94, jun. 2008, p. 176-195.

EIXO II

Família, Infância, Juventude e Envelhecimento

FAMÍLIA E ATUAÇÃO EM EQUIPE MULTI/INTERPROFISSIONAL

Susana Dalila Wurtzel Tannous*

RESUMO: O presente texto apresenta reflexões pertinentes às formas de perceber/olhar às famílias, suas conceituações e mudanças sociais. Apresentamos sucintamente algumas discussões acerca da interdisciplinaridade, conceituando-a, referenciando as suas acepções adjacentes (multi, pluri e transdisciplinaridade) problematizando com a ação profissional com as famílias. O estudo pautou-se em atividade empírica e pesquisa bibliográfica, e tem por objetivo a expansão das reflexões sobre a atuação profissional em equipe e a possibilidade de uma prática interdisciplinar no atendimento às famílias.

Palavras-chave: Família; Multidisciplinaridade; Interdisciplinaridade.

ABSTRACT: This text provides pertinent reflections on ways of perceiving / looking families, their conceptualizations and social changes. Briefly present some reflections on interdisciplinarity, conceptualizing it, referencing its adjacent meanings (multi-and transdisciplinary) questioning with professional action with families. The study was based on empirical work and literature, and aims to expand the reflections on the professional team work and the possibility of an interdisciplinary practice attending families.

Keywords: Family; Multidisciplinarity; Interdisciplinarity.

INTRODUÇÃO

Trabalhar com famílias é questão basilar para o profissional de Serviço Social inserido em qualquer das diversas áreas sócio-ocupacionais. O assistente social, profissional que integra a divisão sócio-técnica do trabalho, apresenta em sua lei de regulamentação da profissão, um conjunto de atribuições e competências privativas; os demais profissionais também apresentam suas atribuições privativas e competências legítimas.

Diante da complexidade das situações e vivências experienciadas pelas famílias, compreendemos que o fazer profissional, mais do que buscar cumprir o seu papel isoladamente, deve cooperar e fundar sua ação na coletividade profissional, com vistas a melhor e mais adequada resolução e compreensão de cada situação.

Há uma forte tendência em valorizar a não fragmentação dos indivíduos em grupos sociais (crianças, idosos, mulheres), tal fato estimula a centralização da discussão, planejamento e elaboração de políticas públicas na figura da família.

O agir profissional com família é, portanto, fundamental e se coloca de modo imperativo na execução de políticas públicas atualmente. Ocorre que tal prática, se feita de modo repetitivo e não reflexivo, pode nos conduzir a vícios e erros de compreensão e interpretação das realidades vividas pelas famílias.

Trabalhar com família é algo complexo e que exige constante elaboração teórica, discussões e debates que não devem se limitar ao âmbito do Serviço Social. Surge aí o interesse em compreender os conceitos de multi/interdisciplinaridade para buscar outras formas e outros olhares sobre a família.

* Assistente Social do Hospital Universitário da USP. Tem especialização. Email: susanawurtzel@gmail.com.

O texto apresenta discussões acerca de conceitos de multi, pluri, inter e transdisciplinaridade, destacando este penúltimo ao apontar a relevância do trabalho interdisciplinar de orientação e fortalecimento das relações familiares.

DESENVOLVIMENTO

A FAMÍLIA E SUAS DIFERENTES CONFIGURAÇÕES

O conceito de família não é único e imutável, ao longo de séculos a noção de família vem passando por sucessivas e constantes transformações, imprimindo novos sentidos e perspectivas ao conceito. Sobre isso, faremos um sucinto, porém, essencial resgate histórico que contemple tais mudanças na concepção de família.

Inicialmente constatamos que apesar do conceito de família oferecer a impressão de naturalidade, daquilo que “sempre existiu”, não é isso que ocorre, ou seja, o que sabemos até hoje sobre família é construção humana e assume variadas configurações no tempo e espaço.

No pensamento religioso (sobretudo católico), segundo Osterne (2001), a família é compreendida enquanto grupo hierárquico onde para o homem (marido e pai) é atribuída a chefia e responsabilidade pela manutenção material da família. Para a mulher (esposa e mãe) é destinada à função de procriação, educação dos filhos e cuidados domésticos. Em relação aos filhos é esperada a obediência e submissão aos pais.

Outro pensamento que se apoia na idéia de família enquanto grupo hierarquizado é a doutrina positivista, a qual defende a máxima “Ordem e Progresso” e apresenta a família como célula mater da sociedade com o objetivo legítimo de preparar os indivíduos para servir a Pátria. Conforme Osterne (2001), essa corrente rechaça a idéia de emancipação feminina e defende a permanência de valores e preceitos morais, a saber: a virgindade (até o casamento) enquanto condição elementar ao exercício de sua atribuição de procriação e educação dos filhos.

De acordo com Serapioni (2005) ainda é bastante presente a visão conservadora de família (a família nuclear, composta por pai, mãe e filhos; fugindo a esse modelo, ela é considerada desestruturada; e a família como espaço sagrado e inviolável), segundo a qual há um declínio desta enquanto instituição social, entendendo que o grupo familiar não apresenta autoridade moral e responsabilidade, e crendo que apenas com a retomada de valores da família tradicional essa situação possa modificar-se.

Essa dimensão de família nuclear, fortemente enraizada em nossa sociedade, a despeito das sucessivas mudanças ocorridas e que estão ocorrendo no grupo familiar, apresenta-se incapaz de acompanhar o movimento da realidade uma vez que a prática profissional demonstra o crescente número de famílias compostas por apenas um dos pais e filhos e esta mesma configuração com familiares extensos (avós, tios).

De modo geral, a família é entendida, conforme Szymanski (2002) como lócus privilegiado de proteção, cuidado, educação e trocas afetivas.

Além desta visão “tradicional” de família, há também outras correntes, entre as quais destacamos a liberal quando esta se contrapõe ao pensamento católico concernente à família, percebendo-o enquanto autoritário e retrógrado. Para Osterne (2001), a corrente liberal ampara-se sobre o lema “Liberdade e Progresso”, denunciando a rigidez dos preceitos da educação católica e fomentando a ampla participação social da mulher. Influências dessa forma de pensamento fazem-se notar, paulatinamente, na abertura às mudanças sociais.

Nesse sentido, outra transformação que modificou a dinâmica de organização da família é referenciada através da transformação da ordem social capitalista, que progrediu a passos rápidos por meio da industrialização e urbanização brasileira, alterando a forma de composição familiar, trazendo à tona distintas maneiras de organização e manutenção familiar, transformou e alargou as possibilidades de viver e sentir a família. No entanto, a despeito da contraposição de idéias e da aparente abertura para as diferentes formas de organização e vivência familiar, a visão ainda predominante de família refere-se aquela formada sob a perspectiva de Gilberto Freyre em seu célebre livro “Casa-Grande & Senzala”¹, ou seja, a família patriarcal.

Osterne (2001), embasada no pensamento de Da Matta, apresenta a noção de que a sociedade familiar brasileira dispõe de enorme diversidade empírica e simbólica de reunir distintos padrões de vida doméstica e de relações. Argumentação que fica evidente por meio da observação da prática profissional. Nesse sentido, a autora percebe que, por exemplo, se de um lado as famílias empobrecidas podem ser vistas como um modelo incompleto, por outro, elas apresentam uma diversidade e liberdade desconhecida pelo estereótipo considerado dominante.

A conceituação majoritária de família é aquela que reúne um grupo de indivíduos que habitam o mesmo espaço físico e compartilham afetividade, solidariedade e cuidado mútuo. Válido enfatizar que esta é a conceituação predominante entre a sociedade, como expõe Osterne (2001), e não necessariamente a real ou vivida pela grande maioria da população.

A família, enquanto instituição social, é formada (não apenas hodiernamente, porém, no momento atual é mais evidente essa colocação) por diversos indivíduos que se unem por laços de afetividade, de necessidade de sobrevivência, de auxílio e cuidado, não deixando de apresentar suas condições concretas de unidade de consumo (e nem sempre de renda), composta por indivíduos ligados (também e não exclusivamente) por vínculos de consangüinidade.

Frente à diversidade de conceitos e formas de viver em família, observamos a importância da organização de diferentes olhares a fim de dar conta de melhor compreender as particularidades e complexidade de cada família. Porém, estes olhares não podem se constituir por simples adição de conceitos, mas devem ser articulados e integrados de maneira a apreender o objeto de atuação numa perspectiva de totalidade.

Quando se discute teoricamente o conceito de família é necessário ter claro que o mesmo abarca diversas e distintas concepções, fato que, ao contrário de confundir-nos empiricamente, deve nos aproximar da realidade concreta. Com essa reflexão, somos capazes de compreender as variadas configurações assumidas pelo grupo familiar ao longo dos anos e conhecer e apreender teoricamente fatos e situações para nos capacitarmos de melhor maneira para a elaboração da práxis profissional interdisciplinar.

A família expressa as relações e contradições vivenciadas pela sociedade, e, da mesma forma, absorve conflitos e transformações ocorridas socialmente. Um exemplo bastante enfático dessa argumentação reside no fato de que, de acordo com a fala de Osterne (2001), “(...) as relações de mercado e a crescente industrialização modificaram, lenta, mas radicalmente, o *status* social da família” (p. 53).

¹ Após longos anos de consagração histórica e cultural de Casa-grande & Senzala, o livro é hoje colocado na berlinda: será mesmo que o modelo predominante de família era o descrito por Gilberto Freyre? Sem alterar o status e a relevância conceitual do referido autor, diversos outros autores buscam desvelar a noção geral que se tem adotado de família, alegando que o modelo citado por Freyre era dominante em determinadas regiões do país (nordeste, por exemplo), todavia, não se estendia a todo território nacional, o qual guardava suas particularidades e peculiaridades que os diferenciavam do modelo descrito por Freyre.

De outra maneira e também fortemente ilustrativa dessas transformações, vemos os diferenciados papéis e atribuições de cada membro do grupo familiar, tanto no que diz respeito às suas obrigações afetivas quanto aquelas de cunho socialmente aceitas e construídas (mãe, pai, filhos, etc.) e de consumo e renda.

No que concerne à temática da função da família, percebemos empiricamente (ainda) a centralização de cuidados no papel da figura feminina (mãe, avó, tia, etc.). A tarefa de socialização e repasse de educação e atenção são elementos que perpassam a figura feminina.

Osterne (2001) aponta a ascensão da mulher no mercado de trabalho (não apenas por vontade própria, porém, também por necessidade) como característica marcante de um novo grupo familiar, especialmente influenciando a sua subjetividade, ou seja, com a produção financeira da mulher, a família tende a descentralizar as funções de autoridade, poder e supremacia masculina para os pais.

No âmbito nacional, a preocupação teórica com a família denota de não muito tempo, por volta da década de 60, século XX. Esse tardio desenvolvimento teórico sobre a família brasileira decorre do preconceito inerente à análise de família que existia nesse período histórico, a saber: acreditava-se que a família não se constituía temática de relevância ou importância científica e acadêmica.

O TRABALHO MULTI/INTERDISCIPLINAR NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL COM FAMÍLIAS

O entendimento a respeito da conceituação teórica de multi/pluri, inter e transdisciplinar é terreno ainda permeado por acepções nebulosas, levando em consideração que há autores que não diferenciam ou diferenciam sutilmente os mesmos. Deste modo, apresentaremos aqui alguns breves esclarecimentos no que tange a compreensão de alguns autores.

A interdisciplinaridade difere radicalmente da multi ou pluridisciplinaridade; estas, segundo Gonçalves (2000, p. 45) consistem “na justaposição de disciplinas numa atuação conjunta, sem a definição de objetivos a serem alcançados, sem clareza dos princípios, dos conceitos, dos elos que estabelecem entre elas, e sem uma coordenação situada no plano teórico-metodológico”.

As autoras Feverwerter e Sena (1998) diferenciam interdisciplinaridade, trabalho multidisciplinar e trabalho em equipe, tratando-os como conceitos relacionados e complementares. De um modo geral, no campo de trabalho e na formação universitária, esses termos são fatores de separação. Para as autoras citadas, a interdisciplinaridade se caracteriza pela construção de conhecimento e a eliminação de fronteiras entre as disciplinas/áreas do saber; o trabalho multidisciplinar é o conjunto de conhecimentos, organização de serviços e planejamento de diversas disciplinas na busca de soluções de problemas e de maior integração das ações. Tanto o trabalho interdisciplinar quanto o trabalho em equipe, que não necessariamente se caracterizam como multidisciplinar, nem sempre buscam a construção de um novo saber ou prática.

De acordo com Munhoz (2005), discutir interdisciplinaridade no plano teórico constitui atividade demasiado valorizada e aceita, todavia, levando em consideração as implicações práticas do emprego da interdisciplinaridade, a saber: não somente ouvir e ser ouvido pelo outro (disciplina ou profissional), tampouco apenas tolerar o conhecimento distinto, porém, em essência, compreender, em um esforço sincero, o outro enquanto sujeito portador de conhecimentos, vivências e experiências significativas e significantes, de maneira a promover a “busca de complementaridades e de recíprocas fertilizações que a pluri e a interdisciplinaridade propõem”. (ALMEIDA E PINTO, 1986, p. 60 *apud* MUNHOZ 1996, p. 167).

Nesse íterim, a promoção da sinergia entre os diferentes profissionais deve nortear-se constantemente na abertura ao diálogo e em uma postura profissional de respeito e alteridade, de modo a fomentar e possibilitar a prática interdisciplinar; em relação a este diálogo, Japiassu (1975, p. 37) nos chama a atenção: “Os membros de uma equipe devem ter o diálogo como marca permanente, cientes de que a verdade do conhecimento é uma procura e não uma posse.”.

No que concerne à pluridisciplinaridade, Carlos Nelson Coutinho (1991, p. 14) a compreende enquanto

(...) sinônimo de abertura para o diferente, de respeito pela posição alheia, considerando que essa posição ao nos advertir para os nossos erros e limites, e ao fornecer sugestões, é necessária ao próprio desenvolvimento da nossa posição e, de modo geral, da ciência.

Conforme Munhoz (1996), a interdisciplinaridade faz alusão à acuidade de partilhas entre os distintos profissionais/disciplinas do saber, de maneira a promover a reciprocidade através do grau de integração real.

Nesse sentido, valemo-nos de Boaventura de Sousa Santos (2001) quando este enfatiza que a busca pela interdisciplinaridade não sugere dispensar ou negligenciar as distinções entre os objetos das ciências/profissões, levando em consideração que mais defensável é observarmos as convergências e consonâncias de objetos e ramos do saber em detrimento das (também importantes) diferenciações.

Guattari (1992) bem como Munhoz (2005) alertam-nos para o conhecimento de que a simples existência de distintos profissionais/disciplinas em determinada área de trabalho não denota interdisciplinaridade, antes disso, para os referidos autores, interdisciplinaridade constitui-se enquanto esforço coletivo que sugere níveis contínuos e crescentes de colaboração e coordenação, a fim de obter interações e reciprocidades de modo a alcançar o progresso de cada profissão/disciplina e da totalidade.

Diante de sociedades cada vez mais complexas e dinâmicas, que clamam por mecanismos e dispositivos de atuação profissional progressivamente elaborados e construídos em redes de relações entre os conhecimentos, Guattari (1992) compreende a perspectiva interdisciplinar enquanto processo de construção e produção de saberes legítimo e necessário.

O termo interdisciplinaridade, que Guattari (1992, p. 21) prefere denominar de ‘transdisciplinaridade’, alude, segundo este autor, a “reinvenção permanente da democracia, nos diversos estágios do campo social.” E, do mesmo modo, à parceria de múltiplos sujeitos atuando por meio de alianças e negociações e não de uma “(...) relação de dominação entre instâncias hierarquizadas.”.

Nesse sentido, dentre os obstáculos apontados por diferentes autores, citamos Silva (1997) quando este se refere ao etnocentrismo enquanto postura subjetiva carregada de preconceitos e postulados axiológicos. Reiteramos esse pensamento mediante nossas observações e interpretações da realidade estudada, considerando que, em diversos momentos, profissionais e/ou disciplinas apresentam-se receosos em expor suas dúvidas e questionamentos a respeito do outro, por temor de demonstrar fragilidades teóricas, por receio de perder sua suposta legitimidade e status perante as demais. Nas palavras de Guattari (1992, p. 23), “(...) é preciso romper com o olhar padrão, intermediado pela mídia, que corrompe o nosso intelecto e nossa sensibilidade.”.

Outro autor que assinala diversos empecilhos ao sucesso ou eficácia da interdisciplinaridade é Guy Olivier Faure (1992), ao destacar barreiras (institucionais e intelectuais) e dificuldades (acepções que refletem concepções opostas, a “mistificação pluridisciplinar”, e, ainda conforme o mesmo autor, a dificuldade em visualizar os resultados práticos).

Esmiuçando a discussão do supracitado autor, trazemos à tona a questão institucional marcada pela organização da formação e da pesquisa enquanto elementos contribuintes para a reiteração e para tornar permanente a estrutura disciplinar. Este obstáculo reflete a postura defensiva construída e legitimada ao longo dos anos por diversos ramos do saber, onde reina a racionalidade de que cada disciplina/profissão deve munir-se de instrumentos e idéias próprias e indivisíveis a fim de garantir a preservação de seu território considerado único.

Sendo assim, diversas vezes, as disciplinas/profissionais exercem o que chamamos aqui de interdisciplinaridade retórica, apenas existente e ostentada no campo das idéias, e que Guattari (1992) denomina de “interdisciplinaridade de fachada”, onde permanece o aforismo de que “uns fingem que escutam e outros fingem que falam”.

De modo geral, há autores² que, como já mencionado anteriormente, realizam a distinção, tenuemente, entre multi e pluridisciplinaridade, e, também comumente, entendem a transdisciplinaridade³, como um estágio avançado da interdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade se caracteriza pela troca intersubjetiva. A origem do termo intersubjetividade⁴ provém do filósofo alemão Edmund Husserl, quando este deu forma ao problema ignorado pelas teorias do conhecimento de Descartes e Kant: o problema da existência do outro. Toda consciência é consciência de alguma coisa, o que significa que a nossa consciência reconhece a existência de outras consciências na experiência da coexistência.

O outro não é unicamente o que eu vejo, mas também é o que me vê. Esse mundo de diferentes visões e significados é algo extremamente complexo. Essa permuta intersubjetiva é extraordinariamente vantajosa, todavia, simultaneamente, bastante difícil de ocorrer em consenso, daí emana, dentre outros, o caráter árduo da interdisciplinaridade.

CONCLUSÃO

A partir do olhar que cada profissional dirige sobre a família pode-se refletir sobre duas situações: a primeira reflete a importância desses diferentes olhares sobre a família, no sentido de atendê-la sob diferentes aspectos numa perspectiva multidisciplinar e, segundo, como estes diferentes olhares podem explorar o mesmo fenômeno pelas diferentes disciplinas, de maneira formal, bloqueando uma integração interdisciplinar e, muitas vezes, ou na maioria das vezes, resultando num trabalho repetitivo e desestimulante, gerando desinteresse, com o passar do tempo, para as famílias atendidas e para os próprios profissionais.

Por mais difícil que seja superar conflitos profissionais, é preciso que os profissionais busquem um saber interdisciplinar, pois é este saber que cria possibilidades para que o profissional perceba o homem como um todo.

² Entre eles, Guy Olivier Faure (1992, p. 65), quando acentua que “(...) a interdisciplinaridade pode ser definida como a construção de um sistema conceitual unificado que resulta da integração total dos sistemas disciplinares. Este estado de fusão conduziria à introdução de uma nova noção: a transdisciplinaridade.”

³ Japiassu atribui a criação do termo ‘transdisciplinar’ a Piaget, citando-lhe o seguinte trecho: “Enfim, à etapa das relações interdisciplinares, podemos esperar que se suceda uma etapa superior, que não se contentaria em atingir interações ou reciprocidade entre pesquisas especializadas, mas que situaria essas ligações no interior de um sistema total, sem fronteiras estabelecidas entre as disciplinas” (MUNHOZ, 1996, p. 170).

⁴ “Intersubjetivo e Intersubjetividade têm significados diferentes. Para intersubjetivo diz-se do campo formado por sistemas organizados diferentemente e interagindo reciprocamente: os mundos subjetivos. Enquanto para intersubjetividade como sendo o conjunto das teorias que compõem esses sistemas” (VICTER, 2007).

Nesse sentido, é necessário que as equipes multidisciplinares discutam seu modo de intervenção, suas perspectivas e suas visões em relação ao fenômeno trabalhado, com o objetivo permanente de precisar conceitos tentando possibilitar um diálogo entre as diferentes áreas do conhecimento e, desta forma, possam avançar na atuação sob uma perspectiva interdisciplinar.

A interdisciplinaridade surge exatamente da funcionalidade da equipe multiprofissional, através do modo com que cada profissional da equipe entende seu saber, suas funções, competências e compromisso profissional, e quais suas expectativas em relação à sua profissão e a do outro profissional.

Ao definir os fins a serem alcançados, ao discernir o que é fundamental para atingi-los, ao fazer o planejamento da prática pela equipe, a mesma abre caminhos para que a ação interdisciplinar avance no plano teórico/prático. Por essa via, o processo de trabalho pode ser direcionado a criar condições para que as famílias atendidas desenvolvam uma consciência reflexiva, desenvolvendo suas potencialidades e capacidades de estabelecer relações entre as situações vivenciadas, no plano intrafamiliar e social.

Por fim, ponderamos que essas são questões que merecem investigação constante, e nos arremessam a novos estudos e pesquisas, buscando iluminar o processo de atuação interdisciplinar e a compreensão profissional a respeito da família.

Compreendemos que a atuação interdisciplinar exige uma transformação não somente relativa às estruturas institucionais, porém também, às estruturas mentais e culturais, aos modos de encarar e participar do trabalho do outro, revendo entendimentos fundamentados em hierarquia de disciplinas. Em outras palavras, é imprescindível uma postura de reciprocidade e mutualidade frente ao conhecimento, que implica redimensionar a visão departamentalizada (legitimada pela filosofia positivista) do saber em prol do crescimento coletivo e da construção da intervenção efetiva.

O que devemos buscar é o reconhecimento da diversidade de olhares sobre a realidade e a possibilidade de diálogo integrado entre as diferentes disciplinas. Em termos empíricos, devemos ser capazes de, diante de uma situação concreta, verificar como os diferentes saberes podem iluminar nossa prática e melhor promover a solução ou atendimento.

REFERÊNCIAS

COUTINHO, C. N. Pluralismo: dimensões teóricas e políticas. In: **Cadernos ABESS**, n. 4, São Paulo: Cortez, 1991.

FAURE, G. O. A constituição da interdisciplinaridade. Barreiras institucionais e intelectuais. In: **Revista Tempo Brasileiro**, V. 1, N. 1, (p. 61 – 68), Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1992.

FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, R.R. **Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida?** Olho Mágico, Londrina, v.5, n. 18, p. 5 –6, mar. 1998.

FREYRE, G. **Casa-grande & Senzala. Formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal.** Rio de Janeiro: Record: José Olympio, 1943.

GONÇALVES, F. dos S. Um olhar sobre a interdisciplinaridade. In: **Um Salto para O Futuro. Um olhar sobre a escola** / Secretaria de Educação à Distância. Brasília:Ministério da Educação, SEED, 2000.

GUATTARI, F. Fundamentos ético-políticos da interdisciplinaridade. In: **Revista Tempo Brasileiro**, V. 1, N. 1, (p. 19 – 26) Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1992.

- JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- MINAYO, M.C. de S. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 9a ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
- MUNHOZ, D. E. N. Da multi à interdisciplinaridade: a sabedoria do percurso. In: **Revista de Estudos Criminais**, Ano V, N. 18, (p. 65 – 70), Porto Alegre: Notadez/PUCRS/ITEC, 2005.
- _____. Trabalho interdisciplinar: realidade e utopia. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, Ano XVII, N. 51, (p. 167 – 171), São Paulo: Cortez, 1996.
- OSTERNE, M. S. F. **Família, pobreza e gênero: o lugar da dominação masculina**. Fortaleza, EDUECE, 2001.
- SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. Porto: Afrontamento, 2001.
- SERAPIONI, M. **O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000500025&script=sci_arttext Acesso em 19/julho/2007.
- SILVA, A. S. A ruptura com o senso comum nas ciências sociais. In: SILVA, A. S. e PINTO, J. M. (Orgs.) **Metodologia das ciências sociais**. Porto: Afrontamento, 1997.
- SZYMANSKI, H. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, Ano XXIII, n. 71, (p. 09 – 25), São Paulo: Cortez, 2002.
- VICTER, Ronaldo. **Intersubjetividade**. Disponível em: <http://www.adp.org.br>. Acesso em 20/junho/2007.

METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL: UN ENFOQUE DESDE EL TRABAJO SOCIAL Y SALUD*

María Eugenia Espronceda Amor** ; Victor Hugo Pérez Gallo***

RESUMEN: Trabajar desde metodologías de intervención para la inclusión social en comunidades, supone acercarnos a estas realidades desde dos posturas conceptuales: primero, una comunidad situada en el nivel micro pensando en aquellas personas específicas a quienes nosotros pretendemos ayudar desde el enfoque de salud (demarcadas en espacio, tiempo y/o condicionantes específicas de diversa índole - migratoria, étnica, desplazados, u otra -) y/o del nivel macro, desde la que se condicionan, en buena medida, capacidades y determinaciones estructurales de procesos generales que mucho tendrán que ver con los destinos de los comunitarios. Lo anterior cabría en las agudas discusiones en torno a la pretensión del continuum o integración macro – micro, la que se revela entonces en toda su complejidad en tanto en el nivel macro (la sociedad, entiéndase comunidad, el derecho, la tecnología, etc.) también comparte sus componentes de estudio de la cultura a través de sus normas y valores; mientras, por otro lado, lo micro (entiéndase lo objetivo: pautas de conducta, acción e interacción; como lo subjetivo: formas de construcción social de la realidad) cobran cuerpo toda vez que es en lo comunitario donde se asienta el entramado de relaciones sociales. Nuestro objetivo es, desde la teoría fundamentada, proporcionarle al trabajador social de la salud en Cuba herramientas epistemológicas para una intervención familiar efectiva dentro de la comunidad.

Palabras claves: Trabajo Social, Salud, Familia, Epistemología, Comunidad, Metodología.

ABSTRAC: To work from intervention methodologies for the social inclusion in communities, supposes to come closer to these realities from two conceptual postures: first, a community located in the level micro thinking of those specific people to who we seek to help from the focus of health (demarcated in space, time and/or specific conditions of diverse nature - migratory, ethnic, displaced, or other -) and/or of the level macro, from which are conditioned, in good measure, capacities and structural determinations of general processes that much will have to do with the destinations of the community ones. The above-mentioned would fit in the sharp discussions around the pretense of the the continuous thing or integration macro - micro, the one that one reveals then in all its complexity as long as in the level macro (the society, understand each other community, the right, the technology, etc.) also coparty its components of study of the culture through its norms and securities; while, on the other hand, the micro (understands each other the objective thing: behavior rules, action and interaction; as the subjective thing: forms of social construction of the reality) they charge body all time that is in the community thing where settles the lattice of social relationships. Our objective is, from the based theory, to provide to the social worker of the health in Cuba tools epistemológicas for an effective family intervention inside the community.

Keywords: Work Social, Health, Family, Theory of the knowledge, Community, Methodology

* Este texto se usa actualmente como material docente en la formación de Trabajadores Sociales de la Salud en la Facultad de Ciencias Médicas.

** Profesora Titular del Centro de Estudios para el Desarrollo Integral del a Cultura inscrito en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Oriente. Santiago de Cuba. Profesora de Trabajo Social y Sociología del Conocimiento. Coordinadora de la Especialidad de Trabajo Social. Email.meugenia@csh.uo.edu.cu.

*** Vicedecano de la Facultad de Humanidades del Instituto Superior Minero Metalúrgico, Cuba. Coordinador del Núcleo de Desarrollo Humano y Equidad. Profesor Auxiliar de Trabajo Social en la Facultad de Ciencias Médicas. Profesor Principal de Metodología de la Investigación Social. Coordinador del Diplomado de Trabajo Social y Salud. Email: dantes@ismm.edu.cu.

La diversidad conceptual acerca de la noción comunidad ha sido objeto central de atención durante más de un siglo por parte de diversas ciencias, aduciendo razones vinculadas a compartir un espacio común; tener intereses, objetivos y metas similares; hasta el de demarcar determinados rasgos culturales que suponen activar potencialmente los recursos de la identidad. Desde y en ella interactúan profesionalmente especialistas de las más variadas ciencias y no solo trabajadores sociales de salud, por tanto, las acciones que se realicen desde cualesquiera de las disciplinas, tendrán consecuencias directas o indirectas sobre los componentes de la trama comunitaria.

El enfoque comunitario desde las metodologías de intervención ha tenido defensores y detractores según diferentes períodos, espacios o contextos sociales. La concepción del modelo comunitario individuo – familia – sociedad, ha servido de plataforma conceptual para la intervención con individuos – grupos – y comunidades; por otra parte, resulta interesante y contradictorio el que aun cuando se supone que se esté trabajando en el nivel comunitario, no se está abarcando al total de la comunidad por diversas razones entre las que cuentan: las tendencias abarcativas de una determinada problemática, las metodologías de incursión, los recursos disponibles, el área geográfica que comprenda la misma, en otras palabras, entiéndase potenciar la capacidad de visualizar desde lo teórico, metodológico y práctico el entramado total de las relaciones entre sus miembros. Lo anterior conduce a un seccionamiento -casi por oficio- de una parte de la misma, generalmente donde se concentra con mas agudeza determinada problemática, con lo cual estaríamos pensando en intervenciones al nivel de grupos (entiéndase familias, grupos de pares, entre otros) e individuos (el que puede a su vez implicar a las mismas unidades situadas anteriormente), contradicción que ha sido ampliamente trabajada por los especialistas del Trabajo social comunitario.

En las comunidades cabría estudiar todos los procesos que son de interés para las ciencias sociales, en tanto no le asiste tema ajeno: los procesos salud – enfermedad, los asentamientos humanos y su distribución en el espacio, las relaciones laborales, en fin la vida cotidiana, entre otras muy diversas. A los efectos de este trabajo incursionaremos en un acercamiento a la intervención comunitaria desde la perspectiva de la salud considerando a la familia como eje de análisis, aun cuando desde cualesquiera de las aristas del trabajo comunitario aflore, sin reservas, la trama familiar en una posición casi siempre de determinación,¹ lo cual sugiere, de forma central, una mirada a los siguientes ejes:

- partir de la conceptualización que sobre la misma se ha venido trabajando en las perspectivas disciplinares y lo que de ella se puede rescatar en posturas mas abiertas y complementarias, potenciando la integración y convergencia del conocimiento por encima de la hiperespecialización;

- considerar los cambios que están teniendo las familias como unidades de análisis en los últimos años, en la exacta combinación individuo – sociedad, en tanto como estructura mediadora en ella no solo se reproducen, introducen y portan comportamientos e ideologías,

¹ Resulta interesante la posición que ocupan los temas de la familia respecto a la búsqueda de las causas de diversos problemas sociales. Si la metodología del siglo XX superó con creces el determinismo unicausal del siglo XIX, todavía sobrevive con una presencia sustancial situar a la familia como una condicionante básica a partir de la cual se origina, hiperbolizando el impacto de la familia (entiéndase funciones, estructura, componentes simbólicos, etc.) por encima de otros factores sociales que podrían tener igual o mayor peso en su concreción. Pongamos por ejemplo aquellas situaciones asociadas al consumo de drogas o al bullying entre adolescentes para las cuales podrían pesar otras condicionantes tales como la acción de los medios de difusión masiva o el grupo de pares; empero, se descarga sobre el entramado familiar prácticamente toda la carga de responsabilidad.

sino donde se potencia la lógica a través de la cual se internalizan las normas, valores y conductas, en tanto los redimensiona dinámicamente y dialécticamente en, y desde, la propia acción para, por último;

- visibilizar en los marcos de estas ideas el impacto de los factores macro, potenciando poner especial atención al papel mediador de las políticas en la configuración de modelos familiares y el alcance del accionar de dichas políticas para sectores vulnerables, direccionando los ajustes necesarios al equilibrio y armonía de los sistemas sociales. Los reflujos que deben existir entre el diseño y ejecución de políticas de ajuste comprendidas en tanto mecanismos de respuesta ante urgentes necesidades sociales, de las que “no deben” desentenderse los estados en su entramado estructural (instituciones, organizaciones y grupos) y, por otro, las formas en que son interiorizadas, captadas, apropiadas y transformadas por los actores sociales al tiempo que construyen en su propio accionar prácticas estructuradoras que incluyen y excluyen diversos aspectos tratando de jerarquizar determinados elementos (dígase lo económico, laboral o político, según sea el caso, por encima de aquellas determinantes culturales en tanto lenguas nativas, costumbres en sus más variadas acepciones y/o lo religioso por situar ejemplos a modo de ilustración).

El acercamiento a la conceptualización de la familia sugiere ser, a primera vista, tarea sencilla pero, definitivamente no lo es. Ello aflora luego que constituye una unidad obligada como ventana abierta de entrada a nuestro mundo social. El aparato conceptual con el que se comprende e interpreta a las familias debe ser visto tomando en cuenta la diversidad de disciplinas que sobre ella teorizan, con toda la complicación que exige visionar una misma realidad desde especificidades de objetivos, alcances, metodologías y funciones. La relación primordial que se privilegia al diferenciarla de otros grupos sociales, posiciona la existencia de vínculos de filiación o descendencia como consecuencia de emparejamientos. Vista así, estaríamos ante las nociones clásicas de filiación y afinidad tradicionales del enfoque antropológico, las que en su decursar comparten sus destinos con varios sesgos metodológicos que fueron incorporando otras esencias de las relaciones familiares, toda vez que, en tanto componente del sistema social, ha ido transformándose gradualmente, a tono con los cambios operados en la sociedad.

Es importante aclarar que los estudios sobre la familia deben ser visibilizados por una dualidad simétrica asentada en dos directrices:

Primero, estamos en presencia de una de las estructuras de mayor antigüedad en tanto componente del sistema social. La permanencia de una arquitectura de grupo sostenida por siglos en dos principios básicos (filiación y afinidad), ha ido transformándose como plataforma articuladora respecto al resto de los componentes sociales en un reflujo de esencias o permanencias y cambio. Si tomásemos como ejes referenciales el arquetipo de grupo, los elementos esenciales que la tipifican (ya mencionadas la filiación y afinidad, a lo que se incorpora como componentes conceptuales la afectividad y convivencia) nos llevaría a referir consensos y disensos según las diversas clasificaciones que para el tema existen.

Casi imperceptible en la literatura más habitual que aborda la familia, pero de peso significativo para interpretar y comprender el micro espacio familiar, el sistema terminológico que la acompaña como lenguaje a partir del cual se produce la comunicación y su significado (entiéndase padre, madre, hijos, tíos, primos y otros términos del parentesco) resulta esencial para el grupo familiar, en tanto toda la familia puede ser comprendida como símbolo de algo, que requiere atribución de un

sentido y que no cobra cuerpo solo en lo individual, sino que a su vez pertenece a una cultura y se convierte en sentido intencionado del obrar del sujeto y entre los sujetos.²

En el verbo anterior, la familia es tomada como una unidad o grupo de personas que interactúan según particulares condiciones de la situación que los actores deben tener en cuenta. En estos enfoques se minimiza la importancia de las estructuras sociales predeterminadas (clasificaciones tradicionales para el estudio y comprensión de la familia) y se concentra toda la atención en los acercamientos, comportamientos y juegos estratégicos de los miembros individuales.³ En este sentido conviene resaltar las esencias que la caracterizan y sus continuidades en el tiempo.

Por otro lado, pese a los aspectos antes mencionados no debe ser vista como un componente estático de los sistemas sociales; por el contrario, estamos ante una organización dinámica que se atempera a los tiempos con la riqueza propia de cambios sociales operados desde los sujetos en calidad de actores sociales, cuyo comportamiento e ideología atraviesan la totalidad de las instituciones sociales.

Es a esta dualidad, muchas veces contradictoria, a la que diversos autores se refieren cuando hablan de un modelo de familia fuertemente legitimado en el desarrollo de las sociedades y la desestructuración cada vez mayor a la que se va enfrentando en los últimos años. Cabe resaltar el trabajo titulado **Mitos de la familia y las intervenciones familiares**, el que ubica los cambios que se están produciendo en su interior a partir de dos posturas que pueden ser valoradas como contrarias dando lugar a los siguientes agrupamientos:

La propuesta familística a partir de la cual se salvaguardan sus valores donde "... la familia "es" lo que "debe ser"... de acuerdo a un modelo universal centrado en la monogamia y en la indisolubilidad matrimonial... Sustenta la no intervención en el proceso "natural" de gestación, embarazo y parto; sostiene la identificación entre la paternidad biológica y la paternidad social; así como hace una condenación excluyente, sin distinción de modalidades tipificadas, a la homosexualidad institucionalizada, y a la uniparentalidad familiar (el caso de las madres solteras...)

² Realmente llama la atención que la enorme producción científica acerca de la familia destierra prácticamente de todo interés y alcance las discusiones en torno al sistema terminológico. Gracias a la ciencia antropológica el denominado sistema esquimo que es el empleado por el mundo occidental contiene un reducido número de términos que emanan en un momento de conformación de los grupos familiares en occidente donde existía un reducido número de miembros por razones asociadas a la movilidad familiar y los altos índices de mortalidad. Heredado y reproducido, nuestro sistema de términos hoy no alcanza a incluir y menos ser ampliado con otros términos, a pesar de las complejidades de las relaciones familiares en las que participan miembros que carecen de un término clasificatorio y son designados mediante la descripción (por ejemplo: este es el padre de mi hermano(a), pero no es mi padrastro. Ideas más amplias sobre ello aparecen en el artículo de la autora Umbrales conceptuales para un enfoque antropológico del parentesco en *La familia y las ciencias sociales*. Biblioteca básica de Historia y Cultura de la familia en Cuba. Centro de Investigación y Desarrollo de la cultura cubana Juan Marinello, (UMBRALES ,2003, Pág. 143 – 161).

³ Aquí estamos en presencia de una metodología de análisis que resignifica historias familiares a partir de cartas, fotos, dibujos de niños; en fin podríamos citar un sin número de objetos materiales, frases, gestos, geografías del hogar y espacios que ocupan sus miembros, tipos de acercamientos tales como abrazos, etc., lo cual da cuenta por encima de todo el mundo familiar en su subjetividad.

La propuesta contrastada a la anterior idealización familística va desde la tesis de la muerte de la familia y del antifamilismo como versión posmoderna de la vida privada, hasta las diversas concepciones relativizadas de los modelos familiares viables.⁴

Así también, se abordan una diversidad de conceptos para referirse a la pluralidad de estructuras y tipos familiares a tono con las transformaciones operadas en las sociedades actuales tomando como recurso analítico las crisis por las que atraviesa dicha institución: desinstitucionalización, desformalización de las relaciones familiares y de la reconstructividad en caso de divorcio, viudez o nueva unión y disociación de las funciones familiares entre sí.⁵

A esta última concepción estaría respondiendo el proceso de individuación en tanto responde al sesgo cada vez menor que tiene dicha unidad y la visible tendencia en el mundo desarrollado a desplegarse en toda su extensión. Ello se asume en una relación de compromiso con otros problemas asociados a la disminución de la natalidad, la movilidad geográfica asociada a factores laborales, políticos, religiosos, educativos, etc., la menor estabilidad de parejas y la aparición cada vez mas frecuente de emparejamientos y rupturas mediante matrimonios, uniones consensuales, separaciones y divorcios, lo que supone curvas de recomposición de grupos familiares a un ritmo acelerado, luego que en su desarrollo histórico encontremos momentos de estabilización o sus discontinuidades.⁶

Paralelo a estos reajustes funcionales de la vida familiar y su acompañamiento conceptual, otros tipos de relaciones sociales cobran una significación especialmente “sustitutiva” respecto a las del tipo familiar, que deben ser tenidas en cuenta al realizar trabajo comunitario, en tanto son potencialmente factibles de constituirse en redes de apoyo como derivaciones complementarias para casos de fragmentación o pérdida del referente familiar⁷:

- los vínculos afectivos entre no parientes dan lugar a la formación de redes, interacciones o estructuras que relativizan los marcos conceptuales antes descritos, desde lo funcional, simbólico y hasta en ocasiones se puede llegar a incluir lo terminológico, que incluiría tanto los que comparten residencias comunes, asentamientos comunitarios o vecinales, u otras distancias geográficas de mayor o menor alejamiento.⁸

⁴ El trabajo es del autor Luis Leñero Otero y aparece en el libro *Política e intervenciones familiares. Sus concepciones e implicaciones socioculturales*. Editorial ITACA, UAM – Iztapalapa, México,(LEÑERO OTERO , LUIS 2008, págs. 120 – 121).

⁵ *Ibíd.* La explicación acerca de la diversidad se argumenta en la idea de que los prototipos modernos de familias desformalizadas, uniparentales, de parejas del mismo sexo, de unidades domésticas seminucleares y trigeneracionales, con parejas maritales no casadas (sin implicar una unión matrimonial formal o sin conservar la unilocalidad doméstica)..., se enfrentan a los modelos familísticos tradicional y moderno nuclear conyugal.

⁶ Producto de diversos factores podemos encontrar que en la historia de la familia según épocas, contextos y espacios geográficos se han producido períodos de estabilidad o rupturas asociados a factores tales como el alza de la mortalidad por epidemias, migraciones, guerras, conflictos políticos y/o religiosos u otros, cuya especificidad los genera.

⁷ Esto está asociado a que debido a múltiples razones una persona al final de su vida en el envejecimiento puede verse privado de su red familiar debido a la muerte de sus progenitores, al no tener hermanos o descendencia; por razones migratorias, por accidentes o por problemas que lo lleven a quedarse completamente solo respecto a una estructura parental. Aquí las redes comunitarias, vecinales pueden asumir funciones sustitutivas del parentesco.

⁸ Básicamente en espacios educativos, de salud o en situaciones especiales como las cárceles se emplean los términos de parentesco con funciones sustitutivas donde se extiende el significado del término: tías, primas o parientes en general.

Es conocido que la terminología acerca de la familia se caracteriza por la proliferación de una gran diversidad de términos para describir relaciones familiares asentadas en residencias a partir de las cuales se dibujan diversas funciones, formas de organización, agrupamiento y jerarquías entre sus miembros, en tanto espacio efectivo de relaciones de poder. Esto significa que por las formas de actividad según las residencias: tendremos a grupos domésticos/ grupos residenciales, si le prestamos atención a la realización de actividades económicas entre ellos como parte de su propio sostén, o si solo estamos hablando de relaciones de convivencia cuya actividad económica no estaría estructurada en torno a un ordenamiento productivo común.

Como se puede observar aquí el criterio clasificatorio estaría situado en torno a la actividad económica, con lo cual estaríamos en presencia de visibilizar una función; empero básicamente el criterio preponderante en los estudios sobre la familia al momento de abordar algún tipo de ordenamiento conceptual ha girado alrededor de las estructuras existentes según diversos criterios, no siempre compatibles o de complementación metodológica y lógica.

Sobre este particular tendremos dos tipos de situaciones para organizar nuestros análisis sobre la familia, la que no solo responde a la clasificación sino a todo un entramado de formas para estudiarla, donde se atiende al número de miembros conviviendo en una residencia, según las relaciones de parentesco entre ellos en un espacio y tiempo dado, al estilo de una fotografía familiar (tomando la residencia como unidad: unipersonal, nuclear, extensa y compuesta); por otra parte, se toma el movimiento del ciclo de vida del individuo y la familia como curso en el que la dinámica se asocia a las transformaciones que se van operando en el seno de la misma.

Estos estudios fueron iniciados en los 50 con una propuesta básica, que fue ampliándose con el paso del tiempo. En sus inicios los conceptos de partida fueron los de fisión, expansión y reemplazamiento y luego fueron emergiendo otros que hacían más específicas las

fases, incorporando situaciones tales como la relación entre la estructura básica y la diversa funcionalidad de sus miembros atendiendo a las generaciones y sus relaciones de dependencia.⁹

Si queremos referirnos a la posición que ocupa el miembro a partir del cual se construye la clasificación tendremos entonces que tener en cuenta dos aspectos: su ubicación genealógica y terminológica. Por la ubicación del ego tendremos a las Familias de orientación y las de de procreación; en dependencia de la situación concreta por la que se esté atravesando en un momento determinado.

Algunos retos que supone la conceptualización de la familia respecto a las clasificaciones tradicionales sugieren que en este particular estemos ante un conjunto de problemáticas de carácter lógico que suponen dos tipos de situaciones:

La primera sería de naturaleza conceptual en tanto se ofrece una diversidad de conceptos atendiendo a criterios heterogéneos, donde algunos actuarían como complemento para el análisis enriqueciendo miradas en una pretensión totalizadora y, en otros, aflorarían elementos contrarios toda vez que el posicionamiento del objetivo a partir del cual emanan las disquisiciones implican un trazado paralelo, no coincidente.

Conviene destacar aquí el sostenido crecimiento de familias reconstruidas, reconstituidas, mezcladas o combinadas que no responden estrictamente al número de generaciones según relaciones de parentesco con estructuras que pueden ser diversas si tenemos en cuenta que sus conformaciones pueden ser:

⁹ 1- la pareja preconjugal, 2- la pareja conyugal sin hijos, 3- la pareja con hijos pequeños, 4- la pareja con hijos adultos pero que aún viven con los padres, 5 - la pareja adulto – anciana sin hijos porque se han marchado de la casa. En la literatura aparecen dos tipos de ciclos de vida de la familia que son el tradicional (MINUCHIN, HALEY, ERICKSON) y el nuevo (STEINGLASS). El ciclo de vida tradicional se analiza básicamente en los hijos, considerando los momentos más difíciles por los que la familia pasa como son la incorporación de nuevos miembros ya sea por casamientos, nacimientos o noviazgos, o bien el despego de algunos otros miembros por mudanzas, casamientos o defunciones, en base a este tipo de modificaciones de la familia es que se clasifican los ciclos de vida familiar: Cortejo.- formación de la pareja, Pareja.- la pareja decide vivir juntos, Llegada de los hijos.- es la etapa más significativa del ciclo de vida de la familia ya que la pareja realiza cambios ya que la pareja debe formular nuevos roles, se ajustan espacios y tiempos para el nuevo miembro de la familia, Lactancia.- los primeros momentos de vida de un hijo requieren de tiempo básicamente por parte de la madre que genera modificaciones y comprensión por parte del padre quien ahora tiene más tiempo, Jardín de infantes.- generalmente la mujer retoma actividades que se había dejado al llegar los hijos y comienza a relacionarse un sistema extramuros “la escuela”, las maestras, otras madres, etc. Escolaridad primaria.- los hijos comienzan con trabajos escolares que requieren de mayor dedicación ya que comienzan a tener obligación y es generalmente la madre quien apoya en este rubro por lo que el tiempo dedicado a ellos requiere de un nuevo ajuste; Escolaridad secundaria.- los hijos llegan a la llamada “crisis del adolescente” y las relaciones entre padres e hijos se modifica, los hijos comienzan a tener interés en su sexualidad y cursan por conflictos propios, se deben retomar las normas establecidas previamente y algunas se van a modificar; Ida de los hijos.- los hijos se van por trabajo, estudio o se casan y abandonan el hogar de los padres; Nido vacío.- los hijos ya se fueron y la pareja se reencuentra, en ocasiones se ven como dos desconocidos y se generan los divorcios; Re - cortejo.- la pareja supera la etapa de nido vacío y se reencuentra, en ocasiones existen nietos y se adquiere un nuevo rol (abuelo); Viudez.- uno de los integrantes de la pareja fallece y el otro debe ajustarse a la pérdida y en ocasiones los hijos deben hacerse cargo de ellos por lo que también deben reacomodarse; Muerte.- el final de la familia; Los hijos juegan un papel muy importante ya que en 10 de los 12 ciclos de vida de una familia están presentes y son quienes generan los cambios más significativos en los roles de cada familia a causa del tiempo que generalmente las madres dedican al desarrollo de este hijo donde en las últimas etapas del ciclo de vida, los hijos fungirán como cuidadores de los padres.

según la descendencia de la mujer,

del hombre,

de ambos,

descendencia u otros miembros del grupo de parentesco de uniones anteriores de los que ya no son su pareja pero que han estado a su cuidado a los que aún permanecen vinculados desde lo afectivo, funcional, etc.,¹⁰

sus múltiples combinaciones, al tiempo que pueden compartir el espacio de la vivienda con otros parientes en condiciones de familia extensa o compuesta.

Las tipologías derivadas de la reconstrucción han sido insuficientemente estudiadas y ello puede ser consecuencia de múltiples factores entre los que cuentan su escasa presencia como ordenamiento grupal en aquellos espacios sociales y geográficos de los que tradicionalmente emana el mayor número de estudios, -dígase la literatura que proviene de occidente- o, quizás, de su escasa presencia estadística o empírica, la que comparativamente no compite como tendencia relevante como para atribuirle un lugar relevante. Resulta de una complejidad teórica mayor el hecho de la presencia de otros parientes en condición de familia extensa y compuesta en todas sus posibles combinaciones (abuelos, tíos, primos, etc.) lo que daría lugar a un prisma bien matizado por diversidad en las constelaciones parentales.¹¹

Por último, no queremos dejar de prestarle reconocimiento a un estudio que hemos llevado de la mano durante un tiempo, asociado a las formas de agrupamiento que no responden estrictamente a la biparentalidad de nuestro modelo de parentesco de fuertes raíces hispanas, que en nuestro parecer deben ser tomados en cuenta en el trabajo comunitario, estos son el ordenamiento y funcionamiento (económico, simbólico y funcional) de familias con una desviación clara del modelo bilateral inclinados hacia lo que llamamos materlateralidad, paterlateralidad, relaciones de intrafiliación y la desfiliación biológica, reconocida desde el referente social a partir de los modelos de las políticas públicas familiares.

Los conceptos anteriormente referidos son consecuencia del establecimiento de un arquetipo de grupo asimétricamente organizado como consecuencia de diversas situaciones asociadas al abandono o desatención -tanto materna como paterna- por migraciones, muerte, o por la condición al nacer de no reconocimiento de la paternidad. Aún cuando visto desde análisis dinámicos no podemos asegurar que acompañan al sujeto a lo largo de su vida, si encontramos

¹⁰ En este caso hemos encontrado familias conformadas por hijos o padres de personas con las que se ha contraído una relación de pareja durante un tiempo y luego de la ruptura quedan a su cargo y constituyen desde lo afectivo y funcional “su familia”. Ante esto al producirse la nueva unión aun cuando no cobran la relevancia de descendencia, si forman parte efectiva de la familia que se reinventa ante la nueva unión y puede ser comprendida tanto para la residencia común y todo lo que ello implica, como para otras acciones que comprenden las tramas familiares tales como fiestas, enterramientos, situaciones de crisis o vida cotidiana en general.

¹¹ Este tipo de estudio lo hemos llevado a cabo de forma sistemática en investigaciones centradas en la elaboración, mediante análisis matricial, de una tipología de pareja reconstruida en condiciones de familia extensa en la que los procesos de reconstrucción son posibles en, al menos, tres generaciones y donde además pueden convivir un número importante de miembros del grupo parental considerando las alternativas ya enunciadas en el texto. Los resultados apuntan hacia una mayor presencia de la reconstrucción en la segunda generación (abuelos, *padres*, hijos) donde además predominan lazos de descendencia respecto a los de afinidad. Ello aparece en diversos trabajos elaborados con fines investigativos por estudiantes de la carrera de Sociología de la Universidad de Oriente, en Santiago de Cuba.

que la clasificación introducida puede ayudar en el trabajo comunitario a flexibilizar los esquemas de funcionamiento familiar cuando no responden a condiciones de bilateralidad.¹²

Conviene entonces resumir que la diversidad conceptual argumentada en páginas anteriores resulta operativa para enfrentar el trabajo en comunidades. No obstante, es aprovechable cerrar ciertas ideas acerca de la conceptualización en torno a la familia y para ello sugerimos compartir la idea de E. Jelin cuando esclarece que un concepto abarcador de familia tendría que atemperarse con la idea de una institución que responde y garantiza la satisfacción de necesidades humanas de carácter universal donde la sexualidad, la reproducción y la subsistencia cotidiana, constituyen sus referentes esenciales, siendo una forma de organización social donde se establecen relaciones de producción, reproducción y distribución donde toman cuerpo relaciones de poder con fuertes componentes ideológicos y afectivos.¹³

¹² Toda la literatura que aborda el parentesco centra las implicaciones del mismo sobre la estructura social. En particular la idea que presento sobre la relación entre grupos de filiación y afectos propició el sostenimiento de enconadas discusiones a raíz de la década del 50 con la divulgación de las ideas del estructuralismo de C. Lèvi-Strauss. La crítica de G. Homans y D. Schneider acerca de la máxima “allí donde un hombre encuentre amor en una generación, allí lo buscará en la siguiente”, propició la elaboración de un complejo personalógico de rasgos severos, por un lado, e indulgentes, por el otro de las primas cruzadas, matrilateral y patrilateral. La introducción de la proscripción por parte de Levi-Strauss cambió radicalmente el destino de sus análisis, defendido en su integralidad por R. Nedham. Ello aparece analizado en *El desarrollo de la Teoría Antropológica. Historia de las Teorías de la Cultura* cuyo autor es Marvin Harris, pp. 434-438. El primero lo denominamos: agrupamiento y socialización de la descendencia con exclusividad hacia los parientes maternos o *materlateralidad*. Se puede afiliar a diversas causas, ya sea por la ausencia, muerte, no reconocimiento como descendiente, o por falta de ajuste o equilibrio funcional que lleve a una pobre o ninguna interacción con los paternos: padre, abuelos, tíos, primos y afines. Ello puede incluir también la privación del apellido, quedando inscrito el hijo con el de la madre, o pariente materno que lo quiera reconocer. Este aspecto puede ser encontrado en la actualidad en madres solteras, el abandono a la mujer embarazada, la emigración, etc. Un segundo caso podría ser el agrupamiento con exclusividad hacia el lado paterno o *paterlateralidad*, aunque la gestación y alumbramiento se aseguran por la línea materna, ello no significa necesariamente que se garantice la crianza del hijo(s), pues la muerte, ausencia, o el simple rechazo de la madre y sus parientes puede provocar, entre otros factores, la supresión. Somos conscientes que las figuras paternas y maternas no suprimen por sí solas al grupo más amplio de parientes respectivos. Se puede producir un singular sistema de relaciones en los cuales el reconocimiento paterno y materno no garantice vínculos afectivos y estables hacia sus respectivos afines. Inversamente, algún(s) miembro puede hacerse cargo de dicha responsabilidad en sustitución de los padres, cosa que ocurre con más frecuencia de lo que pudiera pensarse. Esta situación me lleva a establecer conceptualmente el término *intrafiliación* para aquellos casos en las que la socialización del menor (como ego o sujeto a partir del cual se construye la estructura del parentesco) sea asumida por parientes de tercer grado en forma lineal (abuelos) y colaterales como tíos y primos (consanguíneos y afines). Las implicaciones que tienen las generaciones, el sexo y las genealogías deben ser tomadas en cuenta cuando trabajos sobre tipos de familia se lleven a efecto no solo en el aspecto estructural, sino en su acepción funcional y cultural, o sea, qué tipos de patrones conductuales son los que se van a formar. Por último, una situación de particular importancia es la *desfiliación* o *defiliación social* condicionada por la ausencia de las dos generatrices, tanto de los padres, como sus respectivos grupos, restándole continuidad a lo que potencialmente aporta la cultura parental heredada. Ello nos sitúa de lleno en niños y adolescentes sin amparo filial, responsabilidad que descansa, en lo fundamental, en el Estado. En ***Por los senderos del parentesco***, Ediciones Santiago, 2002.

¹³ Los trabajos de la excelente especialista en familia E. Jelin han abordado de forma sistemática diversas aristas de la problemática familiar desde la perspectiva sociológica. De forma específica estos argumentos pueden ser encontrados en el texto ***Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros*** en su capítulo IV titulado Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales, CEPAL, Chile, (JELIN 2005, Págs. 93 – 124).

Además de la diversidad conceptual y de la emergencia de su abordaje incorporando otras aristas tales como la transversalización del enfoque de género, el impacto de la presencia de la mujer en el mercado laboral, el envejecimiento, etc., y las transformaciones que se vienen operando, nos hacen tomar en cuenta un conjunto de rasgos que caracterizan a la familia contemporánea que, a los efectos del trabajo comunitario, podemos sintetizar en los siguientes aspectos.

RASGOS DE LA FAMILIA CONTEMPORÁNEA Y LA FACTIBILIDAD DE SU COMPRENSIÓN EN LOS ESTUDIOS COMUNITARIOS DESDE UN ENFOQUE DE SALUD

- 1- Reducción de las funciones de la familia al proceso de la socialización y la reproducción biológica y social
- 2- Incremento del papel de las instituciones públicas al hacerse cargo de los ancianos.
- 3- Decrecimiento del papel de las redes de parentesco a favor de una familia nuclear aislada.
- 4- Reducción del tamaño de la familia considerada esta como unidad residencial.
- 5- Disminución del número de hijos y con ello las tasas de fecundidad y reproducción.
- 6- Incremento de la esperanza de vida en hombres y mujeres, y su impacto en las relaciones entre miembros de diversas generaciones.
- 7- Incremento de la participación de la mujer en todas las esferas de la vida social
- 8- Crecimiento de los índices de divorcio y de las familias reconstruidas con diversidad de formas de cohabitación.
- 9- Competencia de la familia en términos de socialización con otras estructuras o componentes del sistema social.
- 10- Aparición de nuevas formas biológicas respecto a la procreación (técnicas de reproducción asistida) y desarrollo de pandemias ordenadoras de la sexualidad (VIH/SIDA)
- 11- Ajustes de las relaciones de poder al interior de las familias respecto a las nociones de autoridad tradicional.
- 12- Se desarrollan políticas de reconducción del papel de las familias por parte del estado, fundamentalmente en el modelo desarrollado dentro del denominado Estado de Bienestar, donde este papel fuerte recae en el Estado el que, a través de las políticas sociales continúa de alguna manera la orientación asistencialista.
- 13- Dejó de ser un espacio de producción para ceder lugar básicamente al consumo.
- 14- Visualización como tendencia del proceso de individuación por encima de la estructura familiar como núcleo básico de la sociedad.

Con los antecedentes incorporados relativos a la diversidad conceptual y los cambios que se vienen operando en la familia contemporánea, estaremos en condiciones de abordar lo

relativo al papel de la política social, sus elementos esenciales y los rumbos teóricos y aplicados que esta va siguiendo, de particular interés para el contexto latinoamericano en general.

Las discusiones sobre los modelos de actuación del Estado sobre las familias han estado diseñadas desde dos posturas básicas: o actuamos hiperbolizando los problemas que afectan a las familias por encima de otro tipo de problemáticas (en tanto cualquier criterio de mejoramiento de sus miembros impacta directa o indirectamente beneficiando cualesquiera otra de sus aristas) o estaremos frente a una concepción integrada de políticas para las que la familia, constituiría un elemento de transversalización. Si este tercer elemento se puede asociar al papel del estado y las metodologías de intervención para la inclusión social desde la salud, habría que tomar en cuenta los diversos modelos de política social familiar a partir de:

la familia como institución merecedora de protección y apoyo, en atención tanto su carácter de célula básica de la sociedad y primer espacio de socialización, como a las importantísimas funciones sociales que desarrolla.

la familia como fuente de bienestar en la medida en que es el primer lugar de la solidaridad entre las generaciones y cuenta con los miembros más débiles de la comunidad. Su papel es importante en el cuidado y educación de los niños y niñas, la transmisión de valores fundamentales, la atención a enfermos, discapacitados y mayores dependientes.¹⁴

Si hemos seguido en este ensayo la idea de correlacionar el aparato conceptual para entender la familia, sus cambios y su relación con la política social familiar es a los efectos de comprender la necesaria unidad de estos al enfrentar semejante tipo de previsión y actuación. En este sentido, E. Jelin identifica dos momentos en los que la acción estatal se liga con los modelos y tipos de familias y estos son: el rol del Estado al legislar, cuyo objeto es promover las capacidades humanas que mejor concuerden con sus subjetividades y marcos culturales evitando así violencia, sufrimiento, aumentar la igualdad y la democracia intrafamiliar; y, en segundo orden, es necesario que la política estatal se base en un conocimiento profundo de las transformaciones familiares, sin dar prioridad a un modelo único de familia en tanto el carácter compensatorio respecto a la solución de necesidades sociales entre familia y estado respecto al individuo, ha tenido un curso sinusoidal según épocas, contextos, regímenes políticos y circunstancias.¹⁵

En lo relativo a las referencias acerca de la política familiar y su transversalización, A. M. Goldani, señala una diferenciación muy interesante en torno a que las políticas de familia estarían aludiendo al conjunto de medidas que intentan intervenir en el modelo de familia existente, tratando de conformar un reforzamiento mediante determinadas disposiciones

¹⁴ Está escrito por Félix Barajas Villaluenga (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España) bajo el título “POLÍTICAS EUROPEAS Y NACIONALES SOBRE LA PROTECCIÓN A LA FAMILIA” durante “I JORNADAS SOBRE INTERVENCIÓN FAMILIAR EN EL SIGLO XXI” (VILLAJOSYA, 25 DE OCTUBRE DE 2001),(BARAJAS VILLALUENGA Pág. 2). En el texto se hace un recuento acerca de las líneas que deben ser concebidas para el abordaje de la política social con familia acorde con su experiencia, que se sintetizaría en lo siguiente: a) Conciliación de la vida familiar y la vida laboral, b) Mejora de la oferta de servicios para el cuidado de menores de tres años, c) Ampliación de los servicios para personas mayores y discapacitados dependientes y sus familias, d) Mejora de las prestaciones de Seguridad Social por hijo a cargo, e) Política fiscal y de rentas, f) Desarrollo de los servicios de orientación y/o mediación familiar, g) Nueva Ley de Protección a las Familias Numerosas, h) Apoyo a familias en situaciones especiales, en particular las que se encuentren en riesgo de exclusión social y familias víctimas de violencia familiar e, i) Fomento de la participación social. Pág. 17.

¹⁵ Ob. Cit., Pág. 94.

de protección a la familia en su modelo tradicional: cuestiones vinculadas a la sexualidad y derechos reproductivos tales como políticas vinculadas con la natalidad, regulación de la edad para el matrimonio o el uso de los anticonceptivos.¹⁶

En este sentido, la autora mencionada introduce tres términos para referirse a la concepción de las políticas en función de su objetivo central, con diversa presencia por países y las inclinaciones que en el plano práctico tienen presentándose en ocasiones entremezcladas según sus alcances. Para ello habla de: políticas “de”, “referidas a” o “para” las familias, con la respectiva diferenciación que suponen darle cumplimiento a sus objetivos.

Las políticas sociales “de” familia atendería al modelo tradicional de familia que sitúa en una posición de privilegio los derechos sexuales y reproductivos. Por políticas referidas a la familia, está refiriendo al conjunto de medidas que intentan fortalecer las funciones sociales que cumplen las familias: socialización de sus miembros, la garantía a sus condiciones de vida y subjetividad de sus miembros. Cabrían políticas de combate a la pobreza y a la violencia por citar ejemplos. Este tipo tiene un cierto predominio sobre las restantes.¹⁷ Las políticas para la familia estarían partiendo de una concepción amplia de familia que actúe a favor de mejores condiciones de vida que permitan a sus miembros desarrollar una vida política, cultural, laboral y familiar más gratificante.

Resulta interesante el carácter operativo de los análisis acerca de la política familiar, donde aún no se observa con claridad procedimientos teóricos mas generales en sus abordajes, empero una preocupación emerge a partir de las tradiciones legislativas y los modelos de incursión a través de programas donde la mayor discusión tiene que ver con los alcances en términos de cobertura y los criterios de selección de los beneficios.¹⁸ Sin embargo, en su concepción, se priorizan situaciones de alta vulnerabilidad con predominio de programas de transferencia a situaciones vinculadas con ingresos mínimos, calidad de vida, y otros.

Concepciones básicas con las que han operado las políticas familiares a nivel internacional:

- La diversa literatura sobre el tema plantea que tradicionalmente, ha habido cierta confusión entre política familiar y política demográfica, si bien es cierto que las tendencias demográficas tienen repercusiones evidentes en la realidad social y económica de las familias, no es el incremento o control de la natalidad el objetivo principal que debe presidir una política familiar, sino la detección de los obstáculos que impidan a las familias alcanzar la dimensión y calidad de vida que desean. Empero, ciertamente no podemos separar completamente es en la familia y en la incidencia de sus tendencias sociales desde donde se reproduce toda la estructura de población en términos del crecimiento de nacimientos. Las políticas de protección y promoción de la familia deben ir dirigidas a apoyar a las familias en sus necesidades y en el cumplimiento de sus funciones sociales, además de fomentar su autonomía y responsabilidad.

De la concepción general acerca de las dificultades existentes para el diseño de políticas sociales coherentes, se propone la concepción de una *Política Integral de Apoyo a la Familia* que encuadre los objetivos y los medios necesarios para desarrollar, de forma global, lo que debe ser la política de apoyo a la familia desde una perspectiva que no solo englobe la

¹⁶ Reinventar políticas para familias reinventadas: entre la realidad brasileña y la utopía (Capítulo XI) en *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros*. Pp. 223 – 259. En sus ideas sitúa un análisis muy interesante en torno a que más que una protección social, los modelos están aludiendo a una “gestión social del riesgo” (GOLDANI, 2010, Pág. 224).

¹⁷ Ob. Cit., Pág. 226.

¹⁸ *Ibíd.*

salud, sino otros indicadores de calidad de vida. El desarrollo de políticas familiares se puede relacionar con 3 aspectos:

la situación demográfica

el cambio de las estructuras familiares y

el contexto social.¹⁹

Frente a la concepción del desarrollo de una política familiar se pueden encontrar dos tendencias:

algunos países consideran que deben adoptarse medidas de política familiar, incluso si éstas no tienen más que una incidencia limitada o indirecta sobre los objetivos demográficos, por ejemplo, un mayor desarrollo de los servicios sociales de apoyo a la familia o una mejora de las posibilidades para conciliar vida familiar y laboral.

otros países se oponen a estrategias intervencionistas y consideran que la política familiar no debe servir en ningún caso como instrumento para combatir el desequilibrio demográfico estructural de la sociedad, sino que es la política familiar la que debe adaptarse. No obstante, en estos dos diferentes enfoques (intervencionista y adaptativo), pueden indicarse también un elemento común: ambos reconocen los lazos existentes entre política demográfica y política familiar.

El segundo aspecto tiene que ver con la *evolución de las estructuras familiares* ya mencionado anteriormente.

El tercer aspecto refiere que en ese sentido puede afirmarse que una de las tendencias actuales en materia de política de familia es el incremento de la participación de los agentes sociales en el desarrollo de servicios y programas sociales de apoyo a la familia, en colaboración y coordinación con los agentes públicos. Principales tendencias de las medidas de protección a las familias. - Desplazamientos de apoyo de los padres hacia los hijos en condiciones de pobreza o precarias.

Para su desarrollo se debe trabajar en base a una *Política Integral de Apoyo a la Familia* que encuadre los objetivos y los medios necesarios para desarrollar, de forma global, lo que debe ser la política de apoyo a la familia a partir de *objetivos principales*:

Una política integral de apoyo a la familia descansaría en una serie de presupuestos que no solo dependerían de bondades referidas a sus elementos más sustanciales, sino vendrían desde otros asideros. El autor citado menciona las siguientes:

1°. Incrementar la calidad de vida de las familia.

2°. Fomentar la solidaridad intergeneracional.

3°. Apoyar a las familias en situaciones especiales (familias en situaciones de riesgo social, familias numerosas, familias monoparentales, familias en situación de conflicto o ruptura y familias en cuyo seno se produce violencia intrafamiliar).

4°. Desarrollar la igualdad y equidad entre géneros y generaciones.

¹⁹ POLÍTICAS EUROPEAS Y NACIONALES SOBRE LA PROTECCIÓN A LA FAMILIA” durante “I JORNADAS SOBRE INTERVENCIÓN FAMILIAR EN EL SIGLO XXI” (VILLAJOSYA, 25 DE OCTUBRE DE 2001),(BARAJAS VILLALUENGA,F., 2001, Págs. 15 – 17).

- 5º. La defensa de los derechos humanos de todos sus miembros.
6º. Las intervenciones orientadas hacia una mayor equidad e igualdad social a través de las funciones del Estado.²⁰

¿CUÁLES DEBERÍAN SER LAS PRIORIDADES DEL ESTADO HACIA LAS FAMILIAS?

Sobre este particular habría que decir que existe una plataforma general que atiende a un perfeccionamiento a la legislación, medidas de protección a los menores y eslabones más débiles de dicha relación (las mujeres y niños en condiciones de vulnerabilidad), de central importancia la atención al envejecimiento y la atención al mercado de trabajo.

Para trabajar en función de metodologías de intervención familiar desde el Trabajo social y la salud habría que tomar en cuenta:

- La diversidad estructural de las familias y las tendencias que se están produciendo en los últimos años.
- Los atravesamientos de diversos problemas sociales si tomamos el análisis de las problemáticas de las familias desde posturas de transversalización.
- La dinámica de las políticas sociales para la familia y sus formas concretas según tiempos y contextos.

REFERÊNCIAS

BARAJAS VILLALUENGA, F. , Políticas europeas y nacionales sobre la protección a la familia” durante “I JORNADAS SOBRE INTERVENCIÓN FAMILIAR EN EL SIGLO XXI”. Villajoyosa, 25 de octubre de 2001), 2001.

BENÍTEZ PÉREZ, María Elena y ALFONSO DE ARMAS, Marisol (2003). La familia como categoría demográfica en **La familia y las ciencias sociales**. Centro de Investigación y Desarrollo de la cultura cubana “Juan Marinello”, La Habana. p. 162 – 194.

DELGADO ARIAS, Soveida (2011). “El Trabajo Social con Grupos, su relación con el retorno familiar del adulto mayor de la Casa de Abuelos “Deseos de Vivir” del municipio Palma Soriano, trabajo de Tesis de la Especialidad de Trabajo Social, Universidad de Oriente.

DONATI, Paolo. (2003). **Manual de sociología de la familia**. EUNSA, Ediciones Universidad de Navarra, S.A., Instituto de Ciencias para la Familia, Pamplona, España.

_____. (1995). **La familia popular venezolana**. Centro de Investigaciones Populares (CIP), Fundación Centro Gumilla, Venezuela.

_____ y Pedro Luís Luna (2002). **Buscando padre. Historia de vida**. Universidad de Carabobo y Centro de Investigaciones Populares (CIP), Venezuela.

JELIN, E. **Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros**, CEPAL, Chile, 2005.

LEÑERO OTERO, Luis. **Política e intervenciones familiares. Sus concepciones e implicaciones socioculturales**. Editorial ITACA, UAM – Iztapalapa, México. 2008.

²⁰ Ibíd.

GOLDANI, Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros. Brasil, 2010.

RITZER, G. Teoría sociológica contemporánea Edit. Mc Graw Hill, España. 2006.

NEGLIGÊNCIA: REFLEXÕES SOBRE SEU CONCEITO E USO PELOS ASSISTENTES SOCIAIS NO CAMPO DA INFÂNCIA E JUVENTUDE

Thais Peinado Berberian*

RESUMO: A investigação sobre a prática profissional do assistente social em relação às avaliações das chamadas suspeitas de negligência contra crianças e adolescentes é o foco deste estudo. A percepção de que esta temática é recorrente à profissão, assim como pouco explorada no aspecto teórico, podendo trazer implicações relevantes na esfera da ética profissional, reforçam a importância do tema para a categoria profissional.

Palavras-chave: negligência, Serviço Social, criança e adolescente.

ABSTRACT: Research on the professional practice of social workers in relation to assessments of suspicious calls of neglect against children is the focus of this study. The perception that this theme recurs to the profession, and little explored in the theoretical aspect and can bring important implications in the sphere of professional ethics, reinforce the importance of the issue to the professional category.

Keywords: neglect, Social Work, child and adolescent

INTRODUÇÃO

O presente trabalho, fruto de inquietações oriundas da prática profissional e da pesquisa e reflexão sistematizada sobre a temática posta, traz como foco central debater aspectos relevantes sobre a utilização do conceito negligência pelo Serviço Social, especialmente nas intervenções com crianças e adolescentes.

Conforme mencionado por Berberian (2013), é possível identificar que o Serviço Social apresenta relevante inserção na esfera da Infância e Juventude, além de constituir-se como uma das profissões de referência nesse setor e legitimar-se historicamente para desenvolver suas atividades nessa temática pela garantia de direitos.

Reconhecendo que há várias concepções sobre a infância, avaliamos importante apontar que, para este estudo, a fase denominada infância é compreendida como um modo de ser socialmente construído, a partir das mudanças societárias e das novas demandas surgidas a partir do movimento da história.

Ao refletirmos sobre a interface do Serviço Social com a temática da Infância e Juventude é possível perceber que a matéria de intervenção assim como as formas de atendimento e posicionamento ético-profissional do assistente social têm se metamorfoseado ao longo das décadas. Estas transformações são reflexo de um processo de amadurecimento crítico da profissão, que permitiu que o Serviço Social, enquanto profissão inserida na divisão socio-técnica do trabalho, pudesse se desvencilhar de uma perspectiva assistencialista para se aliar a uma proposta crítica, alicerçada na defesa de direitos.

Esta afirmativa é válida na medida em que, ao resgatarmos a produção científica da profissão, a partir de alguns registros nos anais do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (consultados os eventos realizados em 1947, 1961, 1979, 1987, 2001, 2010), verificamos que o foco de atenção e estudo da categoria alterou-se de forma significativa. Se nos primeiros eventos a problematização estava voltada para a questão do “menor” e da “delinquência infantil”, nos eventos mais recentes já é possível localizar reflexões relativas a temas diversos,

* Assistente Social do Hospital Universitário da USP. Mestrado – PUC-SP sob a orientação da Profa. Dra. Maria Lúcia Silva Barroco. Email: thaisberberian@yahoo.com.br.

revelando a multiplicidade temática na qual o Serviço Social está inserido no campo da infância e da juventude.

Discussões na esfera dos Direitos Humanos, da intersectorialidade, dos desafios instalados a partir de novos serviços implantados (Cras e Creas), assim como as reflexões sobre a interface da profissão com temas como a alienação parental, a adoção homoafetiva, o direito à convivência familiar e comunitária, a exploração sexual e a drogadição, compõem esse cenário e refletem os avanços do Serviço Social.

Ademais, essa ampla participação profissional revela os espaços sócio-ocupacionais conquistados pelo Serviço Social nessa área, e a luta que a profissão imprime, ao longo das décadas, para defender seus posicionamentos e reivindicações na esfera infanto-juvenil.

Vale reforçar que o atendimento às crianças e adolescentes remete necessariamente ao atendimento às famílias, o que é uma característica que marca o Serviço Social desde a sua gênese. Não sendo nosso objetivo retomar as condições objetivas e o contexto social, político e econômico que culminaram para a legitimação da profissão, queremos apenas ratificar as transformações que já incidiram na atuação profissional também em relação ao modelo interventivo às famílias atendidas, assim como mudanças na concepção do próprio conceito de família.

Apesar de todas as transformações ocorridas no âmbito profissional, podemos assegurar que as avaliações de suspeitas de negligência contra criança e adolescente fizeram e ainda fazem parte do cotidiano de muitos assistentes sociais, inseridos em diferentes espaços sócio-ocupacionais, como na Saúde, na Assistência Social, no Socio-jurídico. Esta demanda, que ao ser absorvida pela cotidianidade pode se mostrar como simples e corriqueira, em nossa avaliação traz consigo a possibilidade de inúmeros questionamentos sobre: o papel e compromisso profissional perante os usuários dos serviços, o posicionamento ético do assistente social e a apropriação crítica do arcabouço teórico-metodológico em suas intervenções.

Ou seja, o que objetivamos apresentar neste trabalho são algumas considerações iniciais sobre uma determinada demanda: o atendimento do assistente social a situações de “suspeita de negligência” contra crianças e adolescentes.

DESENVOLVIMENTO

Aproximações iniciais ao conceito negligência

A atuação do Serviço Social em um Hospital Universitário possibilita a vivência e experiência de um cotidiano profissional próximo das diversas dificuldades e limitações enfrentadas pelos indivíduos atendidos pelo Hospital, que envolvidos diariamente com diversas expressões da questão social, vivenciam o processo saúde-doença de forma complexa e desafiadora, na perspectiva do acesso aos direitos básicos de saúde, em seu aspecto mais amplo.

Na rotina de trabalho, o Serviço Social oferece atendimento ao indivíduo e sua rede de apoio, majoritariamente representada por familiares, buscando construir alternativas frente às suas demandas relacionadas ao processo saúde-doença. Nesta dinâmica, o assistente social realiza atendimento, orientação e encaminhamentos para a rede de serviços àqueles pacientes em que avalia necessária a sua intervenção. Tal dinâmica ocorre tanto por busca ativa do Serviço Social, por demanda espontânea ou por situações encaminhadas por demais profissionais da equipe, quando esses entendem como necessária a avaliação do assistente social.

Passamos a observar que recorrentemente o Serviço Social é acionado para atender famílias com o intuito de compreender como é exercido o papel protetivo dessas em relação as suas crianças e adolescentes, uma vez que algum membro da equipe multiprofissional, incluindo o próprio assistente social, identifica determinada situação como de negligência.

A partir desta demanda ao Serviço Social, é possível identificar que uma mesma situação é capaz de produzir pareceres e condutas diversas entre os profissionais de uma equipe, impedindo a identificação objetiva de quais são os elementos e métodos usados pelos assistentes sociais para a definição da negligência. Este evento revela-se importante para nós pois revela a existência de uma variedade de condutas entre os profissionais sobre uma mesma avaliação, muitas vezes denominada por negligência de maneira equivocada.

Identificamos na rotina de trabalho a reiteração de uma prática profissional que designa diversas situações a partir da definição de negligência, sem promover o questionamento do conteúdo deste conceito, assim como da maneira com que o mesmo é utilizado. Esta constatação inclusive possibilitou a percepção de que, em alguns contextos, situações são entendidas como negligência sem qualquer consideração acerca da totalidade desses sujeitos/famílias, deixando de considerar um aspecto de extrema importância, que é a inclusão das famílias em uma realidade que é objetiva, e que inevitavelmente traz rebatimentos diretos e objetivos à vida dos envolvidos.

Diante do exposto, podemos considerar que:

Famílias que vivem e convivem em condições limite de vida e sobrevivência, muitas vezes perpassadas pelo uso/abuso de drogas, desemprego/subemprego, exposição às diversas manifestações de violência, fragilidade dos vínculos familiares, entre outros desdobramentos da questão social, frequentemente são questionadas pelos profissionais acerca da capacidade protetiva em relação a suas crianças e adolescentes, ocupando então um lugar de completa responsabilização pela oferta de cuidados e serviços a esses sujeitos, sem trazer para o debate a fundamental presença do Estado, enquanto provedor de um Sistema de Garantia de Direitos. (BERBERIAN, 2013, p.13).

Desta forma, é possível identificar uma vertente profissional que, enquanto não valoriza os elementos concretos que incidem na capacidade protetiva das famílias em relação as suas crianças, tendem a definir essas situações conforme problematizado por Fávero (2007, p.161):

O poder saber profissional pode ter direcionamentos distintos, a depender da visão de mundo do profissional e de seu (des) compromisso ético. [...] A culpabilização pode traduzir-se, em alguns casos, em interpretações como negligência, abandono, violação de direitos, deixando submerso o conhecimento das determinações estruturais ou conjunturais, de cunho político e econômico, que condicionam a vivência na pobreza por parte de alguns sujeitos envolvidos com esses supostos atos.

Assim, a partir dessas reflexões juntamente com nossas inquietações e constatações advindas do cotidiano profissional, podemos formular uma indagação principal a respeito das situações de negligência. Tendo em vista que alguns profissionais não consideram as determinações estruturais e/ou conjunturais nas quais os sujeitos estão inseridos para comporem seus pareceres sobre possíveis situações de negligência, quais serão os recursos considerados por eles para a definição de situações desta natureza? E ainda: como se dá a elegibilidade de critérios para a definição de que alguém é negligente? Estes critérios são de fundamentação objetiva ou estão relacionados à esfera moral? Estando relacionado à moral, tem alguma correlação com avaliações preconceituosas? Lembrando aqui que o conceito preconceito pode ser compreendido como

[...] uma forma de reprodução do conformismo que impede os indivíduos sociais de assumirem uma atitude crítica diante dos conflitos, assim como uma forma de

discriminação, tendo em vista a não-aceitação do que não se adequa aos padrões de comportamento estereotipados como “corretos”. (BARROCO, 2005, p. 47).

Dentro do espectro da violência, é possível perceber que os estudos se concentram em menor escala para a compreensão da negligência,

Os estudos a ela [negligência] relativos são de cunho mais recente porque enfrentaram dificuldades básicas de conceituação, uma vez que é preciso observar até que ponto um comportamento é negligente ou está profundamente associado à pobreza das condições de vida. Numa sociedade capitalista, onde a opressão econômica impera, as dificuldades de se abordar um fenômeno, que pode trazer à tona esta mesma opressão, estão presentes entre os pesquisadores. (GUERRA, 1997, P.45).

A identificação de que as situações de negligência não representam um evento recente; trata-se de um fenômeno complexo; configuram-se como um dos principais eventos de violência contra criança e adolescente, apareceram em nossas pesquisas sobre o tema. Um outro elemento importante apontado em estudo feito por Martins (2006) revela que em várias ocasiões a definição de negligência é utilizada como sinônimo para pobreza.

Melo (2006) faz também uma crítica sobre a ausência de parâmetros que contribuam para a identificação dessas situações, assim como outros estudos demonstram a baixa preocupação direta com o uso deste conceito e suas implicações. Em importante reflexão feita por Fuziwara (2004), a mesma revela preocupação acerca dos vários olhares técnicos que coexistem e subsidiam pareceres na esfera sociojurídica, sem que partilhem de uma explicitação normatizadora dos conceitos utilizados pelos profissionais, sendo um desses o conceito de negligência.

Assim, é possível perceber que a frágil apropriação técnica e teórica sobre este tema, por parte da categoria profissional, pode trazer rebatimentos importantes para a prática profissional, com prejuízos diretos aos sujeitos atendidos, que podem estar submetidos à avaliações baseadas em práticas moralistas e preconceituosas.

A partir da constatação de uma frágil apropriação técnica e teórica, por parte do Serviço Social, sobre este conceito, temos por conclusão compreender que o termo negligência, mesmo utilizado em larga escala por muitos profissionais, tem uma conotação pouco técnica, e mais moral.

Buscando ter maior clareza sobre o fazer profissional e compreender qual é a contribuição do assistente social quando acionado para realizar a avaliação de uma suspeita de negligência, compreendemos que o foco deva estar direcionado para a compreensão do grau de desproteção em que se encontram as crianças e os adolescentes que vivem/convivem em determinado contexto. Esta desproteção, compreendida de modo real, podendo ser consequência de uma ocorrência intencional, ou não, dos responsáveis legais. (BERBERIAN, 2013).

Dizemos isso porque é preciso reforçar que há situações de desproteção independente da intenção ou consentimento dos pais e/ou responsáveis legais, tendo em vista as várias situações já referidas de violações de direitos vivenciadas pelas famílias atendidas, que fogem da autonomia das mesmas para a superação imediata. Independente da intencionalidade ou não da ação, compreendemos que a intervenção do profissional se faz necessária, já que há a identificação da desproteção. No entanto, o sentido e as repercussões desta intervenção podem

ter diferentes configurações, dependendo, conforme visto anteriormente, pelo direcionamento moral inscrito na ação profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A resposta para esta pergunta precisa ser elaborada a partir de um movimento realizado pelos próprios profissionais, que ao reverem suas práticas, utilizando como ferramenta norteadora o projeto ético-político da profissão, poderão refletir sobre qual direcionamento estão imprimindo em suas ações.

Apesar de todos os avanços (nas dimensões teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas) do Serviço Social, não podemos ignorar a realidade, dialética, da convivência de práticas conservadoras e emancipatórias dentro da categoria profissional. Essa contraditoriedade é o que dá espaço para a coexistência de intervenções críticas e intervenções assistencialistas, moralizadoras e preconceituosas, em um processo contínuo de disputa de projetos profissionais.

Quanto às avaliações de suspeita de negligência, objeto de nosso estudo, acreditamos que enquanto a intervenção social não apresentar como subsídio fundamental o reconhecimento dos impactos dos determinantes sociais na vida das famílias, a abordagem terá como forte tendência situar-se no campo da avaliação moral, onde são avaliados a “qualidade do cuidado”, “o perfil dos pais como preparados ou despreparados”, etc.

A elaboração de estratégias interventivas que possibilitem a aproximação com a dinâmica familiar, o reconhecimento dos rebatimentos dos determinantes sociais na saúde, a identificação de possível intencionalidade de ação de desproteção, tendem a conduzir o profissional para uma prática assertiva no sentido de superação de avaliações imediatistas e superficiais.

Considerando um cenário de precárias condições de trabalho, em que a demanda vem sendo apresentada muito maior do que a capacidade de atendimento dos serviços públicos, a tendência de práticas fragmentadas e isoladas da totalidade é notória. Agravada a esta percepção, a própria lógica da sociedade capitalista contribui para esta visão fragmentada (tanto dos profissionais quanto dos sujeitos atendidos) que sem a percepção do contexto, podem mais facilmente incorrer a conclusões de culpa individual e determinismos em função de pertencimento a uma dada classe social.

Desta forma, o que fica claro nesta primeira aproximação ao tema é uma providência inicial, e emergente, que deve ser tomada pelos profissionais que são demandados a realizar este tipo de avaliação: a suspensão da cotidianidade, a superação do senso comum e a reflexão crítica sobre o fazer profissional. Mãos à obra!

REFERÊNCIAS

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Trad. Dora Flaksman. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1973.

BARROCO, M.L.S. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

TERRA, S.H. **Código de Ética do/a assistente social comentado**. CFESS(organizador). São Paulo: Cortez, 2012.

BERBERIAN, T.P. **Serviço Social e Avaliações de negligência contra criança e adolescente: Debates no campo da ética profissional.** 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

CALHEIROS, M; MONTEIRO, M.B. Mau trato e *negligência* parental: Contributos para a definição social dos conceitos. **Sociologia, problemas e práticas**, nº 34, p145-176, 2000.

FAVERO, E.T. **Questão social e perda do poder familiar.** São Paulo: Veras, 2007.

FUZIWARA, A. S. **Significados em disputa: Reflexão sobre a influência dos laudos técnicos dos assistentes sociais do judiciário paulista e das representações sociais na jurisprudências que tratam de “negligência” no cuidado de crianças e adolescentes.** XI CBAS, 2004.

GUERRA, V. N. de A. **Apostila Telecurso de especialização na área da infância e violência doméstica.** – 1 a/b pondo os pingos nos is. Guia prático para compreender o fenômeno, 1997.

HELLER, A. **O Cotidiano e a História.** 6 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

MARTINS, F.F.de S. **Crianças negligenciadas: a face (in-) visível da violência familiar.** 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica, Minas Gerais.

MELLO, I.L.M.A. **Negligência de crianças: contribuições para a avaliação de fatores de risco psicossociais.** 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto.

RIZZINI, I. **O SÉCULO PERDIDO: Raízes históricas das Políticas Públicas para a Infância no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2011.

DOCUMENTOS

BRASIL. Decreto – Lei nº. 2.848, de 7 de Dezembro de 1940. **Código Penal.**

_____. Lei Federal n 8.069 de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília, 1990.

CONGRESSO BRASILEIRO DE SERVIÇO SOCIAL. **Síntese do Primeiro Congresso Brasileiro do Serviço Social.** CEAS, 1947.

_____. II, 1961, Rio de Janeiro, R.J.. **Anais.** CBCISS.

_____. III, 1979, São Paulo, S.P. **Anais.** CFESS.

_____. V, 1987, São Paulo, S.P. **Anais,** CFESS.

_____. X, 2001, Rio de Janeiro, R.J., **Anais,** CFESS.

_____. XIII, 2010, Brasília, D.F., **Anais,** CFESS.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS. **Código de Ética do Assistente Social.** Brasília: CFESS, 1993.

ADOLESCENTES E A RELAÇÃO COM O TRÁFICO DE DROGAS: UMA QUESTÃO DE SOBREVIVÊNCIA?

Angela Michele Suave* ; Daniela Domiciano Castilho**

RESUMO: O presente trabalho relata experiências de adolescentes em situação de pobreza que cumprem medida socioeducativa de liberdade assistida e utilizam a atividade do tráfico de drogas como meio de sobrevivência. É resultado de uma pesquisa apresentada no curso de graduação em Serviço Social. Utilizamos a abordagem qualitativa para análise das entrevistas e um referencial teórico capaz de explorar o conhecimento deste recorte da realidade em sua totalidade. Conhecemos a particularidade de sujeitos para identificar que o tratamento do Estado é marcado pela violência e as políticas sociais são insuficientes para responder às necessidades dos adolescentes em seu processo de formação.

Palavras-chave: Questão Social; Tráfico de Drogas Medida sócio-educativa; Estado penal.

ABSTRACT: This work tells about teenagers' experiences that live in poverty, serve time in social measure of assisted freedom and use drug dealer activities as a survival way. It is a result of a finish work for a Social Service graduate course. We have used a qualitative view to analyze the interviews and a theoretical reference able to exploit the knowledge of this social segment. We knew people's particularities to identify that the Social State's treatment is marked by violence, and the social policies are insufficient to supply the teenagers' needs in their formation process.

Keywords: Social Education measurements, Drug traffic, Social questions.

INTRODUÇÃO

O presente artigo relata experiências de adolescentes em situação de pobreza que cumprem medida socioeducativa de liberdade assistida e utilizam a atividade do tráfico de drogas como meio de sobrevivência. É resultado de uma pesquisa apresentada no curso de graduação em Serviço Social na Universidade de Taubaté.

Os assistentes sociais, na atualidade, fazem parte de uma vanguarda que realiza intervenções cotidianas junto aos adolescentes envolvidos com a criminalidade. Estão diretamente ligados à Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que particulariza sua intervenção nesta realidade através dos Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS). Conforme o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS.

O CREAS é uma unidade pública e estatal, que oferta serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos (violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, etc.). É um equipamento que possui os serviços para situações que requerem uma proteção especial de média e alta complexidade, bem como os adolescentes que cumprem medidas socioeducativas em meio-aberto de Liberdade Assistida – LA (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2013, p. 1).

Uma vez que estes adolescentes são inseridos no Programa de Proteção Social Especial de Média Complexidade, significa que tiveram seus direitos violados, porém não romperam vínculos com familiares e comunidade, requerendo estruturação técnica e operacional, bem como atenção especializada e mais individualizada ou acompanhamento sistemático e monitorado.

* Assistente Social. Universidade de Taubaté. Mestrado em Serviço Social – PUC-SP. Email: michelesuave@hotmail.com.

** Assistente Social. Universidade de Taubaté. Email: dandan_castilho@yahoo.com.br.

A problemática do tráfico de drogas no país vem se alastrando significativamente, por questões diversas, dentre elas a atividade ilícita lucrativa que, aparentemente, serve como meio de sobrevivência para indivíduos que se encontram em situação de pobreza.

Essa particularidade denota a realidade de uma parcela significativa de adolescentes que se inserem na atividade de tráfico de drogas e a utiliza como meio de sobrevivência, visando encontrar uma maneira para suprir a precariedade da situação de pobreza em que sua família se encontra, abandonando seus estudos para se dedicarem à atividade do tráfico. Configura-se como uma das expressões da questão social, em que adolescentes que poderiam estar estudando e desenvolvendo sua capacidade intelectual se encontram nas favelas ou nas comunidades periféricas em um contexto marcado pelo tráfico de drogas. Tal atividade ilícita instaura a ilusão de se configurar como um meio mais rápido para obter dinheiro.

A escolha para o estudo desta temática justificou-se, especialmente, por evidenciar a necessidade de intervenção do Estado nestas relações sociais que são estabelecidas pelo crime e perpassam a vida de adolescentes em situação de vulnerabilidade social.

Do ponto de vista metodológico foi necessário pautar-se no conhecimento da particularidade de sujeitos que vivem essa realidade e em um referencial teórico para explorar o conhecimento deste recorte da realidade em sua totalidade, a partir de uma metodologia que se utilizou do instrumento da entrevista com os adolescentes para uma abordagem qualitativa.

Os adolescentes que foram sujeitos da pesquisa cumprem medida socioeducativa em meio aberto de Liberdade Assistida (LA), sendo o primeiro do gênero masculino com 15 anos de idade, que se envolveu com a atividade do tráfico através do vício causado pelas drogas, cursando a 5ª série do Ensino Fundamental, residente em Lorena- SP; e o segundo como Sujeito 2, do gênero feminino com 16 anos de idade, que se envolveu com a atividade do tráfico através de seu ex-namorado, está cursando a 7ª série do Ensino Fundamental na Educação para Jovens e Adultos, “trabalha” como “jovem aprendiz” numa empresa multinacional e reside em Aparecida-SP.

O universo de nossa pesquisa teve uma abrangência que se materializou em duas instituições que configuraram o seu cenário, pois no decorrer do processo tivemos dificuldades em encontrar nosso sujeito, inicialmente, em uma instituição nas cidades de Taubaté/SP e, posteriormente, em outra no município de Pindamonhangaba/SP. Os motivos atribuídos a essa dificuldade de acessarmos os sujeitos justificou-se ora pelas falhas do acompanhamento das próprias medidas socioeducativas, ora pela falta de vínculos estabelecidos com o sujeito.

Foi na cidade de Lorena/SP, então, que conseguimos contato com um sujeito que se relaciona de forma direta com o tráfico, e na de Aparecida/SP com outro indivíduo que atua de forma indireta, sendo que ambos cumprem medida socioeducativa de LA. Tal situação revelou as diversas faces da atividade do tráfico.

DESENVOLVIMENTO

Para compreendermos a vivência de tais adolescentes, primeiramente buscamos identificar a relação de sua situação com os aspectos socioeconômicos para compreender sua relação com as expressões da questão social e a forma como se materializa na atividade do tráfico de drogas em suas vidas. Outro aspecto importante abordado se relacionou com a precariedade nos serviços públicos, pois esses deterioram ainda mais a situação de fragilidade socioeconômica da juventude brasileira.

A questão social pode ser configurada como contradição entre capital e trabalho, sendo que este termo tem caráter abstrato, pois não podemos identificar a questão social em si, mas

sim suas expressões que se apresentam na sociedade em forma de pobreza, miséria, violência, desigualdade social, exploração, tráfico, entre outros. Como diz Yasbek:

Falar de ‘questão social’ é falar da divisão da sociedade em classes e a apropriação desigual da riqueza socialmente gerada. Desta forma, afirma colocar em questão “a luta pela apropriação da riqueza social. Questão que se reformula e se redefine, mas permanece substantivamente a mesma por se tratar de uma questão estrutural, que não se resolve numa formação econômica social por natureza excludente. Questão que, na contraditória conjuntura atual (...) assume novas configurações e expressões” (YASBEK, 2001 apud PASTORINI, 2004, p. 102).

Ainda, a concepção do termo “questão social” mais difundida no Serviço Social é a de Marilda Vilela Iamamoto e Raul Carvalho, em “Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica”:

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão (IAMAMOTO; CARVALHO, 1983, p. 77).

Historicamente, diversos autores acompanham o desenvolvimento econômico-social da humanidade. No Brasil, por exemplo, se houver uma análise do contexto histórico, identifica-se uma intensificação no processo de industrialização, avanços significativos nas áreas econômica, social, política e cultural; porém, essa trajetória também está repleta de desigualdades.

É importante contextualizar o desenvolvimento político e econômico do país para compreender a questão social que se apresenta na contemporaneidade, pois, juntamente ao crescimento econômico-político-social, o pauperismo se alastrou no país, trazendo consigo precariedade no mundo do trabalho: alienação, dominação do homem sobre o outro homem e desigualdades sociais, sendo estas mais agudas, com aspectos peculiares devido à subordinação econômica que resultava na divisão dos lucros.

A pobreza ocasionou inúmeras consequências à sociedade, dentre elas precarização no mundo do trabalho, uma vez que a dominação se intensificou até se configurar em exploração humana e alienação de trabalhadores. Assim como explica Antunes em sua obra “*Adeus ao trabalho*”:

(...) Mas, se por um lado, podemos considerar o trabalho como um momento fundante da vida humana, ponto de partida no processo de humanização, por outro lado, a sociedade capitalista o transformou em trabalho assalariado, alienado, fetichizado. O que era uma finalidade central do ser social converte-se em meio de subsistência. A força de trabalho torna-se uma mercadoria, ainda que especial, cuja finalidade é criar novas mercadorias e valorizar o capital. Converte-se em meio e não primeira necessidade de realização humana (ANTUNES, 1995, p. 124).

Com o crescimento dos trabalhadores enquanto classe e de suas famílias vivendo em amontoados e cortiços nas periferias das cidades, a insatisfação deles com a excessiva carga horária de trabalho e com os baixos salários obrigou o Estado a promover algumas concessões que, na verdade, também serviam para o controle das massas que se chocavam com os interesses do capital.

Segundo Marx, (1988) em sua obra *O capital*, a ontologia social, ou seja, a ciência do ser, (como o homem se constitui como homem), é a base para a construção da realidade humano-social, cuja essência se dá na produção da vida material (pelo trabalho), pois o homem é sujeito e objeto de sua criação; sujeito quando cria e objeto quando utiliza. O trabalho institui

a dimensão social do homem; para ele, o trabalho como categoria ontológica é o cerne da humanização, pois é pelo trabalho que o homem transforma a natureza e a si próprio, através de diferentes mediações, dentre as quais, destaca-se a criação dos seus instrumentos de trabalho. Sendo assim, o trabalho condiciona a existência humana. Essa obra de Marx foi citada pelo autor:

Marx havia demonstrado que o trabalho é fundamental na vida humana porque é condição para sua existência social: "Como criador de valores de uso, como trabalho útil, é o trabalho, por isso, uma condição de existência do homem, independentemente de todas as formas de sociedade, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, vida humana". (Marx, 1971: 50). E, ao mesmo tempo em que os indivíduos transformam a natureza externa, alteram também a sua própria natureza humana, num processo de transformação recíproca que converte o trabalho social num elemento central do desenvolvimento da sociabilidade humana (ANTUNES, 1995 p. 126).

O trabalho perde sua categoria ontológica, sua particularidade, quando o homem perde o seu objetivo, centralidade, o prazer por sua criação.

(...) O que deveria ser a forma humana de realização do indivíduo reduz-se à única possibilidade de subsistência do despossuído. Está é a radical constatação de Marx: a precariedade e perversidade do trabalho na sociedade capitalista. Desfigurado, o trabalho torna-se meio e não "primeira necessidade" de realização humana. Na formulação contida nos Manuscritos, "...o trabalhador decai a uma mercadoria e à mais miserável mercadoria", torna-se "um ser estranho a ele, um meio da sua existência individual" (ANTUNES, 1995 p. 124).

A perda do objetivo central do trabalho realizado pelo homem se dá através da alienação condicionada pelo sistema burguês no modo de produção capitalista; contudo, o trabalho é desenvolvido de modo em que o homem perca a especificidade de sua atividade, ou seja, a intenção real é que o homem concretize seu trabalho, porém não tenha consciência do mesmo. Explica-se que no sistema de produção capitalista é onde ocorrem as relações de produção, sendo que é nestas relações que se transforma o capital. Esta relação de produção só existe devido ao trabalho.

O sistema de produção capitalista divide a sociedade em classes sociais e estas se determinam através da posição que as pessoas ocupam na sociedade capitalista. Desta forma, podemos identificar como burgueses aqueles que detêm os meios de produção, e trabalhadores aqueles que utilizam da força de seu trabalho para sobrevivência. Wiliam Felipe (2008), em "*As classes sociais no capitalismo*", afirma: "A sociedade divide-se cada vez mais em dois campos hostis, em duas grandes classes que se defrontam: a burguesia e o proletariado."

Contudo, identificamos que os burgueses necessitam dos trabalhadores para produzirem e reproduzirem sua riqueza, pois através das relações de produção o trabalhador vende sua força de trabalho em troca de salário à classe burguesa; esta, por sua vez, explora o trabalho do operário com o objetivo de acumular capital e não garantir condições de vida para toda a população, retirando do trabalho realizado pelo trabalhador o que denominamos "mais valia", ou seja, que se configura como trabalho excedente não pago.

Nesta relação contraditória entre trabalho e capital (trabalhadores e detentores dos meios de produção) é que identificamos a questão social, estabelecendo sua relação com o trabalho nos meios de produção capitalista. As expressões da questão social aparecem na vida dos sujeitos de diversas formas, dentre elas na utilização do tráfico de drogas como meio de sobrevivência em decorrência da pobreza.

A situação de pobreza que vem se alastrando no cenário de vida da classe trabalhadora tomou uma profunda dimensão, uma vez que pode ser caracterizada como a origem da

associação ao tráfico de drogas para adolescentes que estão nesta situação e utilizam do mesmo para manterem seu sustento e de sua família. Assim como a autora conceitua a pobreza:

[...] Abordo a pobreza como uma das manifestações da questão social, e dessa forma como expressão direta das relações vigentes na sociedade, localizando a questão no âmbito de relações constitutivas de um padrão de desenvolvimento capitalista, extremamente desigual, em que convivem acumulação e miséria. Os "pobres" são produtos dessas relações, que produzem e reproduzem a desigualdade no plano social, político, econômico e cultural, definindo para eles um lugar na sociedade. Um lugar onde são desqualificados por suas crenças, seu modo de se expressar e seu comportamento social, sinais de "qualidades negativas" e indesejáveis que lhes são conferidas por sua procedência de classe, por sua condição social. Este lugar tem contornos ligados à própria trama social que gera a desigualdade e que se expressa não apenas em circunstâncias econômicas, sociais e políticas, mas também nos valores culturais das classes subalternas e de seus interlocutores na vida social. Assim sendo, a pobreza, expressão direta das relações sociais, "certamente não se reduz às privações materiais (YAZBEK, 2009, p. 73-74).

A pobreza, por vezes, exclui o indivíduo nas tramas sociais; a sociedade capitalista denomina um lugar às pessoas em situação de pobreza, um lugar desfavorável que as qualifica por sua postura, educação, cultura, que geralmente são precárias e historicamente negativadas. Essas pessoas não são desprovidas apenas de bens materiais, mas também da vida política e do acesso aos bens e à dignidade da vida humana. As marcas da população empobrecida consistem em experiências de fome, más condições habitacionais, desemprego, debilidade de saúde, ignorância, entre outros; essas condições podem ser naturalizadas pelo Estado e sociedade, assim como banalizadas e, recentemente, criminalizadas.

A pobreza, por seu caráter excludente, pode colocar o adolescente na atividade do tráfico de drogas pelo fato de ele não conseguir outros meios de prover seu sustento. Cotidianamente os adolescentes em situação de pobreza que vivem na periferia são vítimas de preconceitos, o "menino pobre" pode ser chamado de "faveladinho", "trombadinha", "maloqueirinho", entre outros. Assim, a sociedade o impossibilita de realizar atividades legais educativas, com o objetivo de atender às demandas do adolescente que está em condição peculiar de desenvolvimento, assim como descreve o Estatuto da Criança e Adolescente:

Art. 3º- A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003, p. 13).

Por fim, há uma naturalização da desigualdade, incitando o apoio da população a práticas ¹fascistas para conter o que sai do "controle capitalista", bem como o uso da força, a pena de morte, o armamento indevido, linchamentos, a xenofobia. Todos esses fatores são responsáveis para a inserção do adolescente na atividade do tráfico de drogas.

OS SERVIÇOS PÚBLICOS E A VIDA DOS ADOLESCENTES

Na análise dos dados da pesquisa foram evidenciadas as condições reais e concretas na particularidade da vida dos adolescentes para a identificação das expressões da questão social.

¹ Fascista, segundo o dicionário Priberam da Língua Portuguesa, consiste em "Tendência para o excesso de autoritarismo ou para o controle ditatorial".

Assim, foram abordados aspectos relacionados ao acesso à educação, ao transporte, e suas relações familiares no espaço habitacional.

A aparência da atividade ilícita do tráfico de drogas é a afirmação de uma cultura já introduzida nas relações sociais na particularidade das periferias. A compreensão é a de que a gênese desta situação está na forma como se constitui a sociedade capitalista, pela desigualdade na distribuição das riquezas socialmente produzidas. Bem como identificamos no relato do adolescente:

Sujeito 1: “Eu vendendo drogas eu tirava o dinheiro para mim usar, pegava a pedra (crack) e vendia para pessoa e depois pegava o dinheiro e comprava pedra pra mim fumar.”

Sujeito 2: “Meu ex-namorado traficava pra usar, e dava as coisas pra avó dele, e ela é muito velha, só tinha a aposentadoria, daí ele que comprava as coisas na casa.”

Em ambos os relatos identificamos condições socioeconômicas precárias, quando os adolescentes afirmam que utilizavam da atividade do tráfico para manter um vício ou até mesmo como complemento da renda familiar, desta forma compreendemos que o tráfico de drogas também se constituiu para esses adolescentes como uma expressão da questão social.

As políticas sociais poderiam ser constituintes de uma ação estatal que vislumbrasse modificar a realidade social desses adolescentes, porém o que encontramos foi a precariedade dos serviços públicos que estão longe de alcançar esse objetivo, bem como na área da educação, no transporte, nas condições de moradia e trabalho.

Sujeito 1: “A escola é mais ou menos dona, lá só tem vândalo dona, não tem como ficar lá não. (...) Ah, nós senta lá, eles começam tacar papel, começa desrespeitar a dona, daí não tem como nem estudar não dona.”

Sujeito 2: “Eu to estudando ainda, mas repeti o ano, eu to na 7º série, fazendo supletivo, faço a noite.”

Sujeito 1: “Moro com minha tia e meus primos, mas eu chamo minha tia de mãe e os meus primos de irmãos. (...) Não quis morar com minha mãe porque ela mora lá com meus irmãos, lá perto da pista lá, (...) Eu tenho muito irmãos. 10 irmãos! Daí eu falei para o meu pai: “Pai deixa eu morar na casa da tia lá”, daí ele levo eu lá.”

Sujeito 2: “Meu pai tem outra mulher, ele mora em SP. E minha mãe tá com meu padrasto, mas só mora eu, minha mãe e minha irmã. Temos dificuldades [financeiras], minha mãe recebe bolsa família, mas eu ajudo ela, to no ação jovem que faço curso e renda cidadão e a pensão do meu pai que é de R\$ 400,00.”

Sujeito 1: “Ah, minha mãe mora lá com meus irmãos, lá perto da pista lá, na casa nova lá que fizeram.(...) É muito longe para mim ir na escola dona, a pé ainda, lá perto do Anexo lá. Perto da Dutra, a pé, daí eu perdia a hora.”

Tais relatos ressaltam a precariedade nos serviços públicos, que deterioram ainda mais a situação de fragilidade socioeconômica da juventude brasileira. Encontra-se na fala dos adolescentes expressões da realidade quanto ao sistema de ensino precário na rede pública estadual de ensino, administrada por um governo elitista que prioriza a manutenção da ordem burguesa e ainda a dificuldade de mobilidade urbana, ou seja, o uso do transporte para o acesso à educação.

Na relação das políticas sociais com a particularidade dos adolescentes envolvidos com a atividade ilícita do tráfico de drogas a intervenção estatal também está presente. Há legislação para a defesa e proteção das crianças e adolescentes, porém encontramos numerosas

contradições entre lei e realidade. Na análise do Estatuto da Criança e do Adolescente encontramos em seus artigos:

Art. 3º- A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 2003, p. 13).

Art. 5º- Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da Lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 2003, p. 13).

Sendo assim, os relatos dos sujeitos tornam-se claramente antagônicos à lei. Bem como:

Sujeito 1: “O GIR (Grupo de Intervenção Rápida) cacetou todo mundo (...). Nossa dona, bate muito, aqueles cachorrão babando do seu lado assim dona, de olhar dá até medo, mas graças a Deus não tô mais lá, não quero ir pra lá mais não dona.”

Sujeito 2: “Tratava a gente com grosseria, teve até um funcionário que bateu nas meninas lá, daí fizeram rebelião; (...) bateu mesmo, daí começaram a quebrar tudo, fazer rebelião eu fiquei só olhando, quebraram registro, daí só vi um monte de homem de preto vindo, chamou a gente de vagabunda um monte de coisa, mandou deitar no chão de cabeça baixa, maior tempão, dormimos assim. (...) Daí foi todo mundo algemada para dormir, cada um sofreu. Eu mesmo que não participei soufri.”

A Constituição Federal Brasileira apresenta educação, saúde, assistência social, como direitos conquistados historicamente, embora ainda tenhamos que lutar pelos mesmos nos dias atuais. O autor Vieira (2004), em sua obra “*Os direitos e a política social*”, realiza uma fundamentada discussão na qual afirma que os direitos sociais são “declarações de intenções”, uma vez que os direitos não são efetivados; instituídos em Estados de Direitos Democráticos:

Estados de direito democrático, ou se quiser, essas democracias formais, estão instaladas em sociedades muito pouco democráticas. Tal situação constitui sério risco, pois o que garante os estados de direitos são as sociedades democráticas. Atualmente, essas sociedades pouco democráticas, ou até mesmo pouco mobilizadas em prol de questões democráticas, possuem estados de direito democráticos. Edificam-se estados de direito democrático em sociedades limitadas em suas manifestações e interesses, com forte presença autoritária, na prática política e na própria cultura. São sociedades que passam por sérias transformações econômicas, que as levam, nos últimos dez anos ou quinze anos, a uma política econômica com política social direcionada a cuidar momentaneamente de indigentes, de maneira focalizada, dispersa e seletiva. Aparecem programas e diretrizes relacionadas com a política social; tais programas e diretrizes em si revelam somente pretensões de uma política social. Quase sempre não se concretizam apenas se transformam em programas e diretrizes para serem exibidos à sociedade, sem intervenção nela, porque não têm função de intervir (VIEIRA, 2004, p. 104).

Essa situação contraditória e até antagônica entre ter direitos garantidos em lei e a efetivação das políticas não garante os direitos sociais da população, e sim, o controle e maquiamento do aparelho estatal como ‘estado de bem estar social’.

Reafirma-se em nossa história de conflitos entre as classes sociais e a intervenção estatal que ora se plasma a partir de ações repressivas contra os movimentos sociais e por ora é obrigada a implantar políticas sociais para o atendimento das reivindicações da luta popular. Essa lógica da ação estatal permanece nos dias atuais, a exemplo da particularidade vivida pelos adolescentes que cumprem medidas socioeducativas.

Ainda que legalmente os adolescentes que cumprem medida socioeducativa sejam considerados portadores de direitos, na prática a ação estatal permanece combinando a implantação dessa política social de atendimento com a repressão policial. O tratamento do Estado em relação à juventude é marcado pela violência e repressão policial e está presente no cotidiano dos adolescentes que cometem atos infracionais, conforme foi relatado em uma situação vivenciada por ambos os sujeitos:

Sujeito 1: “O GIR cacetou todo mundo (...). Nossa dona bate muito, aqueles cachorrão babando do seu lado assim dona, de olhar dá até medo, mas graças a Deus não to mais lá, não quero ir pra lá mais não dona.”

Sujeito 2: “Lá era tudo diferente né. Eu entrei lá, eu fiquei com medo né, daí entrei lá, o homem falou, mão para trás mocinha porque aqui você não está na sua casa não, você está presa. Eu pensei assim “nossa”.

Com grosseria, teve até um funcionário que bateu nas meninas lá, daí fizeram rebelião, isso até eu tenho que contar para a juíza, não contei ainda. Foi assim, as meninas lá, você sabe tudo mulher ficam com mulher, mas eu não ficava com ninguém, ficava mais na minha,daí eu era a única loira lá, daí todas queriam ficar comigo, mas eu não queria ficar com ninguém, daí gente foi dormir, daí no meu quarto 35 tinha uma menina o nome dela era ²Meg ela mostrou a língua para menina lá, que o nome dela era ³Loren e o diretor lá, Robert⁴ o nome dele viu e pegou no cabelo dela e falou “para de mostrar a língua para ela e começou a bater na menina, daí veio outra separar daí foi todo mundo para cima dele. Não bateu nele foram separar. Bateu mesmo, daí começaram a quebrar tudo, fazer rebelião eu fiquei só olhando, eu não conheço, quebraram registro, fazer um monte de coisa , daí só vi um monte de homem de preto vindo, chamou a gente de vagabunda um monte de coisa, mandou deitar no chão de cabeça baixa, maior tempão , dormimos assim.

É mais porque o diretor bateu na outra e começaram a quebrar tudo. Daí foi todo mundo algemada para dormir, cada um sofreu. Eu mesmo que não participei sofri.”

Essa situação de repressão é histórica em nosso país, e seus reflexos ainda estão presentes no cotidiano, devido ao período da ditadura militar, quando ocorreu o fim do regime democrático e a direção das forças armadas assumiu o controle político do governo. “Mandam a alta cúpula militar, os órgãos de informação e repressão, a burocracia técnica do Estado” (FAUSTO, 2012, p. 513).

Algumas normas de “adestramento” são usadas como disciplinadoras também aos adolescentes nos dias de hoje. Eles não têm liberdade de se expressar, submetendo até necessidades fisiológicas a regras e desejos de um mandante, como ficou explícito na fala do sujeito 1:

Sujeito 1: “Ah, aqui em Lorena você pode levantar, ir no banheiro, mas lá em São Paulo não, você tem que levantar a mão para depois pedir pra ir no banheiro. É muito diferente. (...) É chegar na Fundação, tem que tirar toda roupa da rua daqui de fora, e coloca o uniforme da Fundação que é Verde, chinelo azul, cueca verde e a camisa branca, calça verde, daí tem que falar bom dia senhor, bom dia senhora.”

Identificamos que o tratamento do Estado em relação à juventude é marcado pela violência e repressão policial e está presente no cotidiano dos adolescentes que cometem atos infracionais, conforme foi relatado em uma situação vivenciada por ambos os sujeitos. Desta

² Nome Fictício mencionado pelo Sujeito.

³ Nome Fictício mencionado pelo Sujeito.

⁴ Nome Fictício mencionado pelo Sujeito.

forma entendemos que a ação estatal na prática, combina a política social de atendimento com a repressão policial.

Contudo, relacionamos a intervenção do Estado e a repressão policial com os impactos causados nas medidas socioeducativas e vivência dos adolescentes. Assim, analisamos que o Estado, a partir do momento em que repreende, vigia, controla e pune, se torna um Estado penal, fazendo com que as medidas socioeducativas fiquem estritamente nas leis, nos projetos, tornando-as apenas utópicas, sem efetividade.

Ainda, concordamos com a afirmação de que punição e repressão não modificam resultados ou apresentam provas positivas; pelo contrário, engrossam estatísticas, aumentam a reincidência e contribuem para a reprodução da política do crime.

CONCLUSÃO

Posteriormente à discussão que realizamos acerca do assunto de como os adolescentes utilizam a atividade do tráfico de drogas como meio de sobrevivência, identificamos como provenientes as condições de vida dos mesmos. Partimos da totalidade de sua vivência para entendermos o adolescente como parte da sociedade capitalista.

Identificamos também que constituímos ao longo da história a participação para reprodução do descumprimento da lei, pois educamos baseados na punição e repressão. Quando o Estado pune para educar está produzindo uma sociedade violenta que acredita em um sistema de punição eficaz. Afirma o pensamento moldado da classe conservadora que acredita nessa punição pelas leis e pelo Estado, dado o esforço em retroagir avanços.

Ainda, com a legislação de amparo do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), não podemos permitir que se continue reproduzindo políticas públicas ilusórias que somente atendam ao interesse do capital e que visem à manutenção da ordem burguesa. Apontamos a ideia de que toda a sociedade tem que zelar pelos seus direitos e se unir para efetivá-los.

Com a materialidade e essência do que trouxe a fala dos sujeitos, perseguimos a questão social como causalidade de nossa hipótese. Podendo afirmar que a fome, a miséria, o desemprego, a violência, encontra subsídios no tráfico de drogas, que lhes serve como um meio de sobrevivência direta ou indiretamente.

Os desafios postos é lutarmos pela efetiva implementação do ECA, SINASE, Constituição Federal; enfim, pelos nossos direitos e por uma sociedade justa e igualitária, focando na emancipação do homem como sujeito de direitos, implantando políticas públicas de qualidade que ultrapassem o campo de limites e utopias.

Contudo, há que se pensar nas possibilidades de intervenção do Estado, pela via das políticas sociais, como forma de contestar a violência imposta pelo tráfico de drogas aos adolescentes que estão em período de formação. É necessário que a população se mobilize pelo direito a políticas de educação, saúde, trabalho, lazer, dentre outros, para suprir suas necessidades.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; Campinas: UNICAMP, 1995.

FAUSTO, Bóris. **História do Brasil**. 14. ed. São Paulo: EDUSP, 2012.

BRASIL. Lei n.º 8.609, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 4. ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2003.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 8. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Centro de Referência Especializado da Assistência Social**, 2013. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaoespecial/creas>>. Acesso em: 23 out. 2013.

PASTORINI, Alejandra. **A categoria “Questão social” em debate**. São Paulo: Cortez, 2004. v. 109.

VIEIRA, Evaldo. **Os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2004.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

CASTRO. Mary Garcia; Abramovay, Miriam. Jovens em situação de pobreza, vulnerabilidades sociais e violências. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 116, p. 143-176, jul. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n116/14402.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

FELTRAN. Gabriel de Santis. Governo que produz crime, crime que produz governo: o dispositivo de gestão do homicídio em São Paulo (1992-2011). **Revista Brasileira Segurança Pública**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 232-255, ago./set 2012. Disponível em: <http://www.propq.ufscar.br/producao-cientifica/artigo1_1-gabriel-feltran.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2014.

FIDELIS. Jussara Nelia. **Tráfico e Políticas Públicas**: o que a venda de drogas quer desvendar na sociedade? 2007. 139f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, Departamento de Ciência Política, Salvador; Lisboa, 2007.

TADDEO, Carlos Eduardo. **A guerra não declarada na visão de um favelado**. São Paulo: Carlos Eduardo Taddeo, 2012.

A MEDIAÇÃO DE CONFLITOS E A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

Mônica Maria Nunes da Trindade Siqueira* ; Andréa Aparecida Machado**

RESUMO: Este artigo propõe apresentar a experiência profissional de assistentes sociais, em 2008, na Defensoria Pública do Estado de São Paulo – Regional Taubaté proporcionando atendimento social e jurídico às famílias em conflito familiar e/ou violência doméstica. A mediação é um método de resolução de conflitos em que um terceiro coordena reuniões com as partes. Os atores são co-responsáveis pelo resultado das relações que estabelecem entre si. Observou-se redução no número de cautelares e de famílias encaminhadas para litígio, mudanças nos relacionamentos entre as partes em litígio com mais diálogos e acordos, além da tendência à manutenção de vínculos afetivos de continuidade.

Palavras-chave: Mediação Familiar; Conflitos; Serviço Social.

ABSTRACT: This article aims to present the professional experience of social workers, in 2008, the Public Defender of the State of São Paulo - Regional Taubaté providing social and legal assistance to families in family conflict and / or domestic violence. Mediation is a method of dispute resolution in which a third coordinate meetings with the parties. The actors are co-responsible for the result of the relationships established between them. We observed a reduction in the number of precautionary and families referred for litigation, changes in relationships between the parties in dispute over dialogues and agreements, beyond the tendency to maintain emotional ties of continuity.

Keywords: Family Mediation, Conflict, Social Service

INTRODUÇÃO

Este artigo se propõe apresentar a experiência profissional de dois assistentes sociais no Setor de Mediação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo-Regional Taubaté, realizada por meio do convênio com a organização não-governamental Pró-Mulher, Família e Cidadania. Pretende também contribuir com o mundo acadêmico trazendo um novo campo de atuação para o Serviço Social no âmbito jurídico e uma metodologia que pode ser aplicada em outras áreas de atuação do assistente social.

Este artigo aborda as características da Defensoria Pública-Regional Taubaté, o convênio com a ONG Pró Mulher, Família e Cidadania, conceito e o histórico de mediação de conflitos, metodologia, os resultados e avaliação da experiência realizada pelos profissionais.

A DEFENSORIA PÚBLICA NO ESTADO DE SÃO PAULO

A Defensoria Pública é uma instituição que presta assistência jurídica gratuita e integral a pessoas que não tenham condições financeiras de pagar por esse serviço, atuando em casos de Justiça Estadual conforme está previsto no artigo 5º, parágrafo LXXIV da Constituição Federal de 1.988: “O Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos”. (BRASIL, 2002, p. 12).

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo foi criada pela Lei Complementar Estadual nº 988, de 09 de janeiro de 2006. A promulgação dessa lei ocorreu em função de crescente pressão feita por diversos setores da sociedade civil, o que culminou no movimento pela criação da Defensoria, em meados de 2002. (SAIBA MAIS..., 2008, p. 1).

* Assistente Social. Universidade de Taubaté. Mestrado em Psicologia da Educação. Email: monica.mnts@uol.com.br.

** Assistente Social. Prefeitura Municipal de Osasco. Email: andreaapm@ig.com.br.

Apesar de já estar prevista na Constituição Federal de 1.988, o Estado de São Paulo esperou aproximadamente dezoito anos para instituir a sua própria Defensoria. Até então o serviço de assistência jurídica gratuita era feito pela Procuradoria de Assistência Judiciária (PAJ), sub-órgão da Procuradoria Geral do Estado.

Mesmo a PAJ tendo grande reconhecimento em função da qualidade de sua atuação perante o Judiciário, a criação da Defensoria Pública foi o marco pelo qual a população de baixa renda do Estado de São Paulo passou a ser atendida por uma instituição autônoma e independente.

A Defensoria possui unidades em várias cidades do Estado de São Paulo e conta com convênios para atender os municípios onde não possui unidade própria.

Ela atua em qualquer espécie de caso que seja de competência da Justiça Estadual. Atua em processo na Justiça Paulista, contudo, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo é responsável por todos os recursos cabíveis em ação judicial de sua competência – até mesmo em sede de Tribunais Superiores: para isso, possui representação própria na cidade de Brasília. A Lei que a instituiu prevê, inclusive, que a Defensoria recorra às Cortes Internacionais, quando for o caso.

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo atua em muitos tipos de casos, uma vez que a competência da Justiça Estadual é extremamente ampla, ela pode atuar em processos em andamento; defender os direitos de pessoas que estão sendo processadas e promover acordos e conciliações entre pessoas em conflito para evitar processo na Justiça. Destacam-se as seguintes áreas de atuação:

- *Área Cível*: Direito Civil, Direito de Família e de sucessões, Direito do Consumidor, Direito Urbanístico, Direito Ambiental, Direito à saúde, garantias Constitucionais, entre outros.

- *Tutela Coletiva*: defesa coletiva dos cidadãos – nas áreas de habitação, urbanismo, saúde, meio-ambiente e defesa do consumidor.

- *Área Criminal*: defesa dos réus de forma ampla e abrangente ou em defesa da vítima, especialmente nas hipóteses de Juizados Especiais ou de aplicação da Lei Maria da Penha.

- *Área da Infância e Juventude* – defesa de adolescentes acusados de terem cometido atos infracionais ou que cumprem medidas sócio-educativas e, em atendimento de outros problemas relacionados à criança e adolescentes (abrigo, adoção ou guarda, etc)

- *Área de Execução Criminal*: atende àqueles que estejam cumprindo pena após condenação judicial pelo cometimento de um crime com a formulação de pedidos de progressão de regime, liberdade condicional, indulto, defesa em faltas disciplinares, etc.

A Defensoria tem como critério, em geral, atender aquelas pessoas que possuem renda familiar de até três salários mínimos, casos excepcionais são avaliados.

Os Defensores são formados em Direito e prestaram um concurso público específico para prestar assistência jurídica gratuita nas áreas cível, família, criminal e execução criminal. Eles possuem prerrogativas, destacando-se a independência funcional, o acesso irrestrito a estabelecimentos prisionais e de internação de adolescentes, poder de requisitar documentos a órgãos públicos, examinar autos sem procuração, solicitar auxílio de demais autoridades para o desempenho de suas funções. Os Defensores atuam de maneira institucional mediante planejamento administrativo e intercâmbio de informações e teses jurídicas.

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo no mês de julho de 2007 assinou com a ONG Pró-Mulher, Família e Cidadania, seu primeiro convênio (CGA nº 05/2007) para atendimento multidisciplinar com psicólogos e assistentes sociais, visando à solução amigável de conflitos.

A Pró-Mulher, Família e Cidadania é uma Organização Não-Governamental, fundada em 1.977, em São Paulo, por um grupo de mulheres politicamente engajadas. Naquele momento as questões a respeito da mulher eram abrangentes e baseavam-se na luta contra preconceitos, as discriminações e a violência. O trabalho era voltado, na prática, para a garantia dos direitos da mulher, condições de vida, saúde e reprodução. Assim a Pró-Mulher, Família e Cidadania foi direcionando sua demanda para um atendimento jurídico especializado em questões de violência contra as mulheres.

A Pró-Mulher, Família e Cidadania têm como objetivos gerais a administração pacífica de conflitos de gênero e família; sua prevenção e intervenção junto à população em situação de violência, suas conseqüências; garantia dos princípios dos Direitos Humanos e da Cidadania; capacitação e formação de agentes multiplicadores em mediação voltada a conflitos e violência de gênero e família e capacitação em Direitos Humanos.

Os meios de intervenção da Pró-Mulher, Família e Cidadania são a capacitação e formação de agentes públicos e sociais em Direitos Humanos e técnicas de mediação com supervisão continuada; atuação direta junto às comunidades, através de núcleos de atendimento (em mediação, jurídico e psicossocial) e criação de núcleos de mediação nos fóruns (Varas de Família e Juizados Especiais) e na comunidade (escolas e outros equipamentos sociais).

Nos últimos anos a Pró-Mulher, Família e Cidadania desenvolveu uma metodologia específica de Mediação Interdisciplinar Institucional. Sua equipe técnica intervém em todos os seus projetos de mediação considerando as situações de conflito e violência, perfil socioeconômico, o contexto familiar e social, o sistema familiar, a individualidade de cada um dos envolvidos no contexto do conflito/violência, aspectos culturais e a necessidade/possibilidade da transformação de padrões de comportamento, baseados nos usos e costumes individuais, familiares e culturais.

O convênio CGA nº 05/2007 firmado em julho de 2007 entre a Defensoria e a Pró-Mulher, Família e Cidadania visava a solução amigável de conflitos e tinha como objetivos a prestação de serviços de apoio à assistência jurídica, integral e gratuita à população por meio de mediação institucional, buscando acordos entre pessoas em litígio por meio da transformação da dinâmica adversarial, comum no tratamento de conflitos para uma dinâmica cooperativa, promovendo a possibilidade de estabelecer uma comunicação entre as partes, com intuito de chegar a um consenso, prevenindo conflitos futuros.

FLUXO DE ATENDIMENTO

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo-Regional de Taubaté tinham quatro defensores, sendo dois no atendimento na área de família e dois na área cível; havia ainda um defensor que atendia em sistema de plantão semanalmente os casos da área criminal no ano de 2008 onde se deu esta experiência.

Devido a grande demanda de atendimentos havia casos que eram encaminhados para outros advogados que atendiam através de convênio entre a Defensoria Pública do Estado de São Paulo e a Ordem dos Advogados do Brasil.

O primeiro atendimento era feito pelo estagiário de direito em uma triagem realizada diariamente no período da manhã. No período da tarde aconteciam os atendimentos de urgência em esquema de plantão. Os estagiários eram sempre acompanhados por um defensor.

Após a triagem era definido em qual área o assistido seria atendido e quem seria o seu defensor, então era agendado um atendimento com estagiário deste defensor que iniciaria o processo. Para cada defensor havia uma equipe de estagiários de direito. Na triagem ou durante

o processo o estagiário e defensor podiam identificar situações de conflitos e questões sociais, então o assistido era encaminhado ao Setor de Mediação, composto por dois profissionais – podendo ser dois assistentes sociais, dois psicólogos ou um assistente social e um psicólogo.

Os conflitos atendidos pelo Setor de Mediação na Defensoria Pública-Regional Taubaté envolviam **direito de família**: busca e apreensão de menor, separação, reconhecimento de paternidade e dissolução de união estável, fixação de guarda, regulamentação de visitas, alimentos e a **área cível**: indenização, locação/despejo, anulação de doação, obrigação de fazer, inventário.

EQUIPE TÉCNICA DO SETOR DE MEDIAÇÃO

Na Defensoria Pública do Estado de São Paulo-Regional Taubaté, o Setor de Mediação funcionou no período de outubro de 2007 a abril de 2008, quando encerrou o convênio entre a Defensoria Pública do Estado de São Paulo e a Pró-Mulher, Família e Cidadania.

Inicialmente o trabalho era realizado por uma assistente social que se desligou da ONG em 2007, posteriormente as mediadoras foram uma assistente social e uma psicóloga que se desligaram no início de 2008 e finalmente duas assistentes sociais, que permaneceram até o encerramento do convênio.

Estas últimas técnicas trabalharam no período de fevereiro a abril de 2008. A carga horária era de 20 horas semanais. No início, durante o processo de integração na Defensoria, as técnicas realizavam os atendimentos em conjunto, em dois dias da semana. Em razão do volume de assistidos a serem encaminhados para o Setor de Mediação, os atendimentos passaram a ser realizados de segunda a quinta-feira. Na sexta-feira os profissionais participavam de supervisões sistemáticas na Pró-mulher, Família e Cidadania em São Paulo. Eram discutidos os casos atendidos relacionados a intervenção, elaboração de relatórios e questões administrativas.

CONCEITO DE MEDIAÇÃO DE CONFLITOS

Segundo Sampaio e Braga Neto (2007, p. 19) “Mediação é um método de resolução de conflitos em que um terceiro independente e imparcial coordena reuniões conjuntas ou separadas com as partes envolvidas em conflitos.” Objetiva mudar a relação entre os indivíduos atingindo a satisfação dos interesses e necessidades de ambos, estimular o diálogo para que alcancem a solução das controvérsias em que estão envolvidas.

A mediação está longe de ser uma prática do senso comum, diz Muszkat:

A mediação de conflitos tem como finalidade buscar acordos entre pessoas em litígio por meio da transformação da dinâmica adversarial, comum no tratamento de conflitos, para uma dinâmica cooperativa, improvável nesse contexto (MUSZKAT, 2005, p. 13).

A Mediação surgiu na Universidade de Havard, nos Estados Unidos na década de 70, na área do Direito, como alternativa extrajudicial. Ao longo do tempo ganhou transversalidade e identidade própria com a influência de inúmeras áreas do conhecimento e inúmeras culturas.

No Brasil tem-se hoje a Resolução nº 125, de 29 de novembro de 2010 que dispõe sobre a Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses no âmbito do Poder Judiciário e dá outras providências. Anterior a esta resolução havia um Projeto de Lei de Mediação (PL 4.827/1998). Diz Alves:

Elaborado pela Deputada Federal Zulaiê Cobra, o projeto iniciou sua longa trajetória legislativa no Congresso Nacional em 1998. Continha, originalmente, apenas 7 artigos, mas sofreu alterações diversas ao longo de sua jornada, principalmente

depois de apresentado ao Senador Pedro Simon, responsável pela redação atual, que contém 47 artigos, divididos em 6 capítulos. Em 21 de junho de 2006, a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) do Senado aprovou o Projeto de Lei Complementar (PLC) n. 94/2002, e, posteriormente[1], o Plenário do Senado Federal confirmou a aprovação do texto. Agora, o mencionado projeto retornará à sua casa de origem (Câmara dos Deputados), em razão das alterações sofridas e, depois, seguirá para sanção presidencial (ALVES, 2006, p. 1).

Neste texto substituto apresentado pelo Senador Pedro Simon, os artigos 9º ao 12º do Capítulo II do Projeto de Lei Complementar nº 94/2002 definia quem poderia ser mediador e como se classificavam:

Art. 9º- Pode ser mediador qualquer pessoa capaz, de conduta ilibada e com formação técnica ou experiência prática adequada à natureza do conflito, nos termos desta Lei.

Art. 10º- Os mediadores serão judiciais ou extrajudiciais.

Art. 11º- São mediadores judiciais os advogados com pelo menos três anos de efetivo exercício de atividades jurídicas, capacitados, selecionados e inscritos no Registro de Mediadores, na forma desta Lei.

Art. 12º- São mediadores extrajudiciais aqueles independentes, selecionados e inscritos no respectivo Registro de Mediadores, na forma desta Lei. (BRASIL, 2006, p. 3) grifo nosso.

Havia também o Provimento 953/2005 que “autoriza e disciplina a criação, instalação e funcionamento do ‘Setor de Conciliação ou de Mediação’ nas Comarcas e Foros do Estado [de São Paulo].” (SÃO PAULO, 2005, p. 1). O Provimento 953/2005 era claro no que se referia aos profissionais que poderiam atuar no setor de mediação de conflitos:

Art. 3º - Poderão atuar como conciliadores, voluntários e não remunerados, magistrados, membros do Ministério Público e procuradores do Estado, todos aposentados, advogados, estagiários, psicólogos, assistentes sociais, outros profissionais selecionados, todos com experiência, reputação ilibada e vocação para a conciliação, previamente aferida pela Comissão de Juízes ou Juiz coordenador, quando não constituída a Comissão (SÃO PAULO, 2005, p. 2) grifo nosso.

Ambas as legislações davam abertura para a atuação do assistente social como mediador de conflitos no campo jurídico.

Atualmente tem-se a Resolução nº 125/2010 com seu Anexo I e III alterada pela Emenda nº 1, de 31 de janeiro de 2013. No Art. 12 esclarece que para ser mediador é preciso capacitação.

Art. 12. Nos Centros, bem como todos os demais órgãos judiciários nos quais se realizem sessões de conciliação e mediação, somente serão admitidos mediadores e conciliadores capacitados na forma deste ato (Anexo I), cabendo aos Tribunais, antes de sua instalação, realizar o curso de capacitação, podendo fazê-lo por meio de parcerias. (Redação dada pela Emenda nº 1, de 31.01.13) (BRASIL, 2010, p. 10) grifo nosso.

Podemos verificar pela citação acima que embora não se especifique sobre o assistente social deixa claro que é preciso de capacitação para exercer a função de mediador.

Dentre os vários princípios norteadores da apresentados por Sampaio e Braga Neto (2007, p. 35-38) considero primordiais para atuação como mediador:

Autonomia das partes – garantir as partes o poder de optarem por esse método uma vez conhecida essa possibilidade e administrar o conflito e de tomarem com total liberdade as próprias decisões.

Imparcialidade – Compreender a realidade dos mediados sem que nenhum preconceito interfira na intervenção e manter permanentemente o equilíbrio de poder entre elas.

Independência – Informar aos mediados caso haja ligações anteriores com as partes.

Competência – Cabe ao mediador decidir se reúne condições mínimas para realizar a tarefa de mediar, ou seja, convicção de suas qualificações para atender os mediados em seus questionamentos, preocupações e expectativas.

Confidencialidade – O mediador deverá manter sigilo de todas as informações, não podendo fazer uso deles para proveito próprio ou de outrem.

Diligência – O mediador deverá desenvolver seu trabalho com prudência e eficácia assegurando todas as informações aos mediados promovendo o diálogo e a participação efetiva das partes.

METODOLOGIA

A metodologia apresentada integra o processo de mediação em si e o atendimento social ao assistido e a sua família. São dois grandes momentos em que se processa a mediação: acolhimento/triagem e a mediação propriamente dita. Neste processo vão envolver diversas ações como entrevistas com as partes e em conjunto, esclarecimentos sobre a mediação, orientação social, articulação dos serviços oferecidos pela rede do município, investigação, reflexão, identificação e redefinição das posições e interesses das partes, “barganha” e o acordo caso seja possível.

A parte encaminhada para o Setor de Mediação é denominada de assistido pela Defensoria Pública, pois o serviço prestado é de assistência jurídica gratuita. Utilizamos também esta denominação por entendermos que o Setor de Mediação faz parte deste serviço.

Na mediação a realidade é compreendida a partir da complexidade das relações e da interdependência entre elas. Há um dinamismo das relações presentes nas partes envolvidas que está em constante mudança e evolução. É olhar a realidade de forma circular onde cada indivíduo afeta e é afetado pelo outro, não é uma relação causa e efeito, é buscar compreender como se dão as relações na sociedade. Oliveira refere-se a esta lógica:

É a superação da lógica dualista do certo/errado em direção a uma lógica inter relacional, (...). Surge a noção de co-participação responsável, que integra as noções de intersubjetividade, de co-construção de poderes, incluindo o protagonismo das partes envolvidas numa relação (OLIVEIRA et al, 2007, p. 9).

Para se realizar a mediação é preciso entender que as partes envolvidas são co-responsáveis pelo resultado das relações que estabelecem entre si e pela resolução do conflito e isso é necessário ser esclarecido no início do processo de mediação. Outro aspecto importante é esclarecer o papel do mediador como aquele que facilitará o diálogo e não o juiz ou árbitro que irá decidir por eles a melhor alternativa. A decisão caberá entre as partes e seu resultado deve satisfazer a ambos.

PRIMEIRO MOMENTO

O processo de mediação se inicia quando os estagiários e ou Defensor encaminham o assistido para o Setor de Mediação.

Em primeiro momento o assistido é entrevistado pelo mediador, onde são identificadas a demanda e o diagnóstico de sua situação. A partir do diagnóstico propõe-se a mediação ou não e/ou pelo atendimento social.

Optando-se pela mediação é marcado um encontro onde as pessoas envolvidas são colocadas frente a frente, acompanhadas pelo mediador. Primeiramente é necessário entrevistar cada uma das partes separadamente (caucus). Existem casos ainda em que há a necessidade de se entrevistar outras pessoas de convívio das partes para coleta de dados. Percebendo-se um possível entendimento entre as partes é redigido um acordo criado e confirmado pelas pessoas envolvidas no conflito.

A entrevista realizada com o assistido tem como objetivos compreender a queixa/demanda trazida pelo assistido, a sua visão de como espera que o conflito seja solucionado e as expectativas em relação aquele atendimento, pois muitas vezes ele não compreende porque foi encaminhado para o Setor de Mediação ou ainda espera que ali, seu conflito seja resolvido através de um processo judicial. Levanta-se também informações a respeito dos relacionamentos, os conflitos existentes e das formas que ele/a tem para resolvê-los, aborda-se a questão das relações parentais. (OLIVEIRA et al, 2007, p.19).

Compreendido o que o assistido deseja em relação ao conflito e confirmado com ele suas expectativas em relação ao atendimento do Setor de Mediação apresenta-se o que pode esperar da mediação, salienta suas vantagens sobre os outros métodos (negociação, sistema judicial, arbitragem, conciliação), define o papel do mediador e explicita a possibilidade (ou não) de um acordo, o que dependerá das partes em conflito. (MUSZKAT, 2005, p. 79)

É esclarecido também que para a mediação o foco está em abrir um diálogo entre as partes podendo se chegar na solução do problema e não em saber quem está com a razão. A partir daí o assistido tem condições de decidir se deseja ou não seguir com o processo de mediação.

É também observado neste momento as necessidades sociais que envolvem o conflito, ou seja, a dependência química, falta de RG, certidão de nascimento, vaga em creche e/ou programas sociais, habitação entre outros que estão influenciando o conflito apresentado pelo assistido. A orientação social e jurídica neste momento se complementa com os esclarecimentos sobre o processo de mediação. A orientação realizada passa pela falta de informações sobre seus direitos sociais e jurídicos que muitas vezes o assistido desconhece.

A partir daqui a intervenção se dá de forma simultânea, inicia-se o processo de mediação e ao mesmo tempo a articulação da rede de serviços sócioassistenciais para que se ampliem as possibilidades de um resultado positivo no processo de mediação.

Nesta fase é muito importante que se deixe “circular a raiva e o mal-estar e contê-los sem ser repressor, evitando juízos de valor” (MUSZKAT, 2005, p. 78).

A comunicação se dá pelo ouvir ativo abrindo o espaço para a emoção. Esse processo é necessário ser realizado com cada uma das partes em separado. Muszkat (2005, p. 79) diz que “realizar reuniões individuais com as partes poderão promover o esvaziamento das emoções mais fortes e facilitar o primeiro encontro em conjunto.” Realizar quantos encontros for necessário com as partes em separado vão contribuir para se ter uma visão mais geral da situação, facilitar a avaliação da pertinência da mediação para aquela situação e preparar as partes para o encontro conjunto (MUSZKAT, 2005, p. 81).

Estes encontros em separado são necessários uma vez que uma das partes aceita a mediação e a outra parte geralmente é convocada. Há uma diferença de interesses e de disposição para a mediação. Essas reuniões podem ajudar a enfrentar tais diferenças. O reconhecimento das partes de que estão em uma disputa é importante, pois se uma delas não concorda que está em uma disputa o processo de mediação pode se tornar infrutífero. Haynes e Marodin afirmam que:

As negociações podem realizar-se quando as partes em uma disputa a reconhecem, concordam sobre a necessidade de resolvê-la e se comprometem ativamente em um processo designado para decidir a disputa. Às vezes nem todos concordam que há uma

disputa. Tentativas informais para negociar um acordo são frustradas se uma pessoa tem somente uma escolha óbvia: tornar o desacordo uma disputa legal. Através do processo judicial, uma pessoa força a outra a reconhecer a existência da disputa e sujeitar-se à decisão do juiz, caso não consiga resolver o problema no decorrer da ação (HAYNES; MARODIN, 1996, p. 12).

As primeiras entrevistas com cada uma das partes geralmente vêm carregadas de queixas do outro. “Nessa fase, as queixas são o ponto central das narrativas e devem ser respeitadas para que, na segunda fase, seja possível objetivar e problematizar tais queixas” (MUSZKAT, 2005, p. 82).

O diálogo com as partes em separado permite ao mediador perceber as posições assumidas de cada um, os interesses ocultos e as diversas formas de comunicação não verbal.

SEGUNDO MOMENTO

Decididas as partes pela mediação e dispostas ao diálogo agenda-se o primeiro encontro das partes em conjunto. Aqui vários são os procedimentos a serem adotados.

Inicialmente resgata-se o objetivo da mediação e estabelece-se as regras do jogo. Para Muszkat as “regras do jogo”

(...) são as condições básicas para que as reuniões sejam minimamente organizadas; estabelecer um tempo para a reunião, pedir que os celulares sejam desligados, orientar as partes para que falem uma de cada vez, não usem de violência etc. (MUSZKAT, 2005, p. 79).

A duração da mediação em encontros conjuntos deve ser de até duas horas e com cada uma das partes em separado até uma hora e meia.

Para este momento o mediador deve preparar antecipadamente **um plano estratégico** que dará um direcionamento para a condução da mediação, ou seja, elaborar um mapa com várias questões que darão objetividade e transparência neste processo. Muszkat oferece algumas sugestões:

(...) quem deverá ser o primeiro a falar? Que pessoas participarão da mediação? Em que ordem? Quais os padrões de comunicação mais utilizados? Chegar a um acordo é o único objetivo dessa mediação? Quantos acordos deverão ser obtidos? Qual o método estratégico que melhor se adapta ao caso? Quantas pessoas estão a priori envolvidas no conflito? Quantas mais devem ser convidadas? Como estão distribuídos os diferentes poderes? O mediador vai se comunicar com as partes em conjunto ou separadamente? Deve-se chamar alguém de fora para auxiliar na mediação, como co-mediador ou consultor para alguma área específica do problema? (MUSZKAT, 2005, p. 85).

Com este mapa o diálogo pode se tornar mais produtivo e possibilitar o exercício da razão pelas partes.

Inicia-se então a **definição do problema** de modo a não beneficiar nenhuma pessoa sobre a outra, sendo assim uma definição mútua do problema. Todos os participantes da mediação tendem a minimizar a sua responsabilidade no problema e colocar o ônus da mudança sobre os outros participantes sem se inserir como parte dessa mudança. A questão é negociar a definição mútua do problema sem beneficiar uma parte às custas da outra.

Nesta fase da definição do problema é preciso que o mediador tenha claro as **posições** dos envolvidos, ou seja, o que eles afirmam pretender e seja capaz de identificar os reais **interesses** de cada um, as questões emocionais e pessoais subjacentes ao conflito.

Uma das razões dos interesses serem difíceis de identificar, diz Moore:

(...) é que em um conflito inflamado, as partes podem pouco a pouco começar a equiparar a satisfação de um interesse com uma determinada posição. Separar o interesse da posição torna-se difícil. Este fenômeno coloca um sério desafio aos negociadores que estão tentando aliar posturas inflexíveis e buscam soluções aceitáveis para ambos os lados (MOORE, 1998, p. 205).

Há interesses que permanecem ocultos e nem sempre são explicitados pelas partes quando estão inseguras em seus reais interesses, e o nível de confiança não é elevado o bastante para merecer a exploração direta de suas necessidades. Moore (1998, p. 205) afirma que (...) “Embora os acordos financeiros possam satisfazer alguns interesses, eles raramente tratam dos interesses específicos – respeito, um pedido de desculpa, o reconhecimento do dano ou da inconveniência, etc. – das partes.”

Definido mutuamente o problema o mediador auxilia a **produzir opções** para resolvê-lo. O mediador busca neste momento expandir o leque de opções por meio de brainstorming (tempestade de idéias). O objetivo é levantar idéias sem avaliá-las. Haynes e Marodin apontam algumas regras simples:

- . qualquer idéia que eles pensarem deve ser compartilhada;
- . cada idéia, não importando que seja inusual, é adicionada à lista;
- . nenhuma idéia pode ser repudiada pela outra parte;
- . ninguém pode criticar qualquer idéia ou argumentar por que ela não funcionaria. (HAYNES; MARODIN, 1996, p. 15).

A partir desse levantamento volta-se novamente para elas categorizando-as em altamente possível, possível, improvável e impossível. Eliminando os dois últimos grupos passa-se a pensar nas conseqüências de cada uma, os custos a ela associados e os benefícios decorrentes de sua implementação.

Ao **redefinir posições** de ambas as partes o mediador auxilia as pessoas a negociarem a partir de seu próprio e real interesse. Ajuda a identificar os verdadeiros interesses das partes usando o processo racional de resolução de problemas. Haynes e Marodin dizem que (1996, p. 15) “as posições geralmente são assumidas em um clima emocional e nem sempre refletem o interesse do disputante. Muitas pessoas negociam a partir de posições ao invés de interesses, o que freqüentemente resulta em impasse.”

Segue-se então para a “**barganha**” onde o mediador auxilia na negociação sobre a escolha das opções para que o acordo seja aceitável para todos. Só há possibilidade de “barganha” quando as partes dispõem de:

- . todos os fatos
- . uma definição adequadamente mútua do problema
- . uma série de opções para resolver o problema
- . uma ou mais opções como seu objetivo principal (HAYNES; MARODIN, 1996, p. 16).

Assim pode-se **redigir o acordo** em uma linguagem simples, objetiva, de fácil entendimento para as partes. Esse acordo pode ser homologado judicialmente no âmbito do Estado de São Paulo conforme o Provimento 953/2005 do Conselho Superior da Magistratura. No caso de acordo realizado antes do ajuizamento da ação prevê o artigo 4º e seus parágrafos 3º e 5º:

Artigo 4º - A tentativa de conciliação poderá ocorrer antes do ajuizamento da ação.

§ 3º - Será feito o registro dos acordos, na íntegra, em livro próprio do Setor, sem distribuição;

§ 5º - Descumprido o acordo, o interessado poderá ajuizar a execução do título judicial, a ser distribuída livremente a uma das Varas competentes, conforme a matéria versada no título executivo. (SÃO PAULO, 2005, p. 2-3) grifo nosso

Em acordos realizados nas fases processual ou pré-processual o artigo 6º diz o seguinte:

Artigo 6º - Nas fases processual ou pré-processual, comparecendo as partes à sessão, obtida a conciliação será esta reduzida a termo, assinado pelas partes, advogados e conciliador, ouvido o Ministério Público, nas hipóteses em que necessária sua intervenção, na própria sessão ou em dois dias, se não for possível a sua presença, e homologada por um dos juízes das Varas abrangidas pelo setor, ou, no impedimento, por qualquer dos juízes em exercício na Comarca ou Fórum, valendo como título executivo judicial (SÃO PAULO, 2005, p. 3) grifo nosso.

Este acordo deve incluir os dados do passado, a definição do problema, as opções escolhidas, e a razão para a escolha e o objetivo do acordo. (HAYNES; MARODIN, 1996, p. 16)

RESULTADOS

O trabalho desenvolvido pelo Setor de Mediação trouxe para a Defensoria Pública-Regional Taubaté o atendimento de assistidos que buscam o judiciário como último recurso para solução de seus conflitos e desconhecem a mediação como uma alternativa capaz de criar um campo não-adversarial e democrático, que dê condições de horizontalizar as relações humanas levando em conta as diferenças entre as partes.

A maioria dos casos atendidos pelo Setor de Mediação não havia ação judicial em andamento, o que amplia a possibilidade do trabalho preventivo e pró-ativo na disseminação da cultura da paz.

Nos conflitos em que havia ação judicial em tramitação a mediação possibilitou maior rapidez em sua solução, estabelecido o acordo cabe ao sistema de Justiça dirigir o processo legal e homologar os acordos obtidos pela via do consentimento mútuo.

O assistido quando busca a Defensoria Pública espera a intervenção da justiça, porém muitos dos conflitos envolvem situações sociais que quando atendidos pelo Setor de Mediação são praticamente solucionados não necessitando nem da própria mediação. Muitas vezes são questões que passam pelo desconhecimento de seus direitos e pelo acesso à informação.

A Mediação proporciona a co-responsabilidade das partes na solução dos conflitos em um processo mais equitativo e mais legítimo proporcionando acordos que atendam aos interesses e às necessidades dos indivíduos favorecendo a agilização dos processos.

O ouvir ativo dos profissionais e o espaço para a expressão das emoções no processo de mediação resgatam o protagonismo das partes na solução dos conflitos e permite conhecer os pontos de vista de cada um.

AVALIAÇÃO

O trabalho de mediação mostrou-se promissor na Defensoria Pública-Regional Taubaté, tinha o apoio do responsável que reconhecia o valor da mediação e a necessidade de continuidade já que anteriormente o setor havia passado pela freqüente troca de profissionais.

Havia expectativa da Defensoria de que houvesse uma integração sistemática dos estagiários de direito no trabalho de mediação a partir de reuniões periódicas, pois eles não

tinham conhecimento do papel dos técnicos como mediadores e das possibilidades de mediação nas situações atendidas no plantão da Defensoria resultando em encaminhamentos muito mais de assistência social do que de mediação.

Embora o trabalho tenha se desenvolvido em um curto espaço de tempo, fevereiro a abril de 2008, observou-se que os assistidos tinham um período de permanência ocioso na espera pelo atendimento da Defensoria. Era possível viabilizar a execução do Projeto “Sala de Espera” proposto pelos técnicos anteriores do Setor de Mediação. Este projeto tinha como objetivos informar os diversos tipos de violência intrafamiliar; sensibilizar sobre a importância de tratamentos em caso de violências e educar a comunidade sobre seus direitos e deveres. Havia também a possibilidade de se criar um momento de sensibilização da importância da mediação de conflitos e multiplicação da cultura da paz.

Outro aspecto importante a destacar era a necessidade de se estabelecer uma rede de serviços sócioassistenciais para que se possa iniciar de fato uma rede única e integrada de atendimento às famílias. A maioria dos conflitos familiares é permeada de questões sociais que necessitam da intervenção do assistente social.

É relevante mencionar que a continuidade deste trabalho também abria possibilidade da criação de grupos de homens/mulheres e ou famílias para abordar o tema violência doméstica com o objetivo de desenvolver junto à família e casais a aprendizagem de padrões mais saudáveis de relacionamento.

O domínio da metodologia de mediação de conflitos e a supervisão sistemática podem dar ao assistente social a eficácia e eficiência necessárias ao agir profissional e qualidade no aprimoramento de suas competências.

REFERÊNCIAS

ALVES, André Camerlingo. Mediação obrigatória: breves comentários ao Projeto de Lei Complementar n. 94/2002, que institucionaliza e disciplina a mediação como método de prevenção e solução consensual de conflitos na esfera civil. **Complexo Jurídico Damásio de Jesus**, São Paulo, out. 2006. Disponível em: <www.damasio.com.br>. Acesso em: 23, set., 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** (1988). 29. Ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

_____. Projeto de Lei Complementar n° 94/2002, de 21 de junho de 2006. Institucionaliza e disciplina a mediação como método de prevenção e solução consensual de conflitos na esfera civil. **Boletim Jurídico**, Uberaba, MG, ano V, n. 263, p. 3. Disponível em: <http://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/texto.asp?id=1447>. Acesso em: 23, set., 2008.

_____. Resolução n° 125, de 29 de novembro de 2010. **Dispõe sobre a Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses no âmbito do Poder Judiciário e dá outras providências. Conselho Nacional de Justiça**. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/323-resolucoes/12243-resolucao-no-125-de-29-de-novembro-de-2010>>. Acesso em: 25, out., 2013.

HAYNES, John; MARODIN Marilene. **Fundamentos da mediação familiar**. Porto Alegre: Artes médicas, 1996.

MOORE, Christopher W. **O processo de mediação: estratégias práticas para resolução de conflitos**. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 1998.

MUSZKAT, Malvina Ester. **Guia prático de mediação de conflitos em famílias e organizações**. São Paulo: Summus, 2005.

OLIVEIRA, Maria Coleta et al (Orgs.). **Mediação familiar transdisciplinar**: uma metodologia de trabalho em situações de conflito de gênero. Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/Unicamp; São Paulo: Pró-Mulher, Família e Cidadania-PMFC, 2007. SAIBA mais sobre a Defensoria: quando e como foi criada a Defensoria Pública de São Paulo?. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp>>. Acesso em: 28, ago., 2008.

SAMPAIO, Lia Regina Castaldi; BRAGA NETO, Adolfo. **O que é mediação de conflitos**. São Paulo: Brasiliense, 2007. (Coleção Primeiros Passos).

SÃO PAULO. Provimento n. 953/2005, de 09 de agosto de 2005. Autoriza e disciplina a criação, instalação e funcionamento do “Setor de Conciliação ou de Mediação” nas Comarcas e Foros do Estado. **Conselho Superior da Magistratura**. Disponível em: <<http://www.cerema.org.br/artigos/provime.html>>. Acesso em: 13, set., 2008.

A EFETIVIDADE DOS DIREITOS DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI: A EXPERIÊNCIA DO SINASE EM MANAUS

Marilaine Queiroz de Oliveira* , Márcia Irene Pereira Andrade**

RESUMO: Este estudo apresenta reflexões acerca do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE na região norte do Brasil. O estudo surgiu a partir do Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social sendo aprofundado no decorrer do mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia na Universidade Federal do Amazonas – UFAM. Assim, se discutirá a efetividade dos direitos dos adolescentes em conflito com a lei, além dos caminhos e desvios para a consolidação desse sistema que visa ofertar um atendimento qualificado e especializado para os adolescentes em conflito com a lei no do país.

Palavras-chave: Conselhos de direitos, Conselhos tutelares, políticas públicas.

ABSTRACT: This study presents thoughts about the National System of Socio-Educative Services – SINASE on the north of Brazil. The paper arose from the Paper of Course Conclusion in Social Service being deepened during the Masters in Social Service and Sustainability in Amazon on Federal University of Amazonas – UFAM. Thus, it discusses the effectiveness of the rights of the teenagers in conflict with the law, besides the ways and diversions to the consolidation of this system that aim to offer a qualified and specialized service to the teenagers in conflict with the law of the country.

Keywords: Rights Councils, Community Councils, Public Policies.

CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL: SUJEITOS DE DIREITOS?

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Art. 227 da Constituição Federal de 1988).

O artigo acima demonstra que a Constituição Federal de 1988 trouxe muitos avanços, enfatizando nos seus princípios básicos uma democracia até então desconhecida pela sociedade brasileira. Ademais, o referido artigo dá ênfase aos Princípios Básicos da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, de 20 de Novembro de 1989, que se constituiu em uma “Carta Magna” para a infância e juventude de todo o mundo.

Parte-se do entendimento que as crianças e os adolescentes brasileiros a partir da década de 90, se constituem em sujeitos de direitos. Destarte, mesmo com a mudança de paradigma que se instaurou a partir do artigo 227 da Constituição Federal de 1988 e da promulgação da Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, intitulado de Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) observa-se que, este grupo populacional, vem enfrentando diversas formas violação de seus direitos fundamentais.

O Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990 – ECA surge como uma nova proposta para esse segmento populacional, pois o ECA edifica um novo paradigma para a infância e juventude brasileira, visto que, abandona-se a postura anterior de reprimir e punir e passa-se a priorizar, como condição *sine qua non* o a inclusão a reinserção o reeducar as crianças e adolescentes. Fazendo uma comparação entre o Código de Menores de 1927/1979 e o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, verifica-se disparidades entre as legislações, visto que

* Assistente Social. Professora (Unilton Lins). Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia.

** Assistente Social. Mestre em Sociedade e cultura da Amazônia. Professora da Universidade Federal do Amazonas.

percebe-se que o ECA inspira-se na “Doutrina de Proteção Integral” e o Código de Menores na “Doutrina de Situação Irregular”. Entretanto, é lícito afirmar que o ECA é uma legislação que apresenta rupturas e continuidades com as legislações anteriores no trato à infância e juventude brasileira.

Pontua-se que a principal “inovação” do ECA foi transformar o “de menor” em “sujeito de direitos”, com acesso a bens e serviços, e que merece ter assegurado o direito a uma vida digna e com qualidade. Além disso, o ECA transforma crianças e adolescentes em cidadãos com direitos e deveres assegurados e garantidos em sua plenitude.

A realidade brasileira apresenta um retrato cruel que perpassa esse grupo populacional em nosso país, visto que a “inovação” em se conceber a infância e juventude em legítimos mandatários de direitos respalda-se em um denso arcabouço legal e jurídico cujo objetivo é a promoção, defesa e garantia dos direitos desse segmento populacional em nosso país. Contudo, sabe-se que a questão da cidadania no Brasil sempre apresentou um nível de complexidade, de dificuldades, ainda não suficientemente aclaradas perante a sociedade.

Neste sentido, vale lembrar que em nosso país o “Estado de Bem Estar-Social”¹ não se realizou plenamente, visto que, grandes partes das famílias brasileiras, em especial, das crianças e dos adolescentes, passam por inúmeras dificuldades e restrições, de um país marcado por profundas e históricas desigualdades sociais.

Dados do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000) demonstram que no Amazonas observam-se os seguintes indicadores sociais: proporção de pessoas pobres 40,50%, cobertura do sistema de esgoto sanitário é de 54,62%, visto que, no Amazonas 56% da população utiliza fossa séptica, já o serviço de coleta de lixo atinge 72% da população e o acesso à água apenas por 69% da população. Estes dados demonstram que o processo de desigualdade neste Estado segue o ritmo do restante da Nação. Diante deste quadro de desigualdade é lícito afirmar que nosso país ainda é marcado por profundas diferenças e injustiças.

O ECA/90, enquanto mecanismo de garantias de direitos, ao ser aplicado não está isento de sofrer contradições. Soma-se o agravamento de ser operacionalizado numa sociedade conservadora, por meio de seus organismos de prestação de serviços. Portanto, constitui-se em uma legislação permeada por avanços e retrocessos, assim urge “desmistificar a visão de que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) fez uma *ruptura* com o projeto de sociedade presente no Código de Menores” (SILVA, 2005, p.31).

O ECA após sua promulgação apresenta avanços perceptíveis², e estes devem se traduzir em impactos na vida das crianças e dos adolescentes brasileiros. Além disso, o desafio presente na sociedade brasileira é romper com a tensão existente entre a visão emancipatória para esse segmento e a de conformação social, presentes em constantes embate nos dias atuais no Brasil.

Detalhando acerca do acesso e garantia dos direitos para as crianças e adolescentes no Brasil, o quadro abaixo revela:

¹ Estado de Bem Estar-Social ou intervencionista, surgido após a Segunda Guerra Mundial, na Europa e nos Estados Unidos. Garantem mínimos sociais, como saúde, educação, habitação etc. (ANTUNES, 1999, p.22).

² Ver CIESPI – Consulta Olhares sobre os 20 anos do Estatuto – SC2, RJ, 2010.

Quadro 1: Monitoramento dos direitos da criança e do adolescente no Brasil

DIREITOS	SITUAÇÃO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE NO BRASIL
Registro civil	<p>As crianças menos de 01 ano sem registro, ou melhor, sem sua cidadania civil em 2010 perfaziam um total de 167.532, desse total 12,77% residiam no Amazonas.</p>
Direito à saúde	<p>Entre os anos de 2008/2012, a taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) – caiu nos Estados de Amapá (-5,49%), Roraima (-3,74%) e Sergipe (-2,75%). Em contrapartida, as localidades de Rondônia (1,93%), Distrito Federal (0,85%) e Tocantins (0,82%) apresentaram índices mais elevados de mortalidade infantil;</p> <p>A taxa percentual de cobertura de vacinação da população menor de 1 ano de idade, sem imunológico de sarampo, em 2010 foi de 93,79%;</p> <p>Na distribuição percentual de mortes de causas externas por homicídios no Brasil, entre os anos de 2008/2009, apresentamos a seguinte classificação por faixa etária: De 5 a 14 anos: 713 casos em 2008; De 15 a 17 anos: 3.377 casos em 2008, 3.590 casos em 2009 e 707 casos em 2009 no Amazonas;</p> <p>Gravidez na adolescência. Na faixa etária entre 12 a 14 anos tínhamos, em 2008, registro de 28.293 casos já em 2009 um registro de queda para 27.643 casos corresponde a um percentual de 8,06%.</p>

<p>Direito à educação</p>	<p>Em 2010, a população de 0 a 3 anos no Brasil era de 10.925.893 crianças. Deste universo, 880.368 crianças foram matriculadas em creche o que corresponde a um percentual de 8,06%. Em relação à faixa etária entre a população de 4 a 6 anos, apresentamos um total de 8.696.672 crianças. Deste número, há registros de 3.505.233 que foram matriculadas em pré-escola, ou seja, 40,31%.</p> <p>Escola em Área Urbana: Tivemos um total de 80.873 escolas na área urbana. Entre elas, apontamos que 2.142 (2,65%) não possuem banheiro dentro do prédio escolar.</p> <p>Escolas em Área Rural: Apresentamos quantitativamente 79.087 escolas na área rural em todo o Brasil. Em 27.685 (35,01%) desses espaços não há banheiro dentro do prédio escolar.</p> <p>Destacamos que no ano de 2010, do total de 160.297 escolas públicas, em 146.669 não possuem acesso para pessoas com deficiência ou banheiro adaptado, (91,69%). E das 3.197 escolas exclusivas de Educação Especial, 1.963 não possuem sala de recursos.</p> <p>O número de alunos ingressantes no 1º. Ano do Ensino Médio com idade irregular apresentou aumento entre os anos 2008/2010. Em 2008 tínhamos 55,66% de alunos ingressantes e em 2010 esse percentual passou para 57,453% que em termos absolutos representa 1.309.019 alunos ingressantes no 1º ano do ensino médio em 2010.</p> <p>Nos anos de 2008/2010, o Brasil passou de 68,05% para 68,69%. Em termos absolutos temos o seguinte perfil de alunos matriculados por faixa etária e série no Brasil em 2010: De 6 a 10 anos: 1.516 matrículas em que 1.085 de 1ª. a 4ª. série, 346 de 5ª. a 8ª. série e 85 Ensino Médio; De 11 a 14 anos: 40.579 matrículas em que 10.351 de 1ª. a 4ª. série, 29.186 de 5ª. a 8ª. série e 1.042 Ensino Médio</p> <p>O número de matrículas públicas na Educação de Jovens e Adultos (EJA) em 2010 revela os seguintes dados: 37.504.000 crianças e adolescentes de 5 a 17 anos que foram alfabetizados em 2009 (86,36%).</p>
<p>Direito à habitação</p>	<p>Em 2009, as condições estruturais de residência da população de 0 a 17 anos apresentaram os seguintes dados: Urbana: 1.919.789 sem água encanada; 17.552.206 não possuem rede de esgoto; 81.494 não possuem energia elétrica; 658.517 vivem em residência com construção precária. Rural: 4.054.364 sem água encanada; 7.497.806 não possui rede de esgoto; 837.638 não possuem energia elétrica; 938.161 vivem em residência com construção precária.</p>

<p>Direito ao trabalho, emprego e renda</p>	<p>A distribuição percentual e número de famílias com filhos Entre 0 e 17 anos de Idade com Renda Mensal de Até Dois Salários Mínimos – 2008/2009. Os chefiadas pelos Pais: 30.284.418 famílias, 73,03%; Chefiadas pelas Mães: 11.182.641 famílias, 26,97%;</p> <p>A população economicamente ativa ocupada na faixa etária de 12 a 17anos de idade, em 2009, representou 3.876.995 pessoas, com destaque para os com Maiores Distribuição Percentual: Piauí (91,87%); Maranhão (90,91%) e Acre (90,2%). Com Menores Distribuição Percentual: Distrito Federal (50,88%); São Paulo (65,45%) e Amapá (66,73%).</p>
<p>Direito à justiça</p>	<p>Revela-se que 12.041 adolescentes em 2010 estavam cumprindo medida socioeducativa de privação de liberdade. Deste total, 11.463 do sexo masculino e 578 do sexo feminino. As maiores concentrações, por unidade da federação, estão em São Paulo com (5.107), Pernambuco (1.023) e Paraná (778).</p>
<p>Direito à vida</p>	<p>O número de homicídios na população de 15 a 24 anos, por raça/cor, entre os anos de 2002 a 2009 teve a seguinte classificação: Brancos: 2002 -> 6.596, 2009 -> 4.430. Os Chefiadas pelas Mães: 11.182.641 famílias.</p>

Fonte: CADE 2011 - Crianças e Adolescentes em Dados e Estatísticas. Sociedade Brasileira de Defesa da Criança e do Adolescente (SBDCA). Fórum Nacional DCA. Fórum Nacional da Criança e do Adolescente. Uma Rede pela Consolidação dos Direitos da Infância. Instituto Marista de Assistência Social – IMAS. BRASIL, 2011.

Os números apresentados revelam alguns avanços em relação há anos anteriores, contudo é possível visualizar a necessidade de melhorias na educação, na saúde, na renda, no acesso a justiça e na garantia de que crianças e adolescentes estejam a salvo de todo tipo de violência, bem como de violações de seus direitos. Ademais, os números expostos anteriormente contemplam informações acerca de “indicadores distribuídos em nove dimensões, inspiradas na convenção dos Direitos da ONU: Demografia, Cidadania, Saúde, Educação, Habitação, Economia, Justiça, Participação e Legislação, todos os dados oriundos de fontes oficiais” (CADE, 2011, p.4).

Dar qualidade as informações expostas, assim como envidar esforços para a construção de estudos e pesquisas a partir desse diagnóstico é vital para avançar e assegurar os direitos desse segmento populacional. Além disso, “é bom termos clareza que esses direitos de cidadania não representam a chegada das crianças e dos adolescentes ao paraíso” (SILVA, 2005, p.36), visto o

que os avanços percebidos enfrentam de forma mínima a dívida social histórica com as classes subalternas no Brasil.

SINASE: DESVENDANDO SUA GÊNESE, SIGNIFICADO E DIREÇÕES

A proteção da infância e juventude é de competência concorrente da União e dos estados, especialmente do ponto de vista legislativo. A Constituição Federal prevê que no âmbito da legislação concorrente, a competência da União limitar-se-á a estabelecer normas gerais, sendo que sua competência para legislar normas gerais não exclui a competência suplementar dos estados (ILANUD, 2004).

A Secretaria Especial de Direitos Humanos – SEDH e o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA, no ano de 2006 apresentam o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE, que é fruto de uma construção coletiva, sustentada nos princípios dos direitos humanos. Além disso, o SINASE, enquanto um sistema integrado articula os três níveis de governo no tocante a programas de atendimento articulado e considerando a intersetorialidade com centralidade e co-responsabilidade da família, da sociedade e do Estado.

O SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo que tem como objetivo o desenvolvimento de uma ação socioeducativa sustentada nos princípios dos direitos humanos. Ademais,

entende-se por Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo o conjunto ordenado de princípios, regras e critérios, de caráter jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo, que envolvem o processo de apuração de ato infracional e de execução de medida socioeducativa, incluindo-se nele, por adesão, o sistema nos níveis estaduais, distritais e municipais, bem como todos os planos, políticas e programas específicos de atenção ao adolescente em conflito com a lei (Lei nº 1.627/2007, Artigo 2º § 2º).

A construção do SINASE é resultante da quebra de paradigmas, (velhos conceitos e formas ultrapassadas e aviltantes, resultantes da Doutrina da Situação Irregular contida no Código de Menores) e da consolidação da Lei 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, contida no Artigo. 227 da Carta Magna de 1988.

O SINASE constitui-se em um guia, um referencial, na implementação das medidas socioeducativas, centrando a atenção para a efetividade do cumprimento destas, reafirmando a responsabilidade social dos sujeitos do sistema de garantia de direitos sobre o que deve ser feito no enfrentamento de situações de violência, que envolvem adolescentes, enquanto autores de ato infracional, ou, vítimas de violação de direitos, no cumprimento de medidas socioeducativas.

Volpi (1998, p.13) argumenta que “a garantia de direitos da infância e da juventude no Brasil, está solidamente fundamentada na Constituição Federal de 1988”, que a define como prioridade absoluta em seu artigo 227, consolidada no Estatuto da Criança e do Adolescente e nos documentos internacionais tais como, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança.

Além disso, enfatiza a política de garantias que se materializa num sistema articulado de princípios, políticas sociais básicas e programas especializados, destinados à proteção especial das crianças e adolescentes violados em seus direitos, por ação ou omissão da sociedade ou do Estado, por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis e excluídos em razão de sua conduta ou de prática de atos infracionais.

O Sistema de Garantia de Direitos - SGD é resultante das articulações que se estabelecem entre os órgãos federais, estaduais e municipais, além da co-responsabilidade da família, da

sociedade e do Estado, em efetivo cumprimento ao princípio da prioridade absoluta, contido no Artigo, 4º. do ECA. Além disso, o Parágrafo Único deste artigo versa sobre a garantia de prioridade que compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência do atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- e) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Retorna-se a argumentação que a infância e juventude brasileira, mesmo após a promulgação do ECA, ainda não tem seus direitos assegurados, portanto, ainda não é prioridade absoluta em nosso País. Deve ser por isto que estudos demonstram que existem no Brasil que cerca de 10 mil adolescentes brasileiros que estavam em privação de liberdade, no ano de 2001.

Aprofundando este número afirma-se que: 90% eram do sexo masculino; 76% destes adolescentes encontravam-se na faixa etária de 16 a 18 anos; 97% eram afrodescentes; 51% não freqüentavam a escola; 49% não tinham nenhuma ocupação no momento em que cometeram o ato infracional; 51% das instituições de atendimento foram consideradas inadequadas, ou seja, fora do padrão estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA/90 (ROCHA, 2002, p. 18 apud SINASE).

Do exposto, é correto afirmar que quando um adolescente comete um ato infracional ele fica sujeito a “medidas socioeducativas” cujo objetivo concentra-se mais na reinserção social, fortalecimentos de vínculos familiares e comunitários do que na punição propriamente dita. Ratifica-se que as medidas socioeducativas não possuem caráter meramente sancionatório.

Com base no que se encontra previsto no artigo 100 do ECA, a aplicação das medidas devem levar em consideração as necessidades pedagógicas das sanções, tendo um caráter híbrido: pedagógico-sancionatório. Será na realização da natureza pedagógica das medidas socioeducativas que surgem os maiores desafios na superação de práticas violadoras herdadas do período da Doutrina da Situação Irregular do Código de Menores (FÓRUM DCA, 2011).

Dados da Secretaria Especial de Direitos Humanos – SEDH, em 2009 o total de internos no sistema socioeducativo privados de liberdade no Brasil era de 16.940 adolescentes. Diante dos números relativos à internação no Brasil, foi possível verificar que entre os anos de 1996 e 1999 a taxa de crescimento foi de 102% no número de internos. Contudo, no último triênio estudado (2006-2009) foi identificado que a mesma taxa foi reduzida em 2,4% (MOREIRA, 2011).

Corroborando com os dados acima a tabela abaixo revela a elevação e restrição da liberdade conforme o *Levantamento Nacional Atendimento Socieducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei, 2010*:

Tabela 01: Taxas de Crescimento da restrição e Privação de Liberdade: relação entre 2009 / 2010 – Região Norte.

Estados	Internação			Internação provisória			Semiliberdade			TOTAL		
	2009	2010	Taxa	2009	2010	Taxa	2009	2010	Taxa	2009	2010	Taxa
Acre	229	122	-46,72%	56	42	-25,00%	22	27	22,73%	307	191	-37,79%
Amapá	51	31	-39,22%	39	40	2,56%	13	15	15,38%	103	86	-16,50%
Amazonas	65	33	-49,23%	18	25	38,89%	11	9	-18,18%	94	67	-28,72%
Pará	131	161	22,90%	77	94	22,08%	40	34	-15,00%	248	289	16,53%
Rondônia	195	169	-13,33%	19	19	0,00%	1	1	0,00%	215	189	-12,09%
Roraima	14	10	-28,57%	15	13	-13,33%	9	6	-33,33%	38	29	-23,68%
Tocantins	51	80	56,86%	9	20	122,22%	22	23	4,55%	82	123	50,00%

Fonte: Levantamento Nacional do Atendimento Socioeducativo 2010 - Estados / SDH / SNPDC / SINASE.

A tabela acima demonstra que também na Região Norte, ocorreu uma redução nas taxas relativas ao cumprimento de medidas com privação de liberdade de entre 2009 -2010

Ademais, a s medidas socioeducativas são ações de caráter sócio-pedagógicas que têm como objetivo punir de forma educativa, o adolescente que comete um ato infracional. Em consonância ao que prediz a Lei 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA.

No artigo 8º da Lei nº 1.627/2007, elucida a respeito da execução das medidas socioeducativas, cujo em seu teor prediz:

a execução das medidas socioeducativas reger-se-á pelos princípios da brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar do adolescente, como pessoa em desenvolvimento, e sua manutenção somente se justificam enquanto vinculada à realização de sua finalidade, impondo-se a substituição sempre que se alterem as necessidades do adolescente obedecido os limites máximos ou cumpridas às condições estabelecidas em lei.

Do exposto, argumenta-se que a s “medidas socioeducativas” são responsabilizadoras, de natureza sancionária e conteúdo socioeducativo, aplicadas somente a adolescentes sentenciados em razão do cometimento de ato infracional.

Urge que se edifique políticas, programas e projetos que promovam os direitos destes adolescentes, bem como fomentem seu retorno a família e a comunidade. Assim, é vital descortinar as instituições que fazem parte do Sistema de Garantia de Direitos da criança e do adolescente, bem como que se ofereçam serviços de atenção aos adolescentes em conflito com a lei, sob a perspectiva de direito.

Além disso, deve-se analisar que o cumprimento das medidas socioeducativas de privação de liberdade devem ser feitas com qualidade com vistas a sua redução, pois

é preciso atentar para o fato de que o princípio do respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, assegurado tanto na Constituição Federal quanto no Estatuto da Criança e do Adolescente, exige que o tratamento conferido ao adolescente seja mais do que equivalente àquele destinado ao adulto, isto é, exige que tal tratamento seja ainda mais benigno (ILANUD, 2004, p.42)

O SINASE se orienta pelas normativas nacionais (Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990) e internacionais das quais o Brasil é signatário (Convenção da ONU sobre os Direitos da Criança, Sistema Global e Sistema Internacional dos Direitos Humanos: Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade). O desafio é transformar esses princípios em ações na atualidade.

Por fim, importa frisar que o fato de se instituir um sistema não se configura em total êxito. Assim, é necessário apontar os acertos e falhas do sistema, bem como sinalizar de forma contundente seus desafios, como forma de provocar que os entes envolvidos em sua operacionalização se comprometam e assumam com qualidade, competência e ética o funcionamento do SINASE, para de forma efetiva e concreta proteja, ressocialize os adolescentes que praticaram ato infracional, pois é tempo de garantir que crianças e adolescentes estejam a salvo de toda a forma de violação de seus direitos e se assumam como sujeitos de direitos responsáveis cujo dever principal é exercer sua cidadania para além dos marcos de uma sociedade de classe.

ADOLESCENTES EM MEDIDA SOCIOEDUCATIVA DE INTERNAÇÃO: SEUS DIREITOS SÃO EFETIVADOS?

O ECA não superou a lógica de dominação e do controle social, mas constituiu-se numa lei moderna, que é o prolongamento do Código de Menores, em termos do projeto societário, tendo em vista que não foi viabilizado para além do domínio de classe (SILVA, 2005).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, estabelece um rol de direitos específicos, bem como um conjunto de regras especiais para o adolescente em conflito com lei que comete o ato infracional.

As medidas socioeducativas em meio fechado são aplicadas aos adolescentes em conflito com a lei, cuja infração é grave ou repetida, o Artigo 122 do ECA prediz que a medida de internação somente poderá ser aplicada quando: a) tratar de ato infracional cometido mediante grave ameaça ou violência a pessoa; b) por reiteração no cometimento de outras infrações graves; c) por descumprimento reiterado e injustificável da medida anteriormente imposta. Em nenhuma hipótese será aplicada a internação, se houver outra medida adequada. Sendo assim, privação da liberdade é a reclusão do(a) adolescente em cumprimento de medida socioeducativa, em que, é mantido pelo Estado, seja em, reclusão total ou parcial, para reeducar-se socialmente.

A internação constitui medida privativa de liberdade, sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. A medida não comporta prazo determinado, devendo sua manutenção ser reavaliada, mediante decisão fundamentada, no máximo a cada seis meses. Em nenhuma hipótese o período máximo de internação excederá a três anos. Atingido esse limite o adolescente deverá ser liberado, colocado em regime de semiliberdade ou de liberdade assistida. A liberação é compulsória se dá quando o adolescente atinge a idade de 21 anos de idade.

Neste sentido o quadro abaixo demonstra o quantitativo de adolescentes que cumprem medida de internação nos Centro Socioeducativos no período de 2010 á julho de 2013:

Quadro 02: Tipos de Medidas Socioeducativas em Manaus

Centro Socioeducativo	2010	2011	2012	Julho/2013
CSE Sen. Raimundo Parente	32	17	63	13
CSE Dagmar Feitosa	116	31	166	24
CSE Marise Mendes	1	3	5	6

Fonte: GEASE. Pesquisa de Documental e de Pesquisa de Campo, julho 2013.

Depreende-se dos dados acima que o quantitativo de adolescente que estavam em internação cresceu até 2012, sendo que até meados de 2013 houve uma queda, vale lembrar que, a medida de internação somente poderá ser aplicada quando "tratar-se de ato infracional cometido mediante grave ameaça ou violência à pessoa; por reiteração no cometimento de outras infrações graves; por descumprimento reiterado e justificável da medida anteriormente imposta" (ECA/90).

Para atuar com esses adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação, o SINASE propõe ações que incluam a família, a comunidade e o poder público no sentido de melhor assegurar a qualidade do atendimento. As ações desenvolvidas nos Centros Socioeducativos têm como suporte o Projeto Político-Pedagógico (PPP)³ que norteiam as ações que serão executadas pelas equipes interdisciplinares que atuam diretamente com os adolescentes em conflito com a lei.

O procedimento de encaminhamento dos adolescentes autores de ato infracional para cumprimento de medida de internação vem do poder judiciário, que já seguiram todos os procedimentos iniciais legais voltados ao adolescente autor de ato infracional de acordo com sua especificidade (sexo, idade e tipo de medida). A aplicabilidade da medida socioeducativa, deve está em conformidade ao Artigo 114, incisos II ao VI do artigo 112/ECA-90 pressupõe a existência de provas suficientes da autoria e materialidade da infração, ressalvada hipótese de remissão, nos termos do art. 127.

Após a apreensão do adolescente autor de ato infracional, já na Delegacia Especializada em Apurações de atos Infracionais e logo feita apuração dos fatos pela autoridade policial e Promotor de Justiça, o adolescente pode ser ou não representado à autoridade judiciária para a devida instauração de procedimento com aplicação ou não de medidas protetiva e ou socioeducativa (a que for entendida como a mais adequada) de acordo com a periculosidade do ato infracional, as condições psicossociais do adolescente e seu histórico de conduta infracional. Até a decisão judicial, o adolescente permanece internado provisoriamente por um prazo máximo de 45 dias, conforme preconiza o artigo 183 do ECA-90.

Assim, após as oitivas⁴ do adolescente acompanhado dos representantes legais (pais e/ou responsáveis), bem como o representante do Ministério Público e Defensoria Pública e equipe

³ O Projeto Político-Pedagógico nortear as ações Socioeducativas a serem aplicadas no sentido de favorecer ao adolescente, o acesso às oportunidades de superação de sua situação de exclusão, de resignificação de valores, bem como o acesso à formação cidadã para a participação na vida social. A sua elaboração e implementação estão sustentadas nos princípios dos direitos humanos, persegue, ainda, a ideia dos alinhamentos conceitual, estratégico e operacional, estruturado, principalmente, em bases éticas e pedagógicas (PPP, Marise Mendes, 2013).

⁴ Oitivas é um termo jurídico que define a ordem em que devem ser interrogadas as pessoas envolvidas num processo. Significa audição, no sentido de ouvir. Exemplo: A oitiva da testemunha é obrigatória (<http://www.dicionarioinformal.com.br/oitiva/>).

técnica do Juizado. Mediante decisão judicial o adolescente pode ser encaminhado ao Centro para o cumprimento das medidas socioeducativas de internação e/ou semiliberdade (no caso do CSE Marise Mendes) Artigo 112, V e VI/ECA-90. Desta forma, os Centros Socioeducativos se propõe juntamente com a gerência do sistema do socioeducativo e outros setores a prestar serviços orientados pelos documentos internos como o Projeto Político Pedagógico (PPP) e Regimentos Internos (RI) os quais são reformulados sistematicamente a fim de atender a contento as normativas legais expressas no ECA e SINASE.

Sendo assim, as ações/atividades desenvolvidas pelas unidades de internação devem propiciar ao adolescente, autor ou envolvido com ato infracional, o desenvolvimento da capacidade de convívio social construtivo, através do exercício dos seus direitos e deveres de cidadania, bem como, a ressocialização positiva de pessoas, cujo exercício da liberdade responsável se encontra em processo de desenvolvimento.

A Lei 12.594/12 estabelece em seu Artigo 8º que os Planos de Atendimento Socioeducativo deverão, obrigatoriamente, prever ações articuladas nas áreas de educação, saúde, assistência social, cultura, capacitação para o trabalho e esporte, para os adolescentes atendidos, em conformidade com os princípios elencados na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - ECA. Sendo assim, tomou-se como análise os indicadores descritos da categoria 1 (Direitos Humanos) para medidas socioeducativas em meio fechado que são: alimentação; vestuário; higiene pessoal; documentação civil e escolar; escolarização profissionalização/trabalho; esporte; cultura; lazer; atenção integral à saúde; assistência espiritual; respeito e dignidade; direitos sexuais e direitos reprodutivos e direitos políticos (SINASE, 2006, p.82).

Posto isto, a investigação revelou acerca dessas categorias, a seguinte realidade exposta no quadro abaixo:

Quadro 03: O que o SINASE preconiza e o que é realizado em Amazonas.

DIREITOS A SEREM EFETIVADOS	MARISE MENDES	DAGMAR FEITOZA	SENADOR RAIMUNDO PARENTE
Condições adequadas de higiene, limpeza, circulação, iluminação e segurança	Há guarita com empresas de segurança. Contudo não conta com os itens mencionados no roteiro padrão. Higiene, limpeza e iluminação satisfatório, pois contam com empresas terceirizadas para esta finalidade.	Há segurança interna e externa, realizada pela Polícia Militar e a Empresa Amazon Security em regime ininterrupto. Higiene, limpeza e iluminação satisfatório, pois contam com empresas terceirizadas para esta finalidade	Há segurança interna e externa, realizada pela Polícia Militar e a Empresa de segurança em regime ininterrupto. Higiene, limpeza e iluminação satisfatório, pois contam com empresas terceirizadas para esta finalidade
Espaço adequado para a realização de refeições	Há refeitórios para realização de refeições	Há refeitórios para realização de refeições	Há refeitórios para realização de refeições
Espaço para atendimento técnico individual e em grupo	Há salas de atendimentos técnicos nas áreas de Serviço Social, Psicologia, Pedagogia e Enfermaria	No bloco administrativo, com salas da Direção, Serviço Social, Psicologia, Pedagogia, Saúde, Laboratório de Informática, Secretaria, Almoarifado e a Rádio Comunitária	Há Sala da Direção, Serviço Social, Psicologia, Pedagogia, Enfermagem, Socioeducatoria, Salas de Aulas e de Inclusão Digital
Condições adequadas de repouso dos adolescentes	Realizado nos alojamentos	Realizado nos blocos dos alojamentos ou Ala 1	Realizado nos alojamentos

Salão para atividades coletivas e/ou espaços para estudo	Realizado na área de convivência e/ou salas de aulas	Realizado na Ala 2, bloco C	Realizado no terceiro prédio e na área externa
Espaço para o setor administrativo e/ou técnico	Há sala de recepção, secretaria, sala da direção, sala de atendimentos técnicos	Realizado no bloco administrativo	Há setor administrativo
Espaço e condições adequadas para visita íntima	Não há espaço para visitas íntimas	Não há espaço para visitas íntimas	Não há espaço para visitas íntimas
Espaço e condições adequadas para visita familiar	Realizado na área de convivência	Realizado no Ginásio Poliesportivo	Realizado no Refeitório
Área para atendimento de saúde/ambulatórios	Há uma Enfermaria	Realizado no bloco administrativo	Há sala de enfermagem
Espaço para atividades pedagógicas	Há salas de atendimentos e salas de aula	Realizado na Ala 2	Há salas de aulas e pedagogia
Espaço com salas de aulas apropriadas contando com salas de professores e local para funcionamento da secretaria e direção escolar	Há salas de aulas, não há salas dos professores. A escolarização é realizada pela Secretaria de Estado da Educação e Qualidade de Ensino – SEDUC, através da Escola Estadual Josephina de Melo que oferece o Ensino Regular e o Programa de Educação de Jovens e Adultos – EJA,	Realizado na Ala 2. A escolarização é realizada pela Secretaria de Estado da Educação e Qualidade de Ensino – SEDUC, através da Escola Estadual Josephina de Melo que oferece o Ensino Regular e o Programa de Educação de Jovens e Adultos – EJA	Realizado nas salas de aulas. A escolarização é realizada pela Secretaria de Estado da Educação e Qualidade de Ensino – SEDUC, através da Escola Estadual Josephina de Melo que oferece o Ensino Regular e o Programa de Educação de Jovens e Adultos – EJA
Espaço para prática de esportes e atividades de lazer e cultura devidamente equipados e em quantidades suficiente para o atendimento de todos os adolescentes	Há uma quadra, contando com a participação e atuação dos seguintes atores: SEC – Secretaria Estadual de Cultura, SEJEL – Secretaria Estadual de Juventude, Esporte e Lazer e CETAM, concretizada pela presença do Projeto “JOVEM CIDADÃO”.	Realizado na Quadra Poliesportiva, contando com a participação e atuação dos seguintes atores: SEC – Secretaria Estadual de Cultura, SEJEL – Secretaria Estadual de Juventude, Esporte e Lazer e CETAM, concretizada pela presença do Projeto “JOVEM CIDADÃO”.	Realizado na quadra poliesportiva, contando com a participação e atuação dos seguintes atores: SEC – Secretaria Estadual de Cultura, SEJEL – Secretaria Estadual de Juventude, Esporte e Lazer e CETAM, concretizada pela presença do Projeto “JOVEM CIDADÃO”.
Espaço para a profissionalização	Nas áreas de convivências e salas de aulas. Muitas adolescentes fazem cursos externos	Realizado na Ala 2, bloco C. Contam com a parceria, por exemplo, CETAM com cursos profissionalizantes de Informática Básica e Avançada, Panificação, Doces e Salgados.	Há Salas de Aulas e de Inclusão Digital, sala de multiuso, uma sala para oficina artesanal, padaria. Fazem parcerias com instituições de ensino profissionalizante.

Fonte: Pesquisa de documental, período de maio-junho de 2013.

O quadro acima nos fornece um panorama dos direitos a serem efetivados pelos Centro Socioeducativo de Internação e a realidade encontrada. Foi detectado que há um corpo de guarda, que contam com policiais militares e empresas de seguranças para dar o suporte na segurança, mas com a estrutura física regular, visto que, de acordo com o roteiro padrão não há *Mirantes com instalação sanitária* em dois dos CSE.

A área administrativa há em todos os CSE, assim como salas para atendimento técnico, salas de aulas, ambulatórios para atendimento para primeiros socorros, nos casos mais graves são encaminhados para atendimentos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Hospitais do Sistema Único de Saúde. No caso das visitas dos familiares, são realizados ou nas quadras poliesportivas ou nos refeitórios. Vale ressaltar que, alguns familiares gostariam que melhorassem esse espaço, pois querem ter privacidade com seus adolescentes. No item da nutrição e serviço, os CSE contam com empresas terceirizadas para os serviços gerais e para a preparação da alimentação dos adolescentes em medida socioeducativa de internação.

Ademais, o SINASE preconiza que as Unidades que executam medidas socioeducativas de internação dever orientar-se por seis dimensões básica⁵. No que diz respeito a organização do espaço físico, este deverá prever e possibilitar a mudança de fases do atendimento do adolescente mediante a mudança de ambientes (de espaços) de acordo com as metas estabelecidas e conquistadas no plano individual de atendimento (PIA), favorecendo maior concretude em relação aos seus avanços e/ou retrocessos do processo socioeducativo.

Deve-se entender que, a privação do adolescente de seu ambiente familiar e social ocasiona grande impacto em sua vida, já que o ECA consagra a doutrina de proteção integral sendo, a convivência familiar e comunitária um dos direitos fundamentais e imprescindíveis para o pleno desenvolvimento de toda criança e adolescente. O adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de internação recebe como sanção a privação da liberdade do convívio com a sua família e comunidade. Entretanto, para que se assegure o seu direito de cidadania e os danos não sejam ainda maiores, a entidade e/ou programa de atendimento deve garantir que o adolescente tenha acesso aos seus demais direitos (SINASE, 2006).

Sendo assim, percebe-se a importância do trabalho socioeducativo de internação no Amazonas que vem desenvolvendo suas ações nos moldes das garantias constitucionais. Contudo, ainda há problemática quanto ao trabalho com os familiares, com a ausência dos órgãos que tem como obrigação dar suporte ao trabalho socioeducativo e a participação da equipe na construção de projetos que potencializem as ações socioeducativas. Os governos estaduais devem se responsabilizar para que o atendimento dos adolescentes em privação de liberdade, seja para a formação para a cidadania, extinguindo velha política nacional de bem-estar do menor. É importante ressaltar que, na gestão participativa o objetivo superior a ser alcançado é a comunidade socioeducativa.

Enfim, é vital colocar esse sistema em movimento, pois urge que se implementem ações e/ou medidas socioeducativas junto aos adolescentes em conflito com a lei no sentido que essas medidas propiciem uma influência na vida deste adolescente, contribuindo para o seu processo de mudança e de autonomia, possibilitando que este adolescente assuma um papel inclusivo na dinâmica social e comunitária.

Portanto, longe de se configurar em verdades absolutas e dogmáticas, o presente estudo constitui-se em um convite à reflexão acerca do trabalho socioeducativo no Amazonas que é válido e legítimo que mesmo em tempos de negação de direitos, em tempos de barbárie e cólera

⁵ Espaço físico, infraestrutura e capacidade; Desenvolvimento pessoal e social do adolescente; Direitos Humanos; Acompanhamento técnico; Recursos humanos e Alianças estratégica (SINASE, 2006, p.50-54).

neoliberal, prima pela defesa intransigente dos direitos humanos e de cidadania em busca de contribuir com a cidadania, com a democracia e a justiça social.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. Crise capitalista contemporânea e as transformações no mundo do trabalho. In: _____ **Capacitação em Serviço Social e política social: crise contemporânea, Questão Social e Serviço Social**. Módulo 1. Brasília: CEAD, 1999.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Coleção de leis Rideel. 14. ed. São Paulo, 2008.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília: Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, Departamento da Criança e do Adolescente, 2004.

_____. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo**. Projeto de Lei Nº 1.627 de 2007 Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, junho de 2006.

CADE 2011 - **Crianças e Adolescentes em Dados e Estatísticas**. Sociedade Brasileira de Defesa da Criança e do Adolescente (SBDCA). Fórum Nacional DCA. Fórum Nacional da Criança e do Adolescente. Uma Rede pela Consolidação dos Direitos da Infância. Instituto Marista de Assistência Social – IMAS. BRASIL, 2011. Disponível em <http://www.monitoredireitos.org.br/>. Acesso em: 21, abril 2012.

MOREIRA, C. A. B. D. **As Medidas Socioeducativas e as Violações de Direitos de Adolescentes**. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/PODER_VIOLENCIA_E_POLITICAS_PULICAS/AS_MEDIDAS_SOCIOEDUCATIVAS.pdf>. Acesso em 20 de janeiro de 2012.

SILVA, Luiz A. Palma e (Org.). **Gestão da política da infância e da adolescência no Brasil**: programa prefeito amigo da criança e as possibilidades de transformação. São Paulo: Fundação Abrinq, 2005. (Coleção Compromisso e Ação, 3).

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. 3. ed. ver. e atual. São Paulo: Cortez, 2009.

VOLPI, Mário. **Os adolescentes e a Lei: o direito dos adolescentes, a prática de atos infracionais e sua responsabilização**. Brasília: Ilanud, 1998.

_____, Mário. **Sem Liberdade, Sem Direitos: a experiência de privação de liberdade na percepção dos adolescentes em conflito com a lei**. São Paulo: Cortez, 2001.

ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA PROPOSTA DE POLÍTICA DE SAÚDE

Nanci Soares* ; Alcione Leite Silva**

RESUMO: O artigo traz à discussão o envelhecimento ativo na história de vida das pessoas idosas na cidade de Franca-SP. Analisamos as políticas públicas destinadas à população idosa. As fontes teóricas estão baseadas na Antropologia, Sociologia, Gerontologia, Psicologia e Serviço Social. Utilizamos a pesquisa bibliográfica, documental e de campo. Usamos a abordagem qualitativa, optamos pelo método história oral. As análises dos dados compreenderam três fases distintas: organização e estruturação dos dados, classificação dos dados e interpretação dos dados (Thompson, 1998). O desafio do século XXI é garantir o envelhecimento ativo e digno à população, buscando uma sociedade para todas as idades.

Palavras-chave: Envelhecimento ativo. Saúde. Serviço Social.

ABSTRACT: This article brings the discussion of active aging in history of older people's life in the city Franca-SP. We analyze the public policies intended for old population. The theoretical sources have been based in Anthropology, Sociology, Gerontology, Psychology and Social Work. We use the bibliographical, documentary and field research. Use the qualitative approach, we opted for the oral history method. The analyses of the data comprised three distinct phases: organizing and structuring of data, classification and interpretation of data (Thompson, 1998). The challenge of the XXI century is to ensure the active and dignified ageing of the population, seeking a society for all ages.

Keywords: Active aging. Health. Social Wok.

INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa é um fenômeno mundial, sendo que nos países desenvolvidos ocorreu gradativamente e nos países em desenvolvimento vem ocorrendo de forma acelerada nos últimos anos. Este aumento populacional está associado a diversos fatores, entre eles podemos citar: a queda da natalidade, imortalidade infantil, os avanços científicos e tecnológicos, de forma geral, as melhorias na qualidade de vida.

Para melhor compreender este fenômeno realizamos uma pesquisa com o título “ENVELHECIMENTO ATIVO NA HISTÓRIA DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS”, porque, apesar das conquistas na área nas últimas décadas terem sido significativas, enquanto campo de conhecimento, de atuação profissional e de política pública voltada às pessoas idosas, infere-se ainda a importância de dar voz a pessoa idosa.

O crescimento acelerado da população idosa, identificado nos resultados do Censo Demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, mostra que este segmento no Brasil era de 8.011.375, e que há dezesseis anos tínhamos um contingente populacional de 2.707.91 idosos (SOARES, 2015, p. 7). Tais dados demonstram o crescimento do contingente desta faixa etária idosa, suas repercussões demográficas e sociais, que diversos autores têm estudado, ressaltando aspectos do envelhecimento e da velhice, e a importância da atuação

* Assistente social, professora doutora em Serviço Social, pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais –UNESP- Campus Franca, pós doutorado na Universidade de Aveiro/Portugal, Professora Assistente Doutor na mesma instituição ministrando aulas na graduação e pós-graduação. Rua: Aniz Nassif, E-mail: nancisoares@netsite.com.br .

** Enfermeira, mestre pela Universidade Federal Santa Catarina (UFSC), doutora em filosofia na área de enfermagem pela UFCS, Professora convidada na Secção Autônoma de Ciência da Saúde da Universidade de Aveiro – Portugal. E-mail alsilva@ua.pt .

dos profissionais de diversas áreas (Gerontologia, Serviço Social, Psicologia, Fisioterapia entre outras) compromissados com a questão da pessoa idosa, em espaços coletivos que segundo Bulla, Soares, Kist (2007, p. 173) “[...] visem à cidadania, à participação e à promoção dos direitos sociais desse segmento populacional. Esses três objetivos estão estreitamente ligados, pois a cidadania supõe participação e direitos.” O exercício da cidadania é, portanto,

[...] de suma importância para a construção de uma sociedade democrática, pois representa a ligação entre qualidade de vida e as políticas públicas de uma nação, à medida que a consciência de cidadania leva ao fortalecimento do poder de participação dos sujeitos nos mais diversos espaços da sociedade (BULLA; SOARES; KIST, 2007, p. 174).

O reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e os princípios de independência, autonomia, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) contribui para embasar toda uma política para o envelhecimento ativo o qual, naturalmente, depende de uma diversidade de fatores “determinantes” que envolvem indivíduos, famílias, comunidades, países. E a compreensão destes determinantes irá auxiliar a elaborar políticas e programas que obtenham êxito nessa área (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Para caminhar neste sentido é necessária uma mudança de mentalidade, de normas comportamentais da sociedade e efetivação de políticas públicas. Segundo Bruno (2003), é preciso um novo olhar sobre a velhice, o investimento na mudança da percepção que a comunidade familiar e social tem sobre o envelhecimento e a velhice, bem como a efetivação de políticas públicas que respondam às necessidades do segmento, provocando o rompimento dos mitos e preconceitos que, ainda hoje, são os maiores responsáveis pela exclusão social das pessoas idosas.

A pessoa idosa deve compreender e aceitar a velhice. O fato do cidadão entrar na velhice não significa descompromisso com a participação, salienta Bulla, Soares, Kist (2007) nem renúncia aos direitos de cidadania, embora ocorram diversas mudanças em sua vida, entre elas, o afastamento das atividades de trabalho em virtude da aposentadoria. A participação em espaços coletivos pode promover o convívio com outras pessoas que estejam na mesma fase da vida pode oportunizar momentos de reflexão e debate sobre as perdas e ganhos associados ao processo de envelhecimento, e também sobre as potencialidades, as perspectivas futuras de exercício pleno da cidadania que fomentem sentimentos de pertencer e que abram os caminhos para a participação mais ampla na vida social (BULLA; SOARES; KIST, 2007).

O Serviço Social na prática com o idoso tem como determinante a autovalorização do idoso, enquanto sujeito de direito. Outro desafio do Serviço Social refere-se à conscientização da sociedade sobre o idoso enquanto um ser social de direitos, numa visão transformadora e crítica da realidade social do mesmo, sem perder de vista a totalidade das relações sociais no contexto político, econômico, cultural e ambiental. Uma das metas do Serviço Social é resgatar o cuidado da pessoa idosa por parte dos familiares, sociedade e do poder público. Assim, o compromisso ético-político do profissional de Serviço Social está pautado na defesa e proteção dos direitos das pessoas idosas brasileiras, defendendo a responsabilização do Estado na efetivação dos direitos da população idosa, na garantia de políticas públicas para o envelhecimento ativo e a mobilização da sociedade civil para exigir a efetivação de tais políticas, vencendo as discriminações e preconceitos, e contribuindo para construção de uma sociedade sem opressão de classe, etnia e gênero.

Portanto, o envelhecimento populacional é um dos grandes desafios para o mundo no novo milênio, principalmente para países como o Brasil, em que o número considerável de

indivíduos implica mudanças no contexto socioeconômico. Com o crescimento populacional, a questão social do idoso, exige uma política pública ampla e expressiva, capaz de propiciar um envelhecimento ativo.

POLÍTICAS PÚBLICAS DESTINADAS AO SEGMENTO IDOSO

No Brasil, desde meados do século XX, segundo Lima Sangaleti (2010), a pessoa idosa, que até pouco tempo foi considerada quase residual em nosso meio, passa a ser um ator não mais ausente dos discursos políticos, planejadores de novos mercados de consumo e de novas formas do lazer. E que, desde a regulamentação do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), vem cada vez mais sendo reconhecido como pessoa que deve se apropriar de uma nova perspectiva: a condição de sujeito com direitos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou a Política de Envelhecimento Ativo, que vem preconizar uma nova imagem de velhice, mostrando que

O rápido envelhecimento nos países em desenvolvimento é acompanhado por mudanças dramáticas nas estruturas e nos papéis da família, assim como nos padrões de trabalho e na migração. A urbanização, a migração de jovens para cidades à procura de trabalho, famílias menores, e mais mulheres tornando-se força de trabalho formal significam que menos pessoas estão disponíveis para cuidar de pessoas mais velhas quando necessário (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005, p. 12).

Para Camarano e Pasinato (2004), a primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre envelhecimento ocorreu em Viena (1982). Este fórum intergovernamental, em Viena, centrado na questão do envelhecimento populacional resultou na aprovação de um plano global, onde seus objetivos eram garantir a segurança econômica e social das pessoas idosas, bem como identificar as oportunidades para a sua integração ao processo de desenvolvimento dos países.

O Plano [...] foi estruturado em forma de 66 recomendações para os estados membros referentes a sete áreas: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 255).

A Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre envelhecimento ocorreu em abril de 2002 em Madri/Espanha. Para Camarano e Pasinato (2004), esta é a segunda assembleia internacional que influenciou significativamente no envelhecimento, após 20 anos que transcorreram da primeira assembleia ocorrida em Viena (1982). Ainda segundo as autoras, é uma nova declaração política e um novo plano de ação que deverá servir de orientação à adoção de medidas normativas sobre o envelhecimento no início do século XXI, e exerça “[...] uma ampla influência nas políticas e programas dirigidos à população idosa em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento.” (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 258). Evidencia que o envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. O plano de ação fundamenta-se em três princípios básicos:

participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza;

fomento da saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e

criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 259).

Mas, para que os três princípios do Plano de Ação atuem é necessário que as políticas voltadas para o envelhecimento populacional sejam efetivadas, assim como a integração entre os diversos setores: saúde, economia, mercado de trabalho, seguridade social e educação.

Nesta Assembleia de Madri, a OMS lançou o documento “Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas” que contempla um novo paradigma de entender o envelhecimento, e ao mesmo tempo complementa e amplia o plano. Mostra que para o envelhecimento ser uma experiência positiva, uma vida mais longa deve ser estar acompanhada de oportunidade contínua de saúde, participação e segurança. E que devem levar em consideração os fatores determinantes: sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços. O envelhecimento ativo é definido como sendo o

[...] processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

Permite que as pessoas percebam o seu potencial ao longo do curso da vida, e o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.

A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005, p. 13).

Nesta perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (2005) propõe uma visão positiva da velhice e do envelhecimento, segundo Viega e Gomes (2007), possui o objetivo fundamental da ideologia do envelhecimento ativo consiste em promover o prolongamento da vida ativa, não necessariamente associada à vida profissional, mas pelo envolvimento dos mais velhos na vida social, não como ator passivo, mas como atores participativos.

A abordagem do envelhecimento se volta para o “[...] reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e a auto-realização [...]” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005, p. 14), cumpre clarear que:

Autonomia é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente de acordo com suas próprias regras e preferências.

Independência [é aqui] entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária – isto é a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda dos outros;

[...] (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005, p. 14).

O idoso nesta abordagem é visto como uma pessoa de direitos, ativa, capaz de participar de ações políticas e em outros aspectos da vida em comunidade. Evita assim seu isolamento, abrindo espaço para participar de atividades comunitárias, grupos de amigos, grupos de convivência de idosos. Monteiro (2003, p. 147) no seu texto “Espaços internos e externos do corpo: envelhecimento e autonomia” diferencia independência física de autonomia, mostra que a

A independência física é o ato de agir com o corpo em todos os sentidos, sem necessitar de auxílio de outrem, enquanto a autonomia possui um conceito mais amplo, significando a condição de se relacionar com as pessoas de modo igualitário, uma relação sujeito-sujeito, permitindo o respeito pelas capacidades do outro.

Para Altafim (2008, p. 97),

O envelhecimento ativo permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que tenham participação

continua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente ligado à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho.

Já a definição de “saúde” pela Organização Mundial da Saúde (2005) refere-se ao bem-estar físico, mental e social. A proposta de envelhecimento ativo tem como objetivo

[...] aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que [se encontram em situação de vulnerabilidade], fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005, p. 13).

A proposta de envelhecimento ativo define a qualidade de vida como sendo:

[...] a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005, p. 15).

A qualidade de vida é um desafio não apenas para os que estão velhos, mas também para aqueles que vão envelhecer. Portanto, ter ou não ter qualidade de vida não é responsabilidade individual – fatores econômicos, sociais e culturais interferem diretamente no bem-estar de uma população. Em outros termos, a qualidade de vida pode estar relacionada a dois fatores: intrínseco e extrínseco. O intrínseco refere-se subjetividade da pessoa. A concretização/realização das expectativas positivas estabelecidas pelo indivíduo ao longo da vida pode significar qualidade de vida: não fumar; não beber; apresentar uma dieta saudável com pouco sal, açúcar e gordura; exercícios físicos frequentes; e o cuidado com o estresse do dia a dia, com controle das emoções e pensamentos.

O aspecto extrínseco diz respeito às políticas sociais que se desenvolveram ao longo dos anos para suprir as necessidades que foram evidenciadas pelo desenvolvimento socioeconômico e cultural, e conquistadas através de reivindicações dos movimentos sociais.

Outro princípio relevante da Política de Envelhecimento Ativo da Organização Mundial da Saúde (2005) refere-se à solidariedade entre gerações (uma via de mão-dupla, com indivíduos jovens e velhos, onde se dá e se recebe). A criança de ontem é o adulto de hoje e o avô ou avó de amanhã.

A qualidade de vida que as pessoas terão quando avós dependem não só dos riscos e o oportunidades que experimentarem durante a vida, mas também da maneira como as gerações posteriores irão oferecer ajuda e apoio mútuos, quando necessário (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005, p. 13).

É preciso incentivar a nova geração a cuidar do idoso, argumenta Monteiro (2003, p. 146) que:

Infelizmente ainda existem velhos deficientes com receio de sair de seus quartos porque possuem medo de expandir suas experiências. Estão confinados há anos dentro de um espaço pequeno e sem vida. O único contato que possuem é com o mundo virtual da televisão, misturado às lembranças sem cor. O que é lembrar sem poder compartilhar as lembranças? Memórias sem oportunidade de interação são cores sem nuances.

Nesta perspectiva, a valorização do idoso pela nova geração, a grande recomendação se volta para construir imagem positiva da velhice, o reconhecimento político e social das contribuições que as pessoas idosas podem dar a geração dos mais novos, “[...] educar os jovens sobre o envelhecimento e cuidar da manutenção dos direitos das pessoas mais velhas

irão ajudar a reduzir e eliminar a discriminação e o abuso.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005, p. 44).

A perspectiva de curso de vida para o envelhecimento ativo, [proposta pela Organização Mundial da Saúde (2005)], reconhece que os mais velhos não constituem um grupo homogêneo e que a diversidade entre os indivíduos tende a [manter] com a idade. As intervenções que criam ambientes de apoio e promovem opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005, p. 15).

Bulla e Kaefer (2003) mostram que uma das características desta etapa de vida é a heterogeneidade, ou seja, os sujeitos não envelhecem de maneira igual, construindo suas próprias histórias de vida, com características e dificuldades diferentes.

A abordagem de envelhecimento ativo da Organização Mundial da Saúde (2005) propõe também o desenvolvimento de políticas e programas inerentes ao envelhecimento individual e populacional. Destaca também a importância das

[...] políticas sociais de saúde, mercado de trabalho, emprego e educação apoiarem o envelhecimento ativo.

As famílias e os indivíduos precisam planejar e se preparar para a velhice, e precisam se esforçar pessoalmente para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida. Ao mesmo tempo, é necessário que os ambientes de apoio façam com que “as opções saudáveis sejam as mais fáceis” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005, p. 17-18).

Ainda segundo a proposta da Organização Mundial da Saúde (2005, p. 18) “[...] existem boas razões econômicas para se implementar programas e políticas que promovam o envelhecimento ativo, [entre elas cita:] aumento de participação e redução de custos com cuidados [...]”, menos problemas para continuar a trabalhar, ainda estão aptos para trabalho, se as pessoas ao longo do processo envelhecimento cuidando da saúde, as despesas médicas, provavelmente, não aumentarão de maneira tão rápida.

PROMOÇÃO DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO ATIVO

Segundo González (2008, p. 21), o conceito moderno de Promoção de saúde surgiu em 1974 no Canadá, com a publicação do documento “The New Perspective for the Health of Canadians”, também é chamado de “Informe Lalonde”. Esta declaração surgiu dos resultados da pesquisa epidemiológica das doenças não-transmissíveis, assim começa uma nova era de interesse social e político pela saúde pública.

Propunham-se ações para o enfrentamento do aumento dos custos da assistência à saúde em consequências do processo de envelhecimento populacional, questionando-se a abordagem exclusivamente médica do processo saúde-doença que não apresentava resultados significativos no enfrentamento das patologias não transmissíveis (CARVALHO, 2005 apud GONZÁLEZ, 2008, p. 35).

Ainda segundo González (2008, p. 22), é um documento político, pois

[...] ao mesmo tempo em que [...] enfatizava a determinação social da doença ao se referir à noção de campo de saúde, esse “insight” é negado no interior do próprio documento transformando o social em sinônimo de estilo de vida saudável.

[...] o social dilui-se em retórica comportamental, a-histórica, que toma o ambiente como tudo aquilo que inclui todas as coisas relacionadas com a saúde e que são externas ao corpo humano e sobre o qual o indivíduo tem pouco ou nenhum controle.

Estão ausentes temas como poder, sujeitos sociais, estruturas sociais, capitalismo e luta de classes. O mesmo ocorre em relação a categorias como pobreza, iniquidade social, desemprego, condições de trabalho e de vida, democracia, participação e direito (CARVALHO, 2005, p. 50 apud GONZÁLEZ, 2008, p. 43).

Em 1986 a Organização Mundial da Saúde promoveu a I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa – Canadá, surgindo um novo paradigma relativo à promoção de saúde:

Promoção da saúde é nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (MINISTERIO DA SAÚDE, 1996 apud LOPES, 2000).

O documento atribui à pessoa a capacidade de controlar fatores determinantes da sua saúde. Afirma Lopes (2000) que o desenvolvimento social, econômico, e pessoal são dimensões consideradas importantes da qualidade de vida.

Aqui estão as raízes do tão propagado incentivo no auto-cuidado na velhice, apregoado nas práticas atuais da saúde, sem, contudo culpabilizar as pessoas que adoecem, tornando a doença uma responsabilidade unicamente individual (LOPES, 2000, p. 34).

São definidas cinco grande área estratégias para a concretização da ações de promoção de saúde:

- Elaboração e implementação de políticas de saúde;
- Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- Reforço da ação comunitária;
- Desenvolvimento de habilidades pessoais e
- Reorientação dos sistemas e serviços de saúde (LOPES, 2000, p. 34).

Lopes (2000) mostra que nesta Conferência, enfatizou-se que as nações em desenvolvimento, estariam sob a responsabilidade dos países desenvolvidos, ou seja, estas deveriam assegurar que suas políticas tivessem um impacto positivo na saúde. A autora afirma também que as áreas priorizadas nesses programas voltados para as ações em políticas de saúde coincidem com as da Conferência de Ottawa.

Pasche e Hennington (2006 apud GONZÁLEZ, 2008, p. 23)

Durante as décadas de 1980 e 1990 realizaram-se outros encontros internacionais sobre o tema que ratificaram os preceitos estabelecidos pela Carta de Ottawa e acrescentaram outras preocupações, entre elas a geração de políticas públicas saudáveis, as desigualdades na saúde e a responsabilidade pública pela saúde.

A concepção atual de promoção de saúde, segundo Buss (2003 apud GONZÁLEZ, 2008, p. 23) “[...] está vinculada a diversos valores como vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parceria.”

DESVELANDO O UNIVERSO DAS PESSOAS IDOSAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foi realizada recentemente uma pesquisa intitulada “ENVELHECIMENTO ATIVO NA HISTÓRIA DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS”, tendo como objetivo geral analisar a

experiência de envelhecimento ativo na história de vida de pessoas idosas ativas, na cidade de Franca-SP. O referencial teórico-metodológico utilizado para conduzir o trabalho investigativo e o raciocínio nesta pesquisa encontra-se nas seguintes categorias: 1) identidade na velhice: pessoa, sociabilidade e trabalho e 2) identidade e envelhecimento ativo. As fontes teóricas estão baseadas na Antropologia, Sociologia, Gerontologia, Psicologia e Serviço Social, em consonância com a proposta da área de Ciências Humanas e Sociais. Utilizamos a pesquisa bibliográfica, documental e de campo. Usamos a abordagem qualitativa, optamos pelo método história oral, pois procura explicar os significados do cotidiano de maneira significativa através das histórias de vidas, recolhendo informações por meio de entrevista.

Da análise das falas das entrevistadas inferimos aspectos importantes que merecem ser destacados. A percepção do envelhecimento ao longo da vida mostra mudanças, antes imagem negativa (solidão, isolamento, problemas de saúde, inatividade) e passam a ter uma imagem positiva da velhice, associado a participação em programas da terceira idade, atividades físicas, preservação da saúde, aquisição de novos conhecimentos, entre outros.

Os resultados mostraram que independência funcional promove a inserção das pessoas idosas na comunidade, participando, formal e informalmente, da vida social, em atividades de lazer, sociais, culturais, permitindo continuarem a exercer sua autonomia, a gozar de respeito e manter seus relacionamentos.

No tocante, a qualidade de vida os dados mostram que os sujeitos entendem numa perspectiva individual, para Lima e Sangaletti (2010) a gestão do avanço da idade passou por um processo conhecido em gerontologia como *reprivatização* da velhice, que colocou o envelhecer e os seus destinos sob a responsabilidade individual. Este processo de *reprivatização* da gestão da velhice pode ser identificado, por exemplo, nos documentos oficiais elaborados pelo estado brasileiro, que instruem sobre políticas públicas de atenção à saúde do idoso.

A Organização Mundial da saúde (2005, p. 14), “À medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência.” Teixeira (2008, p. 287) mostra que a proposta de envelhecimento ativo não visa apenas melhorar a saúde, o estado físico e psicológico dos idosos, mas argumenta a autora

[...] atribui-lhes responsabilidades pelo seu estado, subjetivando a noção de velhice e de qualidade de vida, que depende do indivíduo, da sua motivação para mudar hábitos de vida, dentre eles, alimentação saudável, práticas de exercícios físicos, atividades intelectuais e socializadoras [...]. A velhice pobre, doentia e dependente virou uma condição de negligência pessoal ou familiar, de motivação pessoa para aprender. Logo, a problemática do envelhecimento, e sua superação recai sobre o próprio idoso.

O resultado da pesquisa mostrou que as atividades oferecidas pela Universidade Aberta à Terceira Idade- Campus Franca (UNATI) constituem importantes mecanismos de resgate da cidadania do segmento idoso. A participação nos debates e no processo grupal proporciona convívio com pessoas da sua geração e mais jovem troca de experiências, novas relações de amizade, aquisição de novos conhecimentos, promove qualidade de vida e compreensão e aceitação da velhice.

Os dados coletados mostram também a heterogeneidade da velhice, apontando que as pessoas vivenciam de forma diferente a sua vida, e que mesmo estando na mesma faixa

etária não significa que tenham passado pelas mesmas vivências, nem tão pouco apresentam as mesmas necessidades e características.

CONCLUSÃO

A sociedade é contraditória, pois ao mesmo tempo em que considera a aposentadoria um direito do trabalhador, ela considera a pessoa idosa aposentada improdutiva e inútil. Predomina ainda uma visão que valoriza oportunidades a serem oferecidas aos mais jovens em detrimento da canalização de recursos aos mais velhos.

Para envelhecer bem, mesmo que na presença de preconceitos e exclusão que são inerentes à dinâmica das sociedades e na relação do ser humano com a vida, a morte e a velhice, há a dependência de investimentos socioculturais de longo prazo. Um dos investimentos é a educação, pois segundo Cachioni (2003) educar os idosos, os adultos, os jovens, e as crianças, significa acreditar em seu contínuo processo de desenvolvimento e nas possibilidades de suas construções como sujeitos. A educação cria condições para enfrentar preconceitos, exclusão, a falta de oportunidade em todas as idades, e gera aumento de renda, promove a qualidade de vida e favorece o genuíno exercício da cidadania.

O resultado da pesquisa mostrou que, a velhice é um fenômeno multifacetado, construído socialmente, possuindo aspectos biopsicossociais, sendo que envelhecimento se constrói como um fenômeno universal, que se manifesta em singularidades, mediatizadas pelas particularidades e vale ressaltar que é heterogêneo, pois as pessoas vivenciam a velhice de maneiras diferentes em outros contextos.

O desafio do século XXI é garantir o envelhecimento ativo e digno à população, buscando uma sociedade para todas as idades de forma que as pessoas idosas tenham participação na vida social, combatendo os fatores determinantes que comprometem o envelhecimento ativo: sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso aos serviços públicos.

REFERÊNCIAS

ALTAFIM, Leticia Zanetti Marchi. O idoso no Brasil. In: SOARES, Nanci; JOSÉ FILHO, Mário (Org.). **UNATI: construindo a cidadania**. Franca: Ed. UNESP, 2008.

BRUNO, Maria Regina Pastor. Cidadania não tem idade. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 24, n. 75, p.74-83, set. 2003.

BULLA, Leônia Capaverde; KAEFER, Carin Otilia. Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, ano 2, n. 2, dez. 2003. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/957/737>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

_____; SOARES, Erica Scheeren; KIST, Rosane Bernardete Brochier. Cidadania, pertencimento e participação de idosos – grupo Trocando Ideias e Matinê das Duas: Cine Comentado. **Ser Social**, Brasília, DF, n. 21, p.169-196, jul./dez. 2007.

CACHIONI, Meire. **Quem educa os idosos?** Um estudo sobre professores de Universidades da Terceira Idade. Campinas: Alínea, 2003.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: _____. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2012.

CANOAS, Cilene W. A cidadania na velhice. In: JOSÉ FILHO, Mário; SOARES, Nanci. (Org.). **UNATI: construindo cidadania**. Franca: Ed. UNESP/FHDSS, 2008.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Violência contra a pessoa idosa ocorrências, vítimas e agressores**. Brasília, DF: Universal, 2007.

GONZÁLEZ, Carolina Rocha Aquino. **A promoção da saúde como caminho para o envelhecimento ativo: o cuidado ao hipertenso em um centro de saúde escola**. 2008. 124 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/especializacaofisioto/files/2010/03/Promo%C3%A7%C3%A3o-de-Sa%C3%BAde-e-envelhecimento-ativo-Carolina-Gonz%C3%A1lez.pdf>> Acesso em: 18 abr. 2013.

HADDAD, Eneida G. de Macedo. **A ideologia da velhice**. São Paulo: Cortez, 1986.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2005.

KALACHE, Alexandre. Uma política para o bem-envelhecer. Entrevistador: Neldson Marcolin. **Pesquisa FAPESP**, São Paulo, ed. 145, p. 14-19, mar. 2008.

LIMA, Ângela M. M. de; SANGALETI, Carine T. **Cuidar do idoso em casa: limites e possibilidades**. São Paulo: Ed. UNESP, 2010.

LOPES, G. da Costa. **Saúde na velhice: as interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento**. São Paulo: EDUC, 2000.

MINAYO, Maria Cecília. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <http://adm.online.unip.br/img_ead_dp/35428>. Acesso em: 13 maio 2013.

MONTEIRO, Pedro Paulo. Espaços internos e externos do corpo: envelhecimento e autonomia. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 24, n. 75, p. 143-151, set. 2003.

NERI, Anita L. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: _____. (Org.). **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alinea, 2007. (Velhice sociedade).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília, DF, 2005.

SOARES, Nanci. Prefácio. In: DÁTILLO, Gilsonir Maria Prevelato de Almeida; CORDEIRO Ana Paula (Org.). **Envelhecimento humano: diferentes olhares. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015**.

_____.; DI GIANNI, Victalina Pereira. UNATI/Franca: construindo cidadania na era do envelhecimento. In: JOSÉ FILHO, Mário; SOARES, Nanci. (Org.). **UNATI: construindo cidadania**. Franca: Ed. UNESP/FHDSS, 2008.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008.

THOMPSON, Paul. **A voz do passado: história oral**. Tradução Lólio Lourenço de Oliveira. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

VIEGA, Susana de Matos; GOMES, Catarina Antunes. **A identidade na velhice**. Porto, Pt: AMBRAS, 2007. (Idade do saber).

PARTICIPAÇÃO DA PESSOA IDOSA NA POLÍTICA DE ENVELHECIMENTO ATIVO: INSERÇÃO OU AMPLIAÇÃO DA CIDADANIA?

Joice Sousa Costa* ; Nanci Soares**

RESUMO: Este artigo busca identificar como o Brasil vem respondendo a população envelhecida através das políticas públicas, além de analisar a categoria da participação enquanto dimensão ontológica, e em particular nos debruçamos sob a análise da participação na Política de Envelhecimento Ativo (2005- Brasil). Utilizamos o método dialético, sendo de abordagem qualitativa, contando com pesquisa de campo. Desse modo, ressaltamos que o processo de envelhecimento deve ser analisado com um fenômeno em sua totalidade, com referidas particularidades, sendo necessário desenvolver ações no âmbito da participação da pessoa idosa, para que esta transcenda a dimensão da inserção, trazendo-a como razão ontológica.

Palavras-chave: Envelhecimento ativo. Participação social. Serviço Social.

ABSTRACT: This article seeks to identify how the Brazil answers the ageing population through public policies, as well as analyze the category of participation while ontological dimension, in mainly we lean over about the analysis of participation in the Active ageing: a policy framework (2005- Brazil). We used the dialectical method and this research is qualitative with field research. So, we emphasize that the aging process should be analyzed like as phenomenon in totality, with particularities, that shows necessity to develop actions in scope of old people participation, in order that transcends the insertion dimension, bringing it as ontological reason.

Keywords: Active ageing. Social participation. Social work.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população vem ocorrendo a nível mundial, o que ocasiona reflexos em todos os aspectos da vida social tanto da pessoa que envelhece quanto da sociedade. Por um lado, o alcance da longevidade soa como um triunfo, visto que é resultado da melhoria das condições de vida, que inclui a efetivação dos direitos. Todavia, ele se expressa como um desafio, pois demanda serviços de saúde, previdência, educação, lazer, cultura e assistência durante o curso da vida, com o fim de alcançar efetivamente um processo de envelhecimento saudável a todos cidadãos.

A pesquisa teve como propósito desvelar as percepções da pessoa idosa acerca do envelhecimento ativo e sua participação social, levantando questionamentos pertinentes sobre as políticas sociais dirigidas à terceira idade, especialmente aquelas que repercutiram mundialmente por meio dos organismos internacionais e as refrações das mesmas na conjuntura brasileira. No primeiro momento buscamos analisar os avanços e as permanências no campo das políticas sociais voltadas para a pessoa idosa, circunscrevendo-as no contexto político econômico e social do Brasil. Posteriormente, discutimos a categoria da participação no âmbito da pessoa idosa, suscitando sua dimensão ontológica e em particular nos debruçamos sob a reflexão da conceituação da participação na Política de Envelhecimento Ativo (2005).

* Bacharel em Serviço Social, discente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, UNESP- Campus Franca. Bolsista CAPES. E-mail: joicecostasousa@gmail.com.

** Assistente social, professora doutora em Serviço Social, pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, UNESP- Campus Franca, Professora Assistente na mesma instituição ministrando aulas na graduação e pós-graduação. Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa: Envelhecimento, Políticas Públicas e Sociedade. E-mail: nancisoares@netsite.com.br.

Logo, adentramos na pesquisa de campo, realizada no município de Franca, na Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI) UNESP- Campus Franca, dessa maneira objetivou decifrar as concepções do envelhecer ativamente e da participação social da pessoa idosa por meio dos depoimentos discutidos.

OS DESAFIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DIANTE DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

No que se refere às políticas públicas voltadas para a população idosa, iremos nos reportar tanto as de âmbito mundial, quanto as brasileiras, nos atentando para aquelas que tiveram maior repercussão social, sobretudo as divulgadas pela Organização das Nações Unidas (ONU). O envelhecimento foi tratado de forma superficial na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, embora em todos seus pressupostos incorporem a luta pela garantia de direitos.

A problemática do envelhecimento populacional somente torna consistente na Conferência de Direitos Humanos (1968), mas a velhice era vista sob a perspectiva de um problema social. Enquanto isso no Brasil, as primeiras iniciativas de políticas públicas voltadas para o envelhecimento remetem a criação do sistema previdenciário Vale destacar que, estas ações brasileiras no âmbito previdenciário se encontravam restritas a uma minoria da população brasileira, de modo que havia um grande percentual desprovido de qualquer garantia, procurava apoio nas entidades de caridade e filantrópicas. Dessa maneira, no caso brasileiro, “a política pública dirigida ao idoso se relaciona com o desenvolvimento socioeconômico cultural, bem como a ação reivindicatória dos movimentos sociais” (SOARES, DI GIANNI, 2008, p.12), que ainda eram residuais.

Em âmbito mundial, as discussões sobre envelhecimento tornaram-se efetivas com a elaboração do Plano de Viena em 1982, uma das conquistas apontadas “foi o de colocar na agenda internacional as questões relacionadas ao envelhecimento individual e da população” (CAMARANO, PASINATO, 2004, p.255) além de enfatizar a necessidade do debate sobre esta temática em âmbito global, reconhecendo a pessoa idosa e seu papel social, onde a independência e a autonomia devem ser preservadas. Todavia, as mesmas autoras ressaltam que

A concepção de idoso traçada no plano era de indivíduos independentes financeiramente e, portanto, com o poder de compra. [...] suas necessidades deveriam ser ouvidas, pois agregavam valor à economia e permitiam o desenvolvimento de um novo nicho de mercado, [...] o plano também foi fortemente dotado por uma visão de medicalização do processo de envelhecimento (CAMARANO; PASINATO, 2004, p.255).

Os reflexos no Brasil são evidentes, visto que a década de 1980 se consolida o projeto de redemocratização, fato que possibilitou a emergência dos movimentos sociais e a participação dos cidadãos na elaboração da nova Constituição, promulgada no ano de 1988, conhecida como a Constituição Cidadã. Cabendo destacar que, algumas diretrizes do Plano de Viena são incorporadas ao texto constitucional no que se diz ao posicionamento do Estado diante da velhice.

Mas é na década de 1990 que a questão do envelhecimento passa a ser tratada de forma mais intensa nos países em desenvolvimento, porém o debate ainda girava entorno de uma população idosa homogênea, sem peculiaridades. Pregando um discurso de uma população ativa, produtiva e com capacidade de consumo, sem considerar uma grande parcela da população que se encontra vulnerável com seus direitos fundamentais violados. O interessante é que

[...] a visão de idosos como um subgrupo populacional vulnerável e dependente foi sendo substituída pela de um segmento populacional ativo e atuante que deve ser incorporado na busca de bem estar de toda a sociedade (CAMARANO, PASINATO, 2004, p.258).

Frente a este cenário e devido à grande influência dos organismos internacionais na política externa e interna, os pressupostos dos documentos terão seus rebatimentos no Brasil. Como podemos indicar a promulgação da Política Nacional do Idoso, mais conhecida como PNI (Lei N. 8.842, 04/01/1994) é uma conquista para a população brasileira, sendo que

[...] até 1994 não havia uma política de âmbito nacional destinada às pessoas idosas [...] dispõe sobre normas para os direitos sociais dos idosos garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. [...] Tem como objetivo criar condições para promover a longevidade com qualidade de vida, colocando em prática ações voltadas não apenas para os que estão velhos, mas também para aqueles que vão envelhecer (SOARES, DI GIANNI, 2008, p.13).

Além disso, a Política Nacional do Idoso (1994) reconhece o envelhecimento como um fenômeno universal, mas que tem seus rebatimentos e particularidades no que se refere às diferenças sociais, culturais e regionais. Entretanto, Teixeira aponta que “a falta de um orçamento único para a execução da PNI constitui um dos obstáculos à efetivação” (TEIXEIRA, 2008, p.280).

Em 2002, é divulgado um plano de caráter mundial que vai rebater diretamente nas políticas públicas dos países da América Latina, principalmente no que se refere à proteção dos Direitos Humanos das pessoas idosas. O foco deste segundo plano são os países em desenvolvimento. Um dos avanços assinalados pelos estudiosos do Plano de Madri é que se abre espaço para a participação da sociedade civil organizada, além da possibilidade do estabelecimento de parcerias como forma de viabilizar os direitos da pessoa idosa diante do enxugamento do Estado e a consideração de outros fatores transversais que influem diretamente no processo de envelhecimento. Uma das permanências no Plano é desconsideração das diversidades culturais, que é um dos fatores relevantes no processo de envelhecimento.

No Brasil, em 2003 há a promulgação do Estatuto do Idoso (Lei 10.741, 01/10/2003) ele se mostra como uma proposta ampla, atingindo todos os aspectos da vida social da pessoa idosa. O Estatuto do Idoso vem para reforçar as diretrizes propostas na Política Nacional do Idoso de 1994 e de acordo com Camarano, Pasinato (2004, p.270) ele “incorpora novos elementos e enfoques, dando um tratamento integral e com uma visão de longo prazo ao estabelecimento de medidas que visam proporcionar o bem-estar dos idosos” um dos avanços indicados é a instituição de crimes e penas para o não-cumprimento da lei. Dessa forma,

A lei aponta uma tendência de transformar os idosos em “sujeitos de direitos”, ao lado de outras leis que regulam os direitos de minorias, dos invisíveis para o capital, dos “não-rentáveis”, garantido-lhes direitos civis, políticos e sociais. Nessa lei o idoso ingressa na condição humana, ampliando a concepção de direitos humanos “iluminista-burguesa”, entretanto, sem ruptura de fundo, mas expandido-o também para os “não-rentáveis” (TEIXEIRA, 2008, p.289).

Assim, a efetivação desses direitos em pleno ideário neoliberal configurou-se como a responsabilização da sociedade, principalmente no âmbito da implementação e execução das políticas sociais, o Estado assume o papel de regulador e fiscalizador. O risco é tratar as expressões da Questão Social, com um conteúdo acrítico e aclassista, de modo assistencialista, burocratizando ações e afastando a possibilidade da participação política da pessoa idosa nesse processo. Assim sendo,

a garantia desses direitos é ambígua, reafirma-os como responsabilidade do Estado e nega-os ao remeter a execução da política para a sociedade civil, campo da ajuda social e da lógica do mercado (TEIXEIRA, 2008, p. 291).

As diretrizes do Plano de Madri serão introduzidas na política pública brasileira, somente em 2005, denominada: “Envelhecimento Ativo: uma política de saúde”. Ela tem a perspectiva de uma imagem positiva do envelhecer, afirmando que o envelhecimento saudável é um resultado de um processo que envolve o reconhecimento dos direitos humanos, da autonomia, participação e políticas sociais efetivas desde a primeira infância. A política de envelhecimento ativo é uma política ampliada de caráter preventivo, que prevê ações no âmbito da saúde, assistência social, trabalho, educação, habitação e urbanismo. Na política são esboçados os fatores determinantes do envelhecimento ativo, segundo a OMS, que incluem: serviços de saúde e sociais, determinantes pessoais e biológicos, ambiente físico, determinantes sociais, determinantes econômicos, tratando o envelhecimento como um processo extrínseco e intrínseco. Tendo como temas transversais a cultura e o gênero, mas exclui o caráter das diversidades regionais, a heterogeneidade da velhice e sua multidimensionalidade. Os eixos de tal política se fundam na saúde, segurança e participação, nesse trabalho nos propomos a nos aprofundar na participação social da pessoa idosa na política de envelhecimento ativo.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL E SUA INTERFACE COM A POPULAÇÃO IDOSA

Para decifrar a categoria participação, buscamos identificá-la enquanto categoria ontológica do ser social. Assim, ela deve ser entendida como unidade histórica e envolta sob a complexidade da realidade, como componente de intervenção na trama social. A participação é um termo que foi capturado para designar desde a mera integração da pessoa à sociedade, mas também para aferir a participação no processo de construção e ampliação da cidadania, caminhando assim, entre as matrizes positivistas e críticas, ou seja, a participação social deve ser concebida como um processo e ato histórico, dotado de contradição, visto que a mesma é comum a todo ser humano, pois é na constituição do ser social, tendo por categoria central o trabalho, que o homem estabelece e participa da relação com a natureza, transformando-a e se auto construindo em uma reciprocidade, fundando a sociabilidade, liberdade, a autonomia, trazendo em si o poder criativo e criador da participação, afirmando-se enquanto ser social. Entretanto, o homem

[...] nasce num contexto historicamente dado. Encontra em tal contexto um conjunto de relações e instituições que o fazem ocupar posições que independem de decisões próprias assumindo, inclusive, determinado sistema de pensar e agir (SOUZA, 2000, p.81).

Assumir o sistema de pensar e agir dominante implica a reprodução das idéias dominantes no cotidiano, esfera privilegiada do agir prático e utilitário, podendo interferir na dimensão da participação do homem enquanto um ser consciente, reflexivo e atuante. É importante ressaltar que a participação requer a garantia condições básicas da existência humana, mas

No contexto brasileiro, a participação da maioria dos brasileiros está afetada naquilo que se coloca como pressuposto de toda a existência humana. A luta para poder comer, beber, ter habitação e vestir-se passa a ser a luta fundamental da maioria da população brasileira. Mesmo nesse nível as lutas são captadas e transformadas em ações a favor da legitimidade da dominação de alguns grupos sobre a maioria da população (SOUZA, 2000, p.83).

Dessa maneira, podemos presumir que o provimento imediato das necessidades básicas, muitas vezes também não se encontram sob a ótica do direito universal do ser humano. Dentre este impasse objetivo para a participação, ainda nos deparamos com a naturalização da pobreza, da dominação e opressão, sendo difundidos ideologicamente como elementos estáticos e inerentes da sociabilidade humana, dificultando e impelindo o enfrentamento desses pela sociedade.

O debate sobre a participação social se torna expressivo, sobretudo a partir da década de 1950 e 1960, onde o ideal desenvolvimentista reina no Brasil, sendo que o indivíduo, a partir de sua inclusão, é participante do desenvolvimento econômico e social do país, se constituindo como uma estratégia política, visto que se configura como dominação, pois por meio da educação busca-se a aceitação de costumes da sociedade “moderna”, do padrão de consumo. Sendo que, ao decorrer do período da ditadura militar, a participação associa à seu cunho político, se constituindo como uma estratégia da pressão popular, que ansiava pela redemocratização do país, em um contexto onde as vozes populares e ativas eram caladas, tendo em vista que o regime tem seu término em 1984. Ademais a década de 1980 pode ser considerada frutífera no que concerne à participação popular, já que é elaborada a Constituição de 1988, incluindo em seu texto o direito aos direitos sociais, uma proclamação da cidadania brasileira, sendo identificado um destaque a participação social dos cidadãos nos processos decisórios.

Já década de 1990, muitos teóricos a denominam como a década perdida, aferindo a ideia de que é um período estagnado na área social e econômica. Porém, consideramos como um período de conquistas legislativas, onde as demandas salientadas são regulamentadas em lei, vide a implementação do controle social e da participação dos cidadãos através dos conselhos de direito. O desafio que ainda persiste é a efetivação de tais direitos prescritos em lei englobando: a consolidação da participação política da população, a gestão democrática e a justiça social, especialmente em um contexto adverso à construção da cidadania em tempos do ideário neoliberal, de maximização da economia e minimização do social.

Para Machado (2012, p.172) “[...] a idéia de processos participativos é acolhida por distintas correntes teóricas, partidos políticos e pelas agências internacionais de financiamento” sendo que a participação atenua entre os ideais conservadores e progressistas da sociedade, a trazendo muitas vezes como ahistórica, aclassista e a reduzindo à inserção. De modo que, “[...] reatualiza-se um discurso participativo veiculado em épocas passadas, com conteúdos acrílicos e aclassistas, vinculados à uma idéia de participação restrita” (MACHADO, 2012, p.173), ou seja, “[...] hoje em dia a participação é linguagem comum nas diversas camadas da população em que pese existirem interesses e preocupações contraditórias e antagônicas” (SOUZA, 2000, p.81)

Logo, se considerarmos a participação como um processo social, educativo e, sobretudo político, a mesma requer um posicionamento consciente, crítico do sujeito na sociedade. Assim, o direito à participação se configura como um espaço de disputa e embate, ou seja, participar é desafio, pois envolve a questão do poder, ou melhor, da redistribuição dele, por isso

[...] o espaço de participação precisa ser conquistado, centímetro por centímetro, o que ocorre muitas vezes é que não podemos andar a metro, mesmo porque todos os processos participativos profundos tendem a ser lentos (DEMO, 2001, p.19).

Dessa maneira, a participação dos sujeitos sociais é limitada pelas diretrizes tomadas pelo capital em determinado momento histórico, aferimos também que há uma farseação da concepção da participação social, reduzindo-a a ideia de inserção, desconsiderando seu componente ontológico que se dirige à coletividade. Todavia, apesar dos obstáculos concretos

que vivenciamos na realidade social, compreendemos que é possível incitar processos participativos nos espaços do trabalho profissional, visto a formação profissional do assistente social, que permite decifrar os componentes de tal realidade que se apresenta no cotidiano, sendo o profissional imbuído da dimensão investigativa do exercício profissional consegue ir além da aparência dos fenômenos.

A PESSOA IDOSA E A CONCEPÇÃO DE PARTICIPAÇÃO QUE ORIENTA A POLÍTICA DE ENVELHECIMENTO ATIVO (2005)

A concepção de participação que norteia a política de envelhecimento ativo se enquadra no patamar de uma participação cívica, que visa a integração da pessoa na sociedade e a valorização dos papéis sociais desempenhados pelas mesmas, sendo que na visão da política da Organização Mundial da Saúde a participação consiste que

[...] o mercado de trabalho, o emprego, a educação, as políticas sociais e saúde e programas que apoiam a participação integral em atividades socioeconômicas, culturais e espirituais, conforme seus direitos humanos fundamentais, capacidades, necessidades e preferências, os indivíduos continuam a contribuir para a sociedade com atividades remuneradas e não remuneradas enquanto envelhecem (OMS, 2005, p.46).

Como a participação se constitui como um dos pilares da Política de Envelhecimento Ativo (2005), que inclui também: saúde e segurança, nesta investigação centralizaremos na participação, analisando-a sob o ponto de vista crítico-dialético. O primeiro eixo refere-se a proporcionar a educação ao longo do curso de vida, tendo como pressuposto

[...] tornar a educação básica disponível para todos durante o curso de vida. Ter como objetivo a alfabetização de todos. Promover a instrução sobre a saúde, através da educação para a saúde durante o curso de vida. Ensinar às pessoas sobre como cuidar delas mesmas e de outros, à medida que envelhecem. Educar e capacitar os idosos na seleção e uso efetivos dos serviços de saúde e comunitários (OMS, 2005, p.51).

O debate sobre educação e a saúde na Política de Envelhecimento Ativo (2005), que por sua vez são direitos sociais assegurados pela Constituição de 1988, procura integrar as ações nos dois âmbitos. Entretanto, a realidade apresenta a precariedade desses direitos em relação à população brasileira, apontamos que “no último censo, 40% dos homens e 48% das mulheres idosas declaram-se analfabetos” (LOPES, 2000, p.21), nos permitindo fazer um adendo que liga este alto índice à negligência e a omissão do Estado brasileiro na área da educação e ainda se relaciona à questão do gênero, visto a taxa de analfabetismo ser maior entre as mulheres, que na imposição social de seu papel como mulher ficava incumbida do cuidado doméstico e dos filhos, sendo a educação algo “inútil”, assim este cenário expõe as mazelas da sociedade brasileira no trato dos direitos sociais.

E em matéria de saúde, é evidente o descaso governamental com a população em geral, e principalmente com a população idosa. O direito a saúde, componente do tripé da seguridade social, possuindo cunho universal, na conjuntura atual é mercadoria. Em termos de educação em saúde, devemos considerar que somente um indivíduo, com seus direitos sociais efetivados, podem criar uma rede de multiplicadores em educação em saúde. É relevante que a educação em saúde pode ser tratada em duas vertentes: a vertente hegemônica ou tradicional onde o sujeito deve “ser educado, sendo este destituído de saberes [...] se voltaria para a propagação de informações objetivando a modificação de comportamentos” (GONZÁLEZ, 2008, p.36), tendo, portanto, “perspectiva pedagógica vertical e autoritária, de abordagem moralista” (GONZÁLEZ, 2008, p.36), sendo que a concepção da política de envelhecimento ativo se

dirige nesta linha, pois “possui o foco de ação no indivíduo, objetivando a mudança de hábitos e de comportamento individuais” (ASSIS, 1999, apud GONZÁLEZ, 2008, p.37). Contudo, a segunda vertente crítica ou dialógica, inspirada no método freiriano:

Prioriza a relação educativa com a população e rompe com a verticalidade da relação entre profissional e usuário com a verticalidade da relação profissional usuário, valorizando as trocas inter-pessoais, as iniciativas da população e o diálogo [...]. Nessa vertente o homem é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre saúde-doença- cuidado capaz de dialogar com os serviços de saúde e seus profissionais e de analisar criticamente a realidade aperfeiçoando as estratégias de luta e enfrentamento dos problemas (VASCONCELOS, 2006 apud GONZÁLEZ, 2008, p. 36-37).

Outro ponto discutido na Política de Envelhecimento Ativo (2005) é a aprendizagem permanente, mas “as noções de educação permanente [...] entendem a aprendizagem como um processo que depende da pessoa, o que remete ao indivíduo a responsabilidade de construir para si uma velhice positiva” (TEIXEIRA, 2008, p.250), assim há uma intencionalidade oculta de culpabilizar a pessoa idosa por sua situação na velhice, mascarando a essência do processo de violação de direitos, enquanto refração da Questão Social. Assim a preconização da educação permanente da pessoa idosa, destacamos que esta não deve servir como uma única solução para problemas que tem sua raiz na exploração do trabalho. Desse modo,

A educação permanente, enquanto proposta defendida por pedagogos e psicólogos, que vêem na educação centrada no indivíduo a possibilidade de solução para seus problemas e, por extensão dos da coletividade. [...] Reflete imaginário endoidecido pela crença cientificista na solução do “problema da velhice” a partir do homem. Por encobrir as condições reais de vida do velho da classe trabalhadora, acaba, numa ânsia louca, por responsabilizar o idoso pela tragédia em que se vê mergulhado (HADDAD, 1986, p.92-93).

Além destas prerrogativas, a Política de Envelhecimento Ativo (2005) prevê ainda no ponto “2.2- Reconhecer e permitir a participação ativa de pessoas idosas nas atividades de desenvolvimento econômico, trabalho formal e informal e atividades voluntárias” (OMS, 2005, p.51). O primeiro ponto destacado neste eixo é a redução da pobreza e geração de renda, a ressalva positiva desta premissa é que prevê a consideração da opinião da pessoa idosa para a formulação das políticas, por outro lado não é considerado que a implementação de políticas mais universais é um grande entrave na sociedade atual, principalmente sob a égide do ideário neoliberal.

Analisamos sob o movimento do real que as políticas voltadas para a pessoa idosa no quesito são mínimas e restritivas, além do que acaba por reduzir a pobreza à ineficiência do indivíduo e a somente discuti-la sob o ponto de vista de ausência de renda, sendo que o pauperismo é inerente ao modo capitalista de produção, já que a pobreza é o motor da acumulação, ela não se reduz a questão financeira, é social, se insere na esfera da político-econômica da constituição da sociabilidade capitalista.

Quando se faz referência sobre o trabalho, desconsidera-se o preconceito existente no mercado de trabalho com pessoas que estão envelhecendo, visto que o preconceito é subjetivo e objetivo, construído socialmente, portanto sendo uma premissa fundamentada e justificada socialmente. No âmbito do trabalho no modo-de-produção capitalista a prioridade e a capacidade do trabalhador é medida pela sua produtividade, não pela sua sabedoria.

A política centra-se na necessidade da criação e incentivo de vagas de trabalho em postos formais, informais e voluntários para as pessoas idosas. Ademais, o trabalho faz parte da ideologia da velhice, visto sob o ponto de vista aparente como um componente socializador e valorizador, desprezando o seu caráter precário e explorador. Dessa maneira ressaltamos que

O que está em discussão não é o significado do trabalho para o homem, como expressão do seu poder, como relação ativa dela (homem) com a natureza, através do qual mundo e homem são criados. O que está sendo questionado é um trabalho determinado: o trabalho assalariado a que é submetido o homem nas sociedades capitalistas (HADDAD, 1986, p.47).

Ao que se refere à política ainda podemos destacar nesse ponto que há uma ameaça que ronda a aposentadoria por tempo de serviço, pensada por um viés economicista e burguês, que retira a dimensão da contribuição. Desse modo, é proposto o “trabalho como a melhor terapêutica para o envelhecimento, propondo, a revisão da aposentadoria por tempo de serviço, desconsidera a questão da exploração da mão de obra” (HADDAD, 1986, p.42).

Sobre o trabalho informal desempenhado pelas pessoas idosas, a política incita o reconhecimento da contribuição dos velhos para a sociedade, via o exercício de atividades que permeiam os bastidores, como o cuidado com netos, com terceiros e no âmbito doméstico, acentuamos que a própria pessoa idosa ainda não reconhece essas atividades como um trabalho, mas como um favor, sendo que a sociedade brasileira sustenta essa ideia. Quando a política faz menção ao trabalho voluntário, como um agente da socialização da pessoa idosa, consegue vislumbrar os desafios ao voluntariado, que ao mesmo tempo desenvolve a convivência social, porém estabelece-se uma relação de exploração do trabalho. Além do que há impasses como a inviabilidade dos transportes e da renda para o exercício dessa atividade.

O último eixo concerne à “incentivar a participação integral dos idosos na vida familiar e comunitária”(OMS, 2005, p.52), a discussão deste ponto abrange o transporte, o desenvolvimento de lideranças, a construção de uma imagem positiva da velhice, a redução das disparidades de gênero, a proteção das organizações que representativas das pessoas idosas, para a criação de uma sociedade para todas as idades. Quando faz referência a questão do transporte, a política inclui a dimensão urbano-rural e ainda o acesso para as pessoas idosas com mobilidade comprometida. Contudo, ainda a concretização desse pressuposto é um entrave no cotidiano, pois apesar de alguns municípios brasileiros oferecerem a gratuidade no transporte, há a imposição de critérios, como por exemplo, o transporte somente a partir dos 65 anos, sendo que no Estatuto do Idoso (2003), o critério cronológico para ser considerada pessoa idosa é de 60 anos. Sem mencionar o ritmo frenético dos trabalhadores dos transportes, que se vem sem condições de darem a devida atenção às pessoas idosas e a desresponsabilização do Estado pela precariedade do transporte público.

Com a premissa do desenvolvimento de lideranças políticas na comunidade, há uma tentativa de ampliação do olhar sobre a capacidade da pessoa idosa gerir os recursos comunitários via a avaliação, implementação dos serviços sociais oferecidos, incluindo a participação plena das pessoas idosas nas pesquisas sobre o envelhecimento ativo, ou seja, como sujeito, não como objeto.

Há o destaque para a necessidade de evidenciar a imagem positiva da velhice, através dos meios informativos como as organizações que trabalham com as pessoas idosas. Faz-se de suma importância ressaltar que, corremos o risco de idealizarmos a velhice em tal ponto que ocultaremos as pessoas idosas desprotegidas e negligenciadas no contexto brasileiro. Claro que, necessitamos de nos aproximarmos com realidade do processo de envelhecimento brasileiro, de uma imagem de envelhecimento não produtivista ou mercadológica, mas humana, capaz de transcender a idealização, considerando as potencialidades dos sujeitos sociais.

No ponto seguinte a política aborda a redução das “iniquidades na participação de mulheres” (OMS, 2005, p.52) logo, há um nítido enfoque na desigualdade da participação das mulheres na sociedade, destacando como importantes a promoção da participação política

desse grupo e seu acesso à educação. Além disso, procura dar diretrizes para que o trabalho feminino - que foi atribuído socialmente à mulher - seja reconhecido pela sociedade, contudo, a lacuna persiste na valorização do trabalho doméstico, do cuidado com as pessoas idosas, podendo reafirmar naturalização da identidade social da mulher que tem seu papel restrito ao lar, servindo uma vez ao patriarcado, sendo possível que ao chegarem à velhice a visualização do projeto de vida, das possibilidades estejam acorrentadas ao seu papel social.

O último ponto em destaque cabe à “proteger as organizações que representam os idosos” (OMS, 2005, p.53) cabe destaque a especificação do apoio, na medida em que prevê o incentivo financeiro, a capacitação profissional para a defesa dos direitos da pessoa idosa. Todavia, quando toca somente no ponto da representatividade, e não do protagonismo, notamos que ainda há um aleijamento da dimensão política e da cidadania exercida pela pessoa idosa.

Concluimos que, apesar da Política de Envelhecimento Ativo (2005) atentar-se para a questão da participação da pessoa idosa, tornando-a um pilar do envelhecimento ativo, sendo uma prerrogativa para a qualidade de vida na velhice, objetiva também a ampliação da concepção da participação, que por sua vez têm seu esboço traçado na Política Nacional do Idoso (1994), ainda se mostra insuficiente devido a sua não efetivação. Além disso, tem seu texto voltado para uma questão da tentativa de inserção da pessoa idosa, deixando sua historicidade e participação política desse grupo em segundo plano.

PERCEPÇÕES DAS PESSOAS IDOSAS ACERCA DE SEU ENVELHECIMENTO ATIVO E SUA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A pesquisa de campo foi realizada na Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI) Campus Franca, contando com a participação de quatro sujeitos entre os 50 e 83 anos. Nossos questionamentos se referiram as categorias: envelhecimento ativo, que se subdividiu em: envelhecimento, saúde e segurança, ademais nos debruçamos sobre as percepções sobre a participação, na qual analisamos do ponto de vista cívico e político. Primeiramente, a categoria envelhecimento ativo procurou desvelar no que consiste o processo de envelhecimento e a velhice para os sujeitos da pesquisa, levando em conta de que é preciso compreender a construção da identidade da pessoa idosa, entorno de um contexto que valoriza ou não a velhice. Sendo que, por vezes é identificada por seu aspecto negativo que inclui a identificação da fase do declínio biológico e do imobilismo social, ora a velhice também vem sendo ressaltada sob seu aspecto positivo, enquanto fase produtiva, criativa, repleta de possibilidades e de aprendizado, especialmente pelo mercado que identifica na pessoa idosa um consumidor em potencial.

Nosso primeiro questionamento referiu-se no que consiste envelhecimento ativo. Nas falas dos sujeitos entrevistados percebemos que o envelhecimento ativo está relacionado à busca por novos conhecimentos, sejam eles de aprendizado ou de vivência de novas experiências em grupos, além da inserção nas atividades direcionadas à terceira idade, de modo que é evidenciado nas falas dos participantes da pesquisa, a necessidade da socialização. Os participantes relatam que, envelhecer ativamente tem uma íntima relação com a busca da saúde e da autonomia, além do que a concepção sobre o envelhecimento ativo envolve o reconhecimento de si enquanto um ser social participante da sociedade.

Quando abordamos a questão de como os serviços de saúde tratam as pessoas idosas no município de Franca, tivemos como objetivo analisar um dos eixos da Política de Envelhecimento Ativo (2005), onde a saúde é amplamente compreendida. Verificamos que em relação os serviços saúde há uma variação nas avaliações, de modo, que relaciona os serviços de saúde dependente da postura profissional do médico, da infra-estrutura e também das atitudes do

indivíduo perante suas vivências. Cabe destacar, que no decorrer das falas não houve a menção em relação ao sistema de saúde como um todo: a equipe multiprofissional que a compõe e nem quais os determinantes sociais que devem ser oferecidos como direito para o alcance da saúde, considerando a área da saúde como sinônimo da área médica.

Diante de outro questionamento, procuramos abordar junto aos nossos sujeitos a segurança, um dos eixos da Política de Envelhecimento Ativo (2005). E em relação, à violência concluímos que apesar dos sujeitos apresentarem suas situações vivenciadas, as mesmas têm relação com a conjuntura social, que predetermina comportamentos e pressiona os sujeitos para atenderem aos padrões sociais estabelecidos pelo capitalismo, do culto à juventude e do heterossexual, da estigmatização da pessoa idosa, da necessidade da auto afirmação do velho diante da sociedade.

Já em nossa segunda categoria, que incluía a reflexão da participação social, abordamos a mesma sobre o ponto de vista da participação cívica e política. Assim sendo, a questão da participação foi identificada pelos sujeitos como exercício da socialização através da inserção nos grupos de pessoas idosas, ademais, vale destacar que, um sujeito reconhece o homem enquanto um ser social e naturalmente participativo, outro refere-se à participação como direito e ainda como uma questão de elevação ao coletivo, fatos estes, que nos levam a crer que a participação apesar de aparentemente se mostrar como reduzida, não se restringe a mera inserção.

Concluímos que, ainda há muito que caminhar para que haja o oferecimento de condições dignas para a promoção da participação da pessoa idosa, fato que recai sobre o planejamento urbano, que é pensado sob a ótica da produção do capital, portanto, não considerando a diversidade da população. Abordamos também a proposta da Política de Envelhecimento Ativo, que considera como primordial, que as políticas, programas, planejamentos sejam elaborados, executados e avaliados mediante o olhar e a participação ativa da pessoa idosa, mas os sujeitos participantes da pesquisa majoritariamente negam que as políticas, programas sejam formulados a partir das demandas desse segmento, sendo, portanto, um desafio a ser transposto pelos gestores das políticas, visto que a população idosa ativa anseia por este direito de participar de todas as esfera que lhe dizem respeito.

CONCLUSÃO

O tema abordado nesta pesquisa permitiu conhecermos e refletirmos sobre as percepções das pessoas idosas sobre o envelhecimento ativo e a participação social. Podemos aferir que no âmbito legislativo e das políticas sociais averiguamos que houve conquistas significativas no reconhecimento dos direitos do segmento idoso, que traçou sua trajetória em meio à triunfos e desafios. Podemos aferir que, as políticas sociais dirigidas à terceira idade vêm sendo configuradas de acordo com a conjuntura sócio-histórica, dos movimentos e atores sociais, ademais contam também com o ranço mercadológico, que muitas vezes orienta as ações junto ao segmento, visando somente a inserção da pessoa idosa na dinâmica da sociedade, desconsiderando o fato de seu processo de exclusão social.

Possuindo como foco desta investigação a participação, procuramos circunscrevê-la na sua ontologia, enquanto emergente da categoria trabalho. Entretanto, com a ascensão da exploração do homem pelo homem esta dimensão vem sendo podada a partir das condições objetivas dos sujeitos sociais, reduzindo a participação ao caráter de inserção, servindo de estratégia política ao longo da conjuntura brasileira. No que se refere à participação na Política de Envelhecimento Ativo (2005) identificamos pontos importantes, como a necessidade de ouvir as demandas das pessoas idosas para a elaboração dos programas, entretanto, verificamos

que a concepção de participação disseminada se liga à participação cívica, muitas vezes sendo apreendida pelos sujeitos como uma questão individual. Ou seja, nos deparamos com a concretização da participação que fica restrita à inserção e participação em programas voltados à terceira idade, que por sua vez, podem ser também espaços coletivos que possuem como objetivos a construção da cidadania e da emancipação, transcendendo a dimensão da participação limitada, alienada e alienante, ao contrário, prezando a autonomia, o protagonismo e a participação dos sujeitos sociais na elaboração, implementação e avaliação dos programas, de modo que há uma demanda por uma gestão democrática, sendo primordial ouvir as pessoas idosas, suas aspirações e lutar junto a elas.

REFERÊNCIAS

CAMARANO, Ana Amélia. PASINATO, Maria Tereza. **O envelhecimento na agenda das políticas públicas**. Disponível em: <<http://www.ucg.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file/Envelhecimento%20Populacional%20na%20Agenda%20das%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas.pdf>> Acesso em: 16, dez., 2012.

DEMO, Pedro. **Participação é conquista: noções de política social participativa**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

GONZÁLEZ, Carolina Rocha Aquino. **A promoção da saúde como caminho para o envelhecimento ativo: o cuidado ao hipertenso em um centro de saúde escola**. 2008.p.124 Dissertação. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. **A ideologia da velhice**. São Paulo: Cortez, 1986.

LOPES, Ruth Gelehrter da Costa. **Saúde na velhice: as interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento**. São Paulo: EDUC, 2000.

MACHADO, Aline Maria Batista. **Serviço Social e educação popular: diálogos possíveis a partir de uma perspectiva crítica**. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 109, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28, jun., 2013.

Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

SOARES, Nanci; GIANNI, Victalina Maria di. UNAT/ Franca: construindo cidadania na era do envelhecimento. In: JOSÉ FILHO, Mário. SOARES, Nanci. (Orgs). **UNATI: construindo cidadania**. Franca: UNESP, FHDSS, 2008.

SOUZA, Maria Luiza. **Desenvolvimento de comunidade e participação**. 7ed. São Paulo: Cortez, 2000.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento e trabalho no tempo de capital: implicações para a proteção social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008.

OS AVANÇOS E DESAFIOS NA SAÚDE DA PESSOA IDOSA E A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL COM PESSOAS IDOSAS

Cristiane de Fátima Poltronieri*

RESUMO: No Brasil, o aumento da população idosa aconteceu de forma intensa, podendo ocupar a sexta posição em 2025 de país mais envelhecido. Assim, quando se fala em saúde, é fundamental pensar em serviços que garantam atendimento integral e de qualidade, respeitando a individualidade do envelhecer e focado na prevenção e promoção ao envelhecimento saudável. Assim, o trabalho apresenta um breve resgate dos direitos à saúde para a população anciã e discute o cuidado à pessoa idosa e a política de envelhecimento ativo.

Palavras-chave: pessoa idosa; saúde; política pública.

ABSTRACT: In Brazil, the increase in the elderly population occurred intensively and may occupy the sixth position 2025 of more aged country. So when it comes to health, it is essential to think of services to ensure comprehensive care and quality, respecting the individuality of aging and focused on prevention and promoting healthy aging. Thus, the paper presents a brief review of the right to health for the elderly population and discusses care for the elderly and active aging policy.

Keywords: elderly; health; public policy.

INTRODUÇÃO

O prolongamento da vida é uma inspiração de todas as sociedades, todavia, o processo de envelhecer em si não agrada o homem, assim, é sob esse paradigma que as políticas públicas devem se organizar para garantir à população melhor qualidade de vida. O envelhecimento populacional é uma conquista da humanidade, mas é preciso enfrentar desafios para promover uma velhice saudável, com dignidade, respeito e cuidados.

É um desafio enfrentar os mitos e preconceitos que se têm entorno da concepção de velhice incorporada na sociedade capitalista que almeja não envelhecer. Assim, o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, o envelhecimento populacional apresenta como um fenômeno de grande relevância por suas proporções e desafios.

O envelhecimento populacional na América Latina chama atenção pela velocidade com que vem ocorrendo, conduzindo em novas necessidades e demandas que carecem ser conhecidas e respondidas e, que muitas vezes, representam, para gestores, um problema. Contudo, ao contrário dos países desenvolvidos que ficaram ricos antes de envelhecer, os países em desenvolvimento ficaram velhos antes de serem ricos. Salienta-se que o maior crescimento no número de pessoas idosas concentra-se na América Latina, em especial, no Brasil (KALACHE, 2008).

É fundamental observar o processo de envelhecimento sob a ideia do curso de vida, isto é, de influências e determinações sociais que passam por escolhas e, a cima de tudo, por oportunidades. Assim, não existe uma forma apenas de envelhecer, mas processo de envelhecer – de gênero, de etnia, de classe social, de cultura - que compreende em velhices. As desigualdades do processo de envelhecimento advêm, basicamente, das condições desiguais de vida no trabalho a que as pessoas estiveram submetidas. Pode-se dizer que a população idosa,

* Doutoranda em Serviço Social pelo Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Mestre em Serviço Social bacharel em Serviço Social pela mesma instituição. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Envelhecimento, Políticas Públicas e Sociedade. Bolsista CAPES. E-mail: cris.poltronieri@hotmail.com.

que hoje se concentra nas grandes metrópoles, é constituída de diferentes perfis, o que traz novas demandas e desafios às políticas públicas (LOUVISON; ROSA, 2012).

Ao lado da transformação demográfica, outras transformações vêm acompanhando a sociedade, tendo como reflexo os dados apresentados. Não é apenas o processo de envelhecimento que está ocorrendo no mundo todo, mas também alterações engendradas a esse curso, como por exemplo, as mudanças nos arranjos familiares, consequência da diminuição da taxa de fecundidade e da entrada da mulher no mercado de trabalho; o processo de urbanização associado pela industrialização; a valorização das informações técnicas em comparação com o conhecimento acumulado (um dos relevantes assuntos desenvolvidos na discussão apresentada); e a inversão de responsabilidades do Estado para com as famílias e a sociedade civil organizada (KALACHE, et. al., 1987). A nova composição familiar impacta na capacidade das famílias no cuidado com avós e pais idosos, o que, por sua vez, requer políticas públicas de cuidados à população idosa.

Não se pode esquecer que o crescimento da população anciã, dentro de um país como o Brasil que até pouco tempo atrás era considerado jovem, convive, ainda, com problemas relacionados a outros segmentos etários, desta forma, as dificuldades em dar respostas às demandas das pessoas idosas redobram. Outro ponto a ser destacado é os avanços tecnológicos e de pesquisas que auxiliam no tratamento de doenças, contudo, o acesso a esses métodos e procedimentos não são universais. Portanto, é de fundamental importância ações de promoção e prevenção da saúde e estímulo de hábitos saudáveis para a redução de comportamentos de riscos, bem como o uso de vacinas para prevenir determinadas doenças (LOUVISON; ROSA, 2012).

Desta maneira, é preciso estabelecer políticas públicas que garantam a integralidade das necessidades e vulnerabilidades de determinados grupos populacionais, dentre eles o segmento idoso, considerando as diferenças de gênero, raça e etnia.

DESENVOLVIMENTO

AVANÇOS NA DISCUSSÃO DO ENVELHECIMENTO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

O prolongamento da vida é o desejo de qualquer sociedade e essa aspiração se torna, cada vez mais, uma realidade. A população mundial encontra-se em um processo de transformação demográfica causado pela diminuição da mortalidade, redução das taxas de fecundidade e o aumento da expectativa de vida (TEXEIRA, 2008). O que épocas atrás era privilégio de poucos, hoje, passou a ser experiência crescente de muitas pessoas no mundo, o envelhecimento já não é façanha privilegiada a um número restrito da população. No entanto, segundo Kalache, et. al (1987), os mecanismos que contribuem ao envelhecimento da população são distintos, o que difere esse fenômeno dos países desenvolvidos dos países em desenvolvimento, assim, pode-se afirmar que a reestruturação demográfica acontece de forma heterogênea e encontra-se em diversos estágios ao redor do mundo.

Uma população envelhece à medida que acontece uma mudança na estrutura etária, que gera um aumento do número da população de uma determinada idade, o que define o início da velhice (BERZINS; BORGES, 2012).

De acordo com as estimativas das Nações Unidas (UNITED NATIONS, 2013), em 2011 a população mundial de pessoas idosas totalizava aproximadamente 800 milhões de pessoas, o

que correspondia a 11% da população. As projeções apontam que em 2025 o contingente será mais de 2 bilhões de pessoas idosas, o que representará 22% da população.

Segundo entrevista do Blog do Planalto da Presidência da República (BRASIL, 2011), os dados do Censo demográfico do Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 revelaram que o país segue em passos largos para o envelhecimento da população, sendo que 7,4% da população têm mais de 65 anos, em comparação do ano de 1991 que chegava apenas 4,8%. Segundo Berzins e Borges (2012), no Brasil, em 2025, haverá mais de 50 adultos com mais de 65 anos de idade ou mais, por conjunto de 100 jovens menores de 15 anos de idade.

Diante dos números apresentados, faz-se necessário pensar nos avanços em políticas públicas em torno da discussão do envelhecimento. Assim, deve-se remeter ao ano de 1982, em Viena, onde se estabeleceu a agenda internacional de políticas públicas para a população idosa. Esse evento representou um avanço, pois até então o assunto do envelhecimento era tratado como conteúdo especializado de algumas agências das Nações Unidas, como a “Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO)” (LOUVISON; ROSA, 2012, p. 160).

As recomendações do Plano Internacional tinham como foco os países desenvolvidos e como propósito promover a independência da pessoa idosa, entretanto, maior parte das recomendações foram associados ao mundo do trabalho. Todavia, por influência da Assembléia, os países em desenvolvimento também começaram a incorporar a questão do envelhecimento em suas agendas públicas. No Brasil, no mesmo ano da primeira Assembléia Mundial, em 1982, foi decretado o Ano Nacional do Idoso, a fim de que a população brasileira passasse a tomar conhecimento dos problemas concernentes às pessoas idosas. Na década de 1980, o envelhecimento populacional chamava a atenção pelas mudanças estruturais da população, época que a esperança de vida ao nascer atingia 65 anos de idade (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Consequente ao crescimento progressivo das pessoas idosas, a reflexão sobre a velhice passa a ganhar espaço de estudo, momento que surge o campo da gerontologia (dedicada aos estudos que envolvem assuntos biológicos, sociais e econômicos das pessoas idosas) e geriatria (uma especialidade médica determinada especialmente às doenças dos sujeitos que envelhecem) (LOURENÇO; MASSI, 2011).

Em 1986, segundo Louvison e Rosa (2012), no Estado de São Paulo, foi criado o primeiro Conselho Estadual do Idoso e, também neste mesmo período, foi formada a Assembléia Nacional Constituinte em decurso da mobilização dos aposentados e pensionistas, que clamavam por justiça social e pressionavam o poder público para que questões específicas da categoria das pessoas idosas fossem explícitas na Nova Constituição, que até então eram invisíveis na legislação. (LOUVISON; ROSA, 2012)

De acordo com Faleiros (2012), foi no contexto de transição democrática, da ditadura de 1964 para a democracia, que se consolidou legalmente, na Constituição de 1988, a mudança de paradigmas de direitos para a pessoa humana, em especial, a pessoa idosa. A ruptura com o autoritarismo, fundamento da ditadura, e as conquistas advindas da participação popular, reconhece na liberdade, no respeito, na solidariedade, na igualdade e na dignidade os valores centrais para democracia.

O texto Constitucional trouxe, em seu conteúdo, um novo conceito de Políticas Sociais, o que significou um grande avanço e conquista aos direitos sociais. Constituiu-se a Seguridade Social, que “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (art,194) (BRASIL, 1988).

A Saúde passa a ser entendida como “um direito de todos e dever do Estado [...]” (art. 196) (BRASIL, 1988), sendo vista como direito universal e não mais como bem-estar. A Previdência Social vem a ser destinada aos trabalhadores que a ela contribuem, constituindo o seguro social na “cobertura de doenças, invalidez, morte e idade avançada” (art. 201), dentre outros direitos (BRASIL, 1988). Em relação à Assistência Social, essa “será prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social [...]” (art. 203) (BRASIL, 1988) e passa a ter como objetivos “a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice”, além da “garantia de um salário mínimo de benefício mensal aos portadores de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a sua própria manutenção ou de tê-la provido por sua família, conforme dispuser a lei.” (BRASIL, 1988).

Em 1994, é promulgada a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842 de 04/01/1994, sob a coordenação e gestão da Secretaria de Assistência Social, órgão ligado ao atual Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). A lei prioriza o convívio do idoso com a família e em comunidade. Para Soares e Di Gianni (2008) a Política Nacional do Idoso (PNI), normatiza os direitos sociais dos idosos garantindo autonomia, integração e participação. Mostra também que esta lei é resultado de uma ampla mobilização da sociedade:

[...] dispõe sobre normas para os direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. É importante ressaltar que esta lei é resultado de uma ampla mobilização de segmentos organizados da sociedade e representa uma grande conquista em termos legais, pois está embasada no paradigma da cidadania, o qual valoriza o ser humano, enquanto pessoa que possui necessidades biológicas, pessoais, intelectuais, sociais, entre outras. (SOARES; DI GIANNI, 2008, p. 157).

A Política Nacional do Idoso tem como objetivo constituir oportunidades para promover a longevidade com qualidade de vida, pondo em prática ações tanto para os que estão na velhice, quanto para os que irão envelhecer. Em 1996, essa política é regulamentada pelo decreto (1.948, de 1996) que estabelece a Política Nacional de Saúde do Idoso, em que prevê no artigo 9º:

Programas de prevenção, educação e programação da saúde, visando, com esses programas, “estimular a permanência do idoso na comunidade, junto à família, desempenhando papel social ativo, com a autonomia e independência que lhe for própria; estimular a formação de grupos de auto-ajuda, de convivência, em integração com outras instituições que atuam no campo social; produzir e difundir material educativo sobre a saúde do idoso. (BRASIL, 1997b, p. 13, apud, LIMA; AYRES; LITVOC, 2006, p. 93).

A Política Nacional de Saúde do Idoso, no inciso II, artigo 10º, destaca que as ações governamentais devem garantir a assistência à pessoa idosa nos diferentes níveis de atenção do SUS com medidas de prevenção, promoção, proteção e recuperação à saúde, bem como a elaboração de normas de serviços e treinamento de equipe interprofissionais (BRASIL, 1994).

O Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 2003) visa garantir os direitos fundamentais, bem como a autonomia, promoção do envelhecimento saudável, manutenção ou reabilitação da capacidade funcional e à prevenção das doenças, e reforça a responsabilidade da família, da sociedade e do Estado na garantia da qualidade de vida aos idosos e ao envelhecimento saudável (BRASIL, 2003). No Estatuto, a atenção à saúde do idoso está explícita no artigo 15º que:

[...] assegura atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo atenção especial às doenças que afetam preferencialmente aos idosos. (BRASIL, 2003).

O Estatuto reafirma o direito integral à saúde da pessoa idosa por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), explicitando as necessidades específicas desta população (atendimento geriátrico e gerontológico), bem como no modelo de atenção (atendimento domiciliar), além de estabelecer o fornecimento de medicamentos, especialmente de uso continuado, assim como de próteses, órteses, e outros recursos para fim de tratamento, habilitação ou reabilitação. Outra questão importante, foi o veto da discriminação da pessoa idosa nos planos de saúde pela cobrança de diferenciados valores em razão da idade (LOUVISON; ROSA, 2012).

Para os idosos hospitalizados, o Estatuto assegura o direito de ter um acompanhante, em tempo integral, garantindo condições de permanência da instituição. É reservar a pessoa idosa, em sua capacidade mental, o direito de escolha pelo melhor procedimento que julgar necessário (BRASIL, 2003).

O que concerne à atenção à saúde da pessoa idosa, somente em 2006 é publicado a Portaria 2528/GM, de 19 de outubro de 2006, que institui a Política Nacional de Saúde do Idoso. Essa Política está em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, de modo a direcionar “[...] medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde” (LOUVISON; ROSA, 2012, p. 165). As principais diretrizes de tal política são a promoção do envelhecimento saudável, a atenção integral saúde, a atenção intersetorial, os serviços de atenção domiciliar, a preferência de acolhimento em unidades de saúde, o provimento de recursos que garantam a qualidade de atenção à saúde da pessoa idosa, a consolidação da participação social, o aperfeiçoamento dos profissionais do SUS envolvidos com a saúde da pessoa idosa, a divulgação desta Política para os gestores, funcionários e usuários e, por fim, o incentivo na construção do conhecimento na área da saúde.

Como uma das estratégias da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, destaca-se a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, uma iniciativa do Ministério da Saúde para uma prática mais adequada a fim de dar maior resolubilidade nos níveis de atenção. Assim, a Caderneta é um instrumento gerencial, empregado no sentido de cadastrar e conhecer a população idosa e suas necessidades (LOUVISON; ROSA, 2012).

Portanto, faz necessário salientar que as conquistas de direitos citados, dentre outros alcançados, inserem-se num processo de mobilização social, de conflitos de forças e vontades, do peso eleitoral das pessoas idosas e dos dispositivos estatais que existem em relação a eles. Contudo, o estabelecimento da lei não reduz a desigualdade real das pessoas idosas, pois a lei não é neutra. Apesar da vitória dessa população, a inclusão das pessoas idosas na esfera dos direitos pelo critério idade, a situação do envelhecimento é não só desigual, como heterogênea. (FALEIROS, 2012)

O envelhecimento é um processo natural que ocorre durante toda a vida. Preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas é um dos objetivos do SUS. Afinal, envelhecer com saúde é um direito de cidadania. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O CUIDADO À PESSOA IDOSA

Seguindo o Estatuto do Idoso (2008) e a Constituição Federal (1998), os responsáveis pelo amparo e cuidado à pessoa idosa são a família, a sociedade e o Estado. Entretanto, há a dúvida sobre onde termina a responsabilidade de um e início da responsabilidade do outro.

Para tanto, necessário se faz rever algumas situações. Não podemos pensar apenas em um modelo de família como o único e ideal, pois o que temos são famílias; sabe-se que o seio da família é o espaço privilegiado de cuidado, mas também espaço de muitos conflitos, por isso

não se deve culpabilizá-las quando se eximem do cuidado para com seus entes idosos; e por fim, e não menos importante, quando uma pessoa da família precisa de cuidado, logo, a família inteira também precisa de cuidados (GIACOMIN, 2012).

Neste contexto, com a introdução da Estratégia Saúde da Família, o SUS está desafiado a cumprir o papel de cuidar de pessoas idosas frágeis, com e sem família. No Sistema Único de Saúde o cuidado com pessoas idosas deve estar centrado na Atenção Básica, voltada no território, assegurando o acesso facilitado aos serviços de rede, nos diferentes níveis de complexidade, além de consultas e exames especializados. Desta maneira, deve-se realizar uma avaliação global, a partir da identificação precoce de riscos de agravo e doenças, com o intuito de obter um planejamento individual e coletivo na atenção gerontológica para, então, estabelecer o plano de cuidados (DUARTE; LEBRÃO, 2005).

De acordo com Sant'ana (2009), é importante destacar que as intervenções de atendimento às demandas de pessoas idosas requerem elaboração de programas e projetos que vão ao encontro da realidade local, bem como na formação de equipe inter e multiprofissional. Tais intervenções necessitam da articulação da rede social das regiões governamentais, União, Estado e Municípios, para garantia do atendimento integral a população idosa.

O ato de cuidar é um atributo indispensável do processo de envelhecimento, como um quesito para continuar vivendo bem e por mais tempo. Sendo assim, a preocupação de cuidar remete a ideia de reinvenção da velhice, de gestão e de participação durante todas as etapas da vida (LIMA; AYRES; LITVOC, 2006). É fundamental destacar que na velhice a saúde vai além do cuidado com as doenças crônicas, ela perpassa a interação da saúde física e mental do idoso para com a família e a comunidade. Ademais, o cuidado com a população idosa exige a difusão de conhecimentos e recursos de reabilitação, sempre com a preocupação permanente com a inclusão social, à intergeracionalidade e ruptura com o isolamento social.

Segundo Giacomini (2012), não se concebe cuidado aos seres humanos por meio de robôs. Para cuidar de pessoas idosas é preciso de outro ser humano, que conheça e respeite a vida. Cuidar de uma pessoa frágil dispõe de real atenção, competência, comunicação, interação, considerando as tradições e valores que a pessoa construiu ao longo da vida. Para tanto, para garantir a qualidade do cuidado com as pessoas idosas, é prescindível que as equipes de saúde, a família e toda a sociedade valorizem a escuta criteriosa, o acolhimento e a humanização. A Organização Mundial da Saúde, ao defender a Política de Envelhecimento Ativo, preconiza um conjunto de recomendações como a informação, educação e comunicação.

Portanto, falar de políticas de cuidados é afirmar no diálogo e na divisão de responsabilidades, recursos e papéis entre os três níveis de governo, entre as famílias, e entre a sociedade.

A POLÍTICA DE SAÚDE: ENVELHECIMENTO ATIVO

Em um contexto distinto do lançamento do Plano de Viena em 1982, no ano de 2002, em Madri, aconteceu a Segunda Assembléia Mundial sobre envelhecimento. Ressalta-se nessa Assembléia a colaboração entre Estado e sociedade civil e a atenção votada aos países em desenvolvimento. O Plano de Madri reafirmou os direitos das pessoas idosas e a boa saúde como um bem inestimável, para tanto, eram necessárias políticas que promovam a melhoria da saúde desde a infância, além de abordar a necessidade de capacitação de profissionais nas áreas de geriatria, gerontologia e serviços sociais. Fundamentaram-se também três pilares básicos: a participação ativa da pessoa idosa na comunidade no esforço pela erradicação da pobreza; o incentivo pela saúde e bem-estar na velhice para a promoção do envelhecimento

saudável; e no fomento por ambiente favorável ao envelhecimento humano (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A World Health Organization (WHO), como contribuição ao Plano de Madri, estabeleceu uma política baseada nas ideias de envelhecimento ativo, tal termo tem o propósito de transmitir uma visão abrangente do processo de envelhecimento humano em contraponto ao desenvolvimento de políticas públicas.

[...] parte da concepção do envelhecimento no curso de vida e reafirma o envelhecimento da população como uma história de sucesso para as políticas de saúde pública, assim como para o desenvolvimento social e econômico. (LOUVISON; ROSA, 2012, p. 1963).

O envelhecimento ativo reconhece, além dos cuidados com a saúde, outros determinantes que atingem o modo de envelhecer da população, considerando os direitos humanos das pessoas idosas e os “[...] princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização” (WHO, 2005, p. 14). Assim, percebe-se que a abordagem está baseada no reconhecimento dos direitos à igualdade de oportunidades e tratamento em todas as fases da vida.

Portanto, envelhecimento ativo é conceituado como o “[...] processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WHO, 2005, p. 13). Contudo, ela requer ações baseadas em três pilares:

Saúde: reduzir fatores de risco como doenças crônicas e declínio funcional e aumentar os fatores de proteção na perspectiva de oferecer maior quantidade e qualidade de vida; permanecer saudável e capaz de cuidar a própria vida enquanto envelhece.

Participação: incentivar a participação em atividades sociais, econômicas, culturais e espirituais, de acordo com os direitos fundamentais, capacidades, necessidades e experiências, para que a pessoa idosa continue inserida na sociedade e contribua com esta.

Segurança: abordar os direitos das pessoas idosas à segurança social, física e financeira, com o propósito de garantir a proteção, dignidade e assistência aos mais velhos que não conseguem se sustentar e se proteger.

Apalavra ativo, segundo a WHO (2005), diz respeito a participação contínua em questões sociais, culturais, econômicas, espirituais e civis, bem como a capacidade de estar fisicamente ativo e estar inserido no mercado de trabalho. A pessoa que apresenta alguma doença é ativa à medida que contribua ativamente com seus familiares, companheiros, comunidade e país.

O envelhecimento ocorre em um contexto em que envolve outras pessoas, amigos, colegas de trabalho, vizinhos e membros da família, desta forma, manter a autonomia e independência no processo de envelhecimento é de fundamental importância para indivíduos e governantes. Por essa razão, a interdependência e solidariedade entre as gerações se fazem necessárias, pois é “[...] uma via de mãos-dupla, com indivíduos jovens e velhos, onde se dá e se recebe.” (WHO, 2005, p. 13).

Portanto, a política de saúde da pessoa idosa está articulada ao discurso do envelhecimento saudável e ativo, visando o aumento da expectativa de vida da população como

um todo. Essa questão vai além dos aspectos biológicos, ela perpassa por uma estrutura global e atravessa todos os níveis de atuação e de atenção à saúde.

CONCLUSÃO

Diante da discussão apresentada podemos tecer algumas considerações. A velhice é uma conquista coletiva que, atualmente, atinge uma grande parcela da população. Preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta em todos os níveis de atenção, mas torna-se um desafio para as famílias e sociedade. É imprescindível respeitar a história de vida de casa pessoas idosa, garantir direitos, mostrar caminhos e possibilitar uma rede ampla de cuidados, fundamentada na dignidade, em uma sociedade justa e solidária, onde o envelhecimento seja visto, de fato, como uma conquista.

O assunto do envelhecimento passou da esfera privada para a esfera pública, uma questão que deve ser discutida e tratada com atenção, visto que a população só tende a crescer e requerer políticas públicas que garantam e potencialize o envelhecimento ativo com saúde. O percurso histórico na garantia de políticas destinadas à pessoa idosa na área da saúde, apresentado, reflete a luta e a participação da população para a criação da Constituição Federal de 1988, marco em que passa a saúde ser um direito de todos e dever do Estado.

Portanto, o envelhecimento é um fenômeno que diz respeito não apenas a uma classe, mas a todos os homens e mulheres, e a saúde, por sua vez, é um bem destinado e garantido, pelo menos deveria ser quando se fala de Brasil, a toda uma geração.

REFERENCIAS

BERZINS, Marília; BORGES, Maria Claudia. Introdução. In: _____ (Org.). **Políticas Públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Estatuto do idoso**. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, e legislação correlata. Brasília, DF: Centro de Documentação e Informação, Edições Câmara, 2008. (Legislação, n. 14).

_____. **Política Nacional do Idoso**: Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e outras providências. Brasília, DF, 1994. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/gestaodainformacao/biblioteca/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/politica-nacional-do-idoso/politica-nacional-do-idoso.htm>>. Acesso em: 6 abr. 2011.

_____. **Blog do Planalto da Presidência da República**. Censo 2010: população brasileira está mais velha e chega a 190.755.799. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://blog.planalto.gov.br/cento-2010-populacao-brasileira-esta-mais-velha-e-chega-a-190-755-799/>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema único de Saúde. **Política nacional de saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_pessoa_idosa_2009.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2014.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento Populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia. **Os novos Idosos Brasileiros. Muito além dos 60?** Brasília: IPEA, 2004.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; LEBRÃO, Maria Lúcia. O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência em gerontologia. **Mundo Saúde**, São Paulo, v.29, n.4, p.566-74, out./dez. 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula. A pessoa idosa e seus direitos: sociedade, política e constituição. In: BERZINS, Marília Viana; BORGES, Maria Claudia (Org.). **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.

GIACOMIN, Karla Cristina. Envelhecimento populacional e os desafios para as políticas públicas. In: BERZINS, Marília Viana; BORGES, Maria Claudia (Org.). **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.

KALACHE, Alexandre. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.107-111, jul./ago. 2008.

_____. et. al. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde pública**, São Paulo, p.200-210. 1987. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n3/05.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2014.

LIMA, Ângela Maria Machado; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; LITVOC, Júlio. Envelhecimento e prática de saúde: o desafio de cuidar. In: **Envelhecimento e velhice: um guia para a vida**. CÔRTE, et al (Org.). São Paulo: Vetor, 2006.

LOURENÇO, Regina Célia Celebrone; MASSI, Giselle. **Linguagem e velhice: considerações acerca do papel da escrita no processo de envelhecimento**. Curitiba: Juruá, 2011.

LOUVISON, Marília Cristina Prado; ROSA, Tereza Etsuko da Costa. Envelhecimento e políticas públicas de saúde da pessoa idosa. In: BERZINS, Marília Viana; BORGES, Maria Claudia (Org.). **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.

SANT'ANA, Leila Auxiliadora José. O que considerar para a construção do modelo de atenção à saúde do idoso no SUS? In: **A Terceira Idade: estudos sobre envelhecimento/ SESC**. São Paulo, vol. 20, nº 44, p. 47-62, 2009.

SOARES, Nanci; DI GIANNI, Victalina Maria Pereira. **UNATI/FRANCA: construindo cidadania na era do envelhecimento**. Franca: Ed. UNESP-FHDSS, 2008.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento e trabalho no tempo de capital: implicações para a proteção social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division: **World Population Prospects: The 2012 Revision**. New York, 2013.

World Health Organizations. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.