

O SERVIÇO SOCIAL E A SUPERAÇÃO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS

THAISLAYNE NUNES DE OLIVEIRA
(ORGANIZADORA)



Atena
Editora
Ano 2020

O SERVIÇO SOCIAL E A SUPERACÃO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS

THAISLAYNE NUNES DE OLIVEIRA
(ORGANIZADORA)



Atena
Editora
Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Lorena Prestes

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Luis Ricardo Fernando da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador

Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof^a Dr^a Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^a Dr^a Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof^a Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof^a Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof^a Dr^a Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof^a Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof^a Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Prof. Me. Heriberto Silva Nunes Bezerra – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof^a Ma. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Prof^a Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Prof^a Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
S491	<p>O serviço social e a superação das desigualdades sociais [recurso eletrônico] / Organizadora Thaislayne Nunes de Oliveira. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: Word Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-5706-014-8 DOI 10.22533/at.ed.148202904</p> <p>1. Desigualdade social – Brasil. 2. Política social. 3. Serviços sociais. I. Oliveira, Thaislayne Nunes de.</p> <p style="text-align: right;">CDD 361</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Esta obra é composta por 13 artigos que versam sobre as experiências profissionais de assistentes sociais e análises de políticas públicas. Cada capítulo apresenta diferentes abordagens metodológicas, como: pesquisa bibliográfica, documental, análise qualitativa, quantitativa, exploratória, conteúdo, e exposição dos resultados pesquisa de campo, os quais foram alcançados por meio de entrevistas e aplicação de questionários.

Caro leitor, cabe situar que o processo de trabalho do assistente social, assim como o desenvolvimento das diferentes políticas públicas, associam-se as relações sociais de uma sociedade em constante movimento e/ou um processo histórico. Desta forma, compreendê-los implica metodologicamente em considerar as relações de tempo e espaço da sociedade, bem como a conjuntura econômica, política, cultural e conseqüentemente a atuação estatal, afinal, as políticas são instrumentos manejados pelo próprio Estado.

Este livro foi subdividido em eixos de análise, a saber: 1) Serviço social e política de assistência social; 2) Serviço social e política de saúde; 3) Serviço social e política de educação; 4) Projeto social: um estudo local; e 5) Instituições de apoio para pessoas idosas: uma experiência internacional. Em tempo, observa-se que a maior parte dos textos foram elaborados por assistentes sociais, que realizaram análises das políticas públicas, por vezes partindo do próprio ambiente socioocupacional, tornando as respectivas análises ainda mais preciosas pelo ponto de vista da observação participante.

O primeiro eixo trata-se do “Serviço Social e Política de Assistência Social” inicialmente aborda o desenho desta política e o seu desenrolar no Estado brasileiro. Este arcabouço propiciou o desencadeamento das análises seguintes, que versam sobre a execução da política e sua complexidade nos diferentes níveis. É notório o protagonismo do Assistente Social na Política de Assistência Social, por isso torna-se ainda mais interessante visibilizar estes estudos, bem como proporcionar a leitura crítica acerca do processo de atuação.

O segundo “Serviço Social e Política de Saúde” abrange não somente a política de saúde, mas também as micro políticas inerentes à esta, como: oncologia, cuidados paliativos, direitos sexuais, saúde mental, desinstitucionalização, entre outros. Importante evidenciar que a política de saúde persiste como sendo uma das políticas mais empregadoras de assistentes sociais. No que tange as análises realizadas por assistentes sociais reconhecem-se as diferentes facetas do fazer profissional, que inclusive enriquece a análise das políticas públicas, e, simultaneamente possibilitam ao leitor viajar pela profissão em seus infinitos manejos nesta área, corroborando

com a capacidade de realizar análises sob o olhar crítico, criativo e propositivo, com vistas ao Projeto Ético Político.

O terceiro eixo “Serviço Social e Política de Educação” nos faz refletir sobre a transversalidade no cotidiano do alunado, sob a ótica de Assistentes Sociais vinculados a um Instituto de Educação e a um Centro Federal de Educação Tecnológica. São experiências locais e englobam realidades distintas, mas, que por vezes convergem principalmente se pensamos a realidade social brasileira e respectivos problemas comuns. Realizar esse tipo de análise é fundamental para influenciar no (re)desenho da política de educação, que precisa ir de encontro as necessidades dos usuários.

O eixo “Projeto Social: um estudo local” evidencia aspectos relacionados ao planejamento urbano e o cruzamento deste com o acesso as moradias de pessoas com “baixa renda”. Trata-se de um relato de experiência sobre a avaliação de determinado projeto, que indica aspectos relacionados à cidade, periferia, território e iniquidades sociais. Outra vez reafirmo a necessidade desse tipo de discussão, já que vivemos em tempos que indicam medidas de cunho neoliberal, com estratégias ainda mais conservadoras no Brasil, quiçá em diversos outros países do mundo.

O eixo “Instituições de apoio para pessoas idosas: uma experiência internacional” apresenta as fragilidades e limitações desta, especialmente pelo olhar dos dirigentes e das autoridades locais. Trata-se de uma experiência de outro país, fator que contribui significativamente para pensarmos as diferentes realidades, que tendem a influenciar em problemáticas locais. Mas, também nos remete a identificação de problemas comuns, o que também é primordial.

É sabido que o contexto brasileiro atual tem refletido drasticamente no desenvolvimento das políticas públicas e inevitavelmente no processo de trabalho do Assistente Social. Por isso, justifica-se a valorização destas análises, que advém dos resultados de estudos técnicos e pesquisas científicas. Ademais, este livro contribui com as análises das políticas públicas mais empregadoras dos assistentes sociais no Brasil, motivo pelo qual se ratifica a importância desta leitura.

Thaislayne Nunes de Oliveira

SUMÁRIO

SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

CAPÍTULO 1 1

A ASSISTÊNCIA SOCIAL NO CONTEXTO DO SUAS E A IMPORTÂNCIA DA GARANTIA DOS DIREITOS SOCIOASSISTENCIAIS PARA O EXERCÍCIO DA CIDADANIA

Maria Guadalupe de Araújo Veloso Lima Freitas
Rosilene Marques Sobrinho de França

DOI 10.22533/at.ed.1482029041

CAPÍTULO 2 11

SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA ADULTOS E FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE RUA: O DESAFIO DE TRANSITAR DE AÇÕES DE CARIDADE À EFETIVAÇÃO DE UM DIREITO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Helenita dos Santos Arruda
Rosângela Cavalcanti da Silva

DOI 10.22533/at.ed.1482029042

CAPÍTULO 3 25

AÇÕES DE ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS COM MICROCEFALIA NO MUNICÍPIO DE TERESINA-PI: O SUAS EM AÇÃO VIA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL

Jovina Moreira Sérvulo Rodrigues
Maria Guadalupe de Araújo Veloso Lima Freitas

DOI 10.22533/at.ed.1482029043

SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE

CAPÍTULO 4 36

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE: DESAFIOS SOB O EIXO ACESSÓRIA, QUALIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Eli Fernanda Brandão Lopes
Juliana Galete
Carolina de Sousa Rotta
Michael Wilian da Costa Cabanha
Leticia Nakamura
Joelson Henrique Martins de Oliveira
Giovana Ayumi Aoyagi
Clesmânia Silva Pereira
Alex Sander Cardoso de Souza Vieira
Letícia Ribeiro Moreira
Edivania Anacleto Pinheiro Simões
Maria de Fátima Bregolato Rubira de Assis

DOI 10.22533/at.ed.1482029044

CAPÍTULO 5 48

AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O “PROGRAMA EDUCAÇÃO EM SAÚDE AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO NA CENTRAL DE QUIMIOTERAPIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO E SALA DE ESPERA INFORMAR PARA ACESSAR”

Zilda Cristina dos Santos
Gabriela Santos Oliveira
Caroline Aparecida Vieira Silva

CAPÍTULO 6 56

COMUNICAÇÃO E SERVIÇO SOCIAL : O PROCESSO DE ACOLHIMENTO NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Andrea Frossard

Aline Baptista de Aguiar

Rafaela Rodrigues de Paiva

DOI 10.22533/at.ed.1482029046

CAPÍTULO 7 67

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES: REFLEXÕES PARA O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA

Lívia Maria e Silva

DOI 10.22533/at.ed.1482029047

CAPÍTULO 8 78

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM JOÃO PESSOA- PB

Elisabete Vitorino Vieira

Ana Paula Rocha de Sales Miranda

Rafael Nicolau Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.1482029048

CAPÍTULO 9 94

CIBERATIVISMO DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: ENTRE O VIRTUAL E O POSSÍVEL

Lucia Cristina dos Santos Rosa

Sâmia Luiza Coêlho da Silva

DOI 10.22533/at.ed.1482029049

SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA DE EDUCAÇÃO

CAPÍTULO 10 105

A EDUCAÇÃO TÉCNICA E PROFISSIONAL NOS ESPAÇOS DOS INSTITUTOS FEDERAIS ATRELADA AO PROEJA: UMA EXPERIÊNCIA NO CAMPUS JOÃO PESSOA-PB

Ranyellen Félix de Souza

Felicidade Dayana Monteiro Dias

Jailma da Costa Batista

Luís Eduardo Lima

DOI 10.22533/at.ed.14820290410

CAPÍTULO 11 117

EVASÃO NO ENSINO SUPERIOR: DADOS DE UMA PESQUISA APLICADA AOS ALUNOS DAS ENGENHARIAS DO CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA CELSO SUCKOW DA FONSECA(CEFET/RJ) - CAMPUS ANGRA DOS REIS

Carina Aparecida Antunes

DOI 10.22533/at.ed.14820290411

PROJETO SOCIAL: UM ESTUDO LOCAL

CAPÍTULO 12 128

PERCEPÇÃO DE LÍDERES COMUNITÁRIOS SOBRE UM PROJETO SOCIAL EM MINAS GERAIS

Cláudia Leocádio

Antônio Henrique da Mata Corrêa

Ana Cristina Viana Campos

DOI 10.22533/at.ed.14820290412

INSTITUIÇÕES DE APOIO PARA PESSOAS IDOSAS: UMA EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL

CAPÍTULO 13 138

INSTITUIÇÕES DE APOIO A PESSOAS IDOSAS EM PORTUGAL – PROBLEMAS E DESAFIOS ATUAIS E FUTUROS: ESTUDO NUM MUNICÍPIO RURAL

João Gonçalves

DOI 10.22533/at.ed.14820290413

SOBRE A ORGANIZADORA..... 149

ÍNDICE REMISSIVO 150

A ASSISTÊNCIA SOCIAL NO CONTEXTO DO SUAS E A IMPORTÂNCIA DA GARANTIA DOS DIREITOS SOCIOASSISTENCIAIS PARA O EXERCÍCIO DA CIDADANIA

Data de aceite: 13/04/2020

Maria Guadalupe de Araújo Veloso Lima Freitas

Especialista na Área de Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes pela Universidade de São Paulo (USP). Especialista na área de Gestão de Cidades pela Fundação Getúlio Vargas (FGV). Mestranda em Políticas Públicas do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Teresina-PI/Brasil. E-mail: guadalupeveloso@hotmail.com.

Rosilene Marques Sobrinho de França

Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí (UFPI); Mestre e Doutora em Políticas Públicas (UFPI); Graduada em Serviço Social, Direito e História; Especialista em Direito e Processo Civil pela Universidade Católica Dom Bosco/MG e em Gestão de Cidades pela Fundação Getúlio Vargas/RJ; pesquisadora membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Infância, Adolescência e Juventude (NUPEC) e do Núcleo de Pesquisa sobre Questão Social e Serviço Social. Coordenadora adjunta do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Sociedade, Estado e Políticas Públicas (NUSDIPP), da Universidade Federal do Piauí, Brasil. E-mail: rosilenemarquessobrinho@gmail.com.

RESUMO: A Constituição Federal de 1988 garante formalmente a política de Assistência Social como sendo de proteção social não contributiva, constituindo o tripé das políticas de Seguridade Social junto com a Saúde e a Previdência, elegendo-a como um dos mecanismos de enfrentamento da questão social. Nesse sentido, o trabalho traz uma discussão acerca dos direitos socioassistenciais no contexto do sistema de proteção social brasileiro e da política de Assistência Social. A metodologia utilizada consistiu em estudo bibliográfico e documental acerca da trajetória dos direitos fundamentais do homem e de construção da cidadania, examinando-se a formatação dos direitos socioassistenciais e seus desdobramentos no âmbito da política de Assistência Social. Os resultados mostraram que os direitos socioassistenciais são fundamentais para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos Socioassistenciais. Proteção Social. Política de Assistência Social.

Trabalho apresentado no Congresso Brasileiro Ciência e Sociedade (CBCS 2019), promovido pelo Centro Universitário Santo Agostinho, de 03 a 05 de outubro de 2019, em Teresina-PI.

SOCIAL ASSISTANCE IN THE CONTEXT OF ITS AND THE IMPORTANCE OF GUARANTEE OF SOCIAL-ASSISTANT RIGHTS FOR THE EXERCISE OF CITIZENSHIP

ABSTRACT: The Federal Constitution of 1988 formally guarantees the Social Assistance policy as non-contributory social protection, constituting the tripod of the Social Security policies together with Health and Social Security, choosing it as one of the mechanisms to confront the social issue. In this sense, the paper brings a discussion about social assistance rights in the context of the Brazilian social protection system and the Social Assistance policy. The methodology used consisted of a bibliographic and documentary study about the trajectory of the fundamental rights of man and the construction of citizenship, examining the formatting of social assistance rights and their consequences within the Social Assistance policy. The results showed that social assistance rights are fundamental for the construction of a fairer and more egalitarian society.

KEYWORDS: Social-assistance rights. Social Protection. Social Assistance Policy.

1 | INTRODUÇÃO

A política de Assistência Social como política pública ocorre com a Constituição Federal de 1988. Assim pode-se dizer que nessa condição de política pública de Estado é um fato muito recente. Nessa ótica, a Assistência Social passa a compor o tripé da Seguridade Social do Brasil, e que têm como dever a proteção dos que dela necessitam e, tem como um dos grandes desafios para sua implementação o de romper com o ideário conservador na proteção social das pessoas mais necessitadas, ainda persistente nos dias atuais.

Autores como Draibe (1993) realizaram estudos sobre sistemas de proteção social, mostram que, de modo geral, historicamente as sociedades vivenciaram algum tipo de proteção para o enfrentamento de situações de risco, no sentido de amparar as classes menos favorecidas, mesmo que esse reconhecimento ocorresse, muitas vezes, pela via do dever moral. No âmbito das sociedades capitalistas, a construção dos sistemas de proteção social se relacionam com os diferentes modelos de organização e gestão do trabalho e com os processos de reprodução das relações sociais.

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar a política de Assistência Social como uma política pública, que visa promover o acesso aos direitos da população que dela necessitar e, conseqüentemente, ao exercício da cidadania, em um contexto de desmonte dos direitos conquistados na atual sociedade brasileira.

Visando uma maior familiaridade com tema ora em estudo a metodologia utilizada foi uma pesquisa exploratória com uma abordagem qualitativa. O procedimento metodológico utilizado foi estudo bibliográfico e documental. Segundo Gil, a pesquisa bibliográfica “é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (GIL, 2002, p. 44). Quanto a pesquisa documental, para Gil (2002, p. 45), esta se assemelha bastante com a bibliográfica diferenciando-se por se tratar de material que ainda necessita de um tratamento analítico.

Dessa forma, o artigo, inicialmente, apresenta um estudo introdutório sobre os direitos do homem e a formação de sua cidadania, posteriormente, aborda a proteção social brasileira, seguido de um levantamento da trajetória da Assistência Social até chegar ao *status* de política pública, depois, faz uma abordagem sobre a questão dos direitos socioassistenciais como forma de implementação dessa política e, na conclusão, destaca algumas reflexões sobre essa construção, que tem muitos desafios ainda a enfrentar.

2 | A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

A formação do sistema de proteção social brasileiro, segundo Draibe (1993), ocorreu entre os anos de 1930 e 1970, considerando que foi a partir desse período que o Estado brasileiro passou a desenvolver ações de garantia e substituição de renda, por meio do sistema previdenciário da assistência social, de políticas de saúde, de educação e de habitação, dividida nos seguintes períodos: a) **1931 a 1943**: constituição dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs); expansão da legislação trabalhista com a Consolidação das Leis Trabalhistas; regulação de políticas nas áreas de saúde, educação; centralização dos recursos na esfera federal; b) **1945 a 1964**: inovações nos campos da educação, saúde, assistência social e na habitação popular; c) **1965 a 1974**, fase marcada pela expansão e consolidação do sistema de proteção social, edificado no período anterior por meio da organização institucional e financeira da política social brasileira, estruturando-se, assim, um leque de instituições responsáveis pelas ofertas de bens e serviços sociais nas áreas da educação, da saúde, da assistência social e da previdência, áreas anteriormente trabalhadas.

A partir da Constituição Federal de 1988, houve a definição de um novo perfil da proteção social brasileira. Assim, podemos considerar dois momentos importantes para as políticas sociais: o período pós-1930, considerado como a fase inicial da formação do sistema de proteção social; e o segundo momento, após a Constituição Federal de 1988, que amplia o padrão de proteção social configurado por meio da

perspectiva de Seguridade Social.

Draibe (1993) levanta alguns princípios pelos quais o *Welfare State* no Brasil foi constituído, sendo caracterizado, pela centralização política e financeira no governo federal e nas ações sociais, fragmentação institucional, exclusão da população à participação política, o autofinanciamento social, privatização e o clientelismo que ainda persiste em muitos segmentos.

Na década de 1980, como resultado do processo de mobilização dos movimentos sociais, surge uma nova perspectiva em relação ao padrão público de proteção social que passa a se constituir, pela primeira vez no Brasil, um modelo mais amplo de Seguridade Social, formada pelas políticas de Previdência Social, Assistência Social e Saúde.

Sem dúvida, a Constituição Federal de 1988 é um marco da transformação no modelo de proteção social brasileiro e que formalmente inaugura o que se pode denominar de universalização da cidadania. Acostumado com a noção restritiva dos grupos a serem segurados e a simetria entre contribuições e benefícios, este novo modelo ensejou a emergência de concepções e de ações solidário-redistributivas.

Nesse contexto, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004) reconhecida como política pública pela Constituição Federal de 1988 apresenta os seguintes objetivos:

- Prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e, ou, especial para famílias, indivíduos e grupos que deles necessitem.
- Contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em áreas urbanas e rurais.
- Assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2004, p. 33).

Couto (2010) assevera que o “reconhecimento da Assistência Social como política pública e a definição de seus objetivos elencam as condições para que esse campo de atuação passe a ser considerado como de direito social” (COUTO, 2010, p. 173).

Desta feita, o público da política de Assistência Social é reconhecido como cidadão, sujeito de direitos, e, suas ações devem ter centralidade na família garantindo o acesso a bens e serviços e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Nesse contexto, é importante salientar que, a organização dos programas, projetos, serviços e benefícios ofertados pela política de Assistência Social se dá em dois níveis de complexidade: básico e especial, sendo este último subdividido em média e alta complexidade.

Na proteção social básica, os serviços são de natureza preventiva e

caracterizam-se pelo atendimento às famílias em situações de vulnerabilidade e risco social, fortalecendo-se os laços familiares e comunitários. O local de referência onde são ofertados os serviços de proteção social básica é o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

Na proteção social especial de média complexidade é desenvolvido um conjunto de ações voltadas ao atendimento de famílias e indivíduos com direitos violados, em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abuso, negligência, violência sexual, trabalho infantil, abandono, dentre outros. O local de referência para o atendimento dessas situações são os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) e a rede de serviços a ele referenciada. Em relação ao atendimento na alta complexidade, é desenvolvido um conjunto de ações voltadas para os indivíduos que romperam os laços familiares e comunitários, no sentido de fortalecer projetos de vida e/ou resgatar os vínculos familiares e comunitários. O atendimento desse público é realizado em serviços de acolhimento e em unidades de acolhimento institucional.

Por fim, conclui-se que a política de Assistência Social, através do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), vem tendo significativos avanços, como a organização das ações em níveis de complexidade e os serviços prestados a partir de um caráter continuado.

3 | A IMPORTÂNCIA DA GARANTIA DOS DIREITOS SOCIOASSISTENCIAIS PARA O EXERCÍCIO DA CIDADANIA

Os direitos do homem, assim como a democracia e a paz, segundo Bobbio (2004, p. 1) são pressupostos mútuos e se constituem elementos de um movimento histórico, pois, [...] “sem direitos do homem reconhecidos e protegidos, não há democracia; sem democracia não existem as condições mínimas para a solução pacífica dos conflitos”.

Desta forma, Bobbio (2004) considera os direitos como evoluções históricas, que nascem no Estado Moderno e indicam o progresso civilizatório humano. Desse modo, os direitos surgem e transformam-se de acordo com as necessidades dos homens, e não são, portanto, produtos da natureza, mas, sim, históricos e passíveis de mudanças e de ampliação.

Com a emergência do Estado Moderno, há a mudança na concepção da política, antes centrada na relação entre súditos e soberanos, passando a basear-se na relação Estado e cidadãos e, desse modo, considerando os direitos, principalmente, os direitos do homem, que têm seu reconhecimento firmando por meio da Declaração Universal dos Direitos do Homem, que, para Bobbio (2004),

representa, pela primeira vez, na história humana, uma partilha de valores comuns a serem defendidos e alcançados por toda a humanidade, ou seja, direitos que representam a universalidade de valores.

Segundo Bobbio (2004), os direitos são divididos em quatro gerações, a saber: os de primeira geração referem-se aos direitos civis, as primeiras liberdades garantidas; os de segunda geração – direitos políticos, referente aopoder de participação do Estado; os de terceira geração – direitos sociais, econômicos e culturais; os de quarta geração – direitos difusos, representados pela pesquisa biológica e genética. Esses direitos são históricos e encontram-se em constante transformação, de acordo com as necessidades humanas, para os quais devem ser criadas as condições de proteção, na atualidade, pois, somente dessa forma, é possível atingir a paz – por meio da democracia, que é o acesso dos cidadãos aos seus direitos.

Nesse contexto, os direitos civis surgiram no século XVIII e estão relacionados aos “direitos necessários à liberdade individual, tais como o direito de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, propriedade e acesso à justiça” (MARSHALL, 1977, p. 63). A afirmação desses está associada às instituições judiciais. Salienta o autor que “os direitos civis eram indispensáveis à economia de mercado e à liberdade de concorrência, coexistindo, portanto, com o capitalismo” (MARSHALL, 1977, p. 85).

Já os direitos políticos teriam sido aqueles concebidos no século XIX, considerados como “produto secundário dos direitos civis” (MARSHALL, 1977, p.70). Esses direitos remetem à possibilidade de “participar no exercício do poder político, seja como membro eleito de um dos organismos integrantes do Estado ou como seu eleitor” (MARSHALL, 1977, p.63).

Para o exercício desses direitos, há as instituições de parlamento, conselhos do governo local e congressos, sendo que, apesar de expressarem uma participação política, não asseguraram efetivamente uma igualdade política, em razão da existência da desigualdade de classe, impedindo o livre exercício do direito de voto. Destarte, o voto secreto mostrava-se insuficiente para coibir tal prática, tornando-se imprescindível o desenvolvimento de uma educação social, bem como uma mudança no modo de pensar da sociedade (MARSHALL, 1977, p.85).

Por sua vez, os direitos sociais, surgidos no século XX, seriam aqueles capazes de conferir um “mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar na herança social, bem como de acesso aos serviços educacionais e sociais. A estes estão relacionados o sistema educacional e os serviços sociais” (MARSHALL, 1977, p. 63-64).

Os direitos sociais mínimos foram desligados do *status* da cidadania e, por conseguinte, aquele que se beneficiasse, por exemplo, da chamada *Poor Law* – espécie de auxílio financeiro garantido às famílias menos favorecidas –, teria a condição de cidadão usurpada (MARSHALL, 1977, p. 72).

A evolução dos direitos do homem realizado por Marshall se dá no contexto europeu, mais precisamente na Inglaterra. No Brasil, a trajetória desses direitos (Direitos do Homem) se desenvolveu de forma diferente, havendo, assim, ênfase nos direitos sociais, em detrimento dos demais, além da alteração na sequência dos direitos adquiridos, o que altera a lógica de construção da cidadania, sendo os direitos sociais os primeiros a surgirem no Brasil, passando para os direitos políticos e, por fim, aos direitos civis.

Nesse sentido, reforçamos a colocação de Benevides (1994), sobre os direitos que são concedidos, eles “deixam de ser direitos para serem alternativas aos direitos. Concessões, como alternativas a direitos, configuram a cidadania passiva, excludente, predominantemente as necessidades autoritárias” (BENEVIDES, 1994, p.9).

No Brasil, após uma herança histórica marcada pela escravidão, desigualdades e subalternidades, antes mesmo do efetivo exercício de direitos civis e políticos, a configuração dos direitos sociais ocorreu numa perspectiva de concessão e benesse a partir da década de 1930, ocorrendo uma fragilização dos indivíduos quanto ao exercício de sua cidadania, com significativos desdobramentos em relação à afirmação da classe trabalhadora.

Após os longos períodos de autoritarismo e de negação da participação, a exemplo do Estado Novo e da Ditadura Militar, com a redemocratização do país, no pós-Constituição Federal foi instaurado no Brasil um sistema público e participativo, como forma de oferta da política de Assistência Social, na perspectiva da garantia de direitos de cidadania.

Nesse sentido, o SUAS enquanto sistema descentralizado e participativo que regula e organiza os elementos essenciais da Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004), estabeleceu normatização dos padrões nos serviços, qualidade no atendimento, indicadores de avaliação e resultado, nomenclatura dos serviços de rede socioassistencial e eixos estruturantes do sistema. Em tal sistema, os direitos socioassistenciais são um dos eixos orientadores que compõem a base de organização do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2012).

Por sua vez, como um sistema de gestão, esse arranjo institucional propõe, pela primeira vez na história do país, sob a primazia da responsabilidade do Estado, a organização em todo o território nacional de serviços socioassistenciais destinados a milhões de brasileiros, em todas as faixas etárias, com a participação e a mobilização da sociedade civil nos processos de implantação e implementação

do Sistema.

Dessa forma, o SUAS promove uma mudança de conteúdo e de gestão da política pública de Assistência Social, ao materializar o conteúdo da LOAS e definir os conceitos e as bases que vão orientar a estruturação do sistema nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios. Em outras palavras, o SUAS oferece concretude à política pública de Assistência Social na perspectiva de construir os direitos sociais de seus usuários e sua inserção na sociedade.

Nesse processo de construção dos direitos socioassistenciais no Brasil, foi importante os conteúdos contidos na Constituição Federal de 1988, que assegurou em seu artigo 203, que “a Assistência Social será prestada a quem dela necessitar independentemente de contribuição”. Isso quer dizer que a Assistência Social é um direito para aqueles que se encontra em situação de necessidade, de modo que, não sendo satisfeita, pode causar a ocorrência de prejuízos para a vida pessoal e social, bem como para a capacidade das pessoas de poderem se expressar e participar de forma ativa e crítica na sociedade. Por exemplo, uma pessoa com dificuldades financeiras e sem acesso à alimentação poderá ter sua saúde prejudicada e não poderá ter a mesma vida e participação que outras pessoas.

Outro passo importante na construção dos direitos socioassistenciais foi dado em 2005, quando foi realizada a V Conferência Nacional de Assistência Social, ocorrida entre os dias 5 a 8 de dezembro de 2005, cujo tema foi “SUAS – Plano 10: Estratégias e Metas para a Implementação da Política de Assistência social no Brasil”, em que, como resultados das discussões, foram deliberados o Decálogo dos Direitos Socioassistenciais e os compromissos éticos para concretizá-los como orientadores da Política de Assistência Social, dentre os quais, destaca-se:

a) direito em ter garantida a convivência familiar, comunitária e social: direito do usuário e da usuária, em todas as etapas do ciclo da vida, a ter valorizada a possibilidade de se manter sob convívio familiar, quer seja na família biológica ou construída, e à precedência do convívio social e comunitário às soluções institucionalizadas; b) direito à Proteção Social por meio da intersetorialidade das políticas públicas: a Assistência Social é a porta de entrada para as demais políticas públicas, como moradia digna, trabalho, cuidados de saúde, acesso à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, à segurança alimentar, à segurança pública, à preservação do meio ambiente, à infra-estrutura urbana e rural, ao crédito bancário, à documentação civil e ao desenvolvimento sustentável; c) direito ao cofinanciamento da proteção social não contributiva: Direito, do usuário e da usuária, à implantação e à manutenção dos serviços socioassistenciais, de caráter continuado, ofertados com qualidade, de forma profissional, garantindo o cofinanciamento nas três esferas de governo – nos meios urbanos e rurais (BRASIL, 2005, p.313-314).

Assim, o primeiro direito do usuário da Assistência Social é o de ser atendido com atenção, de forma digna, e a receber explicações sobre os serviços, sobre os programas, os projetos e os benefícios da Assistência Social de forma clara, simples e compreensível.

O maior de todos os direitos da Assistência Social é o direito de todas as pessoas de terem acesso à vaga na rede de serviços da Assistência Social. Outro direito do usuário na política de Assistência Social é conhecer a localização dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e dos Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) para buscar atendimento e informações.

Em relação ao direito à convivência familiar e comunitária, este tem uma estreita ligação com a segurança de vivência familiar ou segurança do convívio, onde pontua como “uma das necessidades a ser preenchida pela política de assistência social” (BRASIL, 2005, p.32). Nesse sentido, os serviços prestados aos usuários(as) pelas unidades da rede socioassistencial devem ser realizadas de forma a evitar o preconceito, a segregação e garantir o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Desta feita, pode-se dizer que a V Conferência Nacional de Assistência Social ao definir o Decálogo dos Direitos Socioassistenciais deu um salto qualitativo à política de Assistência Social, pois a partir deste feito temos a clareza do papel e de quem é alvo dessa política. O direito à proteção social por meio da intersetorialidade das políticas públicas corresponde à segurança de acolhida, a qual promove o acesso do cidadão e da cidadã, à rede socioassistencial através da intersetorialidade da política de assistência social com outras políticas públicas, visando atendimento integral nas políticas.

O direito ao cofinanciamento da proteção social não contributiva, se apresenta como sendo extremamente importante para se garantir recursos das áreas, federal, estadual, municipal e distrital, no sentido de prover os serviços socioassistenciais, com qualidade e de forma continuada.

Nesse contexto, cabe destacar que a cidadania é instituída em princípios democráticos, os quais exigem organização política e participação popular nas lutas sociais, sendo o próprio povo o responsável pelas decisões de suas vidas, quando isto acontece através do poder do Estado, os direitos são vistos não como uma conquista democrática, mas como um favor, colocando os cidadãos numa posição de dependência.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo realizado, observou-se que a construção do direito à Assistência Social é recente na história do Brasil, sendo este reconhecido a partir da Constituição Federal de 1988, que inaugurou uma nova concepção para a Assistência Social por meio da propositura de um padrão de proteção social afirmativo de direito na superação do histórico de práticas caritativas eclientelistas.

Torna-se, assim, necessária a compreensão do movimento histórico em que se constrói a política de Assistência Social e, por conseguinte, os direitos socioassistenciais como forma de apreender os limites e os desafios para concretização desses direitos, em um projeto de sociedade capitalista, que vem cada vez mais priorizando a política econômica em detrimento da política social.

Uma questão importante também a ser ressaltada conforme Telles (1999) no estudo dos direitos sociais é a contradição entre a igualdade prevista na lei e uma realidade que apresenta uma situação de extrema desigualdade.

Destarte, conclui-se que os direitos socioassistenciais definidos, desde 2005, na V Conferência Nacional de Assistência Social na atual conjuntura brasileira, cada vez mais se tornam necessários, deixando evidente o que deve ser assegurado na política de Assistência Social rumo a uma sociedade mais justa e igualitária.

REFERÊNCIAS

BENEVIDES, Maria Victória de Mesquita. Cidadania e Democracia. **Lua Nova Revista de Cultura e Política**. São Paulo, n. 33, ago. 1994.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro. Campus, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 38. Ed. São Paulo: Saraiva, 2006. (Coleção Saraiva de Legislação).

____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Anais da V Conferência Nacional de Assistência Social**. Brasília, 2005, p.313-314

____. **Assistência Social**, LOAS. Lei nº. 8.742/1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. 2. ed. Brasília: MPAS/SEAS, 2001.

____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social -PNAS/2004**. Brasília, 2005.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito Social e a Assistência social na sociedade Brasileira: uma equação possível?** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

DRAIBE, S. M. O Welfare State no Brasil: Características e Perspectivas. **Caderno de Pesquisa nº 8**. UNICAMP. NEEP. Editor: Marcos de Souza Queiróz, 1993.

GIL, Antônio Carlos. Como Elaborar Projetos. 4ª ed. São Paulo, Atlas, 2002

MARSHALL, T. H. A. **Cidadania, classe social e status**. Trad. Meton Porto Gadelha. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

TELLES, Vera da Silva. **Direitos Sociais**: afinal do que se trata? Belo Horizonte: Editora da UFMG, 1999.

SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA ADULTOS E FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE RUA: O DESAFIO DE TRANSITAR DE AÇÕES DE CARIDADE À EFETIVAÇÃO DE UM DIREITO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Data de aceite: 13/04/2020

Helenita dos Santos Arruda

Analista em Serviço Social do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte. Graduada e Mestre em Serviço Social pela UFRN.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Departamento de Serviço Social

Natal/RN

arruda.helenita@gmail.com.

<http://lattes.cnpq.br/1191580373028545>

Rosângela Cavalcanti da Silva

Graduada em Serviço Social pela UFPB e Mestre em Serviço Social pela UFRN.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Departamento de Serviço Social

Natal/RN

rosangelacavalcanti@hotmail.com.

<http://lattes.cnpq.br/6298258431964872>

RESUMO: O trabalho ora apresentado versa sobre a construção do serviço de acolhimento institucional para adultos e famílias em situação de rua como direito. Deste modo, apresenta-se uma síntese da trajetória da transição das ações caritativas de acolhimento à efetivação de serviços no âmbito da Política de Assistência Social, regulamentados e gestados por normativas próprias. As considerações aqui

expostas, advém de pesquisa documental, cuja referência teórica baseia-se no materialismo histórico. Aqui, explicita-se o ponto de vista, da constituição de um direito social vinculado diretamente a indivíduos cuja vulnerabilidade social é explícita e que a ação do Estado brasileiro só passou a existir na primeira década dos anos 2000, mais especificamente após a criação do Sistema Único de Assistência Social, vinculado aos serviços de Proteção Social Especial.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas em situação de rua; Assistência Social; Serviços de Proteção; Proteção Social Especial.

INSTITUTIONAL WELCOME SERVICE
FOR ADULT AND FAMILIES IN SITUATION:
THE CHALLENGE OF MOVING FROM
CHARITABLE ACTIONS TO THE
REALIZATION OF A SOCIAL ASSISTANCE
POLICY RIGHT

ABSTRACT: The work presented here deals with the construction of institutional reception service for adults and families in a street situation as a right. In this way, a synthesis is presented of the trajectory of the transition from the charitable actions of reception to the realization of services

in the scope of the Policy of Social Assistance, regulated and managed by their own norms. The considerations here exposed, come from documentary research, whose theoretical reference is based on historical materialism. Here, the point of view is made explicit, of the constitution of a social right directly linked to individuals whose social vulnerability is explicit and that the action of the Brazilian State only began to exist in the first decade of the 2000s, more specifically after the creation of the Single System of Social Assistance, linked to the services of Special Social Protection.

KEYWORDS: People in street situation; Social Assistance; Protection Services; Special Social Protection.

1 | INTRODUÇÃO

A título de contextualização, no Brasil, de modo geral, existiam os chamados “albergues noturnos”, mantidos por entidades de caridade, por meio de doações recebidas de pessoas físicas e/ou jurídicas (dinheiro, roupas, alimentos, dentre outras), são caracterizados pelo oferecimento de pernoites com alimentação, dentre outras ações de caridade aos considerados “mais necessitados” (pessoas em situação de rua e/ou em trânsito/migração).

Mediante pesquisa documental a notícias, sítios de internet e publicações variadas, tornou-se possível observar que esses albergues noturnos eram iniciativas de associações espíritas ou de outras entidades filantrópicas, em sua maioria.

Assim sendo, a partir desse cenário, com o mesmo objetivo de oferecer pernoite, banho e alimentação, dentre outros, surgem os albergues municipais mantidos com recursos próprios dos municípios e com algumas doações pontuais de terceiros.

Ressalta-se que tais albergues, noturnos e municipais, foram implantados bem antes de a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) ser implementada. A própria PNAS chegou a fazer menção duas vezes a palavra “Albergue” em 2004, extinguindo-a do seu rol de unidades socioassistenciais a partir da aprovação da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais em 2009 e das normativas e orientações que tratam do reordenamento do Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias em Situação de Rua, publicadas pelo então Ministério de Desenvolvimento e Combate à Fome (MDS).

Nessa perspectiva, atualmente, os chamados albergues noturnos, mantidos por entidades filantrópicas não são reconhecidos como unidades socioassistenciais para acolhimento no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e os municipais que recebem recursos financeiros oriundos do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) estão em processo de reordenamento previsto pela instância coordenadora da política, o MDS.

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, o período de funcionamento do serviço em tela para adultos e famílias em situação de rua deve ser ininterrupto (24 horas), podendo ser ofertado em unidades como abrigo institucional e casa de passagem.

De todo esse contexto, depreende-se que os vários albergues municipais espalhados pelo Brasil espelharam-se nas ações de caridade de entidades filantrópicas, especificamente no período de funcionamento noturno dos denominados “Albergues Noturnos”, o que significa afirmar que também se espelharam na execução de ações de caridade e solidariedade preexistentes, as quais consistiam no oferecimento de pernoite, oferecimento de banhos e alimentação.

No tocante à previsão da oferta de pernoite de modo exclusivo, inexistem nas normativas e orientações técnicas da Política de Assistência Social qualquer menção a essa provisão. Ao conceituar os serviços da Proteção Social Especial (PSE) de Alta Complexidade, a PNAS (2004) afirma que são aqueles que garantem proteção integral como moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido.

No Brasil, visto que os albergues noturnos/municipais precederam o Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias em Situação de Rua, observa-se a presença de um forte ranço de cunho caritativo no direcionamento do trabalho executado nesse serviço, sendo o principal – o horário de funcionamento noturno – com oferta de pernoite, banho e alimentação na maioria dos albergues mantidos pelo poder público municipal.

Desse modo, com a preocupação de expandir e de reordenar o Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias em Situação de Rua, a Resolução nº 03/2012 da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) da Assistência Social previu recursos financeiros para expansão qualificada e/ou o reordenamento dos serviços socioassistenciais da PSE de Alta Complexidade da Assistência Social.

A partir disso, no mesmo período, o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) publicou a Resolução nº 06/2012, a qual aprovou os critérios para expansão qualificada do cofinanciamento federal para o reordenamento dos serviços socioassistenciais da PSE.

Desde então, esse serviço vem passando por um processo de expansão qualificada e reordenamento em todo o país, com a finalidade de implantar o serviço onde não existiam esses albergues e adequar os albergues existentes às normativas, orientações e legislações vigentes (Parágrafo Único do Art. 1º da Resolução nº 06/2012 do CNAS).

A questão do reordenamento do Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias é tema de relevância para a instância coordenadora da Política Nacional de Assistência Social – MDS – e para o CNAS, tendo este último publicado

nos anos de 2013 e 2014 as resoluções nº 09/2013¹ e 11/2014, sendo que esta dispõe especificamente sobre critérios de elegibilidade e partilha dos recursos do cofinanciamento federal para a expansão qualificada para o reordenamento do Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias.

Mediante a Resolução nº 11/2014 do CNAS, o reordenamento do Serviço de Acolhimento Institucional deve ser um processo gradativo e qualificado, em conformidade com as normativas do SUAS e à legislação vigente (Art. 2º), cabendo aos municípios reordenar esse serviço de acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Art. 10, inciso I).

No que diz respeito a essa previsão normativa, a Portaria nº 140/2012 da Secretaria Nacional de Assistência Social/MDS também vincula o Processo de Reordenamento do mencionado serviço às normativas e legislações vigentes (Art. 10). Vinculação que também faz parte da redação da Resolução nº 09/2013 do CNAS (Art. 10) e das resoluções nº 06/2013 e 02/2014 da CIT (artigos 10 e 2º respectivamente).

A título de exemplificação, em pesquisa realizada em sítios de internet, verificou-se que o Governo de Brasília executa tal serviço voltado a adultos e famílias em situação de rua com período de funcionamento em consonância com as normativas e orientações. Na Capital do Brasil, existe uma Unidade de Acolhimento para Adultos e Famílias (UNAF) AREAL que cumpre o funcionamento ininterrupto de 24 horas².

Segundo o Art. 11 da Resolução nº 11/2014 do CNAS:

Constitui requisito para o início do repasse de recursos da expansão do cofinanciamento federal de que trata esta Resolução a realização do aceite por parte do gestor do Estado, Distrito Federal e Município, após a publicação de Portaria do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

No entanto, muitos municípios brasileiros alegam não possuir recursos humanos, materiais e financeiros para tal adequação, visto que, na maioria dos estados, não ocorre o repasse do cofinanciamento estadual e o repasse federal não é suficiente.

De acordo com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB/RH), aprovada pela Resolução nº 269/2006 do CNAS, e com a Resolução nº 17/2011 do CNAS, enquanto uma das responsabilidades elencadas para esse ente, depreende-se, de modo incontestável, que tanto a adequação do horário de funcionamento quanto à composição adequada de equipes são responsabilidades

1. No mesmo ano, tem-se a publicação da Resolução nº 06/2013 da Comissão Intergestores Tripartite da Assistência Social, a qual dispõe sobre critério de elegibilidade e partilha de recursos oriundos do cofinanciamento federal para o reordenamento dos serviços de acolhimento institucional, dentre outros.

2. Informação disponível em: <http://www.brasilia.df.gov.br/index.php/2015/12/22/servico-de-acolhimento-institucional-para-adultos-e-familias/#descricao> e <http://www.sedest.df.gov.br/conheca-os-demais-servicos/servico-de-acolhimento.html>. Acesso em: 25/07/17.

de igual relevância no âmbito do Sistema Único de Assistência Social, não havendo condicionantes e/ou relativização entre elas.

Assim como não há menção, explícita ou implícita, de relativização em ato normativo ou orientação técnica, para que o aludido serviço funcione exclusivamente em horário noturno numa situação de aguardo quanto à condição orçamentária e financeira municipal e/ou quanto ao cofinanciamento estadual.

Pelo contrário, ante as normativas e orientações técnicas existentes, percebe-se que, desde o Ano de 2012, há uma preocupação com a adequação do Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias em Situação de Rua, por meio de um processo gradual e qualificado – o de reordenamento de unidades preexistentes – o que não significa colocar o seu funcionamento em situação de relativização, dependência ou condicionalidade.

Enquanto processo gradual e qualificado, o Reordenamento do Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias em Situação de Rua deve considerar as dimensões de estrutura física, recursos humanos, as metodologias de atendimento e a integração com os demais serviços do SUAS, no qual as estratégias para esse reordenamento em unidades já existentes possuem prazo máximo para finalização previsto até 30 de dezembro de 2017. (Art. 2º, § 1º, 2º, 3º e 4º da Resolução nº 11/2014 do CNAS)³.

No que se refere ao período de funcionamento das unidades de acolhimento – do Serviço de Acolhimento de Institucional – ser ininterrupto, ou seja, de 24 horas, a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais é taxativa e não faz diferenciação por usuário quanto ao aspecto “período de funcionamento”. Isto é, tal regulamento não prevê horários de funcionamento específicos para as unidades de acolhimento de acordo com o público atendido (crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência ou adultos e famílias em situação de rua) e a sua faixa etária ou situação específica. O período de funcionamento das unidades de acolhimento é comum ao Serviço de Acolhimento Institucional independente de qualquer aspecto.

A Orientação para o Reordenamento do Serviço de Acolhimento para População Adulta e Famílias em Situação de Rua recomenda que os abrigos mantenham horários flexíveis para a entrada e para a saída dos usuários de acordo com a necessidade de cada um. Dito isso, salienta-se que tais “horários flexíveis para a entrada e a saída dos usuários de acordo com a necessidade de cada um” se encontram relacionados às atividades externas dos usuários para fins de trabalho, estudo, tratamento de saúde, entre outras.

O que torna evidente a compreensão de que o horário de entrada e de saída na unidade de acolhimento não deve ser engessado ou restrito ao horário noturno como ainda ocorre em alguns municípios, ou seja, não deve ser uniformizado e

3. O mesmo que é estabelecido pela Resolução nº 02/2014 da CIT.

limitado.

Isso posto, faz-se imprescindível fixar a compreensão de que, a partir do momento em que ações caritativas⁴, anteriores à implementação da PNAS (2004), ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS, 2011) e ao próprio serviço (2009)⁵, como as empreendidas historicamente pelos chamados “albergues noturnos”, passam por um processo de reordenamento referente ao Serviço de Acolhimento Institucional e, conseqüentemente, passam a receber recursos públicos financeiros para se adequar, devendo os municípios necessariamente prestarem tal serviço em consonância com as normativas e orientações técnicas existentes.

2 I MAS O QUE É O SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA ADULTOS E FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE RUA?

Inicialmente, torna-se relevante o registro de que a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), com vistas à instituição do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), utiliza, como forma de classificação dos grupos territoriais, a definição dos municípios em: Pequeno Porte 1, dentre aqueles com o número de até 20.000 habitantes; Pequeno Porte 2, cujo número de habitantes varia entre 20.001 até 50.000; Médio Porte, como sendo aqueles que possuem o número que varia entre 50.001 a 100.000 habitantes; Grande Porte, compreendidos entre os que possuem o número entre 101.000 até 900.000 habitantes e Metrôpoles, cujo número de habitantes é superior a 900.000 habitantes⁶.

A partir dessa classificação, a referida política delinea a necessidade de estruturação de redes simplificada e reduzida, relacionada aos serviços da Proteção Social Básica (PSB), e complexa e diversificada, relacionada aos serviços da Proteção Social Especial (PSE). Assim, aos municípios de Pequeno Porte 1 e 2, em linhas gerais, cabe a estruturação de uma rede de serviços simplificada/reduzida, e aos de Médio, Grande Porte e às Metrôpoles, a estruturação de uma rede mais complexa e diversificada.

Nesse sentido, depreende-se que a aludida política afirma que cabe a todos os municípios brasileiros a prestação dos serviços socioassistenciais da PSB e, especificamente, aos municípios de Médio, Grande Porte e as Metrôpoles, a estruturação dos serviços da PSE, de Média e Alta Complexidade, sem prejuízo da prestação direta destes serviços pelos Estados, de forma regionalizada (PNAS, p. 46).

Ademais, a PNAS explicita que, para a devida estruturação destes serviços,

4. As quais se resumiam ao oferecimento de pernoites, banho e alimentação a pessoas em situação de rua.

5. O qual, especificamente, passou a existir a partir da aprovação do regulamento dos serviços – Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais – mediante a Resolução nº 109/2009 do CNAS.

6. Resolução nº 145/2004 do Conselho Nacional de Assistência Social que aprova a PNAS, (p. 45-46).

deve-se considerar “a realidade local, regional, o porte, a capacidade gerencial e de arrecadação dos municípios, e o aprimoramento dos instrumentos de gestão, introduzindo o geoprocessamento como ferramenta da Política de Assistência Social” (PNAS, 2004, p. 46).

Do ponto de vista legal, de acordo com o art. 15, inciso V, da Lei nº 8.742/1993 (Lei Orgânica da Assistência Social – Loas), compete aos municípios a execução dos serviços socioassistenciais⁷ de que trata o art. 23 da referida lei, na qual estabelece que tais serviços serão instituídos por meio de regulamento (art. 23, § 1º, da LOAS, com a redação dada pela Lei 12.435/2011).

Ante este dispositivo, a Resolução nº 109/2009 do Conselho Nacional de Assistência Social, que trata da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, define cada um desses serviços de acordo com os níveis de proteção e de complexidade no âmbito da Política de Assistência Social, sendo o Serviço de Acolhimento Institucional tipificado como da PSE de Alta Complexidade, consoante dispõe o art. 1º, III, “a”, do referido diploma legal.

Nos termos da Resolução, a abrangência do Serviço de Acolhimento Institucional poderá ser municipal ou regional, sendo esta última aplicável “quando a incidência da demanda e porte do município não justificarem a disponibilização do serviço no seu âmbito”. E, ainda, “por indicação técnica ou determinação judicial”. Ainda de acordo com o ponto de vista legal, faz-se mister enfatizar que tal entendimento tem seu fundamento no que dispõe o art. 13, inciso V, da Loas quando afirma que compete aos Estados a prestação dos serviços socioassistenciais “cujos custos ou ausência de demanda municipal justifiquem uma rede regional de serviços, desconcentrada, no âmbito do respectivo Estado”.

Nessa perspectiva, a Resolução nº 33/2012 do Conselho Nacional de Assistência Social (NOB/SUAS), em seu art. 15, inciso IV, vem afirmar que uma das responsabilidades dos Estados é a prestação de serviços regionalizados da Proteção Social Especial de Média e de Alta Complexidade, em conformidade com o diagnóstico socioterritorial e os critérios pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e deliberados pelo Conselho Estadual de Assistência Social (CEAS).

Mas, o que é o Serviço de Acolhimento Institucional para adultos e famílias em situação de rua? Conforme a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, este serviço consiste no acolhimento provisório, o qual disponibiliza uma moradia provisória, dentre outros insumos, devendo ser ofertados em abrigos institucionais ou casas de passagem, respeitando o direito à permanência e usufruto da cidade em igualdade, segurança e acesso aos demais serviços públicos, constituindo-se como uma ferramenta pública de oportunidade e viabilização do processo de saída das ruas.

7. Também, em conformidade com o disposto no art. 17 da Resolução nº 33/2012 do CNAS.

E o que pode ser entendido como população em situação de rua? De acordo com Araújo (2012), trata-se de um grupo de pessoas heterogêneo, composto por indivíduos e/ou famílias pertencentes a diferentes realidades, em situação de pobreza, fragilidade de vínculos comunitários e/ou rompimento de vínculos familiares, ausência ou inserção marginalizada no mundo do trabalho, os quais por várias situações passam a utilizar os logradouros públicos como espaço de sobrevivência e moradia.

3 | O SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA ADULTOS E FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE RUA COMO DIREITO

De acordo com o Decreto nº 7.053/2009 da Presidência da República, o qual institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, são princípios dessa política, a igualdade e a equidade, o respeito à dignidade da pessoa humana e ao atendimento humanizado e universalizado (Art. 5º, incisos I e IV).

Dessa forma, frente a constatação de que essa população não conta com o Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias em horário ininterrupto (24 horas), uma vez que foi estabelecido o reordenamento dos albergues existentes no país para se adequarem à PNAS, observa-se que as pessoas em situação de rua não se encontram em igualdade de tratamento em relação a outros usuários do Serviço de Acolhimento Institucional.

Ademais a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais prevê o Serviço de Acolhimento Institucional, o qual se encontra dividido por categorias de usuários, quais sejam: crianças e adolescentes; adultos e famílias⁸; mulheres em situação de violência; jovens e adultos com deficiência; e idosos.

Nesse sentido, a despeito de esse regulamento prever especificidades para cada categoria de usuário no âmbito do aludido serviço, tem-se alguns aspectos gerais, comuns a todos os usuários (crianças e adolescentes; adultos e famílias; mulheres em situação de violência; jovens e adultos com deficiência; e idosos), como, por exemplo, o período de funcionamento ininterrupto de 24 horas, o qual é comum a todas essas categorias de usuários.

A princípio, torna-se evidente a não observância ao direito à dignidade das pessoas em situação de rua. Evidentemente, entende-se a necessidade de as atuais unidades socioassistenciais, antigos albergues, estabelecerem horários para melhor organizar algumas de suas atividades, como, por exemplo, o jantar, o café da manhã, as oficinas, entre outras que se façam necessárias ao trabalho ou mesmo à organização do espaço coletivo.

8. Em situação de rua e desabrigo por abandono, migração e ausência de residência ou pessoas em trânsito e sem condições de autossustento.

Porém, pontua-se que não é adequado o estabelecimento de horários engessados para a entrada e para a saída na unidade de acolhimento, uma vez que o primeiro impede o acesso do usuário ao local que deveria servir, como o próprio nome já diz, para acolhimento e o segundo impede a permanência desse usuário na unidade em horário diurno, desconsiderando suas necessidades específicas, ainda que esse necessite de cuidados após alta hospitalar por ocasião de uma cirurgia, por exemplo.

Junta-se a isso, o fato de que o horário de funcionamento exclusivamente noturno ainda existentes em muitas realidades brasileiras, obriga os usuários a novamente ocupar os logradouros públicos e/ou áreas degradadas; situação que prejudica a construção de qualquer processo de saída das ruas.

Com o agravante de que essa situação expõem o usuário à sua condição de abandono e desabrigo na comunidade cotidianamente. Situação que, além de representar um tratamento desumanizado, vexatório e discriminatório por parte de um serviço público, pode fomentar conflitos.

Apesar de parecer óbvio, a partir de todo o cenário e análise apresentados, faz-se imprescindível ter a compreensão de que os usuários do Serviço de Acolhimento Institucional para Pessoas e Famílias em Situação de Rua são pessoas que enfrentam sérios obstáculos para acessar as políticas públicas, por se encontrarem à margem de tudo⁹.

Para essas pessoas, a Política Nacional de Assistência Social/Sistema Único de Assistência Social, por meio da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, prevê o Serviço de Acolhimento Institucional, o qual deveria oferecer uma moradia provisória e não somente pernoite, banho, jantar e café da manhã.

Consta no regulamento dos serviços socioassistenciais, no âmbito das provisões para o Serviço de Acolhimento Institucional, dentre outras, a previsão de “um espaço para moradia”, restando patente a necessidade de ser ofertada uma moradia provisória aos usuários e não somente pernoite, por isso o horário de funcionamento é estabelecido como ininterrupto (24 horas) e há a menção¹⁰ de que os abrigos institucionais devem se assemelhar a uma residência.

Logo, não resta dúvida de que, o horário de funcionamento exclusivamente noturno impede os usuários desse serviço de exercerem os seus direitos quanto à moradia provisória/acolhimento. O que se encontra na contramão do que dispõe a Lei nº 8.742/1993 (LOAS), em seu Art. 2º, Inciso III, quando estabelece como um de

9. Veem-se obrigadas a ocupar os logradouros públicos e/ou áreas degradadas pela ausência de condições de prover suas necessidades básicas. A maioria com vínculos familiares e comunitários rompidos por situações de violação de direitos, uso abusivo de drogas, doenças ou transtornos mentais, entre outras.

10. Na descrição da modalidade abrigo institucional para adultos e famílias, presente na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

seus objetivos “a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais”.

Tal situação fere o princípio da “igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza”¹¹ (Lei nº 8.742/1993, Art. 4º, Inciso IV), visto que inexistente previsão de horário reduzido ou diferenciado, a depender do usuário¹², no âmbito do Serviço de Acolhimento Institucional.

Além de todo o respaldo técnico e normativo expostos anteriormente, observa-se que o horário reduzido – noturno – de funcionamento da Unidade de Acolhimento para Pessoas em Situação de Rua comprometem as seguranças que devem ser afiançadas pelo SUAS aos usuários, quais sejam:

I - acolhida: provida por meio da oferta pública de espaços e serviços para a realização da proteção social básica e especial, devendo as instalações físicas e a ação profissional conter:

- a) condições de recepção;
- b) escuta profissional qualificada;
- c) informação;
- d) referência;
- e) concessão de benefícios;
- f) aquisições materiais e sociais;
- g) abordagem em territórios de incidência de situações de risco;
- h) oferta de uma rede de serviços e de locais de permanência de indivíduos e famílias sob curta, média e longa permanência.

II - renda: operada por meio da concessão de auxílios financeiros e da concessão de benefícios continuados, nos termos da lei, para cidadãos não incluídos no sistema contributivo de proteção social, que apresentem vulnerabilidades decorrentes do ciclo de vida e/ou incapacidade para a vida independente e para o trabalho;

III - convívio ou vivência familiar, comunitária e social: exige a oferta pública de rede continuada de serviços que garantam oportunidades e ação profissional para:

- a) a construção, restauração e o fortalecimento de laços de pertencimento, de natureza geracional, intergeracional, familiar, de vizinhança e interesses comuns e societários;
- b) o exercício capacitador e qualificador de vínculos sociais e de projetos pessoais e sociais de vida em sociedade.

11. Bem como, fere o princípio do “respeito à dignidade do cidadão” Lei nº 8.742/1993, Art. 4º, Inciso III).

12. Crianças e adolescentes; adultos e famílias; mulheres em situação de violência; jovens e adultos com deficiência; e idosos.

IV - desenvolvimento de autonomia: exige ações profissionais e sociais para:

a) o desenvolvimento de capacidades e habilidades para o exercício do protagonismo, da cidadania;

b) a conquista de melhores graus de liberdade, respeito à dignidade humana, protagonismo e certeza de proteção social para o cidadão e a cidadã, a família e a sociedade;

c) conquista de maior grau de independência pessoal e qualidade, nos laços sociais, para os cidadãos e as cidadãs sob contingências e vicissitudes.

V - apoio e auxílio: quando sob riscos circunstanciais, exige a oferta de auxílios em bens materiais e em pecúnia, em caráter transitório, denominados de benefícios eventuais para as famílias, seus membros e indivíduos. Norma Operacional Básica do SUAS NOB/SUAS, Art. 4º. (grifos acrescentados).

E, ainda, ferem alguns dos princípios éticos previstos para a oferta da proteção socioassistencial no SUAS, conforme o Art. 6º da Norma Operacional Básica do SUAS (NOB/SUAS), aprovada pela Resolução CNAS nº 33/2012, em específico:

I - defesa incondicional da liberdade, da dignidade da pessoa humana, da privacidade, da cidadania, da integridade física, moral e psicológica e dos direitos socioassistenciais;

II – defesa do protagonismo e da autonomia dos usuários e a recusa de práticas de caráter clientelista, vexatório ou com intuito de benesse ou ajuda;

III - oferta de serviços, programas, projetos e benefícios públicos gratuitos com qualidade e continuidade, que garantam a oportunidade de convívio para o fortalecimento de laços familiares e sociais;

[...]

IX - garantia de atenção profissional direcionada para a construção de projetos pessoais e sociais para autonomia e sustentabilidade do usuário;

[...]

XI – garantia incondicional do exercício do direito à participação democrática dos usuários, com incentivo e apoio à organização de fóruns, conselhos, movimentos sociais e cooperativas populares, potencializando práticas participativas;

[...]

XV – simplificação dos processos e procedimentos na relação com os usuários no acesso aos serviços, programas, projetos e benefícios, agilizando e melhorando sua oferta;

XVI – garantia de acolhida digna, atenciosa, equitativa, com qualidade, agilidade e continuidade;

XVII – prevalência, no âmbito do SUAS, de ações articuladas e integradas, para garantir a integralidade da proteção socioassistencial aos usuários dos

serviços, programas, projetos e benefícios;

[...] (grifos acrescidos).

Dito isso, compreende-se que todas as ações empreendidas no âmbito dos serviços socioassistenciais devem estar no mesmo direcionamento das seguranças alicerçadas e dos princípios éticos constantes na NOB/SUAS, para garantir a oferta da proteção socioassistencial no SUAS. No tocante a essas ações, a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais prevê algumas comuns a todas as categorias de usuários desse serviço.

Dessa previsão, tem-se algumas ações que são prioritárias às pessoas em situação de rua, ao considerar a necessidade de se trabalhar o processo de saída das ruas com cada usuário do Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias em Situação de Rua, tais como: a) acolhida, que consiste na recepção, escuta dos usuários, nos atendimentos e abordagens; b) orientação e encaminhamentos qualificados e resolutivos para serviços públicos, visto que as pessoas adultas e/ou famílias em situação de rua se encontram à margem do acesso, desacreditadas e em situação de abandono; c) construção de planos de atendimento individuais, considerando a situação de vida e subjetividade de cada sujeito; d) acompanhamento e monitoramento dos encaminhamentos realizados; e) atividades de convívio e de organização da vida cotidiana; f) inserção em projetos/programas de capacitação e preparação para o trabalho; g) mobilização para o exercício da cidadania; h) articulação da rede de serviços da Política de Assistência Social, Saúde, Educação, Habitação, dentre outras ações intersetoriais e interinstitucionais.

Dessa forma, ressalta-se que o horário reduzido – noturno – de funcionamento do Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias em Situação de Rua, comprometem a realização e efetivação de todas essas ações que compõem o trabalho social essencial a esse serviço nos municípios e estados brasileiros.

Por fim, constata-se que o horário noturno de funcionamento e alguns dos procedimentos adotados no serviço em tela, a exemplo dos procedimentos para a entrada e saída dos usuários nas unidades socioassistenciais, ferem e/ou limitam a garantia da proteção socioassistencial, prevista na Norma Operacional Básica do SUAS (NOB/SUAS), que compreende a:

[...]

II - não submissão do usuário a situações de subalternização;

III - desenvolvimento de ofertas de serviços e benefícios que favoreçam aos usuários do SUAS a autonomia, resiliência, sustentabilidade, protagonismo, acesso a oportunidades, condições de convívio e socialização, de acordo com sua capacidade, dignidade e projeto pessoal e social;

IV – dimensão proativa que compreende a intervenção planejada e sistemática

para o alcance dos objetivos do SUAS com absoluta primazia da responsabilidade estatal na condução da política de assistência social em cada esfera de governo;

V – reafirmação da assistência social como política de seguridade social e a importância da intersetorialidade com as demais políticas públicas para a efetivação da proteção social.

Art. 7º (grifos acrescentados).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo inequívoco, depreende-se que os usuários do Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias em Situação de Rua estão vulneráveis a vários prejuízos causados pela limitação do horário de funcionamento, reduzido ao período noturno. Dentre os principais, tem-se: a negação da provisão de uma moradia provisória, prevista pela Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais; a exposição de suas condições de vida na comunidade e o tratamento desigual e não humanizado causado pela espera diária para a liberação da entrada nas unidades de acolhimento.

Outrossim, é notório o comprometimento à efetivação das ações que devem ser empreendidas no âmbito do trabalho social essencial ao Serviço de Acolhimento Institucional e, conseqüentemente, às seguranças que devem ser afiançadas pelo SUAS e à garantia da proteção socioassistencial aos usuários.

Isso posto, conclui-se que o principal desafio de transitar das ações de caridade ao Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias em Situação de Rua é o seu reordenado/adequação de acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, o que implica, dentre outros aspectos, no estabelecimento de horário de funcionamento ininterrupto de 24 horas, todos os dias, e a conseqüente garantia a uma moradia provisória, como é assegurado aos demais segmentos da população, sem qualquer relativização.

REFERÊNCIAS

Albergue Noturno recebe doações da prefeitura. Disponível em: <<http://www.pmfi.pr.gov.br/noticia/?idNoticia=41335>>. Acesso em 25/07/2017.

Albergue Noturno. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/arquivo-pessoal/LC/audiovisual/lindolfo-collor-e-outros-por-ocasio-da-fundacao-do-albergue-noturno>>. Acesso em 09/08/2017.

Albergue Noturno Piracicaba. Disponível em: <<https://blognassif.blogspot.com/search?q=albergue>>. Acesso em 05/02/2020.

50 anos do albergue noturno de Botucatu. Disponível em: <<http://blogdodelmanto.blogspot.com>>.

br/2016/09/albergue-noturno-de-botucatu.html; <http://diopuava.org.br/?id=1563>> Acesso em 03/08/2017.

Albergue Noturno de Itu: nossa história. Disponível em: <<http://www.alberguenoturnodeitu.com.br/index.php/2016-01-23-21-16-58/nossa-historia>>. Acesso em 02/02/2020.

Albergue. Disponível em: <<https://ialp.org.br/albergue>>. Acesso em 30/01/2020.

ARAÚJO, V. F. C. **Política Nacional para a População em Situação de Rua: breve análise** [trabalho de conclusão de curso]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social/PNAS**. Brasília: MDS, 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília: MDS, 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **SUAS e a População em Situação de Rua**. Vol. III. Brasília: MDS, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Texto de Orientação para o Reordenamento do Serviço de Acolhimento para População em Situação de Rua**. Brasília: MDS, 2013.

Histórias de um albergue noturno. Disponível em: <<http://www.novomilenio.inf.br/santos/h0093a.htm>>. Acesso em 03/08/2017.

Histórias do albergue noturno. Disponível em: <<http://www.folhadelondrina.com.br/folha-2/lazer-e-cultura-historias-do-albergue-noturno-752001.html>>. Acesso em 03/08/2017.

Histórico. Disponível em: <<http://nossolarlondrina.com.br/historico/>>. Acesso em 25/07/2017.

SILVA, Maria Lúcia Lopes. **Trabalho e População em Situação de Rua**. São Paulo: Editora Cortez, 2009.

AÇÕES DE ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS COM MICROCEFALIA NO MUNICÍPIO DE TERESINA-PI: O SUAS EM AÇÃO VIA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL

Data de aceite: 13/04/2020

Jovina Moreira Sérvulo Rodrigues

Assistente Social graduada pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto-SP, mestra e doutoranda em Políticas Públicas pelo Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI. Teresina-PI/Brasil. E-mail: jovinamsr@gmail.com

Maria Guadalupe de Araújo Veloso Lima Freitas

Assistente Social graduada pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), especialista na Área de Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes pela Universidade de São Paulo (USP). Especialista na área de Gestão de Cidades pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), mestranda do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI. Teresina-PI/Brasil. E-mail: guadalupeveloso@hotmail.com

RESUMO: No ano de 2015 foi registrado, no Brasil, um elevado número de crianças nascidas com diagnóstico de microcefalia. E, concomitantemente, registrou-se o aumento de doenças causadas pelo vírus da dengue, chikungunya e Zika. Tendo em vista que esses fatos ocorreram no mesmo período, pesquisadores buscaram meios de comprovar a existência de alguma relação entre essa

epidemia arboviral e a microcefalia. Sendo assim, em face das questões levantadas em torno da possível relação da infecção de Zika vírus com a ocorrência da microcefalia, este artigo tem como objetivo apresentar uma sistematização dos mecanismos utilizados pelo município de Teresina, com vistas a implementar e ampliar ações de atenção às famílias afetadas, assim como minimizar as dificuldades enfrentadas por esse público. O trabalho foi realizado por meio de pesquisas exploratória e descritiva, e da abordagem quantiqualitativa. Além dos estudos bibliográficos e documentais.

PALAVRAS-CHAVE: Microcefalia. Políticas Públicas. Teresina

MEASURES TO CARE TO CHILDREN WITH MICROCEPHALIA IN THE CITY OF TERESINA-PI: ITS IN ACTION VIA IMPLEMENTATION OF THE SOCIAL PROTECTION NETWORK

ABSTRACT: In 2015, a large number of children born with a diagnosis of microcephaly were registered in Brazil. And, concomitantly, there was an increase in diseases caused by dengue virus, chikungunya and Zika. Given

that these facts occurred in the same period, researchers sought ways to prove the existence of some relationship between this arbovirotic epidemic and microcephaly. Thus, in view of the questions raised about the possible relationship between Zika virus infection and the occurrence of microcephaly, this article aims to present a systematization of the mechanisms used by the municipality of Teresina, with a view to implementing and expanding actions of attention to affected families, as well as minimize the difficulties faced by this public. The work was carried out through exploratory and descriptive research, and the quantitative and qualitative approach. In addition to bibliographic and documentary studies.

KEYWORDS: Microcephaly. Public policy. Teresina

1 | INTRODUÇÃO

O expressivo número de bebês nascidos com microcefalia no Brasil, em 2015, gerou a polêmica de uma possível relação entre o número de crianças acometidas por essa anomalia neurológica e a infecção causada pelo vírus Zika. A partir de então, diversas ações foram adotadas pelo Governo Federal, no sentido de compreender a problemática, pois, além dos casos de microcefalia, houve um aumento do número de casos de dengue, Zika e chikungunya, fato que impulsionou o Ministério da Saúde a declarar Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), devido às implicações dessas enfermidades na saúde humana.

O estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional foi decretado no período compreendido entre novembro de 2015 a maio de 2017, devido ao expressivo aumento da notificação de casos da citada condição neurológica, apresentada em 25 estados do Brasil, com importante relevância numérica na região Nordeste do país, em que Pernambuco destacou-se com maior número de casos confirmados. De acordo com o Ministério da Saúde, o surgimento da epidemia de vírus Zika no país constituiu-se na causa laboratorial provável da microcefalia. Dessa forma, várias ações foram estabelecidas pela Presidência da República em parcerias com os Governos dos Estados e dos Municípios para desvelar essa problemática e definir as melhores formas de atuação (BRASIL, 2015).

O presente artigo se destina a discutir a problemática da microcefalia em Teresina, bem como evidenciar as ações que vêm sendo implementadas nessa capital, por meio das políticas públicas de saúde, de assistência e de previdência social, pois ao mesmo tempo em que se visualiza a retomada do tripé da seguridade social no atendimento aos direitos assegurados na Constituição de 1988, via articulação intersetorial, percebe-se a importância da atenção que cada um desses segmentos representa no cotidiano das famílias que se constituem como público-alvo dessas ações.

Os estudos acerca dessa temática foram possibilitados a partir da participação das autoras como integrantes do Comitê Interinstitucional da Microcefalia, criado com a finalidade de representar essa instância e realizar as mediações necessárias, que, posteriormente, desdobraram-se na necessidade de aprofundar estudos, a fim de subsidiar as ações de proteção às famílias de crianças com microcefalia, na Política de Assistência Social, através dos serviços da proteção social básica e proteção social especial, de média complexidade, face ao crescimento da demanda.

O texto está dividido em quatro itens a saber: a introdução; o primeiro item trata das noções básicas sobre a microcefalia; o segundo aborda as implicações e os desdobramentos da microcefalia no cotidiano das famílias, sob o olhar da assistência social, pontuando as repercussões socioeconômicas que implicam no surgimento de mais um elemento das expressões da questão social. O terceiro registra os mecanismos da rede de atenção como alternativas que o município dispõe para o atendimento de seus usuários. E as considerações finais, que sinalizam para a otimização e ampliação da rede de atenção via segmentos de políticas públicas envolvidas.

2 | METODOLOGIA (OU MATERIAL E MÉTODOS)

O presente estudo concretizou-se por meio das pesquisas exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa, cujos procedimentos metodológicos utilizados foram os estudos bibliográficos e documentais. Segundo Gil (1991, p. 44), a pesquisa bibliográfica “[...] é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

3 | A EMERGÊNCIA E O DESENVOLVIMENTO DA MICROCEFALIA NO BRASIL E NO NORDESTE

Sabe-se que inicialmente esse fenômeno foi identificado na África, na região do Sudeste Asiático, em Ilhas do Pacífico. Presume-se que a microcefalia tenha aportado na América do Sul pelo Oceano Pacífico, em 2014, e que foi no período referente à Copa do Mundo, evento ocorrido nesse mesmo ano, que se registraram os primeiros casos no Brasil. Porém, somente em 2015 foi confirmado o primeiro caso de transmissão ocorrida no País, na região Nordeste. A Organização Mundial da Saúde (OMS) adverte que a doença tende a se propagar rapidamente pelas regiões do hemisfério sul, já que o principal vetor, o mosquito *Aedes aegypti*, reproduz-se com facilidade em locais cujas temperaturas são elevadas (OMS, 2016).

A Organização Mundial de Saúde define a microcefalia como:

Uma malformação congênita, em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada. Essa malformação congênita pode ser efeito de uma série de fatores de diferentes origens, como substâncias químicas e agentes biológicos (infecciosos), como bactérias, vírus e radiação (Ministério da Saúde, a Organização Mundial da Saúde padroniza as definições segundo os seguintes pontos de corte: microcefalia: recém-nascidos com um perímetro cefálico inferior a 2 desvios-padrão, ou seja, mais de 2 desvios-padrão abaixo da média para idade gestacional e sexo; microcefalia grave: recém-nascidos com um perímetro cefálico inferior a 3 desvios-padrão, ou seja, mais de 3 desvios-padrão abaixo da média para idade gestacional e sexo (BRASIL, 2015).

Com a finalidade de orientar o atendimento desde o pré-natal até o desenvolvimento das crianças com microcefalia, o Ministério da Saúde desenvolveu um documento denominado “Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika”, o qual prevê a mobilização de gestores, especialistas e profissionais de saúde para promover a identificação precoce e os cuidados especializados da gestante e do bebê, bem como define as diretrizes para a estimulação precoce dos nascidos com microcefalia (BRASIL, 2016).

A partir da complexa realidade enfrentada ao longo dos estados e municípios do país com a epidemia arboviral, o Ministério da Saúde solicitou a realização de estudos por diversos pesquisadores de instituições brasileiras, que analisaram 37 casos registrados de crianças, de vários Estados, com microcefalia, e sua possível relação com o vírus Zika (BRASIL, 2015).

Aduziu-se, por meio desse estudo, que 25 crianças foram diagnosticadas com microcefalia severa; 26 mães relataram sobre a existência de histórico de manchas vermelhas pelo corpo durante o primeiro e segundo mês de gestação; dois bebês foram excluídos do grupo, pois foi observado que a origem da condição não estava ligada ao vírus – um tinha uma alteração genética e o outro apresentou infecção por citomegalovírus. Embora nem todas as mães dos casos estudados apresentassem sintomas específicos da doença, elas revelaram que durante a gestação moraram ou visitaram regiões nas quais havia histórico do vírus Zika.

Dados do Ministério da Saúde revelaram, ainda, que até 26 de dezembro de 2015 foram notificados 2.975 casos suspeitos de microcefalia, espalhados por 20 estados de todas as regiões do Brasil. Os estados mais afetados foram Pernambuco (1.153 casos), Paraíba (476 casos) e Bahia (271 casos) (BRASIL, 2015).

Considerado um dos estados do país que apresentam elevado índice da doença, o Piauí teve 126 casos registrados, conforme relatório de Atendimento da Associação Piauiense de Habilitação, Reabilitação e Readaptação, datado de 31 de janeiro de 2018. Desses, 3 crianças foram a óbito, 79 estão em acompanhamento, 5 tiveram alta pelo fato de o diagnóstico não ter sido confirmado e 39 desistiram do tratamento. Nesse estado, na cidade de Teresina é onde se encontra o maior número de casos confirmados, com 68 casos registrados, dos quais 55 crianças

estão em acompanhamento, 1 faleceu, 3 não tiveram confirmação do diagnóstico e 9 desistiram do tratamento.

Diante dessa realidade, em Teresina foi instituído o Comitê Interinstitucional em Microcefalia, pelo Ministério da Saúde, com as parcerias do Ministério Público e das instâncias executoras das Políticas Públicas de Saúde e de Assistência Social desse município – representados respectivamente pela Fundação Municipal de Saúde (FMS), da então Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e da Secretaria Municipal da Assistência Social e Políticas Integradas (SEMCASPI) – e do Estado – representadas respectivamente pela Secretaria da Assistência Social e Cidadania (SASC) e pela Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI), ficando, essa última, com a coordenação. O comitê foi criado com a finalidade de discutir, sistematizar e viabilizar estratégias de ações para identificação, tratamento e inserção dos portadores de microcefalia nas ações e nos serviços das políticas acima citadas (TERESINA, 2017).

Assim sendo, no município de Teresina, as ações voltadas para o atendimento das crianças com microcefalia e suas famílias vêm sendo realizadas de forma intersetorializada com a Política de Saúde, Assistência Social e da Previdência Social, através do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), conforme prevê a Portaria Interministerial nº 405, de 15 de março de 2016, e a Portaria nº 58 do Ministério de Desenvolvimento Social.

No ano de 2017, foi realizado um encontro técnico entre os profissionais dos CRAS e do INSS, a fim de prestar orientação quanto ao fluxo de atenção às famílias que vivenciam essa realidade; e o I Mutirão Interinstitucional de Atendimento à Criança com Microcefalia do Estado do Piauí, cujo objetivo foi realizar avaliação clínica, nutricional, fisioterápica e oftalmológica, além de prestar atendimento a esse público-alvo e a suas famílias, por meio da oferta de serviços de saúde, assistência social e apoio jurídico, visando ao acesso aos serviços socioassistenciais e de saúde, bem como melhorar a sua qualidade de vida.

E desse período até a atualidade, o Comitê Interinstitucional vem desempenhando, além de outros, o importante papel de promover a atualização das ações por meio de seus encontros realizados bimestralmente.

4 | O OLHAR DA ASSISTÊNCIA SOCIAL SOB AS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA

A emergência da microcefalia no Brasil ocorre num contexto de intensas discussões sobre a problemática ambiental, no qual o comprometimento do quadro sanitário dos municípios tem estreita relação com a degradação das condições de

vida nas cidades, expressas, sobretudo, pelas condições inadequadas ou ausência de saneamento básico; coleta de lixo precária, ausência de limpeza e de higienização dos espaços públicos e particulares (COSTA, 2016).

A situação de Teresina se congrega ao quadro acima exposto no que se refere aos problemas socioambientais que permeiam as regiões mais periféricas da capital, cujas áreas são ocupadas, em sua maioria, por famílias de baixa renda, vivendo em condições precárias de habitação e de saneamento em locais impróprios (RODRIGUES, 2016). Com base na pesquisa “A Pobreza Urbana e suas Multifaces”, Lima (2004, p. 8) menciona que, na ausência de locais para morar, os pobres “[...] instalam-se nos mais diferentes lugares, geralmente em condições inadequadas e de risco [...]”.

Reconhecida como uma política de seguridade social, por meio da Constituição Federal de 1988, a assistência social enfrenta o desafio de ser uma política pública alicerçada de direitos. Nessa direção, traz à tona a centralidade na construção da intersetorialidade nas ações internas e externas a essa política. Dessa forma, o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) capta a importância do desenvolvimento dessas estratégias dentro de um território composto por uma multiplicidade de situações complexas que requerem acesso a políticas sociais, conforme sua diversidade.

Nesse sentido, a ação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) tem como desafio principal assegurar direitos frente às demandas conjunturais eminentes nos territórios. Dessa feita, o aumento do número de casos de microcefalia, em nível nacional, tem provocado discussões e exigido respostas de forma intersetorial.

Nessa ótica, ressalta-se a Instrução Operacional conjunta entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social, a qual trata de orientar as intervenções de atendimento, de forma intersetorializada, às famílias de crianças notificadas com microcefalia.

A saúde é a instância legítima para notificar os casos de crianças com microcefalia, ou seja, ela é a porta de entrada para a identificação e acompanhamento da anomalia. Contudo, é necessário que as famílias sejam potencializadas com informações para que tenham proteção social assegurada por um conjunto de políticas que lhes permitam o acesso ao direito de viver com dignidade e com justiça social, pois essa doença tem afetado as parcelas mais pobres da população. Por sua vez, a Política de Assistência Social, pelas vias dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) deve, nas suas ações, incorporar temáticas demandadas por essa problemática. Tais ações não devem se reduzir tão somente às discussões sobre o combate ao vírus, mas devem promover reflexão sobre sua realidade e contribuir no fortalecimento da autonomia e no empoderamento dos usuários dessa política,

possibilitando proteção e qualidade de vida para a população.

5 | A REDE DE ATENÇÃO E PROTEÇÃO IMPLEMENTADA PELO MUNICÍPIO DE TERESINA-PI E OS MECANISMOS DE AÇÃO VIA SUS, SUAS E INSS

As políticas públicas consistem nas respostas do Estado por meio de ações e serviços voltados para setores específicos da sociedade. Nesse meio, uma das estratégias mais eficientes para atender às demandas da população em situação de vulnerabilidade e de risco pessoal é a atuação por intermédio de rede. Essa forma permite articulação entre as políticas sociais, buscando atender às necessidades da população de forma integral.

Nessa perspectiva, no município de Teresina, o Governo Municipal, diante dos problemas sociais e de saúde advindos da microcefalia, estabeleceu ações nas áreas de saúde e de assistência social, a fim de desenvolver estratégias integradas, além de abrir canais e criar o diálogo e a cooperação com os Governos Estadual e Federal, para que o município tenha o suporte necessário para a execução de ações que respondam à complexidade do problema.

No âmbito do planejamento, a área da saúde, seguindo as orientações da Instrução Operacional Conjunta (IOP) nº 1 MS-MDS, de 25 de fevereiro de 2016, as instâncias envolvidas se articularam, objetivando traçar estratégias e avaliar continuamente as ações executadas, e elaboraram os protocolos e os fluxos de serviços.

No tocante à execução, o município traçou o Plano de Enfrentamento à Microcefalia, ainda em dezembro de 2015, cuja intenção foi a promoção das ações de forma ampla, envolvendo todas as Secretarias, a fim de combater o vetor: mosquito *Aedes aegypti*. Nesse contexto, destacam-se as seguintes iniciativas locais: o avanço na avaliação diagnóstica – todos os casos suspeitos passaram a ser investigados; a área de atenção básica passou a acompanhar gestantes com infecção pelo vírus Zica; crianças foram submetidas a exames de imagem e implementaram-se ações de saúde destinadas a combater o mosquito causador do vírus Zica, da Dengue e da Chikungunya, por meio da ação denominada “Faxina nos Bairros”, através da qual as equipes de limpeza atuaram no recolhimento do lixo (cite-se que no mês de junho/2016 quase 3.800 toneladas de lixo com potencial de se tornar criadouro do *Aedes aegypti* foram recolhidas das ruas de Teresina), através da Fundação Municipal de Saúde (FMS).

No âmbito da assistência social, a partir da emissão das IOP nº 1 e IOP nº 2 pelo MS-MDS, respectivamente em 25/02/2016 e 31/03/2016, a Prefeitura Municipal de Teresina (PMT), por meio da Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência

Social e Políticas Integradas (SEMCASPI), reuniu esforços para mapear as famílias atingidas pelo problema; identificá-las, através de busca ativa, a fim de promover a inserção desses usuários nos programas sociais do Governo Federal; realizar os encaminhamentos cabíveis e viabilizar o acesso aos programas sociais, entre os quais, os de transferência de renda, no intuito de promover o apoio necessário a esse público, cite-se o Cadastro Único e o Programa Bolsa Família.

Na perspectiva das providências, o município implantou o Centro Dia de Referência para Crianças com Microcefalia e Deficiências Associadas e Suas Famílias “Saber Cuidar”. Trata-se de uma instituição pública administrada pela Prefeitura de Teresina, por meio da Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social (SEMCASPI), em parceria com a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), integrante da proteção social especial da Assistência Social, cujas ações devem ser ofertadas conforme a tipificação nacional dos serviços do SUAS.

O Centro tem como objetivo prestar um suporte às famílias na garantia da proteção e cuidados às crianças com deficiência, prioritariamente com microcefalia e deficiências associadas, possuindo capacidade para atender até 30 crianças e suas famílias, por turno, e ofertar ações de importância singular para os segmentos que residem em Teresina e que precisam frequentar distintos serviços, durante o dia, observados os seguintes critérios: a prioridade para a faixa etária de zero (0) a doze (12) anos, com microcefalia ou deficiências associadas; beneficiárias do BPC; famílias inseridas no Cadastro Único; convivendo em situação de risco ou direito violado.

A implantação, a partir da Portaria Interministerial nº 405, de 15/03/2016, da Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia, tem como objetivo geral esclarecer, no mais curto prazo e na forma mais confortável para as crianças e suas famílias, o diagnóstico de todos os casos suspeitos, otimizando o uso da capacidade instalada disponível, e orientando a continuidade da atenção à saúde de todas as crianças com diagnóstico confirmado ou excluído para microcefalia.

Em conformidade com a legislação acima citada, foi definido um fluxo para o atendimento das crianças com microcefalia. Assim sendo, todas as crianças que nascem no Estado do Piauí com suspeita de Microcefalia são encaminhadas para o Centro de Referência em Microcefalia, instituído na Maternidade Estadual Dona Evangelina Rosa, para consultas e exames com objetivo de fechar o diagnóstico da microcefalia. Nos casos de resultado positivo, as crianças são encaminhadas ao Centro Integrado de Reabilitação (CEIR), onde são acompanhadas por assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e nutricionistas, principalmente nos três primeiros anos de vida.

No âmbito da previdência social, as famílias cujas crianças são portadoras

de microcefalia solicitam o acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) e, posteriormente, a Agência da Previdência Social realiza a análise quanto ao direito ao benefício, cuja conclusão sobre deferimento ou indeferimento, se processa via sistemas do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), sendo comunicada ao interessado, além de ser disponibilizada ao Ministério da Cidadania.

Importa registrar que as unidades da Assistência Social e do INSS estão em vias de finalizar o estabelecimento do fluxo de referência e contrarreferência, considerando os arranjos e demandas locais, visando assegurar o registro e o intercâmbio de informações relevantes ao acesso e ao exercício dos direitos sociais das famílias com crianças diagnosticadas com microcefalia.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destarte, a partir do estudo realizado e do respectivo conteúdo exposto, foi possível constatar que a microcefalia, de fato, constituiu-se em um grave problema de saúde, bem como social, pelo fato de atingir, principalmente, as famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica, razão pela qual se observou a necessidade da existência de ações contínuas de atenção por parte do Estado, através de políticas públicas.

Com efeito, o cenário construído no contexto da epidemia do vírus Zica, interligado à correlação da problemática da microcefalia, possibilitou observar que houve iniciativas relevantes e necessárias, por parte do poder público, bem como da sociedade civil, tanto para a compreensão do fenômeno quanto para o seu enfrentamento. Nessa perspectiva, pode-se destacar o reconhecimento do Governo Federal, por meio do estabelecimento da epidemia como uma situação emergencial em saúde pública de importância nacional e, nessa mesma direção, foram lançadas as instruções operacionais interpolíticas, com a finalidade de orientar as intervenções de atendimento às crianças acometidas pelo problema de forma intersetorializada, garantindo, assim, o acesso aos direitos, com o fito de propiciar a melhoria da qualidade de vida.

Notadamente, aponta-se que as ações da rede de atenção às crianças com microcefalia, em Teresina, compreendem, na área da assistência social, o acompanhamento das famílias nos territórios de CRAS, as orientações acerca dos direitos sociais básicos e a inserção dos indivíduos nos serviços socioassistenciais, em especial, no Centro Dia de Referência para Crianças com Microcefalia e Deficiências Associadas e Suas Famílias “Saber Cuidar”.

No entanto, as dificuldades enfrentadas por esse segmento residem, sobretudo, na esfera econômica que, embora o público-alvo em questão seja elegível para a política de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família, assim também,

como o BPC, esses não são suficientes no sentido de empoderar as famílias para que essas possam garantir a proteção dos seus membros.

No âmbito da saúde, as ações abrangem a identificação e a localização dos casos suspeitos de microcefalia notificados, investigados e confirmados; a socialização dos casos notificados com a assistência social para que essa possa identificar as famílias no território onde residem, e potencializá-las por meio de informações e acesso aos serviços internos e externos a essa política.

Sendo assim, observa-se que as políticas públicas possuem o arcabouço legal necessário para garantir os direitos de cidadania, mas no plano fático, essas não atendem às necessidades das famílias vítimas desse fenômeno, visto que não há de fato o cumprimento da garantia desses direitos, uma vez que um dos grandes problemas referentes à fragilidade das políticas públicas diz respeito às questões orçamentárias e financeiras.

Por fim, ressalta-se a permanência do Comitê Interinstitucional da Microcefalia como um relevante espaço no tocante ao enfrentamento da problemática em estudo, constituindo-se em instância de promoção das discussões referentes ao tema, capaz de aprofundar o conhecimento sobre o fenômeno no Estado do Piauí e propiciar a construção de estratégias para o enfrentamento das dificuldades e o atendimento das necessidades das famílias.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Perguntas e Respostas. **O que é microcefalia?** Brasília, DF: MS, 2015. Disponível em: <https://portalmms.saude.gov.br/saude-de-a-z/microcefalia/perguntas-e-respostas>. Acesso em: 8 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika.** Brasília: MS, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_resposta_microcefalia_relacionada_infeccao_virus_zika.pdf. Acesso em: 7 fev. 2018

CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO – CEIR. **Relatório de Atendimento às crianças com microcefalia.** Teresina-PI, jan. 2018.

COSTA, A. M. A determinação social da microcefalia e o saneamento. In: WORKSHOP A, B, C, D, E DO VÍRUS ZIKA, 2016. Recife, PE. **Anais eletrônicos...** Recife, PE: Fiocruz Pernambuco, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 2016. Disponível em: <http://scf.cpqam.fiocruz.br/eventozika/>. Acesso em: 29 jan. 2018.

ESTUDO ANALISA POSSÍVEL RELAÇÃO ENTRE O ZIKA VÍRUS E MICROCEFALIA. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/estudo-analisa-possivel-relacao-entre-o-zika-virus-e-microcefalia>. Acesso em: 7 fev. 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991

LIMA, A. J. de. A Pobreza Urbana e suas Multifaces: Experiências e significados. In: Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais - A Questão Social no Novo Milênio, 8, 2004, Coimbra. **Anais...**

Coimbra: Universidade de Coimbra, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Microcefalia**. World Health Organization, 2 mar. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/microcephaly/pt/>. Acesso em: 07 fev. 2018.

RODRIGUES, J. M. S. **O processo de implementação das ações do Programa Lagoas do Norte em Teresina e sua influência nas condições de saúde da população que vive em seu entorno**. 2016. 170f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina, 2016.

CAPÍTULO 4

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE: DESAFIOS SOB O EIXO ASSESSORIA, QUALIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Data de aceite: 13/04/2020

Eli Fernanda Brandão Lopes

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/4075564471785474>

Juliana Galet

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/8893949021609404>

Carolina de Sousa Rotta

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/2938294814764007>

Michael Wilian da Costa Cabanha

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/9509160998105299>

Leticia Nakamura

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/8885396744356442>

Joelson Henrique Martins de Oliveira

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/4292852920434284>

Giovana Ayumi Aoyagi

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1003730388806423>

Clesmânia Silva Pereira

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/6387543492888773>

Alex Sander Cardoso de Souza Vieira

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/641931949714786>

Letícia Ribeiro Moreira

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/8395418817156925>

Edivania Anacleto Pinheiro Simões

Associação de Auxílio e Recuperação aos
hansenianos – Hospital São Julião
Campo Grande, Mato Grosso do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/0207871451517147>

Maria de Fátima Bregolato Rubira de Assis

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Campo Grande, Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/9361073301014510>

RESUMO: A temática da atuação do assistente social frente à política pública de saúde necessita ser fomentada e problematizada, tendo em vista que as competências e atribuições profissionais, no contexto desta política possuem uma infinidade de ramificações. Sendo abordada, neste trabalho,

a atuação profissional no âmbito da assessoria, qualificação e formação profissional, que acarretam grandes desafios aos profissionais assistentes sociais. Este estudo tem como objetivo analisar a intervenção do assistente social na perspectiva dos desafios sob o eixo “assessoria, qualificação e formação profissional” previsto nos parâmetros do CFESS (Conselho Federal de Serviço Social). Trata-se de um estudo descritivo, de pesquisa bibliográfica, que utilizou como referencial teórico os “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” produzido pelo CFESS. A qualificação e a formação profissional, na área da saúde para o Serviço Social, se constituem de ações que objetivam o aprimoramento profissional, para uma assistência de melhor qualidade aos usuários dos serviços de saúde. Ocorrendo por meio da educação permanente dos trabalhadores de saúde, formação de residentes, supervisão de estágio, e participação, coordenação e organização de eventos científicos. A assessoria em Serviço Social, na saúde, se remete a ações realizadas por profissionais, detentores de conhecimento específicos em matéria de Serviço Social, visando à mudança da realidade social apresentada. Podendo o assistente social realizar assessoria aos conselhos de saúde e de direitos, entidades e movimentos sociais, instituições públicas e privadas, entre outros, apresentando-se como um novo espaço ocupacional

PALAVRAS-CHAVE: Assistente social; Assessoria; Qualificação; Formação Profissional.

THE SOCIAL WORKER’S PERFORMANCE IN THE HEALTH AREA: CHALLENGES UNDER THE AXIS ADVISORY, QUALIFICATION AND VOCATIONAL TRAINING

ABSTRACT: The theme of the work of the social worker in relation to public health policy needs to be fostered and problematized, considering that professional competences and attributions, in the context of this policy, have an infinite number of ramifications. Being approached, in this work, the professional performance in the scope of advisory, qualification and professional training, which pose great challenges to the professional social workers. This study aims to analyze the intervention of the social worker from the perspective of the challenges under the “advice, qualification and professional training” axis provided for in the parameters of CFESS (Federal Council of Social Service). It is a descriptive study, of bibliographic research, which used as a theoretical reference the “Parameters for the Performance of Social Workers in Health” produced by CFESS. Qualification and professional training, in the area of health for Social Work, are actions that aim at professional improvement, for better quality assistance to users of health services. Occurring through the permanent education of health workers, training of residents, internship supervision, and participation, coordination and organization of scientific events. The advice in Social Work, in health, refers to actions carried out by professionals, holders of specific knowledge in matters of Social Work, aiming at changing the presented social reality. The social worker can provide advice to health

and rights councils, social entities and movements, public and private institutions, among others, presenting themselves as a new occupational space.

KEYWORDS: Social worker; Advisory; Qualification; Professional Qualification

1 | INTRODUÇÃO

O presente trabalho versa sobre o tema da atuação do assistente social na área da saúde, apresentando suas intervenções e desafios diante de uma política complexa que perpassa por uma realidade social dinâmica, composta pelas disputas de grupos antagônicos.

A política de saúde compõe o tripé da seguridade social, formado pelas políticas de assistência social, previdência social e saúde. A saúde e a previdência social surgem em um cenário de disputas políticas, de caráter contraditório, sendo o resultado das lutas e conquistas da classe trabalhadora, por melhores condições de vida e de trabalho. A intervenção do assistente social, mediante a política de saúde, deve estar pautada pelo projeto ético-político da profissão, com ações voltadas a emancipação social.

A atual Lei de Regulamentação da profissão de Serviço Social no Brasil (Lei n. 8662/93) destaca o exercício da Assessoria e da Consultoria como atribuição privativa deste profissional, em matéria de Serviço Social, bem como uma competência do Assistente Social em suas diversas áreas de atuação no campo do conhecimento coletivo.

A cartilha do CFESS (Conselho Federal de Serviço Social), produzida pelo Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”, intitulada “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” traz subsídios para a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde, distribuídos em quatro eixos, sendo eles: atendimento ao usuário; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; e assessoria, qualificação e formação profissional.

O objetivo deste trabalho consiste em analisar como se dá à atuação do assistente diante o eixo de ação: assessoria, qualificação e formação profissional

2 | ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

Assim como o SUS (Sistema Único de Saúde) foi consubstanciado em uma perspectiva antagônica, em meio à disputa de interesses de classes do operariado e da burguesia, a inserção do assistente social na saúde também é contraditória. Pois ao mesmo tempo em que o assistente social responde as demandas advindas dos usuários dos serviços de saúde, responde as demandas dos empregadores deste setor tanto na esfera pública como na esfera privada(MIOTO; NOGUEIRA,

2013).

Os valores solidários, coletivos e universais, criados com o projeto de Reforma Sanitária e inscritos na Seguridade Social, presente na Constituição Federal de 1988, paulatinamente estão sendo substituídos por valores individualistas, as lutas coletivas cedem espaços a lutas corporativas, restritas a grupos de classes dominantes (FLEURY, 2009).

Com esta nova configuração da política de saúde, novos desafios se formam, impactando diretamente no potencial interventivo do assistente social. Pois a troca do projeto coletivo, em construção desde 1980, pelo projeto corporativo que procura legitimar ordem capitalista, gera reflexos para o assistente social no que tange as suas condições de trabalho, na sua formação profissional, e nas suas influências teóricas (CFESS, 2010).

Esta nova conjuntura política corrobora para o aumento do trabalho precarizado, onde o assistente social é contratado apenas para atenuar situações de vulnerabilidades extremas, amenizando as necessidades de saúde sem solucioná-las por completo.

Dentro do processo de intenção de ruptura o serviço social na saúde pouco tinha avançado, chegando à década de 90 com poucas alterações em relação ao trabalho institucional, permanecendo desarticulado do Movimento da Reforma Sanitária, enquanto categoria profissional (BRAVO; MATOS, 2006).

Após a década de 90 o serviço social passa a receber demandas de dois projetos políticos antagônicos na área da saúde, sendo eles o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária.

O projeto privatista demanda do assistente social a seleção socioeconômica dos usuários; atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais (BRAVO; MATOS, 2006).

Enquanto que o projeto da reforma sanitária solicita ao assistente social trabalhar a questão da democratização do acesso as unidades de saúde; trabalho interdisciplinar; abordagens grupais; estímulo à participação popular e acesso democrático às informações (BRAVO; MATOS, 2006).

(...) há uma relação entre o projeto ético-político e o de reforma sanitária, principalmente, nos seus grandes eixos: principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios. Os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidam na década de 1980. As demandas democráticas e populares, a mobilização e organização dos trabalhadores urbanos e rurais colocam na agenda política brasileira a exigência de transformações políticas e sociais e a necessidade de articulação dos projetos profissionais aos projetos societários que são propostos para o conjunto da sociedade (CFESS, 2010, p.26)

Neste cenário o assistente social tem como grande desafio articular o projeto

ético político da categoria com o projeto da reforma sanitária, juntamente com os demais segmentos que trabalham em defesa do SUS. Apresentando estratégias que reforcem os serviços de saúde e efetivem os direitos sociais (COSTA, 2017).

O projeto ético-político da profissão, sob a égide da perspectiva da totalidade social, tem na questão social, a base para intervenção do assistente social. Para que esta intervenção seja efetiva se faz necessário que o profissional se aproprie da concepção de saúde, integralidade, intersectorialidade, participação social e a interdisciplinaridade (CFESS, 2010).

Em relação à concepção de saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) declarou em 1948 que “Saúde é o estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”, ou seja, a saúde perpassa por fatores biopsicossociais.

Para uma intervenção resolutiva o assistente social precisa estar familiarizado com os dispositivos legais pertinentes a área da saúde presentes na legislação brasileira, como os encontrados na Lei nº 8.080/90 e na Constituição Federal.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde ganha status de política pública passando a ser um direito do cidadão e dever do Estado:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 60)

Segundo Lei nº 8.080 de 1990, no seu art. 3º são fatores determinantes e condicionantes da saúde:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990, p. 1)

A intervenção do assistente social na saúde pode ser pautada na concepção que a saúde do indivíduo é afetada pelos determinantes sociais, estando o processo saúde/doença estritamente ligado ao modo de vida, trabalho, moradia, meio ambiente, e etc. O CFESS, de acordo com os parâmetros de atuação do assistente social na saúde, propõe uma divisão em quatro grandes eixos de ação: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010).

3 | ASSESSORIA, QUALIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

No tocante ao processo de intervenção do assistente social, dentro da política

pública de saúde, o profissional se depara não apenas com os desafios da própria profissão dentro da área da saúde, mas também com as dificuldades geradas pela própria política do SUS, que ainda se encontra incipiente, como desigualdades de acesso aos serviços de saúde, o desafio da integralidade, a falta de equidade no financiamento do setor, a falta de articulação entre os movimentos sociais e a falta de efetividade do controle social.

O eixo “assessoria, qualificação e formação profissional” norteia a atuação do assistente social na área da saúde objetivando o aprimoramento profissional, para que através do aperfeiçoamento, os serviços de saúde possam ser prestados com maior qualidade e responsabilidade para o público usuário.

O CFESS (2010) elenca algumas ações a serem realizadas neste eixo, contemplando os seus três âmbitos, conforme descrito no Quadro 01.

EIXO “ASSESSORIA, QUALIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL”	
ÂMBITOS	AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL
Formação Profissional	“participar ativamente dos programas de residência, desenvolvendo ações de preceptoria, coordenação, assessoria ou tutoria, contribuindo para qualificação profissional da equipe de saúde e dos assistentes sociais, em particular;” (CFESS, 2010, p. 64).
Formação Profissional	“criar campos de estágio e supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social e estabelecer articulação com as unidades acadêmicas;” (CFESS, 2010, p. 64).
Qualificação	“participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos, investigações realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde;” (CFESS, 2010, p. 65).
Qualificação	“formular estratégias coletivas para a política de saúde da instituição, bem como para outras esferas por meio da organização e coordenação de seminários e outros eventos;” (CFESS, 2010, p. 64).
Qualificação e Formação Profissional	“criar fóruns de reflexão sobre o trabalho profissional do Serviço Social, bem como espaços para debater a ação dos demais profissionais de saúde da unidade;” (CFESS, 2010, p. 65).
Qualificação e Formação Profissional	“participar e motivar os assistentes sociais e demais trabalhadores da saúde para a implantação/implementação da NOB RH/SUS, nas esferas municipal, estadual e nacional;” (CFESS, 2010, p. 65).
Qualificação e Formação Profissional	“elaborar plano de educação permanente para os profissionais de Serviço Social, bem como participar, em conjunto com os demais trabalhadores da saúde, da proposta de qualificação profissional a ser promovida pela instituição;” (CFESS, 2010, p. 65).
Qualificação, Formação Profissional e Assessoria	“qualificar o trabalho do assistente social e/ou dos demais profissionais da equipe de saúde por meio de assessoria e/ou educação continuada;” (CFESS, 2010, p. 65).
Assessoria	“fortalecer o controle democrático por meio da assessoria aos conselhos de saúde, em todos os níveis;” (CFESS, 2010, p. 64).

Assessoria	“assessorar entidades e movimentos sociais, na perspectiva de fortalecer o controle democrático e de qualidade;” (CFESS, 2010, p. 65).
------------	--

Quadro 01: Ações do eixo “assessoria, qualificação e formação profissional” descritas pelo CFESS.

Fonte: Elaborado com dados obtidos pela pesquisadora em CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 2 jan. 2020

As ações de formação profissional contemplam atividades com programações voltadas à qualificação da equipe de saúde e também atividades voltadas para a formação acadêmica, através da criação de campo de estágio, supervisão de estagiários, a criação de programas de residência multiprofissional e a preceptoria e tutoria de residentes, pois o acadêmico que tenha uma boa base ética, política e metodológica de formação será um profissional melhor preparado pra lidar com as reais condições da política de saúde (CFESS, 2010).

De acordo com Ribeiro Pereira (2016, p. 365) “a supervisão envolve três atores: o discente, o professor e o assistente social de campo; e duas instituições: a Unidade de Formação Acadêmica (UFA) e a instituição que recebe o estagiário, ou seja, o campo de estágio”, compondo os projetos político-pedagógicos dos cursos, ocorrendo nas modalidades ‘obrigatório’ e ‘não obrigatório’.

A Política Nacional de Estágio da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (PNE/ABEPSS) compreende o estágio supervisionado em Serviço Social como “atividade curricular obrigatória, sistematicamente supervisionada, configurada a partir da inserção do aluno no espaço sócio-institucional para capacitá-lo ao exercício profissional” (RIBEIRO PEREIRA, 2016, p. 365).

Devendo a supervisão de estágio, na área da saúde, estimular e provocar o acadêmico, contribuindo para o desenvolvimento de sua capacidade de interpretar fenômenos vinculados à política pública de saúde dentro de um campo da prática contraditório. Sendo este o primeiro contato que o acadêmico de Serviço Social terá com a prática profissional e com a política de saúde.

Sendo uma atribuição privativa do assistente social o “treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social”, cabe às Unidades de Ensino credenciar e comunicar aos CRESS de sua jurisdição “os campos de estágio de seus alunos e designar os Assistentes Sociais responsáveis por sua supervisão” (CFESS, 1993, p.1-2).

Em relação à Residência Multiprofissional em Saúde, Silva (2018) traz que sua instituição se deu em 2005, como modalidade de formação em serviço para o SUS. Sendo uma pós-graduação *lato sensu* que abrange as profissões da área da saúde, dentre esses os assistentes sociais.

O I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, ocorrido em 2005, do qual participaram coordenadores de programas, preceptores, residentes, gestores e conselheiros de saúde, teve como objetivo a discussão das diretrizes para a residência multiprofissional. Sendo no ano de 2006 constituídos os Fóruns de Coordenadores, Tutores e Preceptores (SILVA, 2018).

As particularidades da questão social que influenciam no processo saúde/doença, requerem uma intervenção que levem em consideração os fatores biopsicossociais, que demandam conhecimentos específicos do profissional de Serviço Social. Neste sentido, se faz necessária a inserção dos assistentes sociais nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

As ações de qualificação consistem em educação permanente para profissionais/trabalhadores da saúde, da gestão, para conselheiros de saúde, representantes de movimentos sociais e representantes comunitários, além de elaboração de plano de educação permanente para assistentes sociais, assim como a participação em cursos, congressos, seminários, conferências, Workshop, projetos de extensão e encontros de pesquisas, a organização e coordenação de seminários e outros eventos científicos, criação de fóruns de reflexão (CEFSS, 2010).

De acordo com Lacerda *et al.* (2008) a qualificação por meio das conferências, palestras, jornadas, cursos, seminários, congressos e pesquisas são imprescindíveis a formação profissional, sendo os eventos científicos uma possibilidade de apreensão de novos conhecimentos, que possibilitam a troca e a transmissão de informações, promovendo a “interação entre os estudantes e os profissionais da área” (LACERDA *et al.*, 2008, p. 1).

Lopes (2019) traz a importância do Projeto VER-SUS/Brasil, que promove estágios de vivências na realidade do SUS, proporcionando aos acadêmicos, profissionais de saúde e representante de movimentos sociais um espaço de aprendizagem, uma vez que inseridos no cotidiano das organizações de saúde, lhes são oportunizados apreender os desafios de se trabalhar com uma política ainda em construção. Ressalta-se ainda, como imprescindível a participação de assistentes sociais e acadêmicos de Serviço Social em projetos de extensão na área da saúde.

De acordo com CFESS (2012) a educação permanente no Serviço Social deve ser pensada como afirmação do projeto profissional, articulando:

[...] de um lado, as condições macrosociais que estabelecem o terreno sócio-histórico em que se exerce a profissão, seus limites e possibilidades; e, de outro, as respostas de caráter ético-político e técnico-operativo dos/as agentes profissionais a esse contexto, apoiadas nos fundamentos históricos, teóricos e metodológicos do Serviço Social (CFESS, 2012, p. 8).

No que tange as ações de assessoria, tem-se o assistente social como profissional dotado de conhecimentos teóricos e em constante atualização, com domínio dos conhecimentos próprios da profissão e de uma dada realidade como seu objeto de estudo e com a intenção de modificá-lo. O assistente social atuando como assessor pode vincular-se a uma proposta emancipadora dos trabalhadores, em face da direção assumida pela profissão de Serviço Social (CFESS, 2010).

(...) A assessoria pode ser prestada ao profissional, à gestão para formulação de políticas sociais e aos movimentos sociais. A assessoria pode ser uma atribuição privativa do assistente social ou uma competência do profissional. Como atribuição privativa, o assistente social desenvolve assessoria na matéria "Serviço Social", e só pode ser prestada por um profissional graduado na área (CFESS, 2010, p. 64).

O tema assessoria em Serviço Social, considerado como um tema lateralizado na profissão, não é recente, sendo datado da década de 70, porém sua bibliografia na área profissional ainda é escassa. Em 2000 apesar de o tema estar presente em iniciativas profissionais, permaneceu pouco problematizado (MATOS, 2009).

Apesar de semelhante, assessoria e consultoria não são sinônimos, a consultoria é uma ação pontual, remetendo-se a ideia de consultar, pedir uma opinião, enquanto a assessoria é mais prolongada remetendo a ideia de assistir e assessorar (MATOS, 2009).

Os processos de assessoria são também solicitados tanto por uma equipe como por indicação externa, mas neles nos deparamos com uma realidade diferente. As assessorias são solicitadas ou indicadas, na maioria das vezes, com o objetivo de possibilitar a articulação e preparação de uma equipe para a construção do seu projeto de prática por meio de um expert que venha assisti-la teórica e tecnicamente (VASCONCELOS, 1998, p. 129)

Em sua discussão, Matos (2009) sinaliza que assessoria não é sinônimo de supervisão ou de toda e qualquer ação extensionista. Algumas universidades brasileiras trazem a assessoria como ação extensionista de promoção de cursos a comunidades, e prestação de serviços de saúde, o que se distancia das ações de assessoria propriamente ditas.

Outro ponto que Matos (2009) chama atenção é a concepção de que assessoria não é, trabalho precarizado e/ou temporário. Porém, muitos empregadores, tanto do setor público, privado, como do terceiro setor, acabam lesionando os direitos trabalhistas dos assistentes sociais, os contratando temporariamente, sem registro em carteira, como forma de assessoria, para serviços que não se configuram como os de assessoria.

A assessoria não pode ser vista, no Serviço Social, como abandono do trabalho assistencial, pois "uma frente de trabalho não substitui a outra" (MATOS, 2009, p. 7). Assim como a assessoria não pode ser interpretada como mera militância política, tendo em vista "a importância cada vez maior da participação política, não podemos misturar a contribuição que muitos assistentes sociais dão a diferentes

entidades de mobilização política” na forma de assessoria, pois “ambas as ações são importantes e se inter-relacionam, mas possuem objetivos distintos” (MATOS, 2009, p. 7).

Bravo e Matos (2017), ressalta a Assessoria à gestão das políticas sociais, que tem sido demandada por diferentes sujeitos (representantes dos poderes – Executivo, Legislativo e Judiciário; conselheiros de direitos e políticas; gestores empresariais; profissionais que atuam nos setores públicos ou privados; conselheiros tutelares, etc) que atuam nesta esfera. Essa demanda expressa um reconhecimento da capacidade profissional dos assistentes sociais no domínio da temática, uma vez que atuam do planejamento a execução das políticas sociais e a implantação destas abrem-se como campo de trabalho por meio das consultorias e assessorias, principalmente nos municípios.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao considerar que o processo saúde/doença implica e sofre implicações das demais áreas sociais, tem-se na área da saúde um amplo campo para a atuação do assistente social. Campo este que requer do profissional, durante sua intervenção, completo domínio sobre as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa da profissão, para que assim possam dar respostas as demandas apresentadas.

Percebe-se que as ações de qualificação e formação profissional são essenciais para os assistentes sociais inseridos na área da saúde, a educação permanente dos trabalhadores de saúde, formação de residentes, supervisão de estágio, e participação, coordenação e organização de eventos científicos, são necessárias para o domínio das dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa do Serviço Social.

Pode ser considerado como um desafio perante o processo de qualificação e formação profissional a viabilização de um projeto educacional que contemple ensino/pesquisa/extensão/comunidade, sem, no entanto, limitar-se apenas a transmissão de conhecimentos, sem que haja transformação social.

Evidencia-se a assessoria como forma indireta de prestação de serviços aos conselhos de saúde, entidades e movimentos sociais, possuindo ações voltadas ao fortalecimento do controle democrático.

Entretanto, a assessoria ainda é pouco discutida pela categoria profissional, e muitas vezes ações de extensão universitária, e trabalhos precarizados são nomeados como ações de assessoria não remetendo a sua real função, podendo estas situações serem consideradas como grandes desafios a serem superados pelos assistentes sociais.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 31 jan. 2020
- BRASIL. Presidência da República. Ministério da Saúde. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 31 jan. 2020
- BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. **Assessoria, consultoria & serviço social** {livro eletrônico} vários autores. São Paulo, Cortez, 2017.
- BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. **Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate**. In: MOTA, A. E. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8662.htm. Acesso em: 31 jan. 2020
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 26 jan. 2020
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Política de Educação Permanente do Conjunto CFESS-CRESS**. Brasília: CFESS, 2012.
- COSTA, D. L. A Política Nacional de Saúde: O Assistente Social e os Desafios de uma Atuação Interdisciplinar. **Revista Âmbito Jurídico**, n. 161, p. 1-30, 2017
- FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.
- LACERDA, A. L. et al. A importância dos Eventos Científicos na Formação Acadêmica: estudantes de biblioteconomia. **Revista ACB: Biblioteconomia**, Florianópolis, SC, v.13, n.1, p. 130-144, jan/jul 2008.
- LOPES, E. F. B.. Projeto VER-SUS: Um olhar sobre a atuação da equipe do NASF. **Interfaces - Revista de Extensão da UFMG**, v. 7, p. 573-580, 2019.
- MATOS, M. C. **Assessoria, consultoria, auditoria, supervisão técnica**. In: CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009
- MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. **Revista Katálysis**, v. 16, n. esp., p. 61-71, 2013
- OMS. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma-Ata, 1978. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- RIBEIRO PEREIRA, M. E. O estágio supervisionado frente à conjuntura atual de formação em Serviço Social. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 361-369, dez. 2016.
- SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, fev. 2018.

VASCONCELOS, A. M. Relação Teoria/Prática: o processo de assessoria/consultoria e o Serviço Social. In: ***Serviço Social e Sociedade***, n. 56, São Paulo: Cortez, 1998.

AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O “PROGRAMA EDUCAÇÃO EM SAÚDE AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO NA CENTRAL DE QUIMIOTERAPIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO E SALA DE ESPERA INFORMAR PARA ACESSAR”

Data de aceite: 13/04/2020

Zilda Cristina dos Santos

Universidade Estadual Paulista “ Julio Mesquita Filho”- zilda.psicossocial@gmail.com

Gabriela Santos Oliveira

Universidade Estadual Paulista “ Julio Mesquita Filho”- gabiellita@gmail.com

Caroline Aparecida Vieira Silva

Universidade Estadual Paulista “ Julio Mesquita Filho”- carolvieira107@gmail.com

Regina Maura Rezende

Universidade Federal Triângulo Mineiro- UFTM- reginamaurarezende@yahoo.com.br

RESUMO: A Política Nacional de Humanização busca analisar o projeto de extensão “Sala de Espera” que é desenvolvido há sete anos na Central de Quimioterapia e no Ambulatório de Hematologia. É de suma importância compreender qual é a percepção dos usuários do Hospital de Clínicas da UFTM sobre o Projeto. Dentre os objetivos destaque: apontar as dificuldades e potencialidades dos projetos de Humanização; propor ações que contribuam para a melhoria do “Programa Educação em Saúde Ações de Humanização na Central de Quimioterapia do HC-UFTM e Sala de Espera e informar para acessar” na vida dos usuários.

PALAVRAS- CHAVE: Serviço Social; Saúde; Ações Socieducativos.

USER EVALUATION ON THE “HEALTH EDUCATION PROGRAM HUMANIZATION ACTIONS IN THE CHEMOTHERAPY CENTER OF THE CLINICS HOSPITAL OF THE UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO AND SALA DE ESPERA INFORM TO ACCESS

ABSTRACT: The National Humanization Policy seeks to analyze the “Waiting Room” extension project being developed five years ago at the Chemotherapy Center and at the Hematology Outpatient Clinic. It is extremely important to understand the perception of the users of the Hospital de Clínicas of UFTM about the Project. Among the objectives I highlight: to point out the difficulties and potentialities of Humanization projects; propose actions that contribute to the improvement of the “Health Education Program Actions of Humanization in the Chemotherapy Central of the HC-UFTM and Waiting Room and inform to access” in the life of the users.

KEYWORDS: Social Services; Health; Societal Action

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) está assegurado pelo tripé da seguridade social, onde todos tem direito a saúde, este sistema é universal, diante disso cabe a todos usuários, profissionais, governo federal, discentes, docentes e todos os órgãos responsáveis pela execução do SUS assegurar uma saúde de qualidade. Assim sendo, a presente temática tem como documento norteador a Política Nacional de Humanização e busca analisar o projeto de extensão “Sala de Espera” que está sendo desenvolvido há 5 anos na Central de Quimioterapia e no Ambulatório de Hematologia. É de suma importância compreender qual é a percepção dos usuários do Hospital de Clínicas da UFTM sobre o Projeto.

Os usuários da Central de Quimioterapia e da clínica de Hematologia ao serem diagnosticados despertam reações diversas e necessitam de orientações porque a doença exige um novo comportamento e com isto ficam nítidos os aspectos sociais que determina e condiciona o processo de saúde.

O diagnóstico de câncer pode trazer consequências imprevisíveis ao indivíduo e seus familiares. Na cultura ocidental o câncer está associado à dor, sofrimento, limitações físicas, dependência e medo da morte, ou seja, ruptura dos planos de vida. Por outro lado, a revelação do diagnóstico ao paciente permite que ele e sua família possam acionar as suas estratégias de enfrentamento para lidar, da melhor forma possível, com os efeitos causados pela doença e seu tratamento. (SONOBE et al, 2011, p.343)

Nesse sentido, o câncer é uma doença que restringe as pessoas ao seu convívio social tais como trabalho, convívio social e familiar, e exige constantes consultas, internações e exames, além do impacto, sua convivência passar ser mais nos serviços de saúde do que no seu lar. Dessa forma trabalhar a humanização nos serviços de saúde é tanto essencial como o tratamento médico, pois o acolhimento e ações de humanização permite amenização do ambiente sofrimento e dor.

A Política de Humanização é instituída, pelo Ministério Saúde com o intuito de contribuir com a consolidação dos princípios do SUS: acesso, equidade, universalidade. Contudo é preciso compreender que a palavra humanizar não está relacionado com sentido religioso, sendo assim, há uma preocupação em compreender o que está política traz para que assim não se confunda com senso comum.

“A PNH nasce como radicalização da aposta na humanização. O documento baseado Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde assume, entre outras diretrizes, que a Humanização deve ser vista como política que transversaliza todo sistema: das rotinas nos serviços às instâncias e estratégias de gestão, criando operações capazes de fomentar trocas solidárias, em redes multiprofissionais e interdisciplinares; implicando gestores, profissionais e usuários em processos humanizados de produção dos serviços, a partir de novas formas de pensar e cuidar da saúde, e de enfrentar seus agravos”.(MENEZES, 2013, p.25)

Assim sendo a PNH é de suma importância para área hospitalar que os usuários do Sistema Único de Saúde possam ter todo suporte no processo saúde/doença. No entanto, para que tenha eficácia nesta política é necessário que tenhamos: uma equipe multidisciplinar, condições de trabalho que valorize o profissional da área da saúde, gestão participativa, reconhecer a diversidade dos usuários compreendendo a particularidade de cada sujeito, dentre outras ações.

Destarte, a condição de trabalho ofertada aos assistentes sociais atuantes na área da saúde nem sempre vai ao encontro dos princípios do Projeto Ético Político da Profissão e do Código de Ética Profissional. De acordo com Martinelli ,2006, p.14:

Somos profissionais cuja prática está direcionada para fazer enfrentamentos críticos da realidade, portanto precisamos de uma sólida base de conhecimentos, aliada a uma direção política consistente que nos possibilite desvendar adequadamente as tramas conjunturais, as forças sociais em presença. É neste espaço de interação entre estrutura, conjuntura e cotidiano que nossa prática se realiza. É na vida cotidiana das pessoas com as quais trabalhamos que as determinações conjunturais se expressam. Portanto, assim como precisamos saber ler conjunturas, precisamos saber ler também o cotidiano, pois é aí que a história se faz, aí é que nossa prática se realiza.

Neste sentido, Mota 2006, nos traz que o processo de cooperação envolve atividades especializadas, saberes e habilidades que mobilizam, articulam e põem em movimento unidades de serviços, tecnologias, equipamentos e procedimentos operacionais. E é partir desse processo que se observa as particularidades da inserção do trabalho dos (as) assistentes sociais no processo de trabalho coletivo no SUS.

Destarte, a atuação do assistente social com pessoas com doença oncológica envolve um amplo dimensões e demandas, tendo em vista que atuação na saúde é voltada para o público no geral. No entanto, a inserção do assistente social com este público em questão se dá partir das Políticas Públicas voltadas para as pessoas com doenças oncológicas conforme estabelecem normativas e portarias do Ministério da Saúde.

É relevante para o serviço social embasar sua prática na Política Nacional de Humanização, diante da sistematização deste grupo no SUS- Sistema Único de Saúde e Assistência Social, pelo fato também que a produção teórica sobre a atuação do serviço social com pessoas com doença oncológica ser escassa. Os aspectos sociais que envolve pessoas com doença oncológica além das dificuldades do tratamento médico (dificuldades acesso medicação de alto custo, exames de alto custo) justificada pela falta de estruturação e falta informação à educação, trabalho, transporte, moradia dentre outros. Estes fatores são considerados os determinantes e condicionantes no processo saúde, doença e cuidado e é dentro desta perspectiva que este projeto contribuiu para produção teórica, efetividade dos

direitos e qualidade dessas pessoas, para o serviço do Hospital Clínicas UFTM.

Nesse sentido, objetivo geral desta pesquisa foi analisar, a partir da visão dos usuários, as potencialidades e os desafios do “Programa Educação em Saúde Ações de Humanização na Central de Quimioterapia do HC-UFTM e Sala de Espera informar para acessar”. E os objetivos específicos foram: Analisar o trabalho o “Programa Educação em Saúde Ações de Humanização na Central de Quimioterapia do HC-UFTM e Sala de Espera e informar para acessar.” e suas contribuições na atenção às pessoas com doença onco hematológica; Identificar o perfil do “Programa Educação em Saúde Ações de Humanização na Central de Quimioterapia do HC-UFTM e Sala de Espera e informar para acessar.”; Apontar as dificuldades e potencialidades dos projetos de Humanização; Propor ações que contribuam para a melhoria do “Programa Educação em Saúde Ações de Humanização na Central de Quimioterapia do HC-UFTM e Sala de Espera e informar para acessar” na vida dos usuários.

DESENVOLVIMENTO

A escolha do tema se deve ao fato contribuição do “Programa Educação em Saúde Ações de Humanização na Central de Quimioterapia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e Sala de Espera Informar para acessar” para os usuários onco-hemato bem como para melhoria da qualidade de vida dos usuários com onco hemato, nesta lógica esta proposta permitiu ampliar o projeto a partir das informações dos usuários.

As políticas sociais que fundamentou este projeto e a referida pesquisa são Política Nacional de Humanização, Constituição Federal de 1988, Política Saúde- (Sistema Único Saúde). Estas políticas permitem o desenvolvimento de ações que visam a melhoria de qualidade de vida da pessoa com doença onco hematológica..

Tendo em vista que as características sociais que envolvem este público são pessoas que não tem muitas informações sobre seus direitos. Os usuários da Hematologia, geralmente são negros ou pardos, famílias que sobrevivem com renda inferior a um salário-mínimo, residem em periferia, longe dos serviços de saúde, baixa escolaridade, dentre outros fatores que contribuem para não adesão ao tratamento, o trabalho do assistente social contribui para viabilização de informação, fortalecimento de vínculos, adesão ao tratamento, enfim, para melhorar a qualidade de vida do paciente.

Nesse contexto, o assistente social intervém com base nos princípios do Código de Ética, que são: reconhecimento da liberdade; defesa dos direitos

humanos; ampliação e consolidação da cidadania e democracia; posicionamento em favor da equidade e justiça social; eliminação de todas as formas de preconceito; compromisso com a qualidade dos serviços prestados e articulação com os outros movimentos de categorias profissionais. E também, com base nas legislações sociais, tais como ECA – (Estatuto da Criança e do Adolescente), PNAS- (Política Nacional da Assistência Social); Política Nacional das pessoas com deficiência, Estatuto do Idoso dentre outros e Direitos oncológicos.

Vale ressaltar que as relações de trabalho sofrem alterações constantes, devido ao sistema capitalista que visa a consolidação e ampliação do poder e do lucro e, em contrapartida, desvaloriza e destrói o ser humano. A ampliação e consolidação do poder fazem com que haja o agravamento das expressões da questão social, e isso reflete diretamente na atuação do assistente social também da atenção básica em saúde, já que este trabalha com as expressões da questão social.

MARTINELLI, 2006, p.03 afirma que:

É fundamental que reconheçamos a importância de nossa profissão ao abrir espaços de escuta para estes sujeitos que, muitas vezes, nem, sequer são alcançados por outras profissões. Com frequência somos nós, assistentes sociais, os interlocutores deste segmento que praticamente já não mais interessa a quase ninguém. Homens de rua não votam, imigrantes estão sem trabalho, anciãos não são produtivos sob o ponto de vista do mercado, enfim este é o segmento pensado por muitos como uma população sobrando, sem inserção no mercado de trabalho.

Assim, como afirma IAMAMOTO e CARVALHO, 2005, p. 20:

“Um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano”.

Assim, a problemática estudada visa apresentar a relevância dos determinantes e condicionantes sociais, ora aspectos sociais, tais como moradia, habitação, trabalho, educação, transporte, acesso à medicação dentre outros, no processo saúde- doença- cuidado. A partir disso, analisar como o assistente social apresenta ao usuário a saúde como direito, fazendo com que este exija dos órgãos competentes a garantia e prática desse direito, tendo como proposta de atuação a veiculação de informação numa perspectiva do usuário se reconhecer enquanto sujeito do seu processo saúde/doença, e de que maneira os programas e resultados destes são apresentados à sociedade.

Enfim, a presente pesquisa tem a perspectiva de propiciar a reflexão acerca da realidade a ser estudada e propiciar momentos de reflexão acerca das diferentes formas de intervenção através do “Programa Educação em Saúde Ações de Humanização na Central de Quimioterapia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e Sala de Espera Informar para acessar.”

Os critérios de inclusão e respectivos métodos para verificação de cada critério: Participar do “Programa Educação em Saúde Ações de Humanização na Central de Quimioterapia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e Sala de Espera Informar para acessar” com a idade entre 18 a 60 anos. Devido ao programa existir há 5 anos e estar registrado na extensão e os usuários apresentarem satisfação em participação. Pessoas menores de 18 anos, homens e mulheres e que não participam do “Programa Educação em Saúde Ações de Humanização na Central de Quimioterapia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e Sala de Espera Informar para acessar”.

O critério de exclusão se justifica pelo fato de caracterizar a priori, o perfil das pessoas com doença onco hematológica que participam do “Programa Educação em Saúde Ações de Humanização na Central de Quimioterapia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e Sala de Espera Informar para acessar”. A amostra foi aleatória, sendo selecionados os vinte primeiros que aceitarem participar da pesquisa.

Para alcançar o objetivos foi realizado entrevista semi- estruturada, elaborada pela equipe de pesquisadores em questão, e também foi feito a leitura e coleta de assinatura do Termo de Consentimento da Pesquisa. Para análise de dados foi utilizada análise do conteúdo de Bardin ,1979, isto é, a interpretação e categorização das falas dos entrevistados como foco central da análise de dados. A análise de conteúdo refere-se a um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas destas mensagens).

Para coleta de dados foi utilizado a entrevista semiestruturada que abordou os aspectos sociodemográficos elencando a situação social da pessoa, contexto familiar, cultural, econômico, os conhecimentos sobre os direitos sociais, oncológicos, hematológico e a Política Nacional de Humanização.

Foi apresentado por meio de leitura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após assinatura do TCLE, a entrevista aconteceu na sala de atendimento do Serviço Social que se localiza no 2º andar do Ambulatório de Especialidades da UFTM. Para a coleta de informações será utilizada a entrevista, como preconizado por MINAYO, 2008, p. 64:

Entrevista, tomada no sentido amplo da comunicação verbal e no sentido restrito da coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador. Ela tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a estes objetivos.

Esta pesquisa respeitou os princípios elencados na Resolução 466/12, resguardando a integridade do sujeito da pesquisa, desenvolvendo-se dentro dos padrões éticos, e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo realizado com levantamento de 100 usuários foram selecionados 20 usuários destes, sendo que deste apenas 15 % foi possível realizar a entrevista. Foram realizados contatos diversos dias e horários como também vinda em ambulatório e Clínica de Oncologia. Houve também sujeitos que haviam falecidos e outros não fazem tratamento no hospital local e são de outras cidades. Os participantes da pesquisa 100% são de Uberaba, tem casa própria e utiliza transporte coletivo, 66% possuem renda de um salário mínimo e 33% tem escolaridade segundo grau completo. Ao referir ao Projeto de Humanização todos os integrantes da pesquisa 100% reconheceram a importância das atividades como também compreende que o trabalho desenvolvido propicia veiculação de informações como também tiveram melhoras durante o tratamento. Durante o tratamento são várias questões que aflige os usuários e familiares ao participar do projeto reconhecem pessoas de direitos à fala do usuário X destaca “Percebo a contribuição porque são os estudantes que poderão contribuir às vezes as coisas mudas, as informações e não lembramos e aí vêm as pessoas e falam novamente para reforçar”. Apenas 33% participaram de outro projeto de sala de espera, deste modo fica nítida a valorização que são os trabalhos desenvolvidos na sala de espera principalmente quando tem a perspectiva humanizada. Outra questão que o participante Z relatou que “o projeto no período da manhã era muito interessante porque o tempo da espera era grande e as atividades desenvolvidas fazia com que passe mais rápido o tempo”.

Considerando as legislações vigentes, as políticas e programas de humanização que são imprescindíveis para o desenvolvimento de ações que visem à melhoria da qualidade de vida desses usuários. Esta pesquisa propiciou o fortalecimento de ações humanizadas nos diversos espaços ocupacionais no âmbito da saúde a destacar os espaços que o programa de humanização era realizado. A saúde deve ser vista como direito universal assim como ressalta o Sistema Único de saúde, desse modo, essa pesquisa possibilita aos usuários o reconhecimento desta prática como direito, tendo como proposta de atuação a veiculação de informação numa perspectiva que o sujeito se reconheça enquanto cidadão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Rio de Janeiro: Escala, 48.ed. 2006.

_____. Lei nº 8080 de 19/09/1990, Lei Orgânica da Saúde- LOS. In: MINAS GERAIS, Conselho Regional de Serviço Social. 6º região: **Coletânea de Leis**. Belo Horizonte: CRESS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza/SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS . 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS . Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 40 p.

CFESS. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na Saúde**. Grupo de trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília, 2009.

_____. Conselho Regional de Serviço Social. 6º região: **Coletânea de Leis**. Belo Horizonte: CRESS, 2005.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2006.

IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social: esboço de uma interpretação histórico- metodológica**. 18.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MARINELLI, M.L. **Reflexões sobre o Serviço Social e o Projeto Ético Político Profissional**. Revista Emancipação, pág 09-23, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/69/67>.> Acesso em: 30 de junho, 2017.

MENEZES, E.L.C. **O que dá certo no SUS que dá certo?** Histórias de Inovação na produção da saúde na atenção básicas presentes na rede HumanizaSUS. 2013. 143f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

MINAYO. M. C.et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 27 ed. Petropolis, RJ: Vozes, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: Conselho Nacional da Saúde, 1996.

MOTA, A.E. et al . **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

SÁ, J.L.M. **Serviço Social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

SONOBE, H. M et. al. **O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais**. Revista Escola Enfermagem, pág. 342-348. 2011.

VASCONCELOS, A . M. **A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

COMUNICAÇÃO E SERVIÇO SOCIAL : O PROCESSO DE ACOLHIMENTO NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Data de aceite: 13/04/2020

Andrea Frossard

Pós-doutorado em Ciências Humanas, Doutora em Serviço Social. Docente e pesquisadora. Universidade Estácio de Sá (UNESA). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Unidade de Cuidados Paliativos (INCA IV), Rio de Janeiro, Brasil.

Aline Baptista de Aguiar

Aluna de Iniciação Científica da UNESA do curso de Serviço Social (PIBIC- Voluntária). Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, Brasil.

Rafaela Rodrigues de Paiva

Aluna de Iniciação Científica da UNESA do curso de Serviço Social (PIBIC- Voluntária). Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, Brasil.

RESUMO: Este projeto está em conformidade com a Estratégia Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação 2016- 2022, que explicita o papel primordial das universidades e instituições de pesquisa na incorporação da dimensão social nas suas agendas de pesquisa, na promover a formação cidadã e maior integração das ciências sociais e humanas às políticas de CT&I. Destaca-se o aspecto preventivo embutido no próprio conceito de Cuidados Paliativos, ou seja, o que

diz respeito ao apaziguamento do sofrimento humano. Desse modo, a pesquisa tem como objetivo axial abordar uma área de atuação interdisciplinar, qual seja: os Cuidados Paliativos com ênfase no processo de comunicação no âmbito do Serviço Social materializado no processo de acolhimento. Trata-se de um estudo inserido no programa Pesquisa de Produtividade da UNESA intitulada: Cuidados Paliativos - diálogos contemporâneos. Nessa direção, faz-se primordial o desvendamento das peculiaridades do trabalho do assistente social nos Cuidados Paliativos Oncológicos, especialmente, no acolhimento. Assim, desenvolveu-se uma investigação qualitativa, bibliográfica, exploratória e etnográfica virtual visando a apreensão dos núcleos temáticos significativos. Conclui-se, enfatizando o papel estratégico do Assistente Social na execução de modelo de acolhimento centrado nos usuários direcionado ao alívio imediato de sofrimento do paciente e familiares nos momentos finais de vida e apresenta-se o projeto: Acalentar como um modelo que pode ser replicado em diferentes cenários de assistência em Cuidados Paliativos em consonância com as características culturais dos brasileiros.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social. Cuidados Paliativos. Oncologia. Acolhimento.

ABSTRACT: This project is in line with the Brazilian National Strategy for Science, Technology and Innovation 2016-2022, which spells out the primary role of universities and research institutions in incorporating the social dimension into their research agendas, promoting citizen education and integrating social and human sciences to CT&I policies. We highlight the preventive aspect embedded in the very concept of Palliative Care, that is, what concerns the appeasement of human suffering. Thus, the research has the axial objective to address an interdisciplinary area of action, namely: Palliative Care with emphasis on the communication process within the Social Work materialized in the reception process. This is a study included in the UNESA Productivity Research program entitled: Palliative Care - contemporary dialogues. In this sense, it is essential to unveil the peculiarities of the work of the social worker in Palliative Oncology Care, especially in the reception. Thus, a qualitative, bibliographical, exploratory and ethnographic virtual investigation was developed aiming at the apprehension of the significant thematic nuclei. It concludes by emphasizing the strategic role of the Social Worker in the execution of a user-centered model of welcoming directed to the immediate relief of suffering of the patient and family in the final moments of life and presents the project: to cherish as a model that can be replicated. in different scenarios of assistance in Palliative Care in line with the cultural characteristics of Brazilians.

KEYWORDS: Social Work. Palliative care. Oncology. Reception

1 | INTRODUÇÃO

Nos anos 1980, quando o tratamento integral de saúde conhecido por Cuidados Paliativos ganhou visibilidade em nível internacional, ocasião que a Organização Mundial de Saúde (OMS) formou uma equipe para o desenvolvimento de estudos e práticas na área oncológica e, nos anos 1990 foi divulgada sua primeira definição, revisada e atualizada, em maio de 2002 no *documento National Cancer Control Programmes – Policies and managerial guidelines*

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos espirituais. (OMS, 2002)

No Brasil, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), em seu Manual de Cuidados Paliativos (2012), corrobora com o conceito definido pela OMS acrescentando que “*o Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas sim em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida*” (ANCP, 2012, p. 26).

Com o posicionamento em epígrafe, se evidencia que ao tornar-se um paciente em tratamento paliativo, o predomínio da ideia de que não há mais o que

fazer é recorrente no cotidiano das unidades de saúde. Portanto, para se evitar tal pensamento equivocado, elimina-se a abordagem sobre a impossibilidade de cura, e em seu lugar impõe-se uma narrativa sobre se há ou não chances de um tratamento modificador da doença.

Vale recordar, que o paliativismo moderno possui uma história entrelaçada à dor e suas consequências. Nos anos 70, o oncologista Robert Twycross divulgou uma pesquisa feita por meio de um estudo sistemático com 1100 pacientes sobre dor, a qual Cicely Saunders creditou como sendo “a origem do Cuidado Paliativo moderno” (ANCP, 2012, p. 24). É fato que a dor, observada para tratar qualquer patologia, passa a ser entendida a partir de outro patamar quando se admite que suas causas sejam provenientes de vários fatores além dos biológicos, químicos e físicos do corpo humano como as causadas pelas crenças e sentimentos gerados pelo doente. Portanto, têm-se a base para a intervenção na chamada dor total composta pelas dimensões física, psicológica, social e espiritual.

Atualmente, as gamas de ofertas dos Cuidados Paliativos ultrapassaram o campo oncológico e são oferecidos para todos os pacientes que se enquadram nas condições de tratamento paliativo independente da patologia. Segundo dados da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, dos serviços de cuidados paliativos cadastrados na instituição, 51% começaram a ofertar Cuidados Paliativos após 2010. O referido estudo elaborado em outubro de 2018, intitulado: Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil, lê-se que 74% destes cuidados funcionam em hospitais, 5% em “*hospices*” e, do total, 66% atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Numa perspectiva geográfica, o Sudeste possui mais acesso, acumulando 58% dos Cuidados Paliativos disponíveis no país (ANCP, 2018).

Destaca-se o papel estratégico do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Hospital de Câncer do Ministério da Saúde, que em 1998 inaugurou a unidade IV, direcionada aos Cuidados Paliativos mantendo-se atualmente como referência, possuindo pronto-atendimento, consultas ambulatoriais, 56 leitos para internação, visita domiciliar, além de receber profissionais de saúde para formação e treinamento específicos em Cuidados Paliativos (INCA, 2019).

Assim posto, entende-se que os Cuidados Paliativos estão em processo de consolidação em território nacional e, conseqüentemente, espera-se um aumento gradativo de requisições nesse âmbito com base de sustentação para a expansão esperada. Além de amplo amparo na legislação brasileira, se faz necessário capacitar e formar profissionais de saúde para atuação na área em questão observando o estudo realizado pela ANCP (2018) para garantir o acesso de qualidade proposta pelo SUS.

O Serviço Social no campo dos Cuidados Paliativos tem seu alicerce nos direitos sociais e humanos postos na Constituição Federal do Brasil de 1988.

Compreende-se que o paciente em tratamento paliativo requer um olhar ampliado e humanizado contando com a integralidade dos serviços disponíveis. A assistência da equipe, em especial, com a Dor Total reitera que o paciente sofre para além da dor física englobando os que o acompanham durante o tratamento. Ademais, no sentido de entender como deve se posicionar o Assistente Social em meio ao contexto apresentado e dentro da equipe interdisciplinar, assume-se a dor social como principal objeto de intervenção profissional.

Nesta perspectiva, a dor social como expressão da questão social é parte da atuação do profissional de Serviço Social. Assim, as políticas públicas em vigor, os serviços disponíveis na instituição de saúde e o contexto familiar ao qual o paciente está inserido são requisitos básicos para uma atuação competente para garantir que os pacientes tenham acesso aos seus direitos.

O entendimento sobre os fundamentos dos Cuidados Paliativos, suas especificidades e aplicabilidades são essenciais para o desenvolvimento de práticas humanizadas que possibilitem o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia de usuários e familiares, conforme prevê a Política Nacional de Humanização (PNH). O que significa o necessário estabelecimento de um programa de educação visando a conscientização sobre os Cuidados Paliativos para a realidade brasileira.

Conhecer é dar sentido ao mundo, é tomar decisões de forma segura e consciente diminuindo as incertezas. Mais do que leis precisamos informar mais e melhor. Integrar ações e serviços. Respeitar desejos e amparar decisões da equipe de saúde. O que são os Cuidados Paliativos? Quem são os integrantes da equipe? Como posso acessar os serviços? Quando iniciar o tratamento? Quais são os benefícios? São interrogações que fazem enorme diferença na vida das pessoas. Conhecer é poder e ter acesso aos Cuidados Paliativos é cuidar das pessoas até o fim. (FROSSARD, 2018)

As linhas arroladas acima, indicam o quão importante à intervenção do profissional do Serviço Social como integrante da equipe de paliativistas no contexto nacional. É notório, que a assistência focada na dor social, o sistema de suporte de cuidado e rede deve ser compartilhada para que decisões possam ser tomadas visando à dignidade e bem-estar dos assistidos.

Compreende-se que o ato de cuidar e de acolher está intimamente ligado à comunicação e, por isso, é pertinente o conhecimento das especificidades dadas pela brasilidade para o estabelecimento de estratégias de cuidado nos Cuidados Paliativos Oncológicos, a partir do conceito de dor social. Assim, com o objetivo de contribuir para uma abordagem interdisciplinar da atenção de alta complexidade na saúde apresenta-se um desenho de modelo de acolhimento intitulado: Projeto Acalentar, direcionado ao apaziguamento do sofrimento de pacientes e familiares nos momentos que antecedem ao final de vida.

2 | MATERIAIS E MÉTODO

A investigação é definida como qualitativa quanto à abordagem, exploratória quanto aos objetivos e etnográfica quanto aos procedimentos. Primeiramente, a pesquisa se baseou no estudo bibliográfico por meio do método de revisão integrativa. A busca foi ampliada para o período de 2010 a 2019 devido às características da realidade brasileira que ainda carece de produção científica na área de Serviço Social nos Cuidados Paliativos. Realizou-se uma busca ativa nas seguintes bases de dados: Portal CAPES, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Sistema de Análise e Recuperação da Literatura Médica (Medline). Os seguintes descritores e suas associações em português, espanhol e inglês foram utilizados para pesquisar os artigos: Serviço Social e Cuidados Paliativos, Cuidados Paliativos e Dor Total, Comunicação e Serviço Social; Palliative Care, Palliative Care and Total Pain, Communication and Social Service; Trabajo Social y Cuidados paliativos, Comunicación y Cuidados Paliativos, Cuidados Paliativos y Dolor Total.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português, espanhol e inglês; e textos completos que expressaram o estudo na temática em foco com ênfase na abordagem do Serviço Social. Excluíram-se os artigos que não contemplaram o campo de Cuidados Paliativos com foco na questão social mais ampla. A análise e síntese dos dados foram descritas e classificadas com o objetivo de reunir conhecimentos disponíveis na literatura especializada. Concomitantemente, ao estudo bibliográfico, lançou-se mão do estudo etnográfico virtual numa perspectiva interteórica com a identificação dos núcleos temáticos significativos.

A análise de conteúdo foi apropriada com o intento de compreender os registros escritos e os movimentos dos usuários com a utilização de diversas mídias sobre determinados acontecimentos que se darão tanto fora quanto dentro do ambiente de redes sociais digitais. A referida etapa consistiu em pesquisar, mapear e analisar as informações disponíveis em redes sociais como Facebook e Instagram, além de outros sites, examinando as publicações mais recentes e as páginas com postagem regular.

Assim posto, foi realizado um rastreamento cuidadoso sobre as conexões de rede, a partir dos links obtidos. Para isso, realizou-se análise de interação de todo o material, considerando a rede de seguidores, comentários, likes e páginas afins. Nessa fase foram procurados tipos específicos de postagem como os cuidados paliativos sob o olhar dos assistentes sociais e seus usuários, ou seja, a articulação entre Serviço Social e Cuidados Paliativos. Ressalva-se que muitos sites visitados não eram atualizados há muitos anos. Com a opção de categorização definida iniciou-se a investigação sobre os links que eram atualizados e os que não possuíam mais

seguidores e comentários. Ao mirar o olhar sob a perspectiva do assistente social, constatou-se a insuficiência de conteúdo, fato que não ocorreu em relação aos olhares direcionados para os campos de medicina e enfermagem em relação aos Cuidados Paliativos.

A análise dos conteúdos multimídias como documentos de pesquisa qualitativa proporciona um registro das ações temporais e dos acontecimentos reais. Torna-se possível a confluência entre textos escritos, imagens e depoimentos para análise de conteúdo visando à identificação de temáticas relevantes. Portanto, foram identificados dois grandes núcleos significativos, a saber: a terminalidade e a comunicação possível.

3 | RESULTADOS/ DISCUSSÃO

3.1 O acolhimento

A humanização durante todo o processo é imprescindível. Desde o diagnóstico até o suporte aos familiares, no momento do óbito e enlutamento, não só para que o paciente sinta-se acolhido, mas também para que as pessoas ao seu redor tenham o suporte necessário. Os familiares recorrentemente requisitam apoio emocional e social para vivenciarem o processo de admissão e superação das perdas associadas à morte e ao luto. É fato, que muitos membros enlutados desenvolvem dor psicológica e social exigindo tratamento específico no âmbito psicossocial.

Assim posto, na fase da palição o foco da atenção é direcionado para o paciente e em sua família, cujo alívio do sofrimento é um processo que integra as dimensões social, psicológica e espiritual requerendo uma comunicação sensível e compassiva. Acima de tudo, humanizar é tratar o outro com respeito, entendendo sua individualidade assim como sua subjetividade; observando o paciente como um todo captando às suas vontades e limitações.

O acolhimento é uma ação de aproximação. É “*estar com*” e “*estar perto de*”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém. É uma tecnologia leve, que compreende a relação das equipes com o usuário e que se propõe a inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: garantir acessibilidade universal, reorganizar o processo de trabalho com base em uma equipe multiprofissional e qualificar a relação entre profissional de saúde e paciente (FRANCO; BUENO; MERHY, 2019).

No modelo de cuidado em pauta, o Assistente Social intervém de forma direta com os familiares e amigos do paciente, ou seja, com sua rede de apoio. Desta forma, além de compreender as demandas trazidas por estes e pelo paciente, o profissional do Serviço Social deve levar tais demandas ao conhecimento da equipe

para que possam planejar e avaliar as etapas do tratamento.

[...] o assistente social é o profissional que realiza a mediação entre o paliativista, os pacientes e seu núcleo de cuidado para obtenção de consentimento. Esse profissional atua respeitando a autonomia do paciente, compreendida como um direito – ou seja, a sua capacidade de decidir e de fazer escolhas livremente, sem interferência externa. (FROSSARD et al., 2018, p. 6)

Considerar e priorizar o sofrimento vivenciado por familiares e/ou acompanhantes de pacientes com vista ao seu alívio imediato por meio de técnica de acolhimento requer englobar o termo acolhimento tanto em sua dimensão espacial (recepção formal com ambiente confortável) quanto na dimensão administrativa (encaminhamento para serviços especializados).

A renovação das práticas de saúde em Cuidados Paliativos pressupõe um olhar atento sobre as representações de cuidado e morte incluindo o estabelecimento de uma comunicação adequada usando a linguagem contemporânea por meio de meios eletrônicos (vide o uso da técnica de *storytelling*, ou seja, construção de histórias curtas que podem ser projetadas nas salas de espera ou como dispositivo educacional aplicado em dinâmicas de grupo).

O desenvolvimento de uma sistemática de acompanhamento nos momentos finais de vida do paciente é uma tarefa a ser compartilhada com toda equipe de paliativistas. Há uma associação natural entre a comunicação e o processo de humanização. No cotidiano, os paliativistas exercitam esse processo nos diferentes níveis de atenção.

Nesta perspectiva, sinaliza-se que as diferentes linguagens em ação têm potencial terapêutico que pode ser incorporado aos protocolos assistenciais como a linguagem poética que aliadas às diferentes expressões (fotografias, artes plásticas, música etc.) e empregadas no cotidiano hospitalar proporcionam resultados favoráveis à autoestima e à preservação do ânimo naqueles que estão sendo assistidos pela equipe de saúde.

A linguagem poética pode ser utilizada como um dispositivo de acolhimento no âmbito dos Cuidados Paliativos, pois associa cuidado e afeto, proporcionando um canal de comunicação sensível e humano. É um brinde à vida, pois se torna um dos ingredientes essenciais para um adequado cuidado paliativo, fazendo toda a diferença nas diversas histórias esquecidas, lembradas ou eternizadas. O dispositivo poético utilizado como técnica de ação assistencial pode se dar em consequência do relacionamento entre o Assistente Social e o paciente. É por meio do relacionamento que se viabiliza a identificação das demandas de quem é assistido.

Neste sentido, recorre-se a Medeiros et al (2015, p.409), que enfatizam que é necessário “possuir conhecimento sobre o comportamento humano, habilidades de

escutar e observar [...] por isso a necessidade de ser sensível e acolhedor”.

3.1.1 Modelo de Acolhimento: Projeto Acalento

O momento do óbito é, muitas vezes, carregado de uma dor quase insuportável sendo audível entre corredores e bancos de espera como algo natural e indiferente no dia a dia acelerado de todas as pessoas. Certamente, um abraço que acolhe e ouvidos que escutam fazem toda a diferença para aqueles que sofrem.

Os assistentes sociais na prática assistencial têm como norte as decisões pertinentes ao cuidado do paciente, incluindo o prognóstico sobre a morte (realizadas com base na interdisciplinaridade) e a disposição para uma comunicação informativa, sensível e possível (não se confunde com uma ideia de evolução / progressão de uma conversa simplesmente, mas de seres mutuamente afetados no relacionamento estabelecido de forma complementar e contraditória como é a vida). (FROSSARD, A et al, 2018).

A fase dos cuidados no fim de vida se refere à assistência que o paciente deve receber durante a última etapa de sua vida (fase de terminalidade), ao se aproximar da finitude. Acredita-se que se trate de um momento delicado tanto para quem está partindo quanto para sua família, sendo imprescindível o acompanhamento pelos paliativistas. Assim, todos os esforços devem ser empreendidos visando propiciar um ambiente acolhedor visando entre outros: assistir às famílias e/ou acompanhantes em situação de fragilidade explícita no momento do falecimento do paciente; disponibilizar suporte às famílias e/ou acompanhantes após a notificação da equipe sobre o início do processo de Cuidados em Fim de Vida – CFV do paciente e aproveitar o tempo de assistência às famílias e /ou acompanhantes das equipes dos diferentes processos com adequado processo de acolhimento.

O alívio imediato do sofrimento é um processo que integra as dimensões social, psicológica e espiritual requerendo uma comunicação sensível e compassiva. Deve-se priorizar o sofrimento vivenciado por familiares e/ou acompanhantes de pacientes com vista ao seu alívio imediato por meio de técnica de acolhimento.

Desse modo, sugere-se a elaboração e execução de uma escala de acolhimento. A escala de acolhimento será elaborada visando disponibilizar assistência todos os dias da semana incluindo sábados, domingos e feriados.

Os profissionais e os voluntários da capelania podem ser inseridos de forma não imposta, ou seja, a direção das unidades, o voluntariado e o serviço de capelania auxiliarão na identificação dos membros da equipe sensíveis a proposta do projeto e com condições objetivas de vida laboral para se comprometerem com o trabalho de acolhimento.

O assistente social poderá gerenciar o projeto atuando diretamente e/ou como

educador capacitando voluntários e pessoal inserido nos núcleos de capelania para preparar a equipe para uma adequada atuação.

À título de exemplo: em um hospital X todos os andares têm acesso a escala de acolhimento com o número de contato do plantonista. Na enfermaria **A** familiares tomaram ciência que seu ente querido entrou em Cuidados de Fim de Vida (CFV). O familiar X inicia um choro compulsivo e se joga no chão inconformado. Imediatamente, o plantonista é acionado e se dirige ao local para iniciar acolhimento ao familiar que poderá ser atendido na sala de acolhimento (local projetado para ouvi-lo, confortá-lo e orientá-lo).

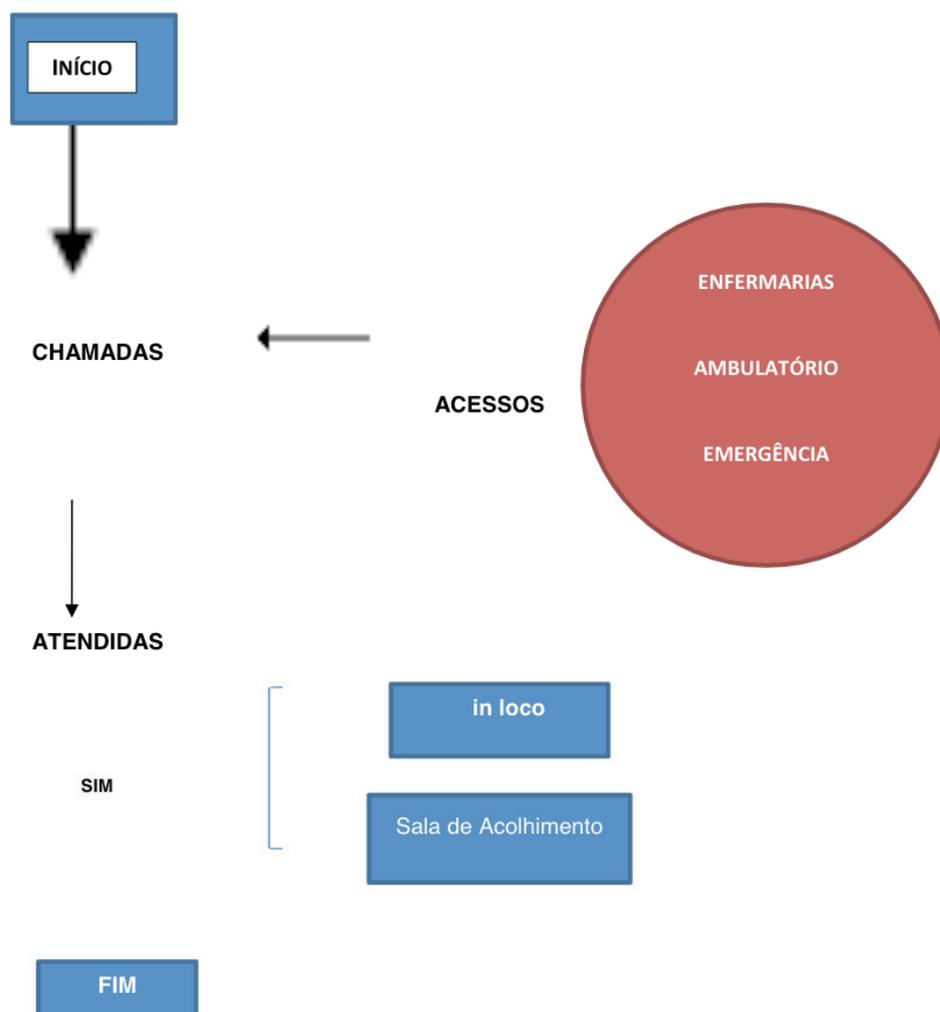
Sugere-se o uso de colete para os plantonistas inseridos na escala de acolhimento. A seguir, disponibiliza-se o modelo a ser adotado.



Fig. 1 Projeto Acalento
Fonte: Elaboração própria

Acompanhamento dos resultados a cada três meses, a partir da data de início de execução do projeto Acalentar com aplicação de **check list** e observação *in loco*, a fim de analisar benefícios e obstáculos com checagem comparativa.

3.1.1.2 Fluxograma



4 | CONCLUSÃO

O presente trabalho traz uma contribuição para o tema, tendo em vista a escassez de estudos publicados, principalmente no meio do Serviço Social brasileiro. Os profissionais precisam estar sistematicamente inteirados sobre as novas formas de cuidado, assim como no trato com aqueles que são afetados de forma menos direta que o paciente, para uma contribuição em sua perspectiva e de acordo com a realidade brasileira. Assim, as estratégias de comunicação direcionada aos Cuidados Paliativos Oncológicos devem estar inseridas em um processo de Educação Continuada e Permanente.

Em relação ao Serviço Social pode-se afirmar que os Cuidados Paliativos são um lócus privilegiado de intervenção: a linguagem como instrumento profissional de excelência permite ao Assistente Social exercitar a comunicação interprofissional, bem como centralizar em suas ações a família, atuar para facilitar o acesso aos direitos sociais, planejar e executar ações no âmbito da rede de cuidados e de suporte e, ainda, compartilhar diferentes atribuições referentes ao óbito e pós-óbito.

Há uma associação natural entre a comunicação e o processo de humanização. O momento do óbito é, muitas vezes, carregado de uma dor quase insuportável

sendo audível entre corredores e bancos de espera como algo natural e indiferente no dia a dia acelerado. Certamente, um abraço que acolhe e ouvidos que escutam fazem toda a diferença para aqueles que sofrem.

Assim posto, a apresentação do projeto: Acalentar possibilita um caminho estratégico para o acolhimento podendo ser replicado em diferentes cenários de assistência em Cuidados Paliativos em consonância com as características culturais dos brasileiros.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2.ed. São Paulo: ANCP, 2012.

_____. **Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil**. 2.ed. Out. 2018. 15 p.

BRASIL. Congresso. Senado. Projeto de Lei s/nº de 2019. **Dispõe sobre o consentimento informado e instruções prévias de vontade sobre tratamento de enfermidade em fase terminal de vida**. Brasília, DF, 2019, 13 p.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Direitos sociais da pessoa com câncer**. 5 ed. Rio de Janeiro: Inca, 2019.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

FROSSARD, Andrea. Concepções sobre dor e Cuidados Paliativos. In. **Revista de Políticas Públicas e Segurança Social**. v. 2, n.2. América do Sul. Journal of Public Policy and Social Security: NEPPS. 2018, p. 35-52

FROSSARD, Andrea et al. Serviço Social e Oncologia: os Cuidados Paliativos em foco. **E- Facitec Revista**, n.2. Brasília: Universidade Estácio de Sá, 2018. Disponível em: <periodicos.estacio.br/index.php/e-revistafacitec/article/viewFile/5508/47964976>. Acesso em: 03 out. 2019.

FROSSARD, A.; SILVA, J. A.; AGUIAR, A.; RODRIGUES, Rafaela. **Cuidados Paliativos: O Cuidar do Serviço Social**. In: Benedito Rodrigues da Silva Neto (Org.). A produção do conhecimento nas ciências da saúde 3. 1 ed. Ponta Grossa: Atena, 2019, v. 3, p. 91-108.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade**. Paraná: Emancipação, 2010.

RECUERO, Raquel. **Introdução à Análise de Redes Sociais Online**. Editora: EDUFBA. Bahia, 2017.

MEDEIROS, TS et al. Acolhimento e Acesso aos Direitos Sociais: assistência a pacientes em Cuidados Paliativos Oncológicos. In: **Revista Textos & Contextos**, v.14, n.2. Porto Alegre: [], 2015, p.403-415.

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES: REFLEXÕES PARA O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA

Data de aceite: 13/04/2020

Data da Submissão: 05/02/2020

Lívia Maria e Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Natal/RN

<http://lattes.cnpq.br/2307082013162290>

RESUMO: Pensar Direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva social transformadora das relações sociais e da luta contra os preceitos ideológicos do patriarcado, deve ocupar um lugar de destaque no Serviço Social, na medida em que ao pautar sua atuação profissional na direção da cidadania e da promoção da integralidade da atenção em saúde, a profissão assume o compromisso com a consolidação do projeto de saúde vinculado a um projeto societário de transformação da ordem social vigente. A partir dos princípios do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que estruturaram o SUS constitucional na direção da integralidade da atenção, situa-se a articulação desde debate ao projeto ético político do Serviço Social, sendo proposta central deste artigo refletir a perspectiva de atuação dos assistentes sociais sobre os direitos

sexuais e reprodutivos das mulheres, apontando sua contribuição para o enfrentamento de situações de violência institucional, posto que esta violência institucionalizada nos serviços de saúde conforma um grau de autoritarismo, discriminação e conservadorismo, agindo como mecanismo de normatização das relações sociais.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos Sexuais E Reprodutivos; Atuação Profissional; Projeto Ético Político; Integralidade.

SEXUAL AND REPRODUCTIVE RIGHTS OF WOMEN: REFLECTIONS ON THE WORK OF THE SOCIAL WORKER IN THE SCOPE OF PUBLIC HEALTH SERVICES

ABSTRACT: Thinking Sexual and reproductive rights in the transforming social perspective of social relations and the fight against the ideological precepts of patriarchy, should occupy a prominent place in Social Work, insofar as when guiding their professional performance in the direction of citizenship and the promotion of integrality In terms of health care, the profession is committed to the consolidation of the health project linked to a social project for the transformation of the current social order. Based on the principles of the Brazilian Health

Reform Movement (MRSB), which structured the constitutional SUS in the direction of comprehensive care, the articulation between the debate and the political ethical project of Social Work is located, the central proposal of this article is to reflect the perspective of performance of social workers on women's sexual and reproductive rights, pointing out their contribution to coping with situations of institutional violence, since this institutionalized violence in health services constitutes a degree of authoritarianism, discrimination and conservatism, acting as a mechanism for the regulation of social relationships.

KEYWORDS: Sexual and Reproductive Rights; Professional Performance; Political Ethical Project; Integrality.

1 | INTRODUÇÃO

Em condições sociais e políticas favoráveis, vivenciamos no Brasil um contexto de Reforma Sanitária, que teve como proposta central a defesa intransigente da universalização das políticas sociais e garantia dos direitos socialmente alcançados pela classe trabalhadora. Tem como suporte a concepção ampliada de saúde, destacando-se como princípios a integralidade da atenção à saúde, intersetorialidade, descentralização política-administrativa, universalização e participação social (CFESS, 2010).

O Sistema Único de Saúde – SUS - emerge enquanto uma das proposições e estratégia do Projeto de Reforma Sanitária, com valores coletivos e universais bem instituídos no escopo da Constituição Federal Brasileira de 1988. A partir de então, a saúde passa a assumir uma dimensão política, estando intimamente relacionada às vias democráticas.

A incorporação de sujeitos coletivos na conjuntura do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) articulou a perspectiva ampliada de saúde aos movimentos sociais, tendo como propostas centrais a universalização do acesso à saúde, concepção de saúde como responsabilidade do Estado, descentralização político-administrativo, democratização do poder por meio dos conselhos de saúde.

Enquanto o país experimentava a efervescência e articulação do MRSB entre as décadas de 1970 e 1980, o movimento feminista, no mesmo período, reivindicava direitos sociais para as mulheres, articulando sua luta pelo direito a autonomia sobre o controle do corpo e sexualidade às demandas de saúde propostas pela reforma sanitária.

Com inegável atuação no campo da saúde, o movimento feminista injetou sua crítica a perspectiva reducionista dos programas de saúde criados entre as décadas de 1930 a 1970, por terem como característica principal ações de teor materno-infantil. Desse modo a organização política do movimento possibilitou a introdução

de suas bandeiras na agenda nacional (BRASIL, 2004).

Através da articulação com os demais movimentos sociais em busca da democratização da saúde pública brasileira, o movimento feminista brasileiro teceu colaborações à criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher¹ (PNAISM), incorporando a ideia da reapropriação dos corpos, da sexualidade e do exercício livre dos direitos reprodutivos femininos.

A PNAISM, incorpora a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos através da ampliação do conceito de saúde, com fins de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres através garantia de direitos, ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde; requisitando de uma gama de profissionais, dentre eles o Assistente Social, uma atuação pautada na defesa da melhoria da situação de saúde das mulheres e do fortalecimento da reforma sanitária.

Com Influência conservadora até a década de 1970, a inserção da atuação profissional do (a) Assistente social nos serviços de saúde deu-se a partir do modelo clínico, mediante cooperação vertical e complementar, conformando o teor positivista de sua prática voltada a culpabilização do usuário, no exercício do serviço social médico (MATOS, 2013).

Em meio à uma perspectiva conservadora, o serviço social se gestou com fins a atender e responder de forma pragmática as demandas advindas das expressões da questão social. Essa herança conservadora da profissão instigou dentro da categoria a incorporação da teoria crítica marxista, que possibilitou romper, em certa medida, com o pensamento conservador contido no interior das práticas profissionais (BOSCHETTI, 2015).

Desse modo o movimento de aproximação com o materialismo histórico dialético permitiu a profissão sua articulação com os movimentos sociais e atribuiu seu compromisso ético-político com as lutas sociais da classe trabalhadora, se configurando o novo perfil profissional.

Através do projeto ético-político a profissão ancora sua função social e elege seus objetivos, articulando-os ao projeto societário de massas². Em seu núcleo, reconhece a liberdade como valor central, correspondendo a sua dimensão política em favor da equidade, da justiça social e da consolidação e ampliação da cidadania, incorporando a integralidade e promoção da saúde como balizas para consolidar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, por meio da defesa intransigente dos direitos humanos do repúdio ao autoritarismo, preconceitos e imposições, “contemplando o pluralismo tanto na sociedade quanto no exercício profissional”

1. Marco legal brasileiro de garantia dos direitos sexuais e reprodutivos femininos, sendo incorporada a dimensão sexual e reprodutiva numa perspectiva direitos humanos.

2. Compromisso profissional explícito com a massa da população brasileira, propondo a construção de uma nova ordem social, onde não comporta nenhum tipo de exploração e dominação de classe, gênero e etnia (NETTO, 1999).

(NETTO, 1999).

2 | A IDEOLOGIA PATRIARCAL E A PERSPECTIVA SOCIAL TRANSFORMADORA DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS: UM CAMINHO DE EMBATES

Ao longo do desenvolvimento das práticas sociais de homens e mulheres, tem se atribuído aos homens a capacidade de dominar política, cultural e simbolicamente as mulheres. Nesse percurso, a divisão sexual do trabalho³ assume a noção de complementaridade e cooperação entre os sexos para exaltar a naturalidade de tal divisão, baseando-se no fato das chamadas “limitações naturais biológicas” que estariam imbricadas à condição feminina.

Em meio a este processo, o patriarcado se constitui enquanto fenômeno onde se estruturam relações essencialmente hierarquizadas e socialmente desiguais. Saffioti (2009) entende o patriarcado como uma forma de expressão do poder político e do direito político que todos os homens exercem pelo fato de serem homens, não se tratando, pois, de uma relação privada, mas civil, que dá direitos sexuais aos homens sobre as mulheres (praticamente sem restrição). Desse modo, o patriarcado configura-se em um tipo hierárquico de relação que invade todos os espaços da sociedade, tem base material, corporifica-se e representa uma estrutura de poder baseada tanto na ideologia quanto na violência. Assim, ao pautar a opressão como mescla da dominação e exploração masculina sob a figura feminina, a autora destaca a existência de uma só realidade de subordinação sistêmica.

O uso do termo dominação-exploração pela autora se explica a partir da concepção da inexistência de uma relação dicotômica entre exploração capitalista e dominação patriarcal; ambos os processos não se anulam, há sua interdependência.

A base econômica do patriarcado não consiste apenas na intensa discriminação salarial das trabalhadoras, em sua segregação ocupacional e em sua marginalização de importantes papéis econômicos e político-deliberativos, mas também no controle de sua sexualidade e, por conseguinte, de sua capacidade reprodutiva (p. 12).

No campo do movimento feminista o controle patriarcal da sexualidade e capacidade reprodutiva das mulheres, atrelado a sua subalternização no sistema produtivo de bens de serviços da sociedade de classes, foi alvo de duras críticas e intervenções políticas através de organização interna e com movimentos sociais, com fins a instrumentalizar seu debate em ganhos concretos às vidas do segmento de mulheres.

3. Para Kergoat (2010) as relações sociais de sexo se baseiam em uma relação hierárquica entre o feminino e o masculino e se apresentam como construções sociais, tendo no trabalho sua base material. A divisão sexual do trabalho se traduz, portanto, em uma relação de poder e dominação dos homens sob as mulheres.

Amplamente discutido no âmbito no movimento feminista, o conceito de direitos reprodutivos das mulheres, posteriormente legitimou as bases constitutivas para ampliação do debate acerca dos direitos sexuais. Apesar de ser uma discussão relativamente recente, ambos passam a ser reconhecidos enquanto direitos humanos, estando inseridos na agenda política de diversos segmentos e organismos nacionais e internacionais.

Na perspectiva feminista aqui adotada, os direitos reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva. Os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. O que significa tratar sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e conseqüentemente da vida democrática (ÁVILA, 2003, P.2).

A autora compreende o processo de construção dos direitos sexuais e reprodutivos como parte integrante do movimento dialético que baliza a democracia. Entretanto, devemos sinalizar que na sociedade capitalista, a mera condição formal de sujeitos de direitos não permite às mulheres o rompimento com a heteronomia a que sempre estiveram sujeitas, em especial no uso dos próprios corpos “uma vez que todas as regras e tabus que controlaram e reprimiram suas vivências corporais na sexualidade e na reprodução foram historicamente determinadas pelos homens” e/ou por agentes do Estado. Uma vez que, assim como aponta Avila, a repressão e o controle do corpo e da sexualidade das mulheres são elementos centrais da dominação e reprodução dos valores patriarcais, configurando-se em violência estrutural, fenômeno próprio da sociabilidade capitalista.

A tradição normatizadora de repressão e discriminação acerca da sexualidade e reprodução feminina, propõe também uma concepção de “reprodução livres com base na lógica do mercado, a partir da qual todas as relações da vida social são reduzidas a operações mercantilistas” (ÁVILA, 2003). A autora argumenta que tal ideologia mercadológica corrompe o sentido real de cidadania na medida em que coloca o consumo de mercadorias como meio de alcançar a liberdade.

Diante de um contexto repressivo e moralizador denota-se um bloqueio à liberdade sexual e reprodutiva das mulheres, na medida em que diariamente estão submetidas a variadas formas de violência, seja física, psicológica, moral ou institucional, funcionando como mecanismo ideológico de manutenção da dominação de variados aspectos da vida das mulheres.

Podemos deste modo, considerar a violência como um dispositivo de excesso de poder, uma prática disciplinar que produz um dano social, atuando em um diagrama espaço-temporal, a qual se instaura com uma justificativa racional, desde a prescrição de estigmas até a exclusão, efetiva ou simbólica. Esta relação de excesso de poder configura, entretanto, uma relação social inegociável porque atinge, no limite, a condição de sobrevivência, material ou simbólica, daqueles que são atingidos pelo agente da violência. (ZALUAR E LEAL, 2001).

Entendemos neste trabalho que a violência institucional é aquela praticada nas

instituições prestadoras de serviços públicos, sendo perpetrada por profissionais/gestores que deveriam, obrigatoriamente, proteger e promover saúde às mulheres em variadas situações de violação de direitos. É entendida como um fenômeno polifórmico que se expressa em um conjunto de práticas institucionais, que este trabalho entende como violadoras da integridade corporal e da liberdade no exercício da sexualidade e reprodução das mulheres, como por exemplo: a negligência com o atendimento, arbitrariedade e verticalização nos processos de cuidado, falta de acesso aos serviços e/ou acesso de baixa qualidade, atendimento policialesco em situações como estupro ou abortamento, cerceamento da liberdade sobre o corpo através de procedimentos desnecessários e negação formal do livre exercício da sexualidade das mulheres diante da ausência de protocolos institucionais para este campo, ou da existência deles ancorados em uma perspectiva conservadora.

A incorporação dos direitos sexuais e reprodutivos no rol dos Direitos Humanos conforma uma relação explícita com a construção contemporânea do conceito de cidadania. Desse modo a partir da luta constante pelo reconhecimento da situação de desigualdade socioeconômica, política e cultural das mulheres há um embate ideológico com os grupos conservadores que buscam imprimir suas concepções morais e religiosas sob a sexualidade e a reprodução feminina, acirrando as disputas no cenário nacional e internacional, na busca por legitimar os debates e direitos (mesmo que formais) alcançados.

Nesse cenário de acirramento político e ideológico, a questão do aborto (entendido e defendido dentro do movimento feminista enquanto um direito reprodutivo do conjunto de mulheres) aparece ainda, em muitos países, dentre eles o Brasil, enquanto prática ilegal, sendo penalizada juridicamente a mulher que realizar o procedimento.

A ampla criminalização do aborto conforma violação dos direitos humanos, na medida em que sua prática clandestina, segundo o Ministério da Saúde, é a terceira causa de mortalidade materna brasileira e a quinta causa de internações na rede pública de saúde do país. Dada a falta de reconhecimento da questão do aborto (baseada na prerrogativa patriarcal de obrigatoriedade da maternidade) e da marginalização da sexualidade e reprodução como problemáticas do campo da saúde pública; os direitos sexuais e reprodutivos ainda não alcançam a perspectiva de integralidade da atenção à saúde, uma vez que sua base ética é incompatível com os princípios antiéticos capitalistas; sendo, pois, um desafio para o movimento feminista, movimentos sociais e profissionais de saúde buscar garantir e efetivar a integralidade da saúde às mulheres, a liberdade de controle sob o corpo e sexualidade e a igualdade das relações socialmente estabelecidas.

3 | CIDADANIA E PROMOÇÃO DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO EM SAÚDE: REFLEXÕES AO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL À LUZ DO PROJETO ÉTICO POLÍTICO

Reconhecida como constituição cidadã, a Constituição Federal de 1988 tem como marco o delineamento de muitos direitos de cidadania. A saúde passa a integrar-se como direito de todos, sendo direcionado ao Estado a responsabilidade de garantia deste direito socialmente conquistado, por meio de políticas econômicas e sociais estruturadas com fins a “redução do risco de doença e de outros agravos”, promovendo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

O texto constitucional delinea o Sistema Único de Saúde (SUS), destacando o seu financiamento público e reconhecendo a relevância das ações e serviços de promoção à saúde.

O SUS aponta como diretrizes organizativas a descentralização político administrativa, atendimento integral e controle social, sendo os seus princípios estruturantes a universalidade, equidade e integralidade da atenção.

Entende-se a perspectiva da integralidade neste debate como central, na medida em que, segundo Mattos (2009), ao tomarmos a integralidade como princípio organizativo das políticas públicas e do trabalho em saúde, imprime-se necessariamente a recusa ao reducionismo e objetivação dos sujeitos, ampliando assim a abertura para o diálogo sobre os processos institucionalizados de promoção à saúde, que envolvem profissionais, gestores e população.

Com a emergência de novas questões de saúde e seus tensionamentos, é requisitado aos serviços de saúde que realizem a apreensão ampliada e integral das reais necessidades de saúde dos grupos populacionais.

A partir do reconhecimento de que certos grupos sociais requisitam respostas de saúde direcionadas, é que surge o que Mattos (2009) categoriza como políticas especiais. Tais políticas são desenhadas especificamente para atender demandas de um certo grupo populacional, como por exemplo o conjunto de políticas públicas direcionadas às demandas das mulheres.

Esse tipo de sentido atribuído a integralidade ganhou legitimidade a partir das contribuições do movimento feminista brasileiro, que influenciou no âmbito do Ministério da Saúde a construção da Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), articulando a denúncia ao modo reducionista, moralizante e arbitrário que as demandas de saúde da mulher vinham sendo tratadas nas políticas e nos serviços de saúde.

A falta de articulação com os variados contextos de ordem social, econômica e cultural, vinculava as políticas direcionadas aos problemas de saúde da mulher

à uma perspectiva reducionista, sendo as respostas governamentais incipientes e distantes da perspectiva de emancipação humana (que buscasse a superação das formas de dominação e exploração da mulher na atual sociedade de classes). É a partir da crítica feminista à esta realidade que emerge as bases constitutivas das atuais políticas direcionadas a assistência integral à saúde da mulher, tendo a compreensão que apesar dos ganhos nem todas as pautas do movimento feminista foram atendidas em sua integralidade, sendo fragmentadas algumas necessidades (MATTOS, 2009).

Apesar dos avanços a partir da PAISM, Bravo (2009) aponta como tendência atual para a política de saúde o redesenho do modelo biomédico de assistência, por meio da afirmação da hegemonia neoliberal, afastando-se da concepção ampliada de saúde defendida pelo projeto de reforma sanitária; desqualificando a atenção integral à saúde e comprometendo as possibilidades de avanços do SUS.

O Serviço Social, coerente com seus avanços desencadeados em meio ao movimento de reconceitualização carrega consigo a denúncia ao histórico de conservadorismo das vanguardas profissionais, que tem como marca, conforme aponta Bravo (2013), o assistencialismo como forma de intervenção para o ajuste das camadas populares, de maneira a acobertar os efeitos nocivos do modelo hegemônico, reafirmando por meio de sua atuação os mecanismos de dominação e coerção do capital.

Neste movimento de renovação da profissão, que se intensifica nas décadas de 1970 e 1980, em um contexto político de crise da ditadura militar brasileira, a categoria dos Assistentes Sociais inicia a recusa e crítica ao conservadorismo que marcava a atuação profissional, dando início a construção do Projeto Ético Político (PEP), hegemônico na categoria.

Por meio da luta contra a ditadura militar foi possível à categoria o rebatimento de projetos societários diferentes, direcionando o serviço social ao projeto societário que responde aos interesses da classe trabalhadora.

O PEP elege os valores que legitimam a profissão e incorpora matrizes teórico-metodológicas compatíveis com as necessidades sociais populares, delimitando os seus objetivos e prescrevendo normas para o pleno exercício da profissão, sendo necessário para que se firme que aja organização política do corpo profissional (NETTO, 1999).

As vertentes críticas inspiradas na tradição marxista se articularam ao projeto societário das massas e redimensionaram a formação profissional a partir da reforma curricular de 1982, inserindo na agenda do serviço social a preocupação com a construção de um novo perfil profissional, crítico e comprometido com a transformação da ordem social vigente. Insurge, então, a ressignificação da prática até então conservadora, destacando-se novos campos de intervenção profissional,

dentre eles a política de saúde, sendo esse alargamento fruto do reconhecimento social, por parte da população, da prática profissional do serviço social no interior dos seus variados espaços ocupacionais (NETTO, 1999).

Nesta direção, o PEP elege como princípios fundamentais:

O reconhecimento da liberdade como valor central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Consequentemente, este projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero. A partir destas opções que o fundamentam, tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional (NETTO, 1999, P. 15).

Apesar do reconhecimento da hegemonia do pensamento crítico no interior da profissão, Netto (2009) aponta que o conservadorismo, sob novas dimensões, permeia o fazer profissional na atualidade. Segundo o autor essa reatualização do conservadorismo no âmbito do fazer profissional está atrelada à incorporação do pensamento pós-moderno⁴ dentro da formação profissional.

Pensando na legitimação do PEP do Serviço Social e sua necessária articulação com a prerrogativa dos direitos sexuais e reprodutivos femininos inscritos na agenda de luta do movimento feminista, cabe aos assistentes sociais, no âmbito da relação usuário-profissional e profissional-instituição, buscar a garantia e efetivação de tais direitos sociais, encaminhando o seu trabalho à perspectiva de totalidade diante das reais necessidades sociais, exercendo crítica a arbitrariedade, ao conservadorismo e as prerrogativas neoliberais tão presentes na política de saúde brasileira na atualidade.

4 | CONCLUSÃO

A reafirmação da agenda ético-política da reforma sanitária traz consigo novos modelos de saúde pautados na integralidade, intersetorialidade e trabalho interdisciplinar. Esse redesenho, deve imprimir ao trabalho do Assistente Social sua incessante articulação aos princípios da reforma sanitária e defesa do SUS constitucional.

O Serviço Social, que tem como função social no âmbito da saúde, a compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença, tem o compromisso de responder e entender os problemas de saúde sob a ótica das suas mais variadas dimensões, utilizando como estratégia a oxigenação das práticas profissionais por meio do seu projeto ético político

4. Boschetti (2015) aponta como tendências do pensamento pós-moderno na formação profissional: 1. Metodologismo que incide na ênfase do tecnicismo. 2. O teorismo acrítico. 3. Aliguetamento da formação. 4. O pragmatismo (baseado no imediatismo/falta de compromisso político com as transformações societárias).

hegemônico.

Conforme Costa (1998) está posto como grande desafio ao Serviço Social articular seu pensamento crítico às práticas de humanização no sentido de romper com práticas individualizantes e conservadoras que conformam o enquadramento dos sujeitos, direcionando sua atuação profissional ao fortalecimento da participação social e da defesa, consolidação e ampliação de novos direitos de cidadania.

Nesse sentido, no âmbito da saúde, em sua perspectiva ampliada, priorizar os direitos sexuais e reprodutivos é fazer valer os princípios contidos no SUS, na medida em que a integralidade, equidade e universalidade fazem do Sistema Único de Saúde uma política democrática que se dirige ao alcance da cidadania.

Assim, sustenta-se neste trabalho a noção de que é insuficiente defender a autonomia sobre o controle do próprio corpo e sexualidade sem pensar nas transformações societárias necessárias para a concretização ampla da perspectiva emancipatória presente nos direitos sexuais e reprodutivos. Para além do formalismo burguês, esses direitos exigem a conformação de um conjunto de recursos tecnológicos e sociais que permitam que as decisões tomadas em torno da esfera reprodutiva e sexual estejam amparadas em princípios como a liberdade, a integralidade e a diversidade; deslocando-se de sua inclinação individualista (advinda da agenda liberal) para reconhecê-los enquanto necessidade social amparada em uma perspectiva de transformação social, humana e emancipatória.

Por fim, devemos sinalizar que o cenário de contrarreforma do Estado imprime requisições específicas para o trabalho em saúde ao reciclar/defender práticas arbitrárias e conservadoras que reproduzem o modelo de atenção biologizante, individual, curativo e fragmentado. Fica claro que essas requisições estabelecem relação intrínseca com o espraiamento e naturalização das práticas de violência institucional no cotidiano dos serviços de saúde, especialmente quando direcionadas às mulheres – dada sua histórica condição de subserviência e subalternidade. Este cenário reforça o amplo desafio que os profissionais de saúde, dentre eles o Assistente Social, vivenciam no seu cotidiano de trabalho, reafirmando, contraditoriamente, que a superação desta realidade se constrói coletivamente nas arestas desumanas do sistema capitalista heteropatriarcal, vislumbrando-se a edificação da necessária e urgente sociedade emancipada do bem-viver.

REFERÊNCIAS

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

ÁVILA, Maria Bethânia. **Direitos reprodutivos: uma invenção das mulheres reconcebendo a cidadania.** Recife: SOS Corpo, 2003.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos/** Maria Inês de Souza Bravo. -1 ed.-São Paulo: Cortez, 2013.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos serviços de Saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais, 1998.**

MARTINEZ, Simone Duran. **Violência Institucional: Violação dos Direitos Humanos da Mulher.** Palestra realizada no II Fórum de Violência contra a mulher/Presidente Prudente-21/11/2008.

MATOS, M. C. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional.** São Paulo: Cortez, 2013.

MATTOS, R. A. **Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos.** In: Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos (orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p.

NETTO, J. P. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social** In: In MOTA, A. E. et al. (orgs.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. P. 141-160.

NETTO, José Paulo. **A construção do projeto ético político do serviço social.** Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. Capacitação em Serviço Social e Política Social (Brasília, CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB, 1999.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **Ontogênese e filogênese do gênero: Ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra as mulheres.** In: Serie Estudos e Ensaios/ciências sociais- FLACSO: Brasil, junho de 2009.

ZALUAR, Alba e LEAL, Maria Cristina. **Violência extra e intramuros.** REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS SOCIAIS - Vol. 16 N°45, 2001.

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM JOÃO PESSOA- PB

Data de aceite: 13/04/2020

Data de submissão: 09/01/2020

Elisabete Vitorino Vieira

Mestra em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da UFPB. João Pessoa, Paraíba.

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5923316426126475>

Ana Paula Rocha de Sales Miranda

Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPB. João Pessoa, Paraíba.

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6854822017960000>

Rafael Nicolau Carvalho

Doutor em Sociologia pela UFPB. Professor do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba.

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3494692575372499>

RESUMO: Este capítulo discute parte dos resultados da pesquisa de mestrado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal

da Paraíba. O estudo objetivou analisar o exercício profissional dos assistentes sociais nos serviços de saúde mental do município de João Pessoa/PB. Nesse recorte discutem-se as competências e atribuições previstas no Projeto Ético-Político Profissional (PEPP) e as ações que materializam a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) nos serviços de saúde mental a partir do exercício profissional dos assistentes sociais. Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem quali-quantitativa. A amostra foi constituída por 16 assistentes sociais atuantes nos serviços de saúde mental do referido município. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas no período de outubro de 2017 a fevereiro de 2018. A partir dos resultados, aponta-se que 62,5% dos entrevistados realizam treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social como atribuições privativas da profissão, bem como realizam encaminhamentos e prestam orientação social a indivíduos, grupos e à população. Essas atribuições e competências estão ocultas para os profissionais, que mesmo as materializando cotidianamente, não têm clareza quanto a sua articulação com as dimensões teórico-metodológicas e ético-políticas da profissão. Evidencia-se ainda a ocorrência de certas tendências do exercício

profissional no campo da saúde mental que são resultantes desse processo de falta de articulação com as demais dimensões e da burocratização do cotidiano profissional nesse campo de atuação.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social. Saúde Mental. Competências profissionais. Atribuições profissionais.

SOCIAL WORKERS' COMPETENCES AND ASSIGNMENTS IN JOÃO PESSOA MENTAL HEALTH SERVICES

ABSTRACT: This chapter discusses part of results from a master dissertation developed in the Postgraduate Program in Social Work of the Federal University of Paraíba. The study aimed to analyze the professional practice of social workers in mental health services in the city of João Pessoa, Paraíba, Brazil. This chapter focuses on competences and assignments foreseen in the Professional Ethical-Political Project (PEPP) and actions that materialize the Brazilian Psychiatric Reform (BPR) in mental health services from the professional practice of social workers. It is an exploratory research study with qualitative and quantitative approach. The sample consisted of 16 social workers from mental health services located in João Pessoa. Semi-structured interviews were conducted from October 2017 to February 2018. The results demonstrated that most respondents (62.5%) develop trainings, evaluations and direct supervision of social work students as profession specific duties. They also execute referrals and provide social guidance to individuals, groups and general public. Although, the professionals materialize these assignments and competences daily, they do not realize articulations between those actions and theoretical-methodological and ethical-political dimensions of social work profession. The results also gave evidence that professional practice in the field of mental health is influenced by this lack of articulation with other dimensions and bureaucratization of professional daily procedures.

KEYWORDS: Social Work. Mental Health. Professional competence. Professional assignments.

1 | INTRODUÇÃO

Este capítulo é resultado de uma pesquisa exploratória desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). A dissertação de mestrado, intitulada “*Serviço Social e atuais tendências do exercício profissional na saúde mental*”, teve por objetivo analisar o exercício profissional dos assistentes sociais nos serviços de saúde mental do município de João Pessoa/PB.

Destacam-se como objetivos específicos do estudo: caracterizar o exercício profissional dos assistentes sociais nos serviços de saúde mental; analisar a

organização da rede de serviços de saúde mental situados no município de João Pessoa e seu rebatimento na organização do exercício profissional; identificar as influências teórico-metodológicas que inflexionam o exercício profissional dos assistentes sociais nesse campo de atuação; e discriminar os princípios éticos, as competências e atribuições profissionais mais requisitados nos serviços de saúde mental.

Vale destacar que para este capítulo apresentam-se apenas a análise e discussão sobre as competências e atribuições mais requisitadas pelos assistentes sociais nos serviços de saúde mental.

A escolha desse objeto de estudo se deu a partir das inúmeras indagações sobre o exercício profissional dos assistentes sociais na política da saúde mental, tema inquietante para a categoria profissional, tendo em vista as transformações ocorridas nas últimas décadas, que proporcionaram a inserção dos assistentes sociais nos novos serviços da rede de saúde.

O desafio posto ao Serviço Social na política de saúde mental é o cerne de diversos estudos e debates pela categoria profissional (VASCONCELOS, 2010; ROBAINA, 2010; CFESS, 2010; BISNETO, 2011; FERNANDES; RIBEIRO, 2016; ROSA 2016). Isso se dá devido à imersão da profissão em um campo de predominância dos saberes *Psi* (*Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise*) tem, ao longo das três décadas de constituição do atual Projeto Ético-político profissional, provocado a profissão a refletir sobre diversos momentos de sua constituição, em que a aproximação com esses saberes colocou a categoria em posição contrária à atual perspectiva de um exercício profissional crítico.

Pode-se ressaltar que mesmo sendo o campo da saúde mental atravessado pelos saberes *psi*, há uma grande abertura dada para a dimensão *social*, resultante do processo de Reforma Psiquiátrica, a qual, através do movimento de Luta Antimanicomial, trouxe o caráter inovador ao instituir, dentre os princípios reformistas, o reconhecimento do social nos processos de adoecimento (AMARANTE, 2010; FERNANDES; RIBEIRO, 2016).

Em linhas gerais, a partir da promulgação da Lei 10.216/2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, o Estado brasileiro iniciou o processo gradativo de redução dos leitos psiquiátricos, sendo estes substituídos por serviços de base territorial denominados de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que primam pelo fortalecimento da cidadania e autonomia dos sujeitos alicerçados nos princípios do Movimento pela Reforma Psiquiátrica (MRP).

O MRP é resultado de um processo social mais amplo, que envolve o processo histórico de redemocratização do país, o Movimento pela Reforma Sanitária, a constituição do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e a própria construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para compreender esses processos, é necessário pontuar os acontecimentos que permeavam o cenário do país no final dos anos de 1970, principalmente no tocante ao contexto social.

O Movimento de Reforma Sanitária surge a partir do final da década de 1970, com o processo de redemocratização do Brasil, que contava com a participação de diversos profissionais atuantes no campo da saúde, os quais estavam retornando ao país após o exílio. Ao mesmo tempo, a partir de uma série de denúncias de violência contra as pessoas internadas em instituições psiquiátricas, surge um movimento social que levanta a questão do cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, levando posteriormente à criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e, por conseguinte, o MNLA (AMARANTE, 2010).

As reflexões e atuações produzidas por esses movimentos acarretaram ganhos para a assistência em saúde mental no que concerne ao cuidado das pessoas com transtornos psíquicos, a incorporação de novos saberes oriundos das Ciências Sociais, as ações políticas e sociais que passaram a envolver as pessoas com transtornos mentais e seus familiares no processo de construção da política de saúde mental.

O MRP tinha um caráter político indispensável para pautar as reivindicações de um segmento da sociedade historicamente excluído. Os atores envolvidos não exigiam apenas a transformação dos serviços e dos modelos de assistência, mas pautava uma “sociedade sem manicômios”, um aspecto importante do Movimento de Reforma Psiquiátrica, que vinculava seus princípios com um projeto de sociedade, através da desinstitucionalização/desconstrução do cotidiano das instituições e em novas formas de lidar com a loucura.

No âmbito dessas mudanças, mais recentemente, institui-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. A RAPS se afirma como um sistema ordenado por pontos de atenção na oferta do cuidado em saúde mental, integrando diversos serviços e componentes das redes de saúde que fazem parte do SUS.

A atual política de saúde mental tem provocado mudanças significativas na forma de se ofertar o cuidado em saúde mental, ampliando o conceito de cidadania e abrindo a possibilidade de um trabalho de base interdisciplinar e intersetorial, em substituição ao modelo centrado no hospital psiquiátrico.

Portanto, nesse contexto, há abertura para atuação de diferentes categorias profissionais no âmbito dos novos serviços, dado o caráter interdisciplinar incorporado pela política de saúde e pelo reconhecimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença. Nesse aspecto, devido à abertura ao social, o MRP reconhece a importância do assistente social, devido a sua forte formação política e social. Nesse sentido, o Serviço Social passa a compor as equipes multidisciplinares em

saúde mental, principalmente nos CAPS (FERNANDES; RIBEIRO, 2016; ROSA, 2016).

Contudo, essa abertura não se deu de forma tranquila para a categoria, em virtude do caráter histórico conservador da profissão e sua relação conflituosa com os saberes que permeiam o campo da saúde mental.

A partir da sistematização e análise das experiências dos assistentes sociais nos serviços substitutivos em interação com esse debate, há uma preocupação por parte de alguns autores em clarificar as demandas postas para os assistentes sociais na saúde mental (VASCONCELOS; 2010; BISNETO, 2011; ROBAINA, 2010).

Bisneto (2011) destaca como um dos desafios postos aos assistentes sociais é a definição do seu objeto de intervenção, principalmente nos atuais serviços da Reforma Psiquiátrica, alertando para a diluição das atribuições privativas dos assistentes sociais e, conseqüentemente, a indefinição do seu estatuto profissional, diante da vasta gama de requisições que o campo da saúde mental requisita ao profissional.

Fernandes e Ribeiro (2016), por sua vez, afirmam que os assistentes sociais vêm ampliando seu escopo de atuação e intervenção no campo da saúde mental, principalmente sobre a interpretação do modo como as expressões da “questão social” inferem na população com transtorno mental. As autoras sistematizam a experiência dos assistentes sociais a partir do desenvolvimento de atividades denominadas de *Campo de Competências* e de *Núcleo de Competências* (CAMPOS, 2000). Nesse processo, as atribuições privativas dos assistentes sociais permanecem inalteradas, e as atividades de campo (comuns aos demais profissionais) estão no âmbito das competências profissionais.

Rosa (2016) demonstra que o desafio para o Serviço Social no campo da saúde mental não é a falta de compreensão por parte do profissional sobre o seu exercício nesse âmbito, mas sim a qualificação do “social” incorporado à política de saúde mental pelo MRP, que também o deixa aberto para a intervenção de outras categorias profissionais.

Além desses, outros desafios são postos aos profissionais do Serviço Social no cotidiano do exercício profissional na saúde mental, como articular, não somente com a categoria profissional, mas com a equipe multiprofissional, ampliando uma visão crítica acerca do processo de trabalho em saúde mental, da realidade social com a existência de transtornos mentais e o uso de substâncias psicoativas.

A inserção dos assistentes sociais nos serviços substitutivos de saúde mental, como integrantes das equipes multiprofissionais, possibilitou a caracterização do exercício profissional que os profissionais do Serviço Social passam a desempenhar nesses serviços.

Para efeitos desta análise, considera-se que o exercício profissional dos

assistentes sociais inseridos no campo da saúde mental apresenta certas tendências que são destacadas pela literatura, principalmente em Robaina (2010). Essas tendências do exercício profissional expressam tanto as preocupações mais particulares da profissão (dimensões da prática profissional, sistematização e identidade profissional) quanto as possibilidades levantadas pela Reforma Psiquiátrica que se coloca para as diferentes profissões, como, por exemplo, qualificar o social, a disputa entre os saberes e o debate ainda aberto sobre as estratégias da produção do cuidado (ROSA, 2016).

2 | METODOLOGIA

A pesquisa teve caráter quali-quantitativo e utilizou a técnica de análise de conteúdo por categorização, tomando como referência os achados da pesquisa documental e do levantamento bibliográfico. A partir da análise documental, a qual considerou o conjunto de documentos que norteiam o exercício profissional, bem como da análise do material bibliográfico sobre a atuação dos assistentes sociais na saúde mental, foi possível construir uma matriz de análise, permitindo examinar criticamente os dados empíricos.

Assim, neste trabalho, considera-se que o exercício profissional dos assistentes sociais na saúde mental se apresenta como um movimento de compreensão dos aspectos históricos, teórico-metodológicos e ético-políticos, da constituição da profissão no país, bem como sua aproximação com o campo de saúde mental e sua inserção nele.

Constitui-se também como elemento da matriz de análise a própria configuração do campo da saúde mental, a partir da promulgação da Lei 10.216/2001 e da edição da Portaria 3.088/2011, que institui a RAPS. A partir desse marco legal, temos a reorganização da rede de saúde mental que vai requisitar cada vez mais a inserção dos assistentes sociais nos novos serviços.

O método empregado foi o crítico-dialético, pois permite ao pesquisador considerar as contradições existentes, a partir do movimento histórico da sociedade, e perceber as dimensões filosóficas e políticas nas quais seu objeto está imerso (LIMA; MIOTO, 2007).

O método dialético implica sempre em uma revisão e em uma reflexão crítica e totalizante porque submete à análise toda interpretação pré-existente sobre o objeto de estudo [...]. Trata-se de chegar à essência das relações, dos processos e das estruturas, envolvendo na análise também as representações ideológicas ou teóricas construídas sobre o objeto em questão. (LIMA; MIOTO, 2007, p. 40).

Os sujeitos desta pesquisa foram 16 assistentes sociais dos serviços de saúde mental da cidade de João Pessoa/PB que atuam nos seguintes serviços: Complexo

Psiquiátrico Juliano Moreira, Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM), Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil Cirandar, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas David Capistrano, Centro de Atenção Psicossocial III Gutemberg Botelho, Centro de Atenção Psicossocial Caminhar.

Os dados foram coletados durante o período de outubro de 2017 a fevereiro de 2018.

Esses sujeitos participaram de forma voluntária, tendo em vista que é proibida qualquer forma de remuneração, conforme esclarecido pela pesquisadora sobre o motivo e o interesse da realização da pesquisa, bem como sobre a garantia do sigilo e a livre escolha de desistir em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo. (BRASIL, 2013).

A pesquisa empregou as orientações das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde N° 510, de 07 de abril de 2016 (BRASIL, 2016), que versa sobre as especificidades éticas na pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, e N° 466/12 sobre Ética na Pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2013).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética na Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPB e recebeu parecer favorável sob o número 2.314.186 em 05 de outubro de 2017.

3 | RESULTADOS

As atribuições e competências profissionais, sejam na saúde mental, sejam nos demais espaços sócio-ocupacionais, têm por base as orientações contidas no Código de Ética Profissional (Lei nº 8.662/93). O exercício profissional no campo da saúde mental visa apreender essas orientações para viabilizar aos usuários o acesso aos direitos e serviços que possibilitem o tratamento adequado.

Iamamoto (2015) afirma que para executar de maneira apropriada seu exercício profissional, os assistentes sociais contam com:

[...] sua qualificação acadêmico-profissional especializada, com a regulamentação de funções privativas e competências e com a articulação com outros agentes institucionais que participam do mesmo trabalho cooperativo, além das forças políticas das organizações dos trabalhadores que aí incidem. (IAMAMOTO, 2015, p. 422).

Com base nisso, para identificar quais atribuições e competências são executadas pelos assistentes sociais nos serviços de saúde mental, utilizou-se do quadro abaixo para sistematizar as respostas dos entrevistados a partir do questionário e da entrevista semiestruturada.

Esse quadro foi elaborado a partir da matriz de análise e considerou os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, elaborados pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) no ano de 2010. No processo de entrevista, os

profissionais puderam indicar mais de uma atividade, caso a exercessem em seu cotidiano profissional.

ATRIBUIÇÕES DOS ASSISTENTES SOCIAIS	Quantidade	%
Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social.	08	50%
Treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social.	10	62,5%
Coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de serviço social.	04	25%
Dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas.	02	12,5%

QUADRO 1 – ATRIBUIÇÕES DOS ASSISTENTES SOCIAIS

Fonte Primária – 2018

Conforme pode ser observado no Quadro 1, a atribuição mais requisitada foi a realização de treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social, com 62,5% de frequência. Esse dado merece destaque, por ser uma atribuição privativa do assistente social e representar a presença de estudantes de Serviço Social nesses espaços sócio-ocupacionais. A existência de estagiários aponta também para futuros profissionais que tiveram desde a sua graduação contato com o campo da saúde mental.

Sobre a supervisão de estágio, o CFESS afirma:

O estágio realiza-se sob supervisão direta de um/a profissional assistente social atuante na instituição onde ocorre o estágio, comumente designado de “supervisor/a de campo” e de professor assistente social vinculado à Instituição de Ensino Superior, comumente designado “supervisor/a acadêmico/a” (CFESS, 2013, p. 11).

Assim, a prática da supervisão de estágio compreende uma das atribuições privativas mais desenvolvidas pelos assistentes sociais que trabalham na política de saúde mental do município de João Pessoa.

Outro dado importante destacado é a realização de vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres, com 50% de frequência, pois se trata ainda de atividades privatistas da profissão, mas relacionadas com a sua dimensão técnico-operativa.

O terceiro item mais indicado pelos entrevistados é a coordenação de seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de serviço social como parte do exercício profissional dos assistentes sociais no campo da saúde, com 25%.

No Quadro 2, observa-se que o emprego das competências profissionais tem impactos no cotidiano do exercício profissional no campo da saúde mental. Durante a coleta de dados, identificou-se que alguns profissionais não conseguiam perceber as similaridades e diferenças entre atribuições e competências.

COMPETÊNCIAS DOS ASSISTENTES SOCIAIS	Quantidade	%
Encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população.	10	62,5%
Realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.	7	43,75%
Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais.	5	31,25
Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social, com participação da sociedade civil.	8	50%

QUADRO 2 – COMPETÊNCIAS DOS ASSISTENTES SOCIAIS

Fonte Primária -2018.

Do mesmo modo, o quadro de competências profissionais corresponde àquelas competências mais requisitadas dos assistentes sociais nos serviços de saúde mental, sendo a primeira mais indicada pelos entrevistados, com 62,5%, encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e população.

Em sua análise, Martins (2013) apresenta que o Serviço Social, através do seu exercício profissional, movimenta-se com objetivo de pôr fim às dificuldades encontradas pelos usuários no acesso aos serviços da rede quando do acesso a direitos e benefícios sociais. Isso pode vir a ser o diferencial desse exercício profissional, vista a congruência dessa prática com o projeto profissional e com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Igualmente, afirma Rosa (2016, p. 20):

[...], o agente profissional do Serviço Social é instado a pensar qual é o “social” do assistente social e qual sua leitura particular para essa dimensão, no cerne do processo de trabalho coletivo que o profissional integra. [...], o que particulariza a concepção de mundo e a intervenção do assistente social no contexto da clínica ampliada, nos diferentes cenários e configurações das manifestações da questão social que se agravam na crescente consolidação da proposta neoliberal na implementação das políticas públicas, para que não ter diluída sua identidade profissional [...].

Com base no que Rosa (2016) e Martins (2013) trazem, o exercício profissional de assistentes sociais nos serviços de saúde mental requer cada vez mais que a profissão materialize sua identidade profissional, primando pela concepção de seu objeto de intervenção – a questão social – e pela apreensão da totalidade dos fenômenos. Vale considerar que para Fernandes e Ribeiro (2016), a Clínica Ampliada, conceito oriundo da Saúde Coletiva, pode ser entendida como fio condutor das ações profissionais, tendo em vista que a prática na clínica ampliada pressupõe valorizar a dimensão social e intersubjetiva dos usuários da saúde mental, incluindo os diversos saberes e as competências nesse processo.

O segundo item mais assinalado pelos entrevistados corresponde a elaborar,

coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social, com participação da sociedade civil, com 50% de frequência, o que demonstra um dado ainda pouco estudado na relação entre o Serviço Social e a saúde mental.

O terceiro item destacado pelos assistentes sociais entrevistados foi a realização de estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Nos serviços de saúde mental localizados no município de João Pessoa/PB, a realização dessa competência é apontada por 43,75% dos entrevistados, tendo em vista a necessidade dos usuários da saúde mental de acessar os benefícios socioassistenciais e outros direitos. A requisição dessa competência ocorre tanto por parte da instituição quanto por parte dos usuários.

Esse item está estreitamente relacionado a encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população. Ambos se relacionam de modo que um viabiliza a existência do outro e formam a base do processo de trabalho dos profissionais entrevistados.

4 | DISCUSSÃO

Identificamos que as atribuições e competências profissionais atravessam o cotidiano dos assistentes sociais. Isso porque a profissão se caracteriza por seu aporte teórico-prático, o que exige dos profissionais respostas às inúmeras demandas, sobre situações concretas. Todas essas demandas devem ser desenvolvidas com eficiência e responsabilidade, possibilitando aos usuários dos serviços o atendimento de suas necessidades, bem como resguardando o sigilo profissional (CFESS, 1993).

Dentre as atribuições, a segunda mais requisitada para os assistentes sociais é realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social com 50%. Destacamos que dentre os itens, a emissão de pareceres compreende quase 70% de todo o trabalho executado pelos assistentes. Isso reforça a lógica imposta muitas vezes pela instituição, quando requisita desses profissionais repostas imediatas, como nos afirma Azevedo (2014, p. 168):

O trabalho profissional do assistente social cria condições necessárias ao processo de reprodução social [...] produz efeitos ideológicos que reforçam ou não a aceitação das condições de compra e venda da força de trabalho [...]

Esse processo de trabalho reflete nas respostas dadas pelos assistentes sociais

no que concerne as suas competências, quando 62,5% dessas são encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população. Esse é o total correspondente a 10 entrevistados, que afirmam ser a primeira competência mais requisitada aos profissionais do Serviço Social, como podemos identificar na fala de uma das entrevistadas:

O assistente social na saúde mental deve buscar o respeito às diretrizes para atuação profissional na saúde, a questão da informação aos pacientes e seus familiares sobre seus direitos, encaminhamentos para outros serviços e a contribuição no projeto terapêutico a partir das contribuições do Serviço Social no que tange aos determinantes sociais. (Entrevistada 07)

Observa-se no relato da Entrevistada 07, a importância da reafirmação do Serviço Social no campo da saúde mental, imprimindo nas suas competências a identidade profissional, em conformidade com o Código de Ética da profissão, a Lei nº 8662/1993 e os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.

No entanto, não apenas com base nos relatos dos entrevistados, mas a partir das observações realizadas e orientados por uma vasta literatura, o exercício profissional sofre os impactos de inúmeros fatores, como as demandas institucionais e aquelas postas pelos próprios usuários. Isso inviabiliza uma apreensão da realidade como aspecto histórico e ontológico, o que engloba também a vida cotidiana – a cotidianidade.

Sobre essa cotidianidade Netto (2007, p. 66) considera que:

[...] a vida cotidiana é insuprimível. Não há sociedade sem cotidianidade, não há homem sem vida cotidiana. Enquanto espaço-tempo de constituição, produção e reprodução do ser social, a vida cotidiana é ineliminável.

Dessa forma, compreende-se que o exercício profissional dos assistentes sociais é atravessado pela cotidianidade e que é, constantemente, interpelado a dar respostas, a seguir padrões e protocolos, de modo que não demanda um processo de reflexão, de projeção do trabalho, apenas a busca por respostas.

A necessidade por dar respostas reflete no seguinte aspecto: 43,75% realizam estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública. A imediatividade reverbera no exercício profissional, para Azevedo (2014), da seguinte forma:

[...] o cotidiano profissional pode mostrar-se obscurecido pelos atos repetitivos, objeto de pouca reflexão, caso os profissionais situem equivocadamente seu trabalho e o campo teórico e não apreendam que em decorrência dos desafios que a realidade lhes impõe diariamente, é necessário conhecimento qualificado e seu constante aprimoramento no exercício profissional [...] (AZEVEDO, 2014, p. 169).

É isso que, na maioria dos casos observados, oculta para os profissionais suas atribuições e competências e, mesmo as realizando diariamente, não conseguem defini-las. Isso denota também a ausência de uma articulação com a dimensão

investigativa e ético-política da profissão, em um movimento de homogeneização das demandas e das respostas, negando a dimensão teórico-metodológica e aderindo ao praticismo.

Portanto, acaba-se dificultando que o exercício profissional crie condições necessárias para as transformações sociais e, através disso, a natureza ética da profissão não pode ser mensurada e aprimorada, considerando os efeitos de aceitação ou não da compra e venda da força de trabalho, mediante o cotidiano profissional.

Verifica-se também certa relação das atribuições e competências profissionais com o caráter sincrético do Serviço Social e como isso impacta na constituição de tendências do exercício profissional. Consideramos a importância da categoria sincretismo, conforme apresentado por Netto (2005),

[...] o fio condutor da afirmação e do desenvolvimento do Serviço Social como profissão, seu núcleo organizativo e sua forma de atuação expressa-se em todas as intervenções do agente profissional e revela-se em todas as intervenções do agente profissional como tal. O sincretismo foi o princípio constitutivo do Serviço Social. (NETTO, 2005, p. 92).

O sincretismo se encontra intrinsecamente relacionado às bases de existência da profissão. Ele mesmo conduz a profissão desde a sua gênese, caracterizando-a em seu próprio campo de intervenção, apontando qual o horizonte do seu exercício profissional e as especificidades dessa intervenção (NETTO, 2005).

Segundo Iamamoto (2014), a profissão é permeada pelos elementos constitutivos de sua gênese: pensamento humanitário e referencial teórico-ideológico relacionado ao Conservadorismo, não consegue superar seu compromisso sociopolítico com as classes dominantes, reforçando, assim, as características do Serviço Social tradicional.

Destaca-se que o trabalho desenvolvido no campo da saúde mental e a organização desse processo feito pelos assistentes sociais, do modo como se apresenta, não possibilita uma compreensão da totalidade, limitando, dessa forma, as devidas mediações.

No cotidiano do seu exercício profissional, os assistentes sociais são convocados a construir ações propositivas, criativas, através da interpretação da totalidade dos fenômenos, estabelecendo uma conexão entre a descrição e a teoria. Ainda para Iamamoto (2015),

O grande desafio na atualidade é, pois, transitar da bagagem teórica acumulada ao enraizamento da profissão na realidade, atribuindo ao mesmo tempo uma maior atenção às estratégias, táticas e técnicas do trabalho profissional, em função das particularidades dos temas que são objetos de estudo e da ação do assistente social. (IAMAMOTO, 2015, p. 52).

Os ganhos teóricos que a profissão galgou a partir de sua aproximação com

o aporte teórico do materialismo crítico-dialético possibilitou uma intervenção profissional mais analítica e técnico-operativa, ao mesmo passo que também se desenvolve a partir de uma perspectiva política desse exercício profissional. Sendo assim, a base indispensável para o exercício profissional está nas três dimensões do exercício profissional: a interventiva, a analítica e a ética.

Contudo, considerando a ausência de sistematização do trabalho do assistente social na saúde mental, bem como da realização de atividades, em grande medida, sem a devida relação com as demais dimensões do exercício profissional, resulta na ocorrência de certas tendências do exercício profissional no campo da saúde mental.

Assim, sugere-se a ocorrência de três principais tendências do exercício profissional no campo da saúde mental em João Pessoa, a saber: a tendência clínica, a tendência instrumental e a tendência crítica.

Conforme explicitado por Robaina (2010), o Serviço Social no campo da saúde mental assume duas tendências: a “clínica” e a perspectiva crítica. A perspectiva clínica, enfatizada pela autora, caracteriza-se pelo “ater-se à subjetividade como objeto de atuação”, pode também estar expressa pelo que a autora também denomina de uma prática “assistencialista instrumental” ou restrita apenas à assistência social, no seu sentido focalista.

A tendência clínica pode demonstrar como o campo da saúde mental pode “confundir” os objetos profissionais diante da multiplicidade de saberes e práticas presentes nesse campo, associadas às questões particulares da profissão, como bem aponta a autora:

Tal adesão parece advir de certa “crise de identidade” dos assistentes sociais numa área em que maciçamente as demais categorias profissionais são formadas para a clínica, além, é claro, dos constrangimentos objetivos e subjetivos da força hegemônica, já citados anteriormente. (ROBAINA, 2010, 345).

No que concerne à perspectiva crítica, a autora acrescenta:

Outra perspectiva vigente refere-se àquela atuação que preserva a identidade profissional e sua autonomia técnica, sem negar a interdisciplinaridade, buscando contribuir no campo teórico-prático para a identificação dos determinantes sociais, das particularidades de como a questão social se expressa naquele âmbito. (ROBAINA, 2010, p. 345).

Essa definição da autora converge para um debate bastante requisitado para explicar as práticas da equipe multiprofissional na saúde mental; ressalte-se a inter-relação de campo e núcleo proposto por Campos (2000, p.220). Por noção de campo entende-se “saberes e responsabilidades comuns e confluentes a várias profissões ou especialidades”, ou seja, seria um espaço no qual cada disciplina e profissão se apoiaria na construção de atividades teóricas e práticas.

Nessa definição, campo e núcleo se influenciam mutuamente, criando

características comuns, ao mesmo tempo em que particulariza as ações do núcleo profissional. A compreensão da totalidade da realidade é o que o Serviço Social acrescenta ao campo da saúde mental, preservando, assim, a perspectiva crítica, conforme argumentação de Fernandes e Ribeiro (2016).

Outra tendência que se apresenta no presente estudo é a adesão às práticas que visem a dar respostas imediatas no campo da saúde mental que pode incorrer no distanciamento da perspectiva crítica e a aproximação cada vez maior de uma instrumentalização da profissão, como aponta Maranhão (2016):

Na realidade, o Serviço Social lida cotidianamente, nos mais variados espaços profissionais das instituições, com uma das tendências mais reificadoras e típicas das relações sociais capitalistas: a burocratização da vida social. [...] para a profissão do Serviço Social, isso demonstra que se limitar aos processos burocráticos de sistematização da empiria resulta em abrir mão das mediações que proporcionam ao investigador e profissional a aproximação às múltiplas determinações do fenômeno, ou seja, a totalidade concreta. (MARANHÃO, 2016, p. 177-178).

Segundo a análise de Maranhão (2016), o aspecto da burocratização da profissão é um fator que remete à presença do conservadorismo na profissão, pois o fato de se limitar apenas a esses processos é deixar em segundo plano as aproximações com inúmeras determinações dos fenômenos.

Desse modo, quando se retomam as principais atribuições e competências requisitadas aos assistentes sociais, identifica-se que são aquelas em que a tendência instrumental predomina, porque nos casos observados, as respostas dadas compreendem apenas ao preenchimento de protocolos e execução de fluxos de atendimento. A ausência da articulação da dimensão interventiva com as dimensões investigativas e ético-políticas da profissão, conforme preconizado no Projeto Ético-Político profissional, tem levado a um processo cada vez mais imediatista do exercício profissional, incorrendo em um processo de trabalho meramente instrumental.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora essa pesquisa tenha demonstrado a presença de três tendências no exercício profissional na saúde mental, o que pode sugerir ainda um viés conservador e sincrético que se afirma em interação com o campo da saúde mental, defende-se que o atual estatuto profissional conduz o exercício profissional para uma postura crítica, a qual preserve a autonomia da profissão sem diluir-se na interdisciplinaridade, outorgando suas colaborações, não apenas no aspecto interventivo, mas também na dimensão investigativa de modo também a qualificar as análises sobre o conceito de social, ponto crucial da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Esse pode ser o grande contributo do Serviço Social para o campo da saúde

mental, marco teórico-prático de sua participação nessa política social, que diante das transformações e pelo movimento dinâmico da sociedade brasileira, tem sofrido as inflexões do neoliberalismo.

Portanto, sugere-se que as questões tratadas neste trabalho possam ser aprofundadas em estudos futuros, de modo que revele para a categoria profissional, a partir de um olhar crítico, os desafios de sua atuação não só na saúde mental, mas também em outras políticas sociais.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

AZEVEDO, I. S. A dimensão ética da sistematização do exercício profissional. **Revista de Serviço Social**, Londrina, v. 16, n.2, Jan/Jun. 2014.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília. 2013.

_____. Resolução nº 516, de 07 de abril de 2016. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília. 2016.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5 (2), 2000.

CFESS. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Lei 8662/93 de regulamentação da profissão. 10 ed. Brasília: CFESS, 2013.

_____. **Parâmetros Para Atuação do Assistente Social na Saúde**. Brasília: CFESS, 2010. CFESS. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Lei 8662/93 de regulamentação da profissão. 10 ed. Brasília: CFESS, 2012.

_____. **Resolução CFESS Nº 569, de 25 de março de 2010**. Dispõe sobre a vedação da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social. Brasília: CFESS, 2010.

FERNANDES, J. C. RIBEIRO, C. S. Saúde mental e Serviço Social: entre o campo e o núcleo. In: **Atenção Psicossocial e Serviço Social**. Campinas, Papel Social, 2016.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 26 ed. São Paulo, Cortez, 2015.

_____. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 41 ed. São Paulo, Cortez, 2014.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálisis**. Florianópolis, v. 10, n. Especial. 2007.

MARANHÃO, C. Uma peleja teórica e histórica: Serviço Social, sincretismo conservadorismo. In:

Cenários, contradições e peijas no Serviço Social brasileiro. São Paulo, Cortez, 2016.

MARTINS, M. R. O processo de desinstitucionalização psiquiátrica e o serviço social. In: **A prática do assistente social na saúde mental.** Rio de Janeiro, Editora UFRJ, 2013.

MATOS, M. C. **Serviço Social, ética e saúde:** reflexões para o exercício profissional. 2. ed. São Paulo, Cortez, 2017.

NETTO, J.P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social.** 4. ed. São Paulo, Cortez, 2005.

_____. Para a crítica da vida cotidiana: In: **Cotidiano:** conhecimento e crítica. 7 ed. São Paulo, Cortez, 2007.

ROBAINA, C.M.V. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Revista de Serviço Social,** São Paulo, n 102, Abr./Jun., 2010.

ROSA, L. C. S. Panorama geral do Serviço Social na saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica/Atenção Psicossocial. In: **Atenção Psicossocial e Serviço Social.** Campinas, Papel Social, 2016.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde mental e Serviço Social:** O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5. ed. São Paulo, Cortez, 2010.

CIBERATIVISMO DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: ENTRE O VIRTUAL E O POSSÍVEL

Data de aceite: 13/04/2020

Data da submissão: 26/12/2019

Lucia Cristina dos Santos Rosa

Universidade Federal do Piauí – Departamento de Serviço Social/Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas – Teresina – Piauí.

Link currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/1155495958494760>

Sâmia Luiza Coêlho da Silva

Universidade Federal do Piauí – Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas e Faculdade Maranhense São José dos Cocais– Teresina – Piauí. Link currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/2047852860386351>

RESUMO: O tema do estudo focaliza a participação da família no processo de desinstitucionalização em saúde mental, a partir do ciberativismo, ou seja, ativismo digital. As indagações que levaram à implementação da pesquisa giram em torno de: como se identificam e se caracterizam as associações de familiares no espaço virtual? Que necessidades em saúde mental veiculam? O ciberativismo contribui para maior visibilização das necessidades dos familiares cuidadores, a partir de marcadores de classe social, gênero e etnia? Tem por objetivo geral: analisar a configuração da participação da

família no processo de desinstitucionalização, a partir do ciberativismo e dos marcadores de classe social, gênero e etnias, no período de 1990 a 2018. A importância da mesma se situa na maior visibilização e equacionamento das necessidades da família, que no processo desinstitucionalizante em saúde mental tem ocupado diferentes lugares, embora padecendo de crescentes sobrecargas, na direção do familismo. A metodologia da pesquisa é fundamentada em pesquisa qualitativa, com triangulação de fontes, tendo por principais ferramentas: a análise documental, bibliográfica e a pesquisa nos sítios virtuais das associações de usuários e familiares. Os achados e as conclusões sinalizam para a frágil manifestação das necessidades dos familiares e a nula visualização de seus marcadores de classe social, gênero e etnia, o que torna opaca a atuação da família em prol de suas próprias necessidades, que não sendo politizadas, pode transformar o cuidado postulado como comunitário em cuidado familiar, principalmente feminino.

PALAVRAS-CHAVE: Ciberativismo. Cidadania. Família. Desinstitucionalização. Saúde Mental.

FAMILY CYBERACTIVISM IN THE MENTAL HEALTH DE-INSTITUTIONALIZATION PROCESS IN BRAZIL: BETWEEN THE VIRTUAL AND POSSIBLE

ABSTRACT: The theme of the study focuses on family participation in the deinstitutionalization process in mental health, based on cyberactivism, ie digital activism. The questions that led to the implementation of the research revolve around: how are family associations identified and characterized in the virtual space? What mental health needs do they convey? Does cyberactivism contribute to greater visibility of the needs of family caregivers, based on markers of social class, gender and ethnicity? Its general objective is to analyze the configuration of family participation in the deinstitutionalization process, based on cyberactivism and social class, gender and ethnicity markers, from 1990 to 2018. Its importance lies in greater visibility and equation. the needs of the family, which in the deinstitutionalizing process in mental health has occupied different places, although suffering increasing burdens, towards familism. The research methodology is based on qualitative research, with triangulation of sources, having as its main tools: the documental, bibliographical analysis and the research in the virtual sites of the users and family associations. The findings and conclusions point to the fragile manifestation of family members' needs and the lack of visualization of their markers of social class, gender and ethnicity, which makes the family's performance in favor of its own unpolitized needs opaque. transform the postulated community care into family care, especially female.

KEYWORDS: Cyberactivism. Citizenship. Family. Deinstitutionalization. Mental health.

1 | INTRODUÇÃO

A partir da sociedade moderna, em que a loucura é capturada pelo saber médico, sendo enquadrada como doença/transtorno mental, inicia-se todo um processo que oscila em torno de políticas de encarceramento/internação ou desinstitucionalização desse segmento e de outros, sobretudo considerados improdutivos para o capital, seguindo a lógica capitalista que dita a importância e o valor da força de trabalho, agravada pela intensificação dos processos informacionais, que dispensa mão de obra, tornando inimpregáveis, parte significativa da força de trabalho.

Vale lembrar que, segundo Robert Castel (1978) as políticas sociais implementadas pelo Estado moderno e voltadas para o louco tinham um explícito caráter classista, pois não se destinava a todo e qualquer “louco”, mas ao pobre, não apenas destituído materialmente, mas, simbolicamente de tudo o que se tornou parte do processo civilizatório, sobretudo nos países subdesenvolvidos, que excluiu parcelas consideráveis do direito à educação e ao trabalho protegido, por exemplo.

Nesse contexto, as políticas prevalentes, foram as manicomiais, circunscritas às “instituições totais” (GOFFMAN, 1992) que fecharam a pessoa com transtorno

mental na lógica organizacional, mortificando seu eu, obstando sua assunção ao usufruto da cidadania, considerada como processo de incorporação de novos segmentos ao gozo de direitos inerentes à esfera pública. Paradoxalmente, esse desenho se, por um lado, desfavoreceu a cidadania da pessoa com transtorno mental, atingindo sobretudo seus direitos civis, envolvendo a liberdade de ir e vir, por outro lado, favoreceu com o abrigo, a “cidadania” da família, pois tornou o cuidado do louco um encargo do Estado e de seus trabalhadores/agentes, desencarregando os familiares da produção de cuidados a esse segmento, orientando-se para ações desfamiliarizante (TEIXEIRA, 2013), ou seja, liberando as famílias da função do cuidado direto com esse segmento.

O pós II Guerra Mundial, propiciou processos de desinstitucionalização, que permitiu a construção da cidadania da pessoa com transtorno mental, com a crescente perspectiva do cuidado em liberdade e afirmador de seus direitos, inclusive, os direitos civis.

No Brasil, em função da ditadura militar até os anos 80, o processo de desinstitucionalização em saúde mental ocorreu tardiamente, influenciado pela experiência italiana, sendo adotado como política pública a partir de 1990, coroado em 2001, com a Lei 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial para o cuidado comunitário (BRASIL, 2004a), ações multiprofissional, em rede e intersetorial.

Nesse contexto, a família é convocada a ser parceira (BRASIL, 2004b) e ter uma atuação mais plural e complexa (ROSA, 2018), saindo do lugar instrumental, sobretudo como visita e recurso, como era inserida no modelo manicomial. Com a Constituição de 1988 e seu fomento à participação social na construção de políticas sociais, e, com a Lei 8.142/1990 que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde” alguns familiares passam a se organizar ou participar de associações, inicialmente na perspectiva de ampliar e lutar por direitos da pessoa com transtorno mental, endossando serviços que propiciem a atenção em sistemas de “portas abertas” e na comunidade.

Segundo Waldir Souza (2001) as organizações de usuários e familiares lutam em torno de uma situação singular, contornada, de um lado, pela difícil compreensão e experiência com uma enfermidade enigmática, pois, perpassada por distintas representações, inclusive de natureza espiritual, médica e jurídica, que implica a totalidade do sujeito e que afeta sua credibilidade social, atravessada por sintomas de difícil entendimento, uso de psicotrópicos, que muitas vezes trazem efeitos colaterais e o estigma (GOFFMAN, 1988), extensível à família. Mas, buscam, sobretudo, o reconhecimento de uma identidade singular, que requer que seja forjada uma outra relação entre a sociedade e a loucura. Ou seja, buscam atuar no plano sociocultural e político, na perspectiva de ampliar a cidadania para

a pessoa com transtorno mental, na direção do oferecimento de cuidado cidadão, sem violação de direitos humanos.

O mesmo autor conclui que configura-se variadas formas de composição das organizações na saúde mental, com associações exclusivas de usuários ou familiares. Associações duplamente representadas, com usuários e familiares, usuários e técnicos, familiares e técnicos, até mesmo com os três segmentos, familiares, técnicos e usuários. Todavia, predominam as associações mistas de familiares e usuários. Muito embora usuários dos serviços, tradicionalmente denominados “pacientes” e familiares possam se fundir em uma mesma associação, a família, haja vista a pessoa com transtorno mental ocupar diferentes lugares no seu interior como esclarece Lima (2012), tem uma dinâmica organizativa através das associações eivada de tensões e conflitos em torno de interesses e necessidades distintas, para cada um desses segmentos. É comum também haver tensões entre familiares e usuários versus técnicos.

Nessa seara, a partir das experiências internacionais, Souza (2001) enfatiza que tende a se explicitar e comumente se confrontar interesses, experiências e lógicas, muitas vezes distintas, que podem levar a rupturas ou convivência eivada de tensões e tensionamentos, de difícil equacionamento, em função das ações dos familiares tenderem a se orientar por uma lógica mais biologizante, pendente ao favorecimento da internação integral e outras formas de divisão da produção do cuidado com o Estado que, muitas vezes, reforça o modelo asilar, mesmo que a família tenha críticas em relação a ele, o que se expressa na máxima familiar de que “ruim com ele, pior sem ele”. Por que há momentos, principalmente na atenção à crise, que os familiares tendem a demandar por internação integral, em função da exaustão e ou espectro de serem agredidos a qualquer momento, até pelas dificuldades de manejo da pessoa com transtorno mental nos momentos de agudização dos sintomas, acompanhados no geral pelo sentimento de desamparo, que se intensifica nesse contexto. Por sua vez, os estudos mostram que a pessoa com transtorno mental tenderia a ser mais favorável aos serviços abertos e comunitários, ou seja, um cuidado em liberdade, em qualquer circunstância.

Nesse sentido ainda, observa-se subjacente à essa correlação de forças, necessidades distintas que são igualmente legítimas. De um lado, os direitos da família, a um lugar de proteção e refúgio para a pessoa com transtorno mental, inclusive para aliviar ou prevenir sua exaustão. Por outro lado, o direito da pessoa com transtorno mental, em ter preservado seu direito civil.

Eduardo Vasconcelos (2009) ao configurar o perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil informa que a primeira associação foi criada em 1978 no Rio de Janeiro, a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho - SOSINTRA, voltada explicitamente para a reinserção social da pessoa

com transtorno mental pelo trabalho. Evidencia um número de 107 associações dessa natureza, de caráter misto, isso é, abarcando a participação de usuários, familiares, técnicos, profissionais da saúde mental, amigos, simpatizantes ou pessoas interessadas pela causa. A maioria foi criada ou tem vínculo orgânico com algum serviço de saúde mental, principalmente Centros de Atenção Psicossocial – Caps, tendo como característica principal essa dependência institucional e ao mesmo tempo, o maior protagonismo dos técnicos, o que, segundo o mesmo autor, gera uma dependência e fragilidade organizacional e política. Ao mesmo tempo e até como corolário, observa que há um descolamento entre as lideranças e as bases, o que cria barreiras na diversificação de lideranças, renovação e participação efetiva. Além disso, as dificuldades de participação são atribuídas às limitações impostas pelo transtorno mental, e entre os familiares, pelas sobrecargas advindas do processo de produção e cuidado e relacionadas às múltiplas vulnerabilidades da vida, sobretudo precárias condições econômicas. Há uma maior intensificação na criação dessas instituições a partir de 1992, fomentada a partir de eventos públicos de saúde mental, sobretudo conferências de saúde mental, sendo a maioria formalizada, o que permite o acesso a recursos, inclusive públicos. A maioria apoia os processos desinstitucionalizantes em saúde mental, mas, são identificadas duas instituições que são contrárias à reforma psiquiátrica: O projeto Fênix, localizado em São Paulo e a Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais – AFDM, sediada no Rio de Janeiro. Têm como argumento principal a direção das políticas desinstitucionalizantes, aventando o risco de desassistência e sobrecarga para as famílias na produção do cuidado (AMARANTE, 1996).

Cecilia Villares *et al* (2013) também corrobora a heterogeneidade organizativa das associações de usuários e familiares, afirmando que as mesmas emergem da luta por reconhecimento e legitimação, confrontando as práticas discriminatórias e excludentes, fundamentando-se na defesa da liberdade, pelo empoderamento, participação, construção e ampliação da cidadania.

Logo, parece ser consensual a aceitação e luta em torno da cidadania da pessoa com transtorno mental. Contudo, as associações contrárias ao processo de desinstitucionalização trazem para o debate os possíveis riscos, buscando manter o modelo asilar, como salvaguarda nas internações e forma de divisão de cuidado entre a família e o Estado, um risco possível, com os redirecionamentos neoliberais das políticas sociais, com o crescente desinvestimentos em gastos sociais. Mas, parecem não tematizar, ou mais precisamente, desconsiderar a reorientação de internações integrais para os hospitais gerais.

Crescentemente, os familiares, também tem diversificado suas formas de se apresentar publicamente, inclusive pelo ciberativismo, um termo polissêmico que implica o ativismo virtual/*online*. Associa o protagonismo social ao uso de novas

tecnologias de comunicação, no espaço virtual, o que tem facilitado a disseminação de movimentos de caráter reivindicatório ou de fortalecimento de determinadas identidades. Circunscreve uma “nova configuração comunicativa dos movimentos sociais - “marcada pela reestruturação das práticas cotidianas de comunicação, por interações sociais mediadas pelas novas tecnologias da comunicação e da informação - NTICs e pela conexão digital entre indivíduos, grupos e sociedade” (ALCÂNTARA, 2015, 92/93), o que a torna complementar ou extensiva às ações de rua. Logo, observa-se um intenso potencial para maximizar a participação e, sobretudo, a informação do e entre familiares de serviços de saúde mental. Nesse contexto, torna-se pública a possibilidade de identificar as particularidades, as identidades e necessidades expostas no espaço público por familiares que historicamente também sofreram processos de estigmatização e foram tolhidos da participação na cena pública por entender suas necessidades como localizadas e típicas da esfera privada. No entanto, observa-se o silenciamento nas pesquisas sobre alguns marcadores sociais acerca da família e dos familiares, sobretudo as condições de classe social, haja vista que apesar da universalização do Sistema Único de Saúde, as pesquisas informam que persiste no SUS as pessoas de baixa renda. Logo, as condições de provisão de cuidado no âmbito doméstico persistem ocultas, bem como dimensões étnico-raciais, sendo explorado em algumas pesquisas as dimensões de gênero, mas, ainda embrionariamente. Nesse contexto, a partir de pesquisa apoiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, através de bolsa produtividade, tem se dinamizado a pesquisa, que partiu das seguintes indagações: Como se identificam e se caracterizam as associações de familiares no espaço virtual? Que necessidades em saúde mental veiculam? O ciberativismo contribui para maior visibilização das necessidades dos familiares cuidadores, a partir de marcadores de classe social, gênero e etnia? Que configurações o ciberativismo oferece à participação da família e dos familiares cuidadores no processo de desinstitucionalização em saúde mental?

Tem por objetivo geral configurar a participação da família e dos familiares cuidadores no processo de desinstitucionalização em saúde mental, no contexto brasileiro. Enfatiza o protagonismo deste segmento a partir do ciberativismo, destacando marcadores das desigualdades sociais, em especial classe social, gênero e etnias, no período de 1990 a 2018.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória, descritiva e analítica, buscando maior familiaridade com o assunto abordado (GIL, 1987), ou seja, a configuração da participação das famílias e familiares cuidadores no processo de

desinstitucionalização em saúde mental, a partir do ciberativismo, no período 1990-2018. Apoiar-se na triangulação remetida à “[...] combinação de diferentes métodos, grupos de estudo, ambientes locais e temporais e perspectivas teóricas distintas no tratamento de um fenômeno” (FLICK, 2004, p. 237), a partir de diversas fontes e cenários de informações.

Para atingir os objetivos propostos, o percurso da pesquisa está subdividido em 3 fases. **A primeira fase**, para atender ao objetivo principal e o primeiro dentre os objetivos específicos, teve por base a revisão de literatura, envolvendo a contextualização histórica, epistemológica e caracterização do objeto, com aprofundamento das principais categorias que orientam o desenvolvimento da pesquisa. A segunda fase, se baseia no mapeamento, na caracterização e na tipificação da identidade e necessidades veiculadas virtualmente pelas associações de familiares de saúde mental. Simultaneamente, se constrói informações. A terceira fase, têm por foco, a organização, categorização e análise do material consignado, através dos momentos anteriores.

É explorado os principais lugares e funções ocupados pela família e familiares cuidadores, como parceiros do processo de desinstitucionalização no contexto brasileiro e piauiense.

Um dos recursos é o estudo de caso, concebido como:

uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real - tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de setores econômicos (YIN, 2005, p. 20).

O estudo de caso desenvolve-se no Estado do Piauí, em Teresina, capital, onde se centralizou o processo de desinstitucionalização. Para análise da desinstitucionalização no contexto brasileiro, o *site* das associações de usuários e familiares, constitui a base principal de informação. É priorizada como ferramenta um roteiro para levantamento e análise do conteúdo, que contemplam os objetivos do estudo, a partir dos *sites*, o que permite mapear, caracterizar e tipificar a participação da família e dos familiares cuidadores no processo de desinstitucionalização piauiense e brasileiro.

De um modo geral, a abordagem qualitativa tem prevalência no desenho da pesquisa, haja vista o investimento nas dimensões da subjetividade, das vivências, dos processos sociais inerentes à participação da família e dos familiares cuidadores como parceiros da produção do cuidado comunitário, assim como a experiência a partir dos marcadores de classe social, gênero e etnia. A pesquisa qualitativa, é conceituada como aquela

[...] que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 1996, p. 57).

As informações de natureza quantitativa constituem-se como fontes complementares e indispensáveis para melhor qualificar a análise.

Com base em Minayo (1996) a análise das informações construídas adota os seguintes procedimentos: 1) ordenamento das informações. Inclui-se aqui o processamento da revisão de literatura, mapeamento dos *sites* das associações de famílias e familiares cuidadores em saúde mental; 2) classificação das informações. Depois de leituras exaustivas das fontes de informação, identifica-se as categorias específicas, levando em consideração os objetivos da pesquisa, principalmente a caracterização e tipificação das associações de familiares da saúde mental e suas formas de participação; e 3) análise final, onde se faz articulações entre as informações construídas e os referenciais teóricos da pesquisa. É neste momento que se responde às questões da pesquisa, processando-se articulações entre a prática e a teoria.

3 | APROXIMAÇÕES DO CIBERATIVISMO FAMILIAR

A pesquisa virtual permitiu evidenciar associações mistas de usuários e familiares em todas as regiões e estados brasileiros, mas, com predominância na região Sudeste do País, sendo 5 vinculadas ao Piauí.

As associações de familiares de pessoas com transtornos do espectro do autismo foi a única que conquistou uma linha de cuidado específico para este segmento, mas, no texto do documento, a família figura de maneira genérica, sendo destacada apenas pelo impacto do diagnóstico (BRASIL, 2013).

As primeiras aproximações das ações das entidades mapeadas sinalizam que as necessidades dos familiares encontram-se embutidas nas necessidades dos usuários diretos da saúde mental, parecendo ilegítimas a explicitação e o trato de questões que contemplem a singularidade das demandas, sobretudo, dos familiares cuidadores. Importante discutir que a necessidade de ambos são igualmente legítimas, não havendo uma hierarquia entre segmentos. Todavia, persiste o foco nas necessidades e direitos dos usuários, o que pode ser visualizado, ilustrativamente, na Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental (http://www.abrasme.org.br/resources/download/1363272123_ARQUIVO_CartadeDireitoseDeveresdosUsuariouseFamiliaresdosServicosdeSaudeMental.pdf, acessado em 06/09/2019). No texto da carta enfatiza-se os deveres dos familiares, sobretudo na produção do cuidado da pessoa com transtorno mental e diante do serviço, sem maiores investimentos em outras dimensões, a partir do olhar dos cuidadores familiares.

Há muito que se avançar na perspectiva dos direitos da família, sobretudo pelo imperativo do ideário neoliberal nas políticas sociais brasileiras, com sérios riscos

de se consolidar vertentes familistas (MIOTO, 2010), que restringem a função da política social no suporte da produção do cuidado efetivado pelo grupo familiar, a colocando como principal agente de proteção social junto com o mercado, parecendo estratégico alertar para a importância de redirecionar os rumos das necessidades veiculadas, assim como explicitar as principais características sociodemográficas da família, do perfil dos cuidadores domésticos da pessoa com transtorno mental e as condições de classe social, gênero e etnia. A literatura tem enfatizado que a produção do cuidado ainda é uma ação predominantemente feminina e que a capacidade de produção do cuidado familiar tem relação intensa com o nível de proteção oferecido à ela pelo Estado.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a intensificação de eventos públicos da saúde mental, marcados pelo ideário da reforma psiquiátrica, na perspectiva de desinstitucionalização, ou seja, desconstrução de práticas que reforcem o modelo manicomial, a família e os familiares cuidadores tenderam a sair da invisibilidade social, inclusive por serem convocados para outro protagonismo social, como parceiros do cuidado comunitário. Nesse contexto, organizam-se em associações, inclusive através de redes sociais, ciberativismo, constituindo-se comumente em associações mistas, envolvendo usuários, familiares e técnicos, atuando sobretudo na defesa da construção da cidadania da pessoa com transtorno mental. Vale destacar que muitas famílias não têm acesso às redes sociais, ficando impossibilitadas de veicular suas necessidades por essa via, o que reforça as desigualdades sociais.

Desde 2004 observa-se um movimento mais intenso em torno da família e dos familiares nos processos de desinstitucionalização, que os abarca como parceiros do cuidado, tanto na perspectiva instrumental quanto de cuidar do cuidador.

Considerando os objetivos da pesquisa, observa-se o parco conhecimento de quem é essa família cuidadora e das condições em que se desenvolve a produção do cuidado doméstico. Não há explicitação das necessidades diretas das famílias e dos familiares cuidadores no seu protagonismo político, figurando subsumidas às necessidades da pessoa com transtorno mental.

Há prevalência nas associações virtuais dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental, na figura do “paciente identificado”, figurando os familiares mais no plano dos deveres. Logo, ficam secundarizadas as necessidades dos familiares na saúde mental, apesar de sua inclusão em ações de cuidar dos cuidadores ou projetos de geração de emprego e renda. Também não se explicitam marcadores como classe social, gênero e etnias. Todavia, observam-se movimentos em prol de oferecer suporte às famílias, sobretudo através de grupos de ajuda e suporte

mutuo, tais como o grupo Transversões, vinculado à UFRJ, assim como o projeto ABRE e S.O.esq da Unifesp, que mantem uma rede social ativa de diálogo com a família.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, L. M. Ciberativismo e movimentos sociais: mapeando discussões. **Aurora**: revista de arte, mídia e política. São Paulo, v. 8, n. 23, p. 73-97. Jun.-set. 2015.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

BRASIL. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. Brasil: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. **Saúde mental no SUS**: Os centros de atenção psicossocial. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1987.

GOFFMAN, E. **Estigma**: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 4ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

LIMA, R. C. C. Políticas sociais públicas e centralidade da família: implicações para a assistência na área de álcool e outras drogas. In: ALARCON, S.; JORGE, M.A. S. (Org.). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012, p. 171-190.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996.

MIOTO, Regina Célia Tomaso. A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências. P. 51-66. In: TRAD, L. **Família contemporânea e saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ROSA, L.C.S. Trabalho social com famílias na perspectiva da Política de Saúde Mental Brasileira. In: TEIXEIRA, S.M. (Org.) **Trabalho com família no âmbito das políticas públicas**. Campinas: Papel Social, 2018, p.213-236.

SOUZA, W.S. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(4) 933-939, jul.ago, 2001.

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

VASCONCELOS, E. M. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propósitos. **Cad. Bras. Saúde Mental**, vol.1, nº 1, jan-abr. 2009 (CD Rom).

VILLARES, C. C.; PIMENTEL, F.A.; ORSI, J.A.; ASSIS, J.C. Associação de usuários e familiares e estratégias para defesa dos direitos dos portadores de transtorno mental. In: MATEUS, M.D. (Org.). **Políticas de saúde mental**: baseado no curso Política Pública de Saúde Mental, do Caps Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 78-91.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005

A EDUCAÇÃO TÉCNICA E PROFISSIONAL NOS ESPAÇOS DOS INSTITUTOS FEDERAIS ATRELADA AO PROEJA: UMA EXPERIÊNCIA NO CAMPUS JOÃO PESSOA-PB

Data de aceite: 13/04/2020

Ranyellen Félix de Souza

Mestre e Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba.

E-mail: rany_ae@hotmail.com

Felicidade Dayana Monteiro Dias

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba.

E-mail: dayanaa_monteiro@hotmail.com

Jailma da Costa Batista

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba.

E-mail: jailmassbatista@gmail.com

Luís Eduardo Lima

Graduado em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba.

E-mail: dumariano_1590@hotmail.com

RESUMO: O referente trabalho tem como objetivo apresentar a Educação nos anos dois mil em peculiar a educação profissional, técnica e a de jovens e adultos que teve como resposta a criação de um programa que integra o curso profissionalizante a essa modalidade, tanto em nível médio como fundamental, apontando a experiência no Instituto Federal da Paraíba, no campus João Pessoa. O estudo foi fruto – de uma das autoras – para obtenção de título de

Bacharel em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. Possuindo como referencial teórico uma pesquisa elaborada através de documentos e material bibliográfico, utilizando o método crítico dialético.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Técnica. Educação Profissional. Serviço Social.

TECHNICAL AND PROFESSIONAL EDUCATION IN THE SPACES OF FEDERAL INSTITUTES ATTRACED TO PROEJA: AN EXPERIENCE AT THE JOÃO PESSOA-PB CAMPUS

ABSTRACT: The aim of this work is to present Education in the year two thousand in a special vocational, technical and you thand adult education that had as answer the creation of a program that integrat es the vocational course to this modality, bo that the middle and fundamental levels ,pointing out the experience at the Federal Institute of Paraíba, on the João Pessoa campus. The study was the result – one of the authors – to obtain a bachel r'sdegree in Social Work from the Federal University of Paraíba. Possessing as the oretical reference a researche laborated through documents and bibliographic material, using the critical dialectic

almethod.

KEYWORDS: Technical Education. Professional education. Social service.

1 | INTRODUÇÃO

Na atual conjuntura brasileira, o Estado assume por meio de intervenções, sobre as complicações da “questão social” as políticas sociais e que estas são utilizadas de forma fragmentada, seletiva e focalizada. O direcionamento dado pelo Estado, a partir desta fragmentação pode ser interpretada como uma forma de moldar as políticas ao contexto neoliberal e de propagar o sistema capitalista. Abordados pela postura desenvolvimentista as políticas, inclusive a educacional, são “recrutadas” para contribuir com o desenvolvimento econômico e social, principalmente pós anos 1990, com a crise que se alastrou pela América Latina, aumentando a dependência externa e agravamento das desigualdades sociais.

Colocando em debate a necessidade de mudança, na construção de um projeto que recuperasse a crise, essa transformação foi compelida até os anos iniciais dos anos 2000, com a entrada de Luiz Inácio Lula da Silva na presidência, tomando um novo direcionamento, apresentando como resposta o projeto neodesenvolvimentista ou o novo desenvolvimentismo. Desta maneira, iniciasse um processo com o intuito de fazer o desenvolvimento social e econômico andarem lado a lado, na tentativa de conciliar igualdade social e crescimento conforme apontam SOUZA (2013) e CASTELO (2012).

SOUZA (2013, p. 29-37) apresenta o debate em que o neodesenvolvimentismo tenta ajustar os pressupostos neoliberais com o desenvolvimento capitalista na garantia de acumulação, progresso e desenvolvimento com a resolução dos problemas sociais mais básicos da população brasileira, fundamentando e vinculando esse projeto na criação de políticas sociais, como distribuição de renda e aumento de salário mínimo. Ao tratarmos da educação, em especial a educação profissionalizante, ela é utilizada como amparo para este discurso, combinando ensino com mão de obra qualificada. Fazendo com que mudanças existam, mas não superem os problemas que circundam a política educacional e nem a superexploração do trabalho.

Iremos, então, destacar a educação nos anos 2000, em peculiar a educação profissional e a de jovens e adultos que teve como resposta a criação de um programa que integra o curso profissionalizante a essa modalidade, tanto em nível médio como fundamental.

21A EXPANSÃO DO ENSINO PROFISSIONALIZANTE DE CARÁTER TECNOLÓGICO

Atualmente a educação é considerada um direito direcionado para todos os cidadãos numa perspectiva de universalização. Esse caráter universal acaba por não se concretizar, estabelecendo restrições para que a educação e as demais políticas não alcance toda população, sendo direcionada para resolver os problemas imediatos. Favorecendo a organização e expansão do sistema educacional, condicionado a manutenção da ordem e atender as necessidades mínimas postas pela população. Ocasionalmente em vários fatores que influenciam no processo de continuidade escolar, reforçando ainda mais os aspectos contraditórios da sociedade e das ações governamentais.

Concordamos com SOUZA (2013, p. 38-40) quando ela explica que a universalização da educação, aparece como uma estratégia de conter as pressões da população por este direito e de uma formação profissional, utilizada e construída historicamente como uma das principais formas de mudança social. Discurso esse que fica escamoteado, com a obrigatoriedade de ensino, mas a universalidade é garantida em nível fundamental e não nos demais níveis¹. Neste sentido diferentes programas educacionais foram desenvolvidos e posto em execução com o objetivo de aumentar o acesso, a escolarização, a retomada aos estudos e seu adentramento no mercado de trabalho.

A expansão do ensino profissionalizante direcionado para a classe trabalhadora, acontece em meados da década de 1940, com a inserção do Senai e do Senac, e posterior de mais sete instituições, conhecido como “Sistema S”², proporcionando a oportunidade de acesso a parte da população antes renegada. É nesse contexto que vemos a atuação as Escolas Técnicas Federais com mais veemência, elas são convocados a se organizarem, ampliando suas ofertas de vagas na tentativa de diminuir as pressões da população por cursos (SOUZA, 2013, p. 47).

Em relatório, no ano de 1995, o Banco Mundial propõe ao Brasil que seu nível de equiparação escolar fosse melhorado, fazendo com que Fernando Henrique Cardoso desenvolvesse uma proposta de mudança na educação profissionalizante, anunciando neste mesmo ano:

1. Segundo a LDB de 1996, existe a obrigatoriedade da educação em todos os níveis, mas a universalização, segundo a Constituição Federal, em seu artigo 208, inciso II estabelece que para o ensino médio será de forma progressiva.

2. Conjunto de nove instituições, são elas: SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial; SESI - Serviço Social da Indústria; SEBRAE - Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas; SENAC - Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, SESC - Serviço Social do Comércio; SENAR - Serviço Nacional de Aprendizagem Rural; SESCOOP - Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo; SEST - Serviço Social de Transporte; SENAT - Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte, disponível em <http://www12.senado.leg.br/noticias/glossario-legislativo/sistema-s>.

A construção de um modelo de educação média desvinculada da educação profissional e introduzia uma vertente modulada no ensino técnico profissionalizante que articulasse qualificação profissional de curta duração e formação técnica, principalmente para o setor terciário da economia (CUNHA, 2005, p.253 apud SOUZA, 2013, p. 59).

Guiado pela reforma educacional, em 1996, promulga-se uma nova LDB- lei nº 9.394/96, estabelecendo a separação entre o ensino técnico do ensino médio. O sistema educacional agora organizado conforme seu artigo 4º, incisos de I a X.

A proposta para o ensino médio era o da politécnica, que consistia em estabelecer a relação entre trabalho manual e trabalho intelectual, porém a proposta não foi contemplada, enfatizando o que FRIGOTTO, CIAVATTA E RAMOS (apud SILVA, A., 2011, p. 36) caracterizaram de “[...]projetos fragmentados e aligeirados, de formação profissional, associados aos princípios de flexibilidade e da própria formação”.

Sobre os programas e políticas analisados nesse período temos o Plano Nacional de Qualificação (Planfor) e o Plano Nacional de Qualificação (PNQ). O Planfor implementado em 1995, perdurou até 2002, tinha como proposta Políticas Públicas de Emprego, Trabalho e Renda, todos amparados pelo decreto nº 2.208/97, que teve a incumbência de atender o acordo estabelecido entre o MEC e o Banco Mundial, além de fundamentar o Planfor, deu suporte para o desenvolvimento do Programa de Expansão da Educação Profissional (PROEP) (SOUZA, 2013, p. 102).

A legislação no fim dos anos 1990 veio então cooperar, mais uma vez, com as demandas do mercado de trabalho, em que:

Procurava-se atender à reestruturação da produção, que deixou de exigir a formação do trabalhador para um determinado posto de trabalho e passou a privilegiar o trabalhador polivalente, flexível, que, em sua concepção, poderia responder com mais eficiência às exigências da produção que se organiza em escala mundial. (SOUZA, 2013, p. 68)

Esse processo resultou, segundo a autora, da necessidade de elevar a escolaridade mínima dos trabalhadores e de atingir os objetivos preconizados para os países dependentes “[...] formando operários com títulos de técnicos e técnicos com títulos de tecnólogos” (SOUZA, 2013, p. 69). A década de 1990 traz consigo a institucionalidade da educação profissional. Data desse período a criação de escolas com parceria da rede privada mantidas e financiadas pelo PROEP que disponibilizou mais de 15 milhões de dólares para essa pactuação.

Utilizando das palavras de CUNHA (2005, p.244 apud SOUZA, 2013, p. 58), a autora supracitada, explica que a reforma da educação profissional foi gerida para lançar ao mercado de trabalho os jovens que acabavam o ensino técnico, pois muitos estudantes queriam prosseguir os estudos e ir para o ensino superior em vez de entrar no mundo do trabalho. Na conjuntura estudada, o índice de retração de empregos era alto e o desemprego preocupante, desta maneira a reforma e

ampliação do ensino técnico foram utilizados como uma ferramenta, afirmando que o que não existia era profissionais tecnicamente capacitados para ocuparem as ofertas de empregos disponíveis.

Além de enfatizar o aspecto dual do ensino que após a desarticulação do Ensino Médio (EM) da Educação Profissional (EP), reafirma o dualismo inscrito historicamente, em que o ensino profissionalizante destina-se a classe popular e a educação básica ou propedêutica a classe dominante “[...]a histórica dualidade entre formação geral e formação profissional, [...] a separação inequívoca ‘entre o acadêmico e o técnico’.” (SANTOS, G., 2010, p. 4)

KUENZER (2006, p. 14) estabelece três grupos que organizaram e operacionalizaram as Políticas de Educação profissional, já no governo Lula: o primeiro constitui a reformulação do PLANFOR, com aumento de cursos profissionalizantes dentro das fábricas e do ambiente de trabalho; o segundo articula os programas que apresentam o retorno da educação básica e profissional e o terceiro dá base para o surgimento do Programa Nacional de Estímulo ao Primeiro Emprego (PNPE). Assim, tendo o intuito à inclusão de pessoas com idade superior a 16 anos ao mundo do trabalho, vários programas tiveram como objetivo a ampliação dos níveis de escolarização do trabalhador, dentre esses está o Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária (PRONERA); cursos disponíveis pela rede privada e pelo “Sistema S” no primeiro grupo.

No segundo grupo, na continuidade de renovar aliança com o Banco Mundial, do PRONERA e do PROEP, iniciando o Programa Nacional de Inclusão de Jovens. Nesta intenção, destacamos a criação do Programa Nacional de Inclusão de Jovens: Educação, Qualificação e Ação Comunitária (PROJOVEM) e do Programa Nacional de Integração da Educação Profissional à Educação Básica, na Modalidade de Educação de Jovens e Adultos (PROEJA), este último será pontuado em subitem separado, ambos já no governo Lula. O PROJOVEM criado em 2005, pela medida provisória nº 238 e o PROEJA, pelo decreto nº 5.840, foram estabelecidos pela nova LDB/96 e o decreto nº 5.154/2004 que revogou o decreto nº 2.208/97 e restabeleceu o ensino integrado.

E no terceiro grupo encontramos o Programa Primeiro Emprego, abrangido pela PNPE, lei nº 10.748/2003, alterada posteriormente pela lei nº 10.940/2004 e regulamentada pelo decreto nº 5.199/2004, tinha o objetivo de atender a juventude em vulnerabilidade social, com baixa renda e escolaridade, sem experiência profissional, sem a necessidade de comprovação de estar frequentando a escola, tendo duas linhas de atuação: qualificação social e profissional, com os projetos “Consórcios Sociais da Juventude”, “Empreendedorismo Juvenil” e “Soldado Cidadão” ligados ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e a de inserção imediata no mercado de trabalho, com os projetos Juventude Cidadão vinculado à

Secretaria Geral da Presidência da República pela Secretaria Especial de Direitos Humanos e articulado ao MTE; o projeto Escola de Fábrica, ligada ao MEC e com caráter de empreendedorismo e geração de renda o Jovem Empreendedor, executado em parceria com o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE).

Vale destacar que a partir da década de 1990 com a reforma do estado orientada para o mercado e de parcerias entre os setores público e privado. Esses programas e políticas estabelecidas inicialmente no governo de FHC e posteriormente formuladas e implementadas no governo Lula, seguiram essa concepção, fazendo com que muitas das responsabilidades do Estado fossem direcionadas para a Sociedade Civil organizada, um exemplo é o discurso sobre os programas de publicização que permitiu a organização e execução de políticas públicas por instituições do terceiro setor. Sobre esse prisma que verificamos que o discurso do neodesenvolvimentismo, do governo do Partido dos Trabalhadores, não se desvincula inteiramente das concepções alavancadas pelo neoliberalismo (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

A crítica apontada para esses programas segue o entendimento de que não atendem à demanda e nem acompanham a realidade do público alvo, sendo uma demanda meramente formal, para cumprir metas e lançar ao mercado de trabalho esses jovens, onde os espaços ocupados são utilizados como mero reprodutor de conhecimentos que devem ser operacionalizados. Escondendo a ausência de políticas públicas de Estado para a educação profissional, pondo em evidência que essa atuação, é fragmentada, assistencial e compensatória, sem uma efetividade social, pairando sobre o discurso da inclusão.

Além dos programas que se iniciaram no governo da presidente Dilma Rousseff, como o Programa Brasil Profissionalizado, o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC), e os programas que continuaram de articulação entre educação básica com o ensino profissional, que aponta a precarização da educação, principalmente a profissional integrada ao médio, pois retoma a concepção assumida pelo decreto 2.208/97 de uma educação privatizada e mercantilizada, como também pelos programas de financiamento e expansão ao ensino superior como o PROUNI (Programa Universidade para Todos), o REUNI (Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais Brasileiras), o FIES (Programa de Financiamento Estudantil).

FRIGOTTO E CIAVATTA (2011, p. 625) explicam que no plano estrutural não existiu mudanças sobre essa temática entre o governo FHC e os governos subsequentes do Partido dos Trabalhadores, com Lula e Dilma Rousseff. Para eles o campo educacional refletiu uma tendência que conservavam a estrutura social e suas relações, “[...] que reiteram a desigualdade no acesso aos bens e aos serviços

produzidos pelo conjunto da sociedade.” (FRIGOTTO; CIAVATTA, 2011, p. 625).

2.1 Emergência do Programa de Integração da Educação Profissional ao Ensino Médio na Modalidade de Educação de Jovens e Adultos – Proeja

Com a revogação do decreto nº 2.208/97 e a criação da Secretaria de Educação Média e Tecnológica (SEMTEC) do MEC, lançando a proposta de políticas públicas para a educação profissional e tecnológica e sua articulação com outras políticas como o caso da educação de jovens e adultos. A partir de 2003 ocorreram seminários nacionais com vista a essa interação. Na tentativa de retomar o ensino médio alinhado para o trabalho e guiado para uma formação geral o decreto nº 5.154/2004 é publicado estabelecendo: I - qualificação profissional, inclusive formação inicial e continuada de trabalhadores; II - educação profissional técnica de nível médio; e III - educação profissional tecnológica de graduação e de pós-graduação.

Representando para muitos profissionais da luta um grande ganho político para a Educação Profissional, pois os cursos de nível básico do decreto anterior, que atuavam independentes da escolaridade prévia do trabalhador, foram substituídos pelos cursos de formação inicial e continuada em todos os níveis de escolaridade. Este decreto proporcionou uma expansão dos CEFETs, que tiveram novas instituições para abarcarem a nova demanda e esperava-se que realmente existisse a superação da dualidade, porém ela persistiu, enfatizada pelo parecer nº 39/2004 que persevera em diferenciar os conteúdos do ensino médio e da educação profissional, possuindo um verdadeiro contraste, pois eram considerados distintos. Segundo SILVA (2011, p. 30) perdurou na dicotomia de uma formação para o mundo do trabalho e outro para o mundo intelectual.

Como verificamos, houve avanços com significativos entraves que proporcionaram a promulgação de outro decreto que propôs o PROEJA, o nº 5.478/2005, pondo no âmbito do discurso a representação da EJA em rede federal “[...] caracterizada, historicamente, pela qualidade de ensino ofertada e pela seletividade do público discente devido aos rigorosos exames de ingresso.” (SILVA, A., 2011, p. 47). Inicialmente esse decreto possuía limitações, pois não contemplavam os alunos matriculados no ensino fundamental, gerando várias discussões para a ampliação de sua abrangência e instituindo em 2006 o decreto 5.840, ampliando a sua abrangência, permitindo o acesso aos jovens e adultos em seus anos finais no ensino fundamental e a curso preparatório de formação continuada para os professores e gestores que trabalhavam com esta modalidade.

Possibilitou a entrada das entidades que iriam propiciar a oferta do programa como os sistemas de ensino estaduais e municipais, entidades privadas e aos Institutos Federais a obrigatoriedade de implantação dos cursos até o ano de 2007, em que deveria ser ofertado no mínimo 10% das vagas de ingressos da instituição

e posterior aumento nos anos seguintes.

Desta maneira no cenário de universalização subjetiva e de obrigatoriedade do ensino a nível fundamental e expansão para o ensino médio, evidenciamos o decreto nº 5.478/2005, que deu início ao Programa, sendo revogado em 13 de julho de 2006 pelo decreto nº 5.840, que trouxe diversas mudanças para o programa, inclusive a ampliação para o ensino fundamental. O PROEJA “[...] surge visando enfrentar as descontinuidades e o voluntarismo que marcaram a modalidade da EJA no Brasil bem como integrar à educação básica uma formação profissional.” (ARRUDA, 2012, p. 44).

De acordo com o documento base as políticas de EJA não acompanham o avanço das políticas públicas educacionais e nesta perspectiva de estabelecer uma política o PROEJA surge a partir da promulgação do Decreto nº 5840. De 13 de junho de 2006, com a intenção de inserir os jovens e adultos ao ensino médio com uma política estabelecida, direcionada para a formação humana.

SILVA (2011, p. 51) nos relata que a obrigatoriedade posta pelo decreto nº 5.840 não se estendia as outras instituições sendo destinada apenas para os institutos federais. Algumas tentativas foram feitas, mas não surtiram resultados, como por exemplo parcerias entre a SEMTEC/MEC e as secretarias de educação dos estados de Santa Catarina, Espírito Santo e Paraná “[...] porque a integração entre EP e EJA no nível médio possui uma dimensão político-pedagógica que não foi contemplada como exige a relação entre conhecimentos gerais e específicos.” (SILVA, A., 2011, p. 51). Assim os cursos e o programa deveriam considerar as características dos jovens e adultos a serem atendidos, podendo ser articulados ao ensino fundamental ou ao ensino médio. Deste modo os institutos federais foram os que na prática forneceram a integração entre as duas modalidades, possibilitando a conclusão a qualquer momento, o certificado quando atingido os requisitos de cada curso e o prosseguimento aos outros níveis da educação básica e superior.

2.2 O IFPB, Serviço Social e o PROEJA - Campus João Pessoa

O instituto originou-se do antigo Centro de Educação Tecnológica da Paraíba (CEFET-PB), tendo este nome – IFPB – a partir de 2008, após a aprovação da Lei nº 11.892, que institui a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, criando os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, independente da denominação o instituto tinha como objetivo atender a população que precisava se profissionalizar e não podiam pagar pelo ensino.

O campus João Pessoa foi criado no início da década de 1960, denominado como Escola Técnica Federal (ETF-PB), transferido da Rua João da Mata para o prédio que se encontra instalado atualmente, na Avenida Primeiro de Maio, 720 –

Jaguaribe, PB. É neste período que são incluídos os primeiros cursos ligados ao antigo 2º grau, com intenção de atender a demanda desenvolvimentista do país. No início dos anos 1980, a escola passa a ofertar os cursos técnicos especiais, hoje conhecidos como cursos técnicos subsequentes. No decorrer dos anos, além da diversificação das denominações do instituto houve a expansão da atuação e da diversidade de cursos ofertados pela rede tecnológica no país e no estado da Paraíba (Dados colhidos no site da instituição, in: <https://editor.ifpb.edu.br/institucional/historico>).

Votando os olhos para o PROEJA, ele é ofertado pela primeira vez na instituição no ano de 2007, cumprindo exigências do decreto nº 5.840/06, inicialmente na unidade de João Pessoa com o curso de Qualificação em Informática para Serviços Administrativos, com ingresso de 40 alunos e na unidade de Cajazeiras, com o curso de Operação de Microcomputadores. O programa vem sendo articulado e desenvolvido desde o ano de 2007 e se estende até os dias atuais, sem muitas mudanças substanciais, configurado como resposta ao atendimento de jovens e adultos que necessitam retornar e dar continuidade aos estudos e terem uma profissionalização.

Se tratando do Serviço Social no instituto, surge por volta dos anos 1980 com a inserção dos assistentes sociais com atuação nas coordenações dos cursos com concessões de bolsas até a criação do Plano Nacional de Assistência Estudantil (Pnaes), em 2010. No IFPB existem assistentes sociais em vários setores como: nos recursos humanos, na pesquisa e extensão, na reitoria e na Coordenação de Apoio ao Estudante (Caest), cada um com sua área de atuação. A coordenação é formada pelo trabalho das assistentes sociais e psicólogas, onde o Serviço Social atua com a Política de Assistência Estudantil conforme o decreto nº 7.324, de 13 de julho de 2010, que estabelece o Programa Nacional de Assistência Estudantil - PNAES e também, trabalho interdisciplinar, multidisciplinar (Dados colhidos no site da instituição IFPB).

No universo de observação no período conhecemos as várias nuances da instituição e sobre as questões e demandas no qual o assistente social pode atuar. Neste sentido ao observarmos a prática do exercício profissional conseguimos acompanhar as questões que circunda o universo do PROEJA, verificamos por meio de preenchimentos de formulários de levantamentos de expectativas e socioeconômico construído pela Caest, Coordenação Pedagógica (COPED) e demais departamentos de apoio ao estudante da instituição, que os alunos chegam com melhores expectativas possíveis, tanto na retomada aos estudos, formação e construção de uma nova realidade escolar e futuro profissional.

Como já mencionamos o trabalho nesta coordenação gira em torno dos benefícios da assistência estudantil, que requer muitos dos profissionais, pois é

um trabalho minucioso e moroso, burocrático e com vários entraves institucionais. Proporcionando o que SILVA (2012, p.17) demonstra como sendo a redução da atuação do assistente social ao estabelecimento de uma Política de Assistência Estudantil, sendo necessário o combate desta redução, pois essa “[...]é uma das dimensões e não podemos nos reduzir a ela.” (SILVA, M., 2012, p. 17). Não podemos negar que o Serviço Social surge no campo educacional para levantar a bandeira de inserção na política social educacional e não pôr se configurar em mais um preenchimento de cargo, sendo necessária a construção de estratégias para desfazer as amarras institucionais e não reafirmá-las, no instituto não pode ser diferente.

Tratando do PROEJA existe apoio aos estudantes, estruturalmente. O programa tem uma coordenação própria; eles possuem prioridades nos benefícios estudantis; por ser um curso direcionado para Eventos, participam na montagem dos eventos do instituto, mas o que pudemos observar é que com os “problemas” de cada indivíduo, de forma subjetiva e de suas características de vida, que pode dificultar a permanência do aluno e de seu reconhecimento como tal, esses não são bem levados a finco. O Serviço Social inserido nesse contexto, efetivando seu trabalho e tendo uma visão que “[...] existem dimensões da vida dentro da escola.” (SILVA, M., 2012, p. 17), pode dar um novo direcionamento a relação ensino-aprendizagem, porém como mencionado anteriormente, é necessário efetivar a atuação profissional em sua totalidade e romper com as amarras e não reiterá-las.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção do Estado, como apontamos através das políticas sociais, são desenvolvidas com uma perspectiva mínima, de forma fragmentada, sempre apropriada a atender de um lado as necessidades mínimas da população e do outro as atrelando ao setor econômico. Com a educação não foi diferente, passou a ser vista, após o capital se vê em busca de força de trabalho mais especializada e o Estado de diminuir os índices de analfabetismo do país, que refletia de forma negativa para os demais países, no qual o Brasil por suas características de dependência tivesse de tomar algumas iniciativas para mudar essa conjuntura. Tais iniciativas não demonstram uma preocupação aos problemas que realmente permeiam a sociedade, o reflexo no âmbito educacional é enorme podendo ser expressos de diversa forma, e uma delas é a importância que a educação acaba não tendo em nosso país ou pela valorização do ensino direcionado para o mercado.

Com adoção do ideário neoliberal pelo estado brasileiro, expresso no grande arsenal de privatizações e na intensificação para educação técnica, fazendo com que as conquistas da Constituição de 1988, sejam desfavorecidas, com vários entraves

para sua efetivação, principalmente com a substituição da responsabilidade do Estado para as entidades privadas, as ONGs (Organização Não-Governamental), OCIPs (Organização da Sociedade Civil de Interesse público) e outros setores da sociedade civil organizada, aumentando a desigualdade que circunda nossa sociedade e direcionando ainda mais a educação em detrimento ao econômico.

Ao entendermos que esse processo ocasionado pela sociedade desigual influencia demasiadamente nos diversos níveis educacionais e de uma escola para os ricos e outra para os pobres, vimos a necessidade de abordar uma postura crítica compreendendo que nossa sociedade é permeada por contradições sendo necessário a análise dos problemas sociais, para além de suas expressões fenomênicas. Desta maneira, compreendendo que a educação está inserida nesse processo, de um sistema marcado pela exploração e tratada como uma mercadoria. Configurando a renegação, de uma educação emancipatória, para uma reprodutora, que as desigualdades continuam se propagando, como também o aumento das expressões da “questão social”, garantindo a reprodução da sociedade capitalista.

Como sabemos existe uma grande distância entre a efetividade dos direitos e os preceitos legais. Ter um arcabouço jurídico, uma legislação direcionada não é garantia de efetivação dos direitos de cada cidadão. Para nós, a educação deve ser calcada para a emancipação dos sujeitos, para proporcionar uma postura crítica, na qual são eles quem constroem a história e propiciam as mudanças necessárias.

Desta maneira é necessário ver a educação como um direito no qual não pode ser renegado, principalmente, na atual conjuntura, em que as políticas públicas e sociais acabam reforçando suas características e sendo moldadas para garantir seus ideais, voltado para o mundo do trabalho, aumentando ainda mais as questões ligadas ao social. O que acabamos observando e é necessário ser combatido a prática de o discurso ficar no papel. O debate não se encerra aqui é necessário combater as amarras e continuar na luta pela educação que emancipa os cidadãos.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, Z. A. de A. **O PROEJA no IFPB campus João Pessoa pelo olhar dos alunos: expectativas no acesso e fatores de permanência.** Disponível em: <<https://ead.ifrn.edu.br/portal/wp-content/uploads/2012/coloquio/anais/eixo1/Zoraida%20Almeida%20de%20Andrade%20Arruda.pdf>>. Acessado em 10 ago de 2017.

BEHRING, E. R.. BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamento e história.** 8 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. **Documento Base do Proeja** (Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com a Educação Básica na Modalidade de Educação de Jovens e Adultos - Ensino Médio). Brasília, Ago. 2009.

CASTELO, R. O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico

brasileiro. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 112, ano 2012. (p. 613-636)

FRIGOTTO, G. CIAVIATTA, M. **Perspectivas sociais e política da formação de nível médio: avanços e entraves nas suas modalidades**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v32n116/a02v32n116.pdf>>. Acessado em 02 de set. de 2017.

INSTITUTO FEDERAL TECNOLÓGICO DA PARAÍBA. **Regulamento Didático do PROEJA**, Paraíba, 2010. (p. 1-26)

INSTITUTO FEDERAL TECNOLÓGICO DA PARAÍBA. **História da Instituição**. Disponível em: <<http://www.ifpb.edu.br/institucional/historico>>. Acessado em 10 de ago de 2017.

KUENZER, A. Z. **A Educação Profissional nos anos 2000: a dimensão subordinada das políticas de inclusão**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v27n96/a12v2796.pdf>> Acessado em 02 de set. de 2017.

SANTOS, G. S. dos. **A Reforma da Educação Profissional e o Ensino Médio Integrado: tendências e riscos**. Disponível em: <<http://29reuniao.anped.org.br/trabalhos/trabalho/GT09-2565--Int.pdf>>. Acessado em 02 set. de 2017.

SILVA, A. P. M. **O Curso de Especialização do PROEJA no Município de Sousa –PB: desafios e possibilidades na formação de educadores de EJA**. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ufpb.br/handle/tede/4636>. Acessado em: 25 mar. 2016.

SILVA, M. M. J. da. O lugar do Serviço Social na educação. In.: **Serviço Social na Educação: teoria e prática**. Campinas-SP: Papel Social, 2012. (p.15-31)

SOUZA, L. B.. **Reforma e Expansão da Educação Profissional Técnica de Nível Médio nos anos 2000**. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000927062&fd=y>. Acesso em 29 de ago. de 2017.

EVASÃO NO ENSINO SUPERIOR: DADOS DE UMA PESQUISA APLICADA AOS ALUNOS DAS ENGENHARIAS DO CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA CELSO SUCKOW DA FONSECA(CEFET/RJ) - CAMPUS ANGRA DOS REIS

Data de aceite: 13/04/2020

Carina Aparecida Antunes

Mestrado em Serviço Social e Desenvolvimento Regional pela UFF. Instituição: Assistente Social do Centro Federal Celso Suckow da Fonseca (CEFET/RJ) - Campus Angra dos Reis. E-mail: carina.aparecida@gmail.com.

RESUMO: A proposta do presente artigo é apresentar os motivos que ocasionaram a evasão dos alunos das Engenharias ofertadas pelo Centro Federal de Educação Tecnológica (CEFET/RJ) – Campus Angra dos Reis, nos anos de 2014, 2015 e primeiro semestre de 2016, a partir dos dados coletados em questionário aplicado aos próprios alunos. O instrumento de pesquisa utilizado para a obtenção dos dados foi o questionário. A hipótese que norteia esse trabalho é a de que a evasão é fenômeno multifacetado e que seu desvendamento perpassa pelo levantamento e conhecimento dos fatores que a ocasionaram. Elucidar o fenômeno da evasão significa a possibilidade de prever ações, de forma a reduzi-la ou até mesmo contê-la.

PALAVRAS-CHAVE: Evasão Escolar, Ensino Superior, Permanência.

EVASION IN HIGHER
EDUCATION: DATA FROM A
RESEARCH APPLIED TO THE STUDENTS OF
COURSE ENGINEERING IN THE FEDERAL
CENTER FOR TECHNOLOGICAL
EDUCATION CELSO SUCKOW DA FONSECA
(CEFET/RJ) - CAMPUS ANGRA DOS REIS

ABSTRACT: The purpose of this article is to present the reasons that caused the school evasion of the students of the Engineering offered by Federal Center for Technological Education Celso Suckow da Fonseca (CEFET/RJ) - Angra dos Reis Campus, in the years 2014, 2015 and the first half of 2016 from the data collected in a questionnaire applied to the students themselves. The research instrument used to obtain the data was the questionnaire. The hypothesis that guides this work is that evasion is a multifaceted phenomenon and that its unraveling is through the survey and knowledge of the factors that caused it. Elucidating the phenomenon of evasion means the possibility of predicting actions, in order to reduce or even contain it.

KEYWORDS: School Evasion, Higher Education, Permanence.

1 | INTRODUÇÃO

O Plano Nacional de Educação (BRASIL, 2000, p. 43) estabeleceu como metas para os anos de 2001 a 2010 a oferta da educação superior para, pelo menos, 30% das pessoas com faixa etária de 18 a 24 anos. A partir disso, medidas foram tomadas pelo governo para garantir a expansão do ensino superior e o cumprimento da meta estabelecida, tais como: a reserva de vagas nas universidades (Lei Nº. 12.711/2012), o Fundo de Financiamento ao Estudante de Ensino Superior (Lei Nº. 10.260/2001 – FIES), o Programa Universidade para Todos (Lei Nº. 11.096/2005 – PROUNI), entre outros, configurando a Reforma Universitária. A partir de então, os temas de acesso e permanência nas instituições de ensino superior tornaram-se recorrentes.

O presente artigo objetiva apresentar as causas da evasão no ensino superior no Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca (CEFET/RJ) - Campus Angra dos Reis, a partir de pesquisa aplicada aos alunos evadidos dos cursos de Graduação em Engenharia Mecânica, Graduação em Engenharia Metalúrgica e Graduação em Engenharia Elétrica, tendo como referência os anos de 2014, 2015 e primeiro semestre de 2016. Sendo muitos os fatores que ocasionam a evasão escolar, a hipótese que norteia esse trabalho é a de que a evasão é fenômeno multifacetado e que seu desvendamento perpassa pelo levantamento e conhecimento dos fatores que a ocasionaram.

A pesquisa, em sua primeira etapa, efetuou a coleta de dados dos alunos evadidos nas três classificações de evasão – de curso, da instituição e do sistema e nos três cursos de ensino superior atualmente ofertados pelo CEFET/RJ/Campus Angra dos Reis - Graduação em Engenharia Elétrica, Graduação em Engenharia Mecânica e Graduação em Engenharia Metalúrgica.

Em sua segunda etapa, os alunos evadidos responderam a um questionário online informando o motivo da evasão, assim como informando se evadiram somente do Campus Angra dos Reis ou se evadiram do Ensino Superior como um todo.

Dessa forma, a proposta do presente artigo é apresentar os motivos que ocasionaram a evasão dos alunos nesses cursos, a partir dos dados coletados na pesquisa aplicada aos próprios alunos. Entendemos que a publicização dos dados produzidos é dever das Instituições de Ensino Superior, permitindo à comunidade interna e externa o acesso à produção do conhecimento da instituição, assim como uma maior participação em suas decisões futuras.

2 | O FENÔMENO DA EVASÃO ESCOLAR

O fenômeno da evasão escolar afeta todas as instituições de ensino, em todos

os níveis. A maioria dos estudos nessa temática estão voltados para a Educação Básica, sendo ainda incipiente os estudos dessa temática no Ensino Superior. Nota-se, todavia, um aumento dos estudos voltados para a evasão no Ensino Superior na última década (MOROSINI, 2011, p. 2).

Apartir de 1995, o Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB) passou a promover o Seminário sobre Evasão nas Universidades Brasileiras, a fim de discutir a evasão nas Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), tornando mais amplo esse debate. O primeiro Seminário teve como encaminhamento a formação de uma comissão especial de estudos sobre evasão nas IES públicas (PEREIRA, 2003, p. 47).

Os trabalhos da Comissão originaram o documento “DIPLOMAÇÃO, RETENÇÃO E EVASÃO NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR PÚBLICAS”, lançado no ano de 1997, pela Secretaria de Educação Superior (SESu) em conjunto com o Ministério da Educação (MEC) (MEC/SESu, 1997, p. 1-35). Esse documento classifica a evasão em:

- evasão de curso: quando o estudante desliga-se do curso superior em situações diversas tais como: abandono (deixa de matricular-se), desistência (oficial), transferência ou reopção (mudança de curso), exclusão por norma institucional;
- evasão da instituição: quando o estudante desliga-se da instituição na qual está matriculado;
- evasão do sistema: quando o estudante abandona de forma definitiva ou temporária o ensino superior (MEC/SESu, 1997, p. 20).

O documento apresenta ainda uma classificação quanto aos fatores determinantes da evasão. Esses fatores estariam divididos em: fatores ligados ao aluno, fatores internos à instituição e fatores externos à instituição.

Os fatores ligados ao aluno são os fatores que consideram as características individuais do estudante, tais como: habilidade de estudo; relacionados à personalidade; decorrentes da formação escolar anterior; vinculados à escolha precoce da profissão; relacionados a dificuldades pessoais de adaptação à vida universitária, entre outros (MEC/SESu, 1997, p. 27-31).

Os fatores considerados como internos à instituição são os provocados pela própria instituição, tais como: peculiares a questões acadêmicas; currículos desatualizados, alongados; rígida cadeia de pré-requisitos, além da falta de clareza sobre o próprio projeto pedagógico do curso; relacionados à falta de formação pedagógica ou ao desinteresse do docente, entre outros.

E, por fim, os fatores considerados externos à instituição são os que ultrapassam suas ações, tais como: relativos ao mercado de trabalho; relacionados

ao reconhecimento social da carreira escolhida; afetos à qualidade da escola de primeiro e no segundo grau; vinculados a conjunturas econômicas específicas; relacionados à desvalorização da profissão, por exemplo, o “caso” das Licenciaturas, entre outros (MEC/SESu, 1997, Pp. 137-139).

3 | O CEFET/RJ – CAMPUS ANGRA DOS REIS

O CEFET/RJ – Campus Angra dos Reis integra o processo de interiorização do ensino superior e profissional do Governo Federal. Criado em 2010, objetivava levar à população situada em cidades do interior do país o ensino superior e profissional público, gratuito e de qualidade. O Campus localiza-se a 44,3 km da cidade de Paraty/RJ e 56 Km da cidade de Angra dos Reis/RJ e a 100 km de Mangaratiba/RJ. Dessa forma, visa atender aos alunos oriundos dessas localidades.

O Campus Angra dos Reis iniciou seu funcionamento, de fato, no ano de 2011, com seu primeiro curso Técnico em Mecânica. Contou para isso com uma parceria entre a Prefeitura da cidade de Angra dos Reis, o CEFET/RJ (sede no Rio de Janeiro), o governo federal e a Eletronuclear (COSTA, 2016, p. 5).

Atualmente o Campus Angra dos Reis possui 530 discentes, sendo 192 alunos do curso técnico presencial, 12 alunos do curso técnico à distância, dos quais oito alunos são do curso Técnico em Meio Ambiente e quatro do curso Técnico em Telecomunicações, 319 alunos dos cursos de graduação e sete alunos da Pós-graduação. No corpo docente possui 47 Docentes do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico (40h), 01 Docente do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico (20h) e 04 Docentes Substitutos. No corpo técnico administrativo, conta com 28 Técnicos Administrativos em Educação (TAE). Possui ainda 22 funcionários terceirizados, que se dividem em serviços como: manutenção predial (04), limpeza interna (04), limpeza externa (02) e vigilantes (12).

O Campus possui 01 (um) Curso Técnico em Mecânica, 03 (três) Engenharias - Elétrica, Mecânica e Metalúrgica e 01 (uma) Pós-graduação *Latu-Sensuem* Engenharia Mecânica - Ênfase em Eficiência Energética. Possui ainda os cursos de Técnico em Segurança do Trabalho, Técnico em Telecomunicações e Técnico em Meio Ambiente, ofertados na modalidade à distância.

O acesso ao ensino superior ocorre por meio do Sistema de Seleção Unificada (Sisu), onde os alunos concorrem às vagas a partir de seu desempenho no Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM). O Sisu promove o acesso aos alunos da região Costa Verde, assim como aos alunos de diversos Estados.

Diante da problemática da questão da evasão, elaboramos questionário e os direcionamos – via e-mail – aos alunos evadidos, de forma a identificar as causas da evasão. As respostas aos questionários foram computadas e serão analisadas a

seguir.

4 | METODOLOGIA DA PESQUISA

A análise do fenômeno da evasão deve ocorrer de forma constante, uma vez que os alunos se inserem em uma realidade dinâmica. A partir desse entendimento, delimitamos um espaço temporal para a pesquisa – utilizando como referência os alunos evadidos nos anos de 2014, 2015 e 1º semestre de 2016, a partir dos dados coletados em pesquisa aplicada aos próprios alunos. A forma de contato utilizado com os alunos evadidos foi via e-mail particular, para onde foi enviado o questionário, o qual o aluno responderia de forma online.

A pesquisa segue o método do materialismo histórico dialético, entendendo a evasão como fenômeno multifacetado e que essa deva ser combatida em diferentes frentes. Optamos por uma pesquisa quantitativa e qualitativa. A pesquisa qualitativa permite alcançar dados estatísticos e, a pesquisa qualitativa permite respostas que consideram a realidade social dos alunos, buscando com isso alcançar os motivos específicos da evasão a partir de causas relatadas pelos próprios alunos evadidos. MINAYO (2001, p. 22) já apontava que a pesquisa qualitativa “[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

O questionário foi estruturado de forma simples e objetiva, contando com apenas três perguntas de múltipla escolha e mais duas perguntas elencadas a essas. A escolha desse modelo de questionário visou dar agilidade ao processo de resposta, uma vez que, por se tratar de evasão, a maioria dos alunos rompeu o vínculo com a Instituição e o questionário formado por muitas perguntas poderiam não ter um significativo grau de adesão – uma não resposta por parte dos alunos evadidos.

PERGUNTA 1	Qual o motivo do trancamento/cancelamento da matrícula?
PERGUNTA 2	Caso tenha mudado para outra Instituição de Ensino Superior, considera a atual Universidade melhor que o CEFET/RJ – Campus Angra dos Reis?
PERGUNTA 2.1	Se sim, em que? (Marque quantas opções desejar)
PERGUNTA 3	Você ainda está cursando o Ensino Superior?
PERGUNTA 3.1	Se sim, está cursando em que tipo de Instituição?

TABELA 1. Perguntas do Questionário

5 | ANÁLISE DOS RESULTADOS

O total de alunos evadidos no período da pesquisa foi de 73 alunos. Desses 73 alunos, 55 continham seus respectivos e-mails em seu registro acadêmico no CEFET/RJ – Campus Angra dos Reis. Dessa forma, procedemos com o envio do questionário, via e-mail, para os 55 alunos das Engenharias do CEFET/RJ – Campus Angra dos Reis. Desse montante de 55 alunos que possuíam o e-mail cadastrado no sistema da Instituição, 25 alunos responderam ao questionário. Ou seja, 45% dos alunos que tinham e-mail cadastrado no sistema da Instituição responderam a pesquisa e os dados coletados são os que seguem.

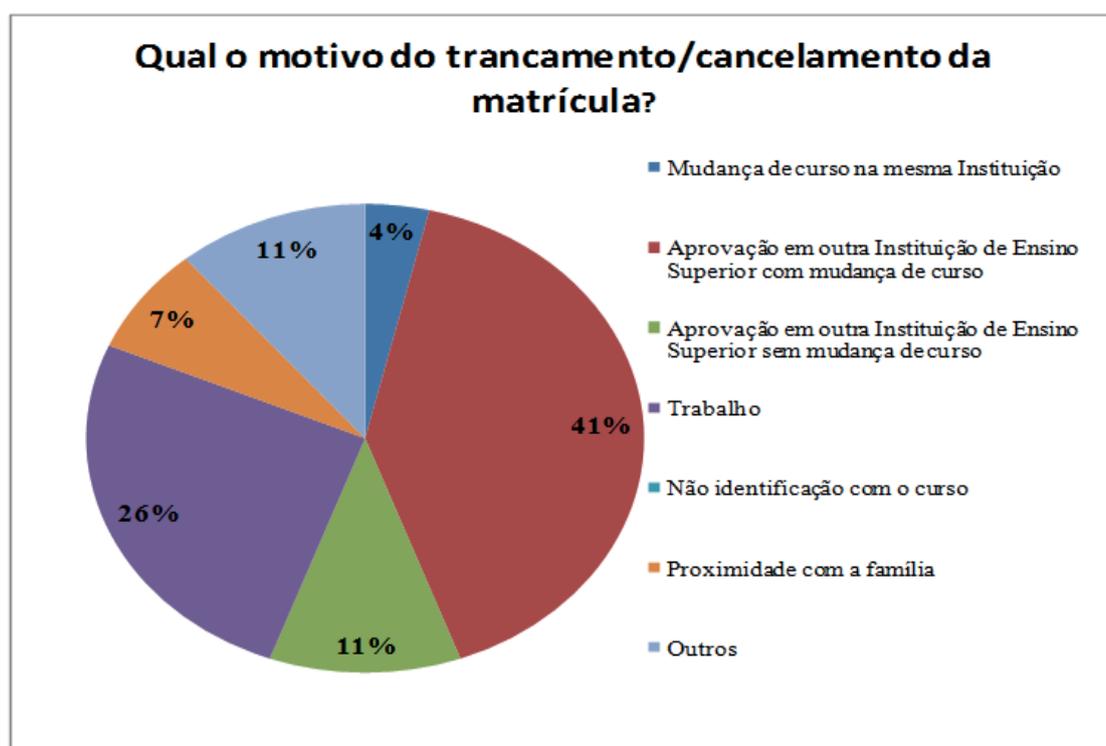


GRÁFICO 1 – Pergunta 1.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Como se observa no gráfico acima, o principal motivo da evasão no período foi decorrente de Aprovação em outra Instituição de Ensino Superior com Mudança de curso. O modelo de um Polo de Tecnologia, restringe o corpo discente aos que se identificam com os conhecimentos do popularmente chamado de “área de exatas”. Os cursos ofertados pelo CEFET/RJ – Campus Angra dos Reis exigem conhecimento prévio de Física e Matemática, principalmente e, os alunos nem sempre detém esse conhecimento quando ingressam na Universidade. Em outro caso, há uma não identificação do aluno com o curso, ocasionado, por vezes, por falta de conhecimento prévio do currículo do curso e/ou por uma questão de identificação pessoal, porém esse item apareceu em separado com valor nulo. Os

cursos ofertados são de período integral, o que impossibilita que o corpo discente concilie trabalho com frequência nas aulas. Por isso, em segundo lugar, com 26% aparece a questão do trabalho. O aluno que trabalha ou inicia uma jornada de trabalho durante o curso não consegue permanecer no mesmo, tendo que escolher entre um ou outro.

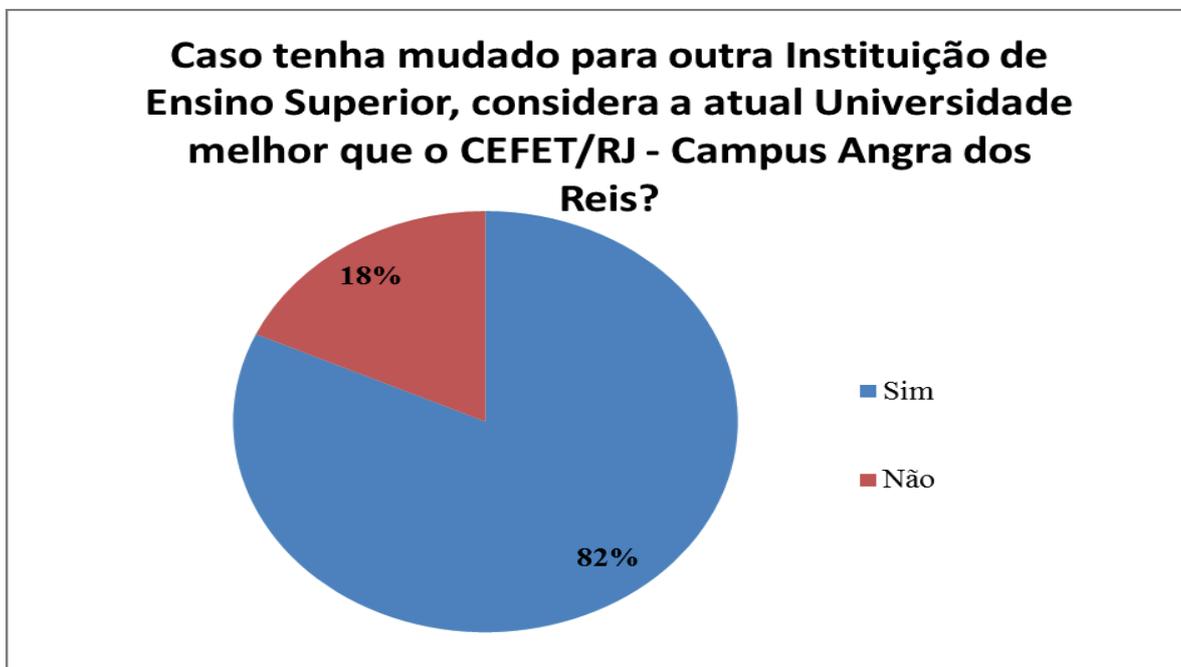


GRÁFICO 2 – Pergunta 2

Fonte: Elaborado pelo autor.

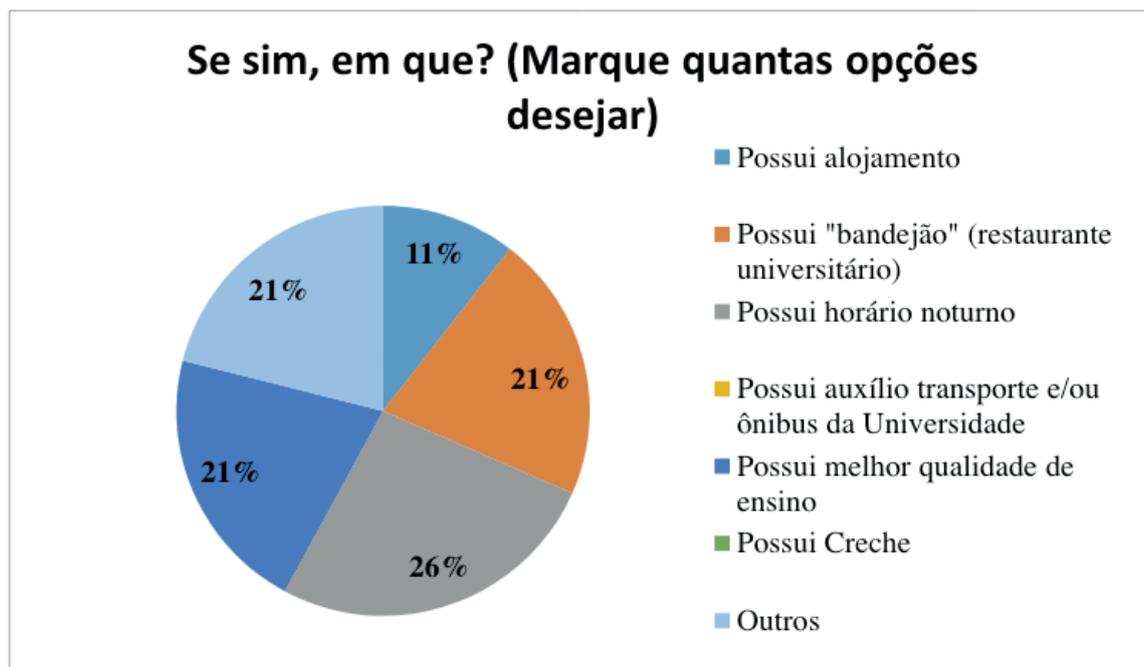


GRÁFICO 3 – Pergunta 2.1.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A não oferta do horário noturno aparece mais uma vez como uma questão para o controle da evasão no ensino superior, uma vez que os alunos que mudaram de Instituição consideram que a Instituição de destino é melhor que o CEFET/RJ – Campus Angra dos Reis por contar com a oferta do curso no horário noturno, computando a maioria de respostas - 26%. À oferta do horário noturno segue-se melhor qualidade de ensino, como uma questão pedagógica e, restaurante universitário, como uma questão no âmbito da política de Assistência Estudantil e Outros, os quais foram relacionados majoritariamente a uma “melhor infraestrutura”. A questão referente à infraestrutura vem sendo acompanhada de perto pelos gestores locais, resultando em obras de adequação, construção de laboratórios, acervo bibliográfico, pintura, sinalização, entre outros.

No que se refere à questão da Assistência Estudantil¹, seus programas são ofertados mediante edital de acesso lançado anualmente. Os alunos concorrem a esse edital e, quando selecionados, concorrem a auxílios pecuniários no valor de R\$400,00 (quatrocentos reais) mensais. Dessa forma, os programas atuam de forma seletiva e focalizada, selecionando os alunos por menor renda e focando os programas nesses determinados grupos, contrapondo o caráter de acesso universal prescrito na Constituição de 1988. A oferta de ajuda pecuniária desvinculada de questões centrais para a permanência do discente na Instituição, como acesso à moradia, alimentação e transporte, desloca a responsabilidade de conter a evasão do Estado para família ou até mesmo para o próprio discente.

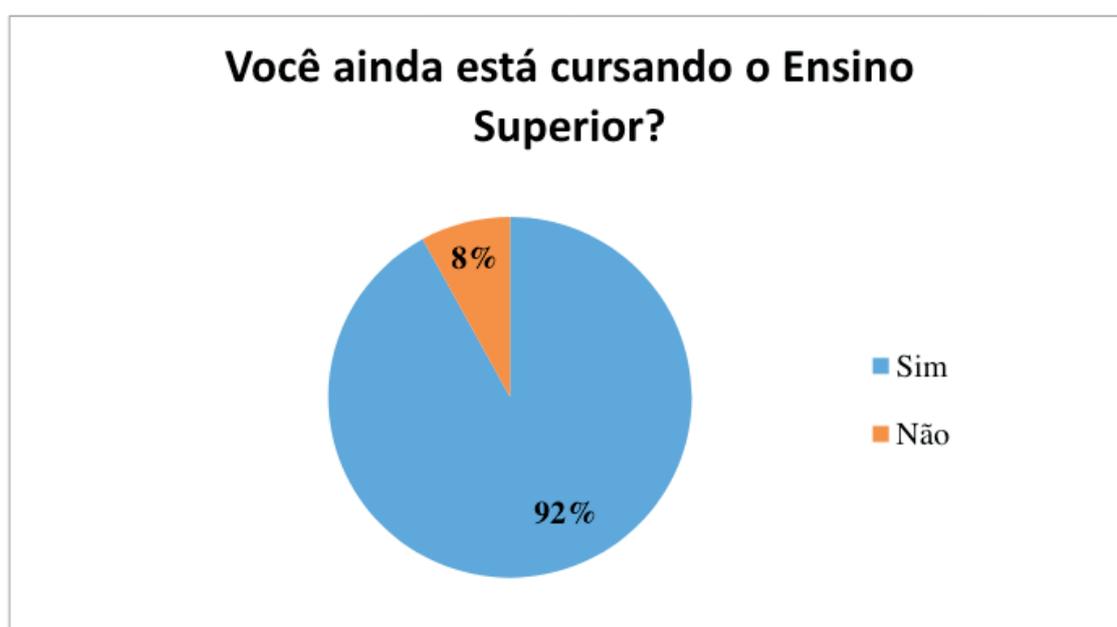


GRÁFICO 4–Pergunta 3.

Fonte: Elaborado pelo autor.

1. Para uma análise pormenorizada sobre as ações dessa Política no CEFET/RJ, ver: ANTUNES, C. A.; VALLE, J. L.; SILVA, R. G. D. . A assistência estudantil no CEFET-RJ: contexto e perspectivas.. 2016. Disponível em: <<http://www.cressrj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/05/091.pdf>>. Acesso em: 28 de ago. de 2017.

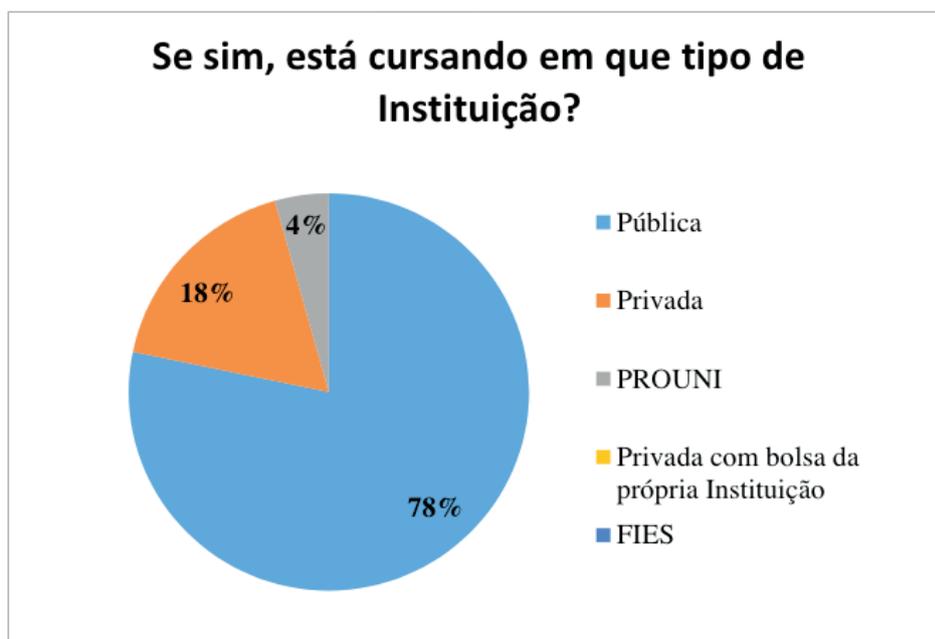


GRÁFICO 5–Pergunta 3.1.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Constata-se que, embora tenham evadido do CEFET/RJ – Campus Angra dos Reis, os alunos continuam cursando o ensino superior, porém, em outras instituições públicas, privadas ou privadas com financiamento público, através do Programa Universidade para Todos (PROUNI)².

Uma certa rotatividade dos alunos entre as Instituições de Ensino Superior pode ser explicado tanto pela mudança na forma de acesso ao ensino superior quanto pelas novas modalidades de financiamento público em Instituições privadas. O acesso ao ensino superior sofreu mudanças a partir de 1998, quando, gradativamente, o vestibular tradicional foi sendo substituído pelo Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM). De acordo com CUNHA (2003, p. 56), buscou-se a resolução de dois problemas ao eliminar a obrigatoriedade do vestibular tradicional: aumentar a qualidade do ensino médio, já que esse seria uma espécie de preparação para o ensino superior e, reduzir os custos dos vestibulares tradicionais, principalmente para as universidades privadas, já que essas realizam vários processos de seleção de discente ao longo do ano. Todavia, o que se viu, foi que a mudança do vestibular tradicional para o ENEM voltou-se menos para o fortalecimento da qualidade no Ensino Médio de forma a preparar os alunos para a graduação e mais para a massificação de acesso ao ensino superior por meio de processos seletivos em universidades particulares, executados, muitas vezes, de forma pouco qualificada. Ou seja, massificando a oferta de cursos pelas instituições privadas nem sempre acompanhada de um ensino de excelência. O PROUNI corrobora com o aumento

2. O PROUNI, Programa Universidade para Todos, é um programa do Ministério da Educação que concede bolsas de estudo integrais e parciais de 50% em instituições privadas de educação superior, em cursos de graduação e sequenciais de formação específica, a estudantes brasileiros sem diploma de nível superior (MEC, 2017).

das instituições privadas de ensino superior ao deslocar recurso público para instituições privadas, mesmo que de ensino.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa apontou que 92% dos alunos evadidos ainda estão cursando o Ensino Superior e que desses, 78% estão em uma Instituição Pública de Ensino Superior. Apontou que 41% dos alunos evadidos efetuaram a mudança de curso na nova Instituição de Ensino. E que 82% dos alunos consideram a atual Instituição melhor que o CEFET/RJ – Campus Angra dos Reis. Ao serem indagados “melhor em que?”, 26% apontaram a oferta do ensino noturno, seguido de “melhor qualidade de ensino”, “Possui ‘bandejão’ (restaurante universitário)” e “Outros”, os três com 21%. Em “Outros” sinalizaram: Uma estrutura montada e pronta; Possui melhor estrutura e oportunidades para estudos na área acadêmica; Possui outros cursos, voltados ao meio ambiente; Melhor infraestrutura.

Constata-se que a evasão é fenômeno multifacetado, envolvendo fatores ligados ao aluno, como: trabalho e proximidade com a família e, fatores ligados à Instituição, como: infraestrutura, horário noturno e cursos ofertados, tendo, portanto, que ser enfrentada em várias frentes. A partir disso, entendemos que individualizar o fenômeno, seja culpabilizando o aluno ou a Instituição não combate a evasão, apenas a intensifica. O combate à evasão deve ocorrer em todas as frentes, uma vez identificadas.

As Instituições escolares devem compreender cada face do fenômeno da evasão, a qual pode aparecer de forma diferenciada em cada Instituição, seja pelo local onde a Instituição se encontra, seja pelos cursos e horários ofertados pela mesma, seja pela realidade social de seus alunos ou até mesmo por aquilo que esperam da Instituição de Ensino.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, C. A.; VALLE, J. L. ; SILVA, R. G. D. A assistência estudantil no CEFET-RJ: contexto e perspectivas.. 2016. Disponível em: <<http://www.cressrj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/05/091.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

BRASIL. Diplomação, retenção e evasão nos cursos de graduação em instituições de ensino superior públicas. Relatório da Comissão Especial de Estudos sobre Evasão nas Universidades Públicas Brasileiras. Brasília: ANDIFES/ABRUEM/SESu/MEC, 1997. Disponível em: <http://www.andifes.org.br/wp-content/files_flutter/Diplomacao_Retencao_Evasao_Graduacao_em_IES_Publicas-1996.pdf>. Acesso em: 30 set. 2017.

_____. Lei Nº. 11.096, de 13 de janeiro de 2005. Institui o Programa Universidade para Todos – PROUNI, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/L11096.htm>. Acesso em: 09 mar. 2016.

_____. Lei n. 12.711, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12711.htm>. Acesso em: 04 mar. 2016.

_____. Ministério da Educação. Disponível em: <<http://siteprouni.mec.gov.br/>>. Acesso em: 01 out. 2017.

_____. Plano Nacional de Educação. 2000. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/pne.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2016.

COSTA, I. O Arquivo como instrumento mediador de informação e cultura para a Sociedade: A I Exposição do Acervo do CEFET/RJ – Campus Angra dos Reis. 2016. Disponível em: <<http://www.cefet-rj.br/attachments/article/2517/ARTIGO%20EDICIC%20-%20ISABELA%20COSTA.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

CUNHA, L. A. *O ensino superior no octênio FHC*. Educ. Soc. 2003, vol.24, n.82, pp.37-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302003000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 28 ago. 2017.

MINAYO, M. C. S. (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: <http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2017.

MOROSINI, M. C. et al. *A Evasão na Educação Superior no Brasil: uma análise da produção de conhecimento nos periódicos Qualis entre 2000-2011*. Porto Alegre/RS – Brasil. Faculdade de Educação – FAGED. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul- PUCRS. 10 f. p.1-10. 2011. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8762/2/A_evasao_na_Educacao_Superior_no_Brasil_uma_analise_da_producao_de_conhecimento_nos_periodicos_Qualis_entre_2000_2011.pdf>. Acesso em: 30 set. 2017.

PEREIRA, F. C. B. *Determinantes da Evasão de Alunos e os Custos Ocultos para as Instituições de Ensino Superior: Uma Aplicação na Universidade do Extremo Sul Catarinense*. 2003. 172 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2003. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/86403/198634.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 30 set. 2017.

PERCEPÇÃO DE LÍDERES COMUNITÁRIOS SOBRE UM PROJETO SOCIAL EM MINAS GERAIS

Data de aceite: 13/04/2020

Cláudia Leocádio

SOLARIS Consultoria Socioambiental.
Sete Lagoas, Minas Gerais, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/6114807565738270>

Antônio Henrique da Mata Corrêa

Faculdade dos Carajás
Marabá, Pará, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/0120732059775877>

Ana Cristina Viana Campos

Faculdade de Saúde Coletiva (FASC) da
Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
(Unifesspa)
Marabá, Pará, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/4058636685107892>

RESUMO: A política urbana no Brasil e na América Latina foi marcada pela ausência de planejamento e desarticulação. Considerando-se a importância desse tema e as dificuldades enfrentadas pelas famílias de baixa renda para obter suas moradias, o presente estudo teve como objetivo relatar a avaliação da equipe de implantação de um reassentamento em um bairro de alta vulnerabilidade social de um município brasileiro. Este é um relato de experiência sobre a avaliação final de um Projeto de Trabalho Técnico Social (PTTS)

realizado no município de Sete Lagoas, Minas Gerais, Brasil. Realizamos uma oficina para ouvir dez líderes comunitários/participantes do projeto sobre a percepção de cada um sobre o projeto e as ações desenvolvidas. Essa etapa é essencial para assegurar o cumprimento do PTTS em locais de intervenção social. Para isso utilizamos uma pergunta norteadora: “Resuma em uma palavra o que foi o PTTS Jardim dos Pequis para você?”. Posteriormente, os depoimentos foram gravados com dispositivo móvel, transcritos na íntegra, assegurando-se que nenhum participante será identificado. Para os líderes comunitários, o PTTS Jardim dos Pequis representa um “território” de “comunhão e parceria” onde os moradores são “gratos” e “são capazes” de “se doar com amor”, “fé”, “respeito”, “coragem e determinação”. Concluímos que com essas características elencadas acima é possível vislumbrar o bairro como um lugar possível de morar e de viver.

PALAVRAS-CHAVE: Periferia urbana. Cidade. Território. Iniquidade social. Intervenção social.

PERCEPTION OF COMMUNITY LEADERS ABOUT A SOCIAL PROJECT IN MINAS GERAIS

ABSTRACT: Urban policy in Brazil and Latin

America was marked by the absence of planning and disarticulation. This theme is important and low-income families have difficulties to obtain their homes, so our objective was to report the evaluation of the team implementing a resettlement in a neighborhood of high social vulnerability in a Brazilian municipality. This is an experience report on the final evaluation of a Technical Social Work Project (PTTS) carried out in the municipality of Sete Lagoas, Minas Gerais, Brazil. We held a workshop to listen to ten community leaders / project participants about the perception of each one about the project and the actions developed. This step is essential to ensure compliance with the PTTS in places of social intervention. For this, we used a guiding question: “In one word, what was PTTS Jardim dos Pequis for you?”. Next, the testimonies were recorded with a mobile device, transcribed in full, ensuring that no participant will be identified. For community leaders, PTTS Jardim dos Pequis represents a “territory” of “communion and partnership” where residents are “grateful” and “are able” to “donate with love”, faith”, “respect”, “courage and determination”. We conclude that with these characteristics listed above it is possible to envision the neighborhood as a possible place to live so well.

KEYWORDS: Urban periphery. City. Territory. Social Inequity. Social intervention.

INTRODUÇÃO

A política urbana no Brasil e na América Latina foi marcada pela ausência de planejamento e desarticulação, mas nas três últimas décadas passou por intensas transformações (TONELLA, 2013).

No Brasil, observou-se o crescimento vertiginoso das cidades nas últimas décadas, especialmente devido à migração da população da zona rural para a zona urbana. No entanto, o “inchaço” urbano tem múltiplos fatores que tem resultado em provocado problemas ligados à moradia, tais como, coabitações, habitações precárias, autoconstrução e falta de infraestrutura (MARICATO, 2003 apud FREITAS, CAPETI; SAMPAIO, 2017).

Segundo D’AMICO (2011), o déficit habitacional é um problema social e estrutural grave representado principalmente pelo surgimento das primeiras favelas aos pés dos morros do Rio de Janeiro, que contrasta com o desenvolvimento socioeconômico do país.

O Plano Nacional de Habitação (PlanHab) é um dos mais importantes instrumentos para a implementação da nova Política Nacional de Habitação, previsto na Lei 11.124/05, que estruturou o Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social, cujo objetivo é formular uma estratégia de longo prazo para equacionar as necessidades habitacionais do país, direcionando da melhor maneira possível, os recursos existentes e a serem mobilizados, e apresentando uma estratégia nos

quatro eixos estruturadores da política habitacional: modelo de financiamento e subsídio; política urbana e fundiária; arranjos institucionais e cadeia produtiva da construção civil. Além disso, espera-se implementar um conjunto de ações capazes de construir um caminho que permita avançar no sentido de atingir o principal objetivo da PNH: universalizar o acesso à moradia digna para todo cidadão brasileiro (BRASIL, 2010).

O PlanHab propiciou a retomada do processo de planejamento habitacional no país, a partir da formulação de estratégias para o enfrentamento das necessidades habitacionais, levando em conta a enorme diversidade regional presente no país (BRASIL, 2010, p.15):

As características urbanas das diferentes categorias de municípios trazem elementos essenciais para a leitura do déficit habitacional, do déficit por urbanização e das necessidades habitacionais futuras, assim como para a definição do tipo de produto habitacional mais adequado, seu processo de produção, custo da terra, entre outros aspectos. Essa tipologia consiste na análise e classificação dos municípios brasileiros a partir do número de habitantes, importância metropolitana, polarização regional, variáveis socioeconômicas, níveis de pobreza etc. Estes indicadores são considerados fundamentais para a definição de programas habitacionais específicos para cada grupo de cidades.

Nesse contexto, surge o programa habitacional Minha Casa Minha Vida (MCMV) que oferece condições atrativas para o financiamento de moradias nas áreas urbanas para famílias de baixa renda. O MCMV foi elaborado pela Casa Civil e pelo Ministério da Fazenda, em diálogo direto com os setores imobiliários e da construção, considerando apenas o objetivo explícito de socorrer o setor produtivo da construção civil e mercado imobiliário e evitar o aprofundamento da crise do mercado (KLINTOWITZ, 2016). Esse investimento foi importante, pois a construção civil é tradicionalmente um setor que emprega grande quantidade de mão de obra de baixa qualificação e que tem uma grande participação no PIB do país (D'AMICO, 2011).

Todavia apesar do arcabouço da legislação vigente e do avanço da economia, o país ainda apresenta grande descompasso no que se refere à promoção de moradia para a população de baixa renda.

A Fundação João Pinheiro realiza estudos sobre déficit habitacional como indicador para acompanhamento da Política Nacional de Habitação. O primeiro componente do indicador são habitações precárias (domicílios improvisados e domicílios rústicos), o componente dois é coabitação familiar definida por domicílios particulares permanentes do tipo cômodo, independente da condição de sua ocupação, sejam eles cedidos, próprios ou alugados e por famílias conviventes (aquelas que residem no mesmo domicílio com pelo menos outra família)

com intenção declarada de se mudar. O terceiro componente caracteriza-se o ônus excessivo com aluguel, se o peso do valor pago como prestação da locação no orçamento domiciliar for superior ou igual a 30% da renda domiciliar. O último componente é adensamento excessivo em domicílios locados ocorre nos domicílios particulares permanentes alugados com mais de três habitantes por cômodo, que sirva, permanentemente, como dormitório (IPEA, 2013).

Os resultados indicam que os anos de 2007 a 2012 houve redução sistemática do indicador do déficit habitacional (5,24 milhões de domicílios), enquanto os resultados do ano de 2013 mostram que o déficit habitacional, corresponde a 5,846 milhão de domicílios, representando 9,0% dos domicílios particulares permanentes e improvisados. Observou-se uma distribuição bastante diferenciada do percentual de habitação precária entre as regiões brasileiras. Em ordem decrescente tem-se o Nordeste (31,0%), o Norte (27,0%), o Sul (17,3%), o Centro-Oeste (8,3%) e Sudeste (4,5%) (IPEA, 2013).

Para Tonella (2013), a qualidade das moradias das famílias com renda de até três salários mínimos apresenta inúmeras deficiências, sendo que a ausência de infraestrutura urbana e saneamento ambiental são o maior problema. Em termos quantitativos, isso significa que 32,1% do total de domicílios urbanos duráveis do país têm pelo menos uma carência de infraestrutura (água, esgoto, coleta de lixo e energia elétrica).

Considerando-se a importância desse tema e as dificuldades enfrentadas pelas famílias de baixa renda para obter suas moradias, o presente estudo teve como objetivo relatar a avaliação da equipe de implantação de um reassentamento em um bairro de alta vulnerabilidade social de um município brasileiro.

METODOLOGIA

Este é um relato de experiência sobre a avaliação final de um Projeto de Trabalho Técnico Social (PTTS) realizado no município de Sete Lagoas, situado a 49,5 km de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, Brasil. Sete Lagoas possui uma população no último censo de 214.152 habitantes e densidade demográfica igual a 398,32 hab./km². Em relação às condições socioeconômicas do município, o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 2,3 salários mínimos em 2015, sendo que 27,6% da população eram ocupadas. Segundo o censo de 2010, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade de 98,6 %. Segundo dados oficiais, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é 0,760, o PIB *per capita* R\$33.072,92, com 60% das receitas oriundas de fontes externas¹.

1. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sete-lagoas/panorama>

Segundo o Caderno de Orientação Técnico Social da Caixa Econômica Federal (CAIXA, 2013), o Projeto de Trabalho Técnico Social (PTTS) é um documento que sistematiza a proposta de trabalho junto aos beneficiários de novas moradias nas intervenções, fundamentando-se na participação comunitária, na sustentabilidade dos empreendimentos e na preservação ambiental.

O PTTS Jardim dos Pequis foi executado durante 17 meses no bairro Jardim dos Pequis do município de Sete Lagoas, Minas Gerais com o objetivo de desenvolver ações de apoio e fortalecimento à participação efetiva das famílias beneficiárias por meio de atividade que promovem a inclusão social e produtiva. As ações desenvolvidas foram agrupadas em quatro grupos temáticos, conforme a figura abaixo (Figura 1).

Educação Ambiental	Educação Patrimonial	Geração de Trabalho e Renda	Mobilização Comunitária
<ul style="list-style-type: none"> • Conservação ambiental • Uso racional de recursos naturais • Prevenção de doenças e higiene pessoal • Coleta seletiva • Noções básicas de saneamento básico 	<ul style="list-style-type: none"> • Correta apropriação e uso dos espaços e equipamentos comuns • Coleta e manejo de resíduos e sistema de águas • Preservação dos espaços coletivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Mapeamento das vocações profissionais • Intermediação aos serviços de mão de obra • Oficinas/cursos de capacitação de geração de trabalho e renda 	<ul style="list-style-type: none"> • Instalação e legalização da Associação Comunitária do Bairro • Capacitação dos membros da Associação

Figura 1. Grupo de ações desenvolvidas no PTTS Jardim dos Pequis

Fonte: Os Autores

Realizamos uma oficina para ouvir dez líderes comunitários/participantes do projeto sobre a percepção de cada um sobre o projeto e as ações desenvolvidas. Essa etapa é essencial para assegurar o cumprimento do PTTS em locais de intervenção social. Para isso utilizamos uma pergunta norteadora: “Resuma em uma palavra o que foi o PTTS Jardim dos Pequis para você?”.

Ao final, as palavras foram organizadas em uma mandala conceitual a partir da fala de cada participante pela pesquisadora orientadora deste relato e entregue para cada participante. Essa etapa foi essencial para promover um fechamento da oficina e manter a união da equipe formada durante o desenvolvimento do PTTS.

Posteriormente, os depoimentos foram gravados com dispositivo móvel, transcritos na íntegra, assegurando-se que nenhum participante será identificado.

Os participantes foram informados de forma clara e prática, expondo os objetivos e razões primordiais do relato de experiência, e as contribuições da mesma, respeitando-se os preceitos e orientações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 (BRASIL, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A regularização fundiária pode ser compreendida em duas dimensões, urbanização e legalização. A primeira se refere somente à urbanização das áreas informais que carecem, em geral, de obras de infraestrutura urbana e prestação de serviços públicos. A segunda dimensão engloba uma política de legalização das áreas ocupadas (PAGANI, ALVES, CORDEIRO, 2016).

A Lei nº 13.465, de 11 de julho de 2017 que dispõe sobre a regularização fundiária rural e urbana no Brasil, em seu art. 9º parágrafo 1o, define que compete ao poder público formular e desenvolver políticas urbanas de acordo com os princípios de sustentabilidade econômica, social e ambiental e ordenação territorial, buscando a ocupação do solo de maneira eficiente, combinando seu uso de forma funcional (BRASIL, 2017).

Entretanto, na prática, a regularização fundiária e o (re)assentamento de famílias é mais complexo do que disposto nos documentos legais. Além disso, muitas vezes essas famílias são alocadas em espaços urbanos isolados, reforçando a segregação em função da renda e na reafirmação da periferia como lugar dos pobres nas cidades brasileiras (ROLNIK et al., 2015). Por outro lado, as intervenções sociais como ocorreu no PTTS jardins dos Pequis tem potencial para inferir mudanças importantes no que é essa periferia e no papel desempenhado pelas políticas públicas de habitação no Brasil (ROLNIK et al., 2015).

A oficina foi realizada no auditório do espaço de lazer do bairro com a presença de líderes comunitários e atores sociais importantes para o desenvolvimento do PTTS Jardim dos Pequis.

Para Oliveira (2009), são funções próprias de um líder comunitário

exercer autoridade, proteção e assistência, ter um papel pedagógico, mediar conflitos internos e externos, fazer articulações em nome do bairro, entidade ou movimento e representar interesses dos moradores junto aos órgãos da administração pública (OLIVEIRA, 2009, p.5).

Trabalhar com famílias reassentadas é um desafio social, especialmente por se tratar de condições e contextos que nem sempre são de fácil solução. Durante os meses de implantação do PTTS Jardim dos Pequis, a equipe teve que mediar a tensa relação entre os moradores e as autoridades locais.

Como bem afirmam Costacurta e Pulino (2017), o complexo arranjo social,

político, econômico e ideológico reflete nas estruturas organizacionais das comunidades, bem como nas ações sociais desenvolvidas. Segundo os mesmos autores,

ao trabalhar em prol da conscientização dos sujeitos, intervindo em processos subjetivos, os profissionais que atuam nesse campo estão se colocando como mediadores do desenvolvimento humano em diferentes contextos (COSTACURTA, PULINO, 2017, p.62).

Após a análise das falas, observamos que as palavras que mais bem representavam a percepção dos líderes comunitários poderiam ser combinadas numa mandala conceitual, conforme figura 2. Para isso, uma frase central deveria resumir a intenção por detrás daquelas palavras. Um dos participantes, num momento de inspiração e reflexão, elaborou a seguinte frase “Jardim dos Pequís: um lugar possível”.

Considerando-se que o bairro Jardim dos Pequís se localiza a 10 quilômetros do centro da cidade e possui poucas opções de horários e acesso ao transporte público; a fala acima assume um caráter social importante em defesa do bairro e de sua importância na vida daquela comunidade.

A construção de grandes conjuntos habitacionais em áreas periféricas onde a terra é mais barata, representando a forma de provisão habitacional predominante ao longo de décadas, contribuiu substancialmente para impulsionar o espraiamento urbano, a proliferação de um padrão urbanístico monofuncional e o estabelecimento de uma divisão territorial entre ricos e pobres (ROLNIK et al., 2015, p.148).

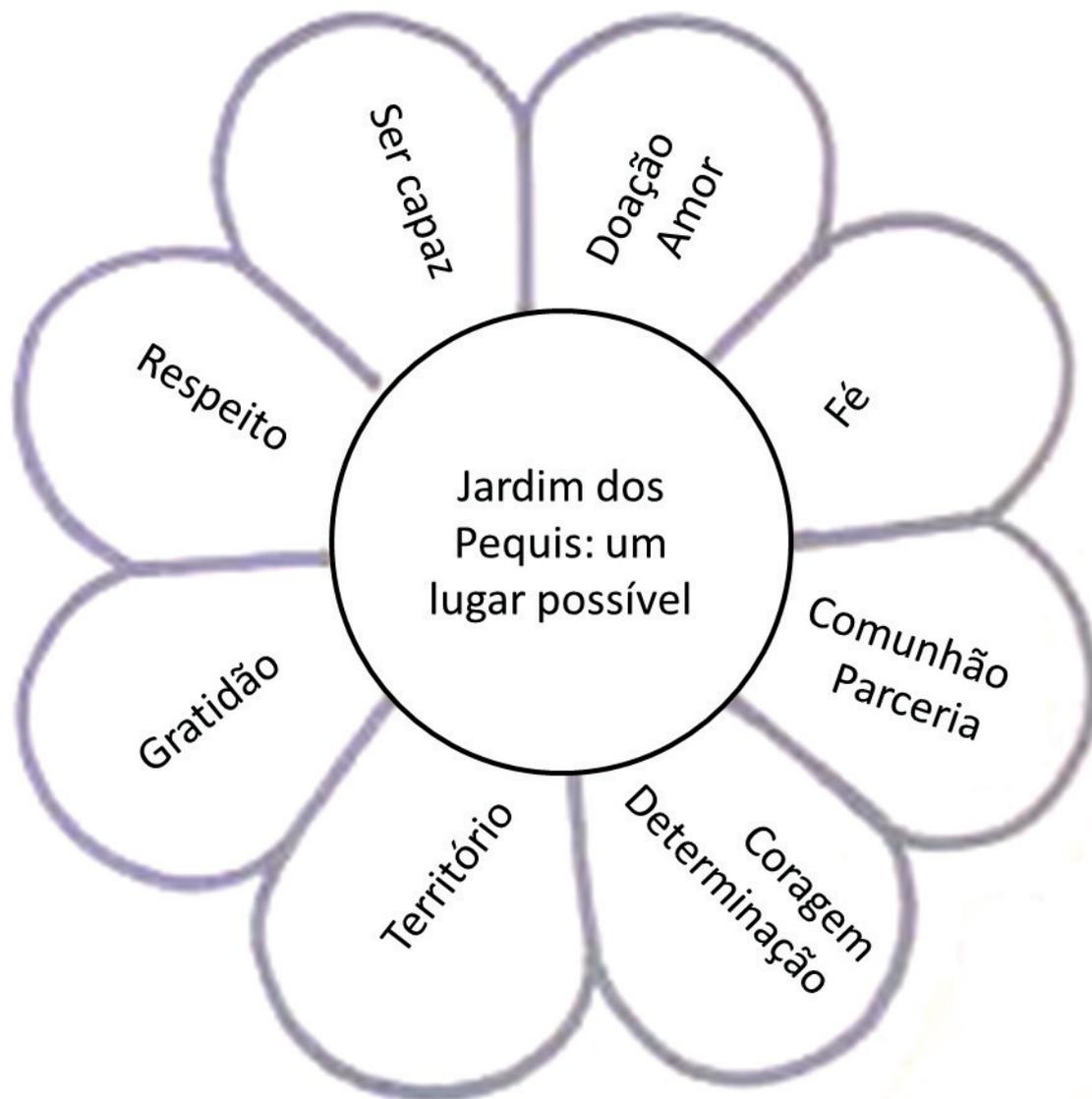


Figura 2: Mandala conceitual sobre a avaliação do projeto PTTS jardim dos Pequis

Fonte: Os Autores

Para os líderes comunitários, o PTTS Jardim dos Pequis representa um “território” de “comunhão e parceria” onde os moradores são “gratos” e “são capazes” de “se doar com amor”, fé”, “respeito”, “coragem e determinação”.

As atividades desenvolvidas contribuíram para fomentar a autonomia da comunidade, visando apoiá-los no processo de conhecimento e reconhecimento de sujeitos de sua própria história e destino (SAQUET, FLÁVIO, 2015). Assim,

as populações podem protagonizar o advento de conquistas e melhorias importantes nas cidades onde habitam. E uma vez que isso ocorra, estarão contribuindo para o avanço da qualidade de vida e de mais justiça, colaborando para enriquecer a sociedade como um todo (SAQUET, FLÁVIO, 2015, p. 138).

Concluimos que com essas características elencadas acima é possível vislumbrar o bairro como um lugar possível de morar e de viver. A eficácia dos programas de proteção social e enfrentamento da pobreza no país exige políticas estruturantes e integradas às políticas de proteção social, que assegurem as

condições mínimas para o desenvolvimento de subsídios reais que fundamentem o caminho a ser seguido (GODINHO, 2011).

Finalmente, trabalhar com projetos sociais exige habilidade de conduzir um projeto em movimento, num espaço onde não se tem a direção do processo e onde a autonomia é relativa (MIOTO, NOGUEIRA, 2013, p.70). Por isso, consideramos que nosso objetivo foi alcançado com sucesso, uma vez que foi formado um vínculo comunitário verdadeiro e duradouro.

REFERÊNCIAS

BRASIL. LEI Nº 13.465, DE 11 DE JULHO DE 2017. **Dispõe sobre a regularização fundiária rural e urbana, sobre a liquidação de créditos concedidos aos assentados da reforma agrária e sobre a regularização fundiária no âmbito da Amazônia Legal**; institui mecanismos para aprimorar a eficiência dos procedimentos de alienação de imóveis da União. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13465.htm>. Acesso em: 10 dez. 2019.

CAIXA. **Caderno de Orientação Técnico Social**. GEPAD03 - Trabalho Social Gerencia Nacional de Gestão Padronização e Normas Técnicas - GEPAD Superintendência Nacional de Assistência Técnica e Desenvolvimento Sustentável - SUDES Brasília, maio, 2013. Disponível em: <http://www.urbanismo.mppr.mp.br/arquivos/File/caderno_de_orientacao.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.

D'AMICO, Fabiano. **O Programa Minha Casa, Minha Vida e a Caixa Econômica Federal**. Curitiba, 2011. Disponível em: <http://www.centrocelsofurtado.org.br/arquivos/image/201109261251530.LivroCAIXA_T_0_033.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.

FREITAS, Fernanda Ribeiro de; CAPETI, Karina Gonçalves; SAMPAIO, Cristiane Ramon. **Uso e ocupação dos manguezais da área urbana de Paranaguá-PR: uma abordagem histórica e socioambiental**. UNISANTA Bioscience, v.6, n.2, p.93-100, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.unisanta.br/index.php/bio/article/download/785/870>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

GODINHO, Isabel Cavalcante. **Pobreza e desigualdade social no Brasil: um desafio para as Políticas Sociais**. In: Anais do I Ciclo de Debates de Circuito Acadêmico, Eixo Temático: O Serviço Social e o Desenvolvimento. IPEA: Brasília, 2011.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Déficit habitacional no Brasil 2013: resultados preliminares**. Nota Técnica. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <<http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/docman/cei/deficit-habitacional/596-nota-tecnica-deficit-habitacional-2013normalizadarevisada/file>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

KLINTOWITZ, Danielle. **Por que o Programa Minha Casa Minha Vida só poderia acontecer em um governo petista?** Cad. Metrop., São Paulo, v. 18, n. 35, pp. 165-190, abr. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/2236-9996.2016-3508>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

MIOTO, Regina Celia Tamaso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional**. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 16, n. spe, p. 61-71, 2013

OLIVEIRA, Nilce de. **Participação de Líderes Comunitários nas Eleições Municipais**. Rev. VeraCidade, n.4, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.veracidade.salvador.ba.gov.br/v4/images/pdf/artigo4.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2020.

PAGANI, Eliane Barbosa Santos; Alves, Jolinda de Moraes; Cordeiro, Sandra Maria Almeida. **Política de regularização fundiária urbana de interesse social em Londrina, Paraná**. Rev. Katál., Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 184-193, jul./set. 2016.

ROLNIK, Raquel; PEREIRA, Alvaro Luis dos Santos; MOREIRA, Fernanda Accioly et al. **O Programa Minha Casa Minha Vida nas regiões metropolitanas de São Paulo e Campinas: aspectos socioespaciais e segregação.** Cad. Metrop., São Paulo , v. 17, n. 33, p. 127-154, maio 2015

SAQUET, Marcos Aurelio; FLÁVIO, Luiz Carlos. **Contribuições para o planejamento e a gestão urbana: a experiência do projeto vida no bairro – Francisco Beltrão (PR).** Guaju, Matinhos, v.1, n.1, p.123-141, jan./jun. 2015.

TONELLA, Celene. **Políticas Urbanas no Brasil: marcos legais, sujeitos e instituições.** Rev. Sociedade e Estado, v. 28, n.1, jan./abr. 2013.

INSTITUIÇÕES DE APOIO A PESSOAS IDOSAS EM PORTUGAL – PROBLEMAS E DESAFIOS ATUAIS E FUTUROS: ESTUDO NUM MUNICÍPIO RURAL

Data de aceite: 13/04/2020

Data de submissão: 16/01/2020

João Gonçalves

Universidade Católica Portuguesa

Faculdade de Ciências Humanas

Catolica Research Centre for Psychological,

Family and Social Wellbeing

Lisboa – Portugal

<https://fch.lisboa.ucp.pt/pt-pt/pessoa/joao-goncalves>

RESUMO: Com este artigo pretende-se identificar os principais problemas e desafios das instituições de apoio a pessoas idosas, no domínio da sustentabilidade, na perspetiva dos seus dirigentes e autoridades públicas locais. Para este efeito utilizou-se uma metodologia mista, assente na aplicação de um questionário e de uma entrevista aos dirigentes das instituições e autoridades públicas locais, apoiando-nos ainda na pesquisa documental. No trabalho desenvolvido identificou-se um conjunto de problemas e desafios no domínio da sustentabilidade das instituições, designadamente: 1) desertificação; 2) falta de utentes; 3) insuficiência de recursos das famílias; 4) construção excessiva de estruturas

residenciais e outras de apoio social; 5) necessidade de redução dos custos de funcionamento; 6) supressão do endividamento; e 7) melhoria da satisfação dos trabalhadores.

PALAVRAS-CHAVE: instituições; idosos; problemas e desafios

SUPPORT INSTITUTIONS FOR OLDER PEOPLE IN PORTUGAL – CURRENT AND FUTURE PROBLEMS: A STUDY IN A RURAL MUNICIPALITY

ABSTRACT: This article aims to identify the main problems and challenges facing support institutions for older people in terms of sustainability, from the point of view of their managers and local public authorities. A mixed-method approach was used for this purpose, based on a questionnaire and interviews with institution managers and local public authorities, and it was also done an documentary research. During the study, a range of problems and challenges affecting the sustainability of institutions were identified, specifically: 1) depopulation; 2) lack of users; 3) families' insufficient resources; 4) excessive construction of residential structures and other social support structures; 5) need to reduce operating costs; 6) removal of indebtedness; 7) improved staff

satisfaction.

KEYWORDS: institutions; older people; problems and challenges

1 | INTRODUÇÃO

O exercício da ação social em Portugal é assegurado fundamentalmente pelas instituições de solidariedade social, formalmente designadas instituições particulares de solidariedade social (IPSS), as quais são reconhecidas e apoiadas pelo Estado.¹ Estas instituições, sem finalidade lucrativa, que emergem da sociedade civil, desempenham um papel essencial no apoio às pessoas em maior estado de necessidade, designadamente à população idosa.² Ao contribuírem para a sobrevivência e melhoria da qualidade de vida dos idosos pelo apoio social que prestam, considera-se essencial o exercício continuado da sua ação na medida em que as perspetivas de crescimento do nível de envelhecimento da população conjugado com as situações de baixos recursos, os estados de dependência, o isolamento e a insuficiência e inexistência de apoio familiar, tendem a maximizar a necessidade de subsistência e de funcionamento das instituições de solidariedade social. Na verdade, a nossa sociedade encontra-se em “(...) acelerado processo de transformação”, em que o crescente nível de envelhecimento da população, sendo “(...) uma fantástica conquista civilizacional, (...) afigura-se como um dos maiores desafios para o futuro da proteção social” (Fernandes, 2008, p. 153).

Por conseguinte, tem-se observado que “(...) à medida que o Estado e um conjunto de atores que nele colaboram se organizam para prestar cuidados sociais e de saúde dignos, a qualidade de vida aumentou e a esperança de vida cresceu extraordinariamente” (Capucha, 2006, p. 76).

Também nos dias de hoje a família deixou de ter condições para que os pais fiquem a viver em casa dos filhos ficando a seu cargo, devido, entre outros aspetos, “(...) às condições de habitação em termos de espaço e à ausência do lar dos dois membros do casal, que passaram ambos a exercer uma atividade remunerada fora de casa”, tendendo o apoio aos mais velhos a ser prestado em unidades residenciais para idosos (Amaro, 2014, p. 176).

Contudo, para o prosseguimento das atividades de apoio social por parte das instituições de solidariedade social é fundamental o acesso a recursos indispensáveis e a observação de variáveis de contexto que no plano da gestão das organizações garantam a sustentabilidade da ação desenvolvida numa ótica de viabilidade, subsistência e complementaridade.

Sendo consensual que a sustentabilidade impõe desafios aos gestores, como

1. Lei nº4/2007, de 16 de janeiro – Bases Gerais do Sistema de Segurança Social

2. Informação disponível em Carta Social, em www.cartasocial.pt – acedido em 30-09-2019

defendem alguns autores (Júnior, 2010, p. 69), no entanto, a gestão não se pode confinar na aplicação das técnicas tradicionais das funções de gestão, descuidando o foco na efetividade das ações sociais que, em boa verdade, são a razão de existência destas organizações (Tenório, 1999, p. 99; Júnior, 2010, p. 45).

Deste modo, com o intuito de aumentarmos o leque de informação e conhecimento no domínio da sustentabilidade das instituições de solidariedade social, definimos a seguinte questão de investigação: quais os principais problemas e desafios atuais e futuros das instituições de apoio social à população idosa em Portugal, inseridas num contexto rural, no domínio da sustentabilidade, na perspetiva dos dirigentes das instituições e das autoridades públicas locais?

2 | CONTEXTO TERRITORIAL

A pesquisa decorreu num concelho do interior do país, em que a densidade populacional é baixa (10 indivíduos por km²), os idosos representam quase 40% da população residente, sendo o índice de envelhecimento de 671,5 enquanto que o valor médio do país atingiu, no mesmo período, 157,4.³ A relação indivíduos em idade ativa por idosos é de 1,4 no concelho e 3,0 no país e o saldo natural, ou seja, a diferença entre o total de nascimentos e o total de óbitos apresentava um valor negativo -61.⁴ A percentagem de indivíduos a viverem sós é elevada,⁵ estimando-se uma maior incidência na população com 75 e mais anos. A indústria assume-se como o principal setor de atividade económica, sendo ainda visível o impacto que a agricultura tem na vida da população local.⁶ O tecido empresarial para além de pouca expressão em termos de oferta de emprego,⁷ tem ressentido também os efeitos da crise económica nacional e da interioridade. Em boa verdade, os serviços municipais e as instituições de solidariedade social são ao mesmo tempo um dos principais empregadores do concelho,⁸ criam emprego, potenciam o poder de compra, dando a vitalidade possível ao comércio local. Os rendimentos médios, principalmente da população idosa pensionista são baixos.⁹ O poder de compra em 2017 atingiu 71,7% no concelho, ao passo que na capital do país se situou em 219,6%.¹⁰

3. Informação disponível em PORDATA, por referência ao ano de 2018, em www.pordata.pt – acedido em 12-01-2020

4. Informação disponível em PORDATA, por referência ao ano de 2018, em www.pordata.pt – acedido em 12-01-2020

5. Informação disponível em PORDATA, em www.pordata.pt – acedido em 12-01-2020

6. Informação disponível em PORDATA, em www.pordata.pt – acedido em 12-01-2020

7. Informação disponível em PORDATA, em www.pordata.pt – acedido em 12-01-2020

8. Informação obtida por inquirição direta às respetivas entidades

9. Informação disponível em PORDATA, em www.pordata.pt – acedido em 12-01-2020

10. Informação disponível em PORDATA, em www.pordata.pt – acedido em 12-01-2020

3 | ASPETOS METODOLÓGICOS

A pesquisa abrangeu as três instituições de solidariedade social existentes no território de estudo que prosseguem respostas sociais na área da população idosa (estrutura residencial para pessoas idosas, centro de dia ou serviço de apoio domiciliário), sendo aplicado um questionário complementado com uma entrevista aos dirigentes das instituições (membros da direção estatutária) e a duas autoridades públicas locais. Pretendeu-se com os instrumentos de pesquisa aplicados aos dirigentes das instituições obter elementos sobre os recursos e meios da atividade corrente, a organização e o funcionamento das instituições e das respostas sociais, o modelo de financiamento e de gestão financeira, problemas, realidades e perspetivas e estratégia preconizada, assim como a perceção atual e futura sobre a sustentabilidade das instituições. Relativamente às autoridades públicas locais teve-se como objetivo fundamental colher informação sobre os recursos e meios disponíveis, a relevância das instituições no contexto local, perspetivas futuras quanto às condições de sustentabilidade das próprias instituições, o modelo de cooperação do Estado com as instituições e desafios emergentes.

Recorremos ainda à pesquisa documental como suporte ao quadro analítico da componente empírica do estudo.

Os elementos recolhidos foram tratados com base em técnicas estatísticas com recurso ao software *SPSS Statistics* e na análise de conteúdo, analisados como um todo e, sempre que nos pareceu útil, apresentados numa perspetiva unitária refletindo a posição individual dos inquiridos ou das instituições envolvidas.

4 | ANÁLISE E DESENVOLVIMENTO DOS PRINCIPAIS RESULTADOS

De forma a encontramos resposta à questão de partida, a análise dos elementos obtidos, tendo em conta o modelo de atuação das instituições e o ambiente externo em que estão inseridas, apresenta-se em dois pontos essenciais, um em que nos interessa identificar e conhecer quais os problemas emergentes e outro cujo enfoque incide nos desafios com que se deparam estas instituições, ambos na perspetiva dos seus dirigentes e das autoridades públicas locais, cujos resultados podem estrangular e comprometer a capacidade de atender às expetativas da sociedade.

Este exercício reveste-se no desígnio do conceito de desenvolvimento sustentável que “(...) atende às necessidades do presente sem comprometer a possibilidade de as gerações futuras atenderem as suas próprias necessidades” (WCED, 1987, p. 54), em diferentes domínios de sustentabilidade comumente presentes na literatura (Sachs, 2009, pp. 71-72) e nos critérios relevantes da gestão social – eficiência, eficácia, equidade e sustentabilidade (Mokate, 2002, p. 1).

4.1 Problemas e realidades no contexto das instituições

Segundo os dirigentes das instituições, a desertificação, a falta de utentes, a insuficiência de recursos das famílias e o excessivo número de recursos humanos, apresentam-se como os principais problemas e como tal geradores de insustentabilidade do setor. Relativamente à desertificação, já em 2011, os resultados do Censos revelaram um interior cada vez mais despovoado (INE, 2013, p. 138). Também uma autoridade pública local indica a falta de utentes como fator de insustentabilidade das instituições “Os fatores de insustentabilidade podem ser diversos, desde logo a eventual falta de clientes, que se vai verificar no futuro apesar da população continuar a envelhecer”. Nesta linha de raciocínio refere Pereira (2014, p. 203) no estudo desenvolvido no interior norte de Portugal que a prestação de serviços de apoio à cidadania necessita de um número mínimo de utentes para garantir a sua viabilidade, de onde podemos inferir que a falta de utentes, quer por razões de desertificação, quer por dificuldades económicas das famílias, é um dos problemas que pode contribuir para a insustentabilidade das instituições. Também outra autoridade pública local inquirida, para além de partilhar do mesmo pressuposto, acha que a principal apreensão no domínio da sustentabilidade das instituições prende-se com a questão financeira

“Vemos em 1º lugar a garantia da sustentabilidade financeira, porque é essa vertente que nos permite ter condições para assegurar a prestação do apoio social e o bem-estar social das pessoas [sustentabilidade social] e depois os aspetos culturais”.

Segundo uma autoridade pública local, a situação económica e financeira das famílias condiciona o fluxo de utentes e a procura de lugares, o que explica [no ponto de vista desta entidade] o facto dos idosos entrarem cada vez mais tarde nas estruturas residenciais.

“De facto, devido à atual situação económica e financeira que o país atravessa, dificilmente voltaremos aos tempos de abundância “fácil”, sempre à custa da injeção de mais e mais dinheiro. Hoje e no futuro não será possível. Pelo que as famílias tentam arranjar alternativas familiares para cuidar dos seus idosos. Por outro lado, os idosos entram cada vez mais em idade avançada para os lares”. Referindo ainda, que “(...) continuamos a assistir a um bairrismo exacerbado que leva ao aparecimento de lares em quase todas as freguesias, que tornará incomportável a sua sustentabilidade no futuro (...)”.

Efetivamente este entendimento é corroborado com o facto das taxas de utilização em lar de idosos e centro de dia terem registado um abaixamento ao nível do concelho e até ao nível do distrito e continente se considerarmos as três respostas sociais¹¹, situação que deve ser ponderada.

11 MSESS - GEP, *Carta Social* - disponível em www.cartasocial.pt – acedido em 30-09-2019

MSSS - GEP, *Carta Social* - disponível em www.cartasocial.pt – acedido em 30-07-2011

MTS – DEPP, *Carta Social*, 2001

INE – *Estimativas anuais da população residente*

O financiamento é outra questão relevante para as instituições, sendo essencial a manutenção da comparticipação pública, principalmente para o funcionamento da estrutura residencial para pessoas idosas. No desenvolvimento deste trabalho e em função da informação disponível observámos que as receitas provenientes dos utentes representavam no conjunto das instituições, em 2018, cerca de 64,7% do total do financiamento, ao passo que em 2000 as receitas provenientes da comparticipação dos utentes tinham um peso de 43,4% no total das receitas, assumindo a comparticipação pública maior representatividade até 2005. A inversão deste comportamento resulta, de acordo com a análise desenvolvida, do aumento do número de utentes em lugares sem comparticipação do Estado em consequência do crescimento da oferta neste domínio (extra acordo de cooperação), gerando um incremento das receitas dos utentes, não acompanhado da subvenção pública.

Também de acordo com o estudo desenvolvido por Sousa et al. (2012, p. 12), mas num âmbito territorial mais alargado (nível nacional), a maioria das instituições inquiridas confirmou que cerca de 50% das receitas correntes resulta de comparticipação pública, o que releva a importância da continuidade da cooperação com o Estado neste domínio. A este respeito referem Santana e Campos (2013, p. 5) no âmbito do Código de Governo de Entidades do Terceiro Setor que, na generalidade das organizações do terceiro setor, há uma dependência excessiva do financiamento público.

Já no que concerne à frequência do centro de dia ou do serviço de apoio domiciliário, como são respostas menos onerosas, os dirigentes das instituições preveem que os utentes possam aumentar a sua comparticipação de forma a reequilibrar o financiamento, caso se confrontem com uma eventual redução da comparticipação pública. Para os dirigentes das instituições a maioria dos utentes não conseguirá suportar o custo técnico da resposta lar de idosos.

“Os utentes (...) [em centro de dia e serviço de apoio domiciliário] podiam reforçar a sua comparticipação, se fosse lar aí era determinante a comparticipação da Segurança Social. No caso da Segurança Social não participar teríamos que fazer outros acordos com as famílias e com a Autarquia no sentido de encontrarmos soluções”.

Para uma autoridade pública local “(...) a autarquia teria condições para suportar o custo do funcionamento das IPSS do concelho – a autarquia tem interesse em que seja garantido o nível de emprego e o serviço prestado à população”.

A propósito do nível de emprego, segundo outra autoridade pública local, “(...) o setor social, só no distrito (...) já emprega cerca de 4.000 trabalhadores [cerca de 13,5% da população empregada naquele território], grande parte deles com qualificações superiores, o que dá uma garantia de melhor futuro para as instituições”.

Informação disponibilizada pelas instituições, por inquirição direta

No âmbito de um outro estudo desenvolvido no mesmo domínio e contexto territorial, relativamente ao acesso aos serviços, constata-se que “(...) mais de 60% dos utentes em estruturas residenciais paga 100% ou mais do valor da sua pensão (...)” (Gonçalves, 2017a, p. 111), o que legitima a posição das instituições quanto à necessidade e relevância da manutenção do nível de comparticipação do Estado no âmbito desta resposta social.

4.2 Desafios e iniciativas preconizadas para a sustentabilidade das instituições

Por seu turno, sendo a captação de recursos e a rentabilização dos meios e recursos existentes fundamental para a sustentabilidade das instituições, estas apostam no desenvolvimento de condições facilitadoras do acesso aos serviços, atraindo novos utentes e assegurando a manutenção dos atuais (Gonçalves, 2017a, p. 111). Nesta linha está o testemunho manifestado pelo dirigente de uma instituição

“De forma a que as pessoas estejam interessadas no lar e no sentido de rentabilizarmos as infraestruturas e o investimento, facilitamos até a entrada dos animais de estimação dos utentes - o importante é que se sintam bem, (...) alargamento do acesso a pessoas de outros locais - outros clientes com mais capacidade e disponibilidade financeira”.

A este respeito também o presidente de uma outra instituição manifestou a mesma perceção na entrevista que nos concedeu.

“(...) [esta instituição] tem viabilidade num horizonte de 20 anos, na medida em que tem várias valências. Criámos residenciais assistidas para idosos, o que nos permite reforçar as receitas com outros públicos interessados e com maior poder económico e a gestão é feita com cuidado”.

Os dirigentes das instituições numa linha de desenvolvimento estratégico defendem também a necessidade de inovação associada à oferta de outras condições promotoras do bem-estar dos utentes e associados, “É necessário inovar - oferecer melhores condições aos utentes e associados, por exemplo, a sala de televisão, jogos de interesse, mais passeios, ou seja, atividades e condições mais atrativas”.

Outras medidas são ainda indicadas pelos dirigentes das instituições como iniciativas fundamentais a desenvolver, particularmente:

“- Investimento nas instituições para o bem-estar dos utentes; - reduzir custos de funcionamento; - renovação de recursos humanos; - formação profissional; - e não seguirmos com estratégias de alternativas de fontes de financiamento porque são praticamente irrealizáveis”. Outros acrescentam: “(...) - gestão rigorosa; - renovação dos contratos de prestação de serviços; - renovação dos protocolos com enfermagem e outros serviços; - manutenção e desenvolvimento de parcerias e; - promoção do voluntariado”.

Por sua vez, uma autoridade pública local considera que as instituições para disporem de melhores condições para fazer face aos desafios e necessidades sociais

da população idosa, é fundamental apostar numa melhor reflexão no domínio das ações e desenvolvimentos que garantam a sua sustentabilidade, designadamente:

“(…) - evitar défices financeiros crónicos e resultados nulos (por serem contraproducentes), sendo necessário um planeamento mais criterioso das atividades com previsão de resultados positivos para fazer face a contingências normais decorrentes das flutuações dos custos; - estarem disponíveis para adoção de estratégias e atividades inovadoras e possuir quadros técnicos com a experiência necessária (A excessiva dependência financeira do Estado levanta questões como a falta de autonomia e sustentabilidade das instituições)”.

Relativamente à alusão à atitude financeira, os dirigentes das instituições quando se lhes perguntou se existia alguma norma interna que condicionasse ou estabelecesse limites de endividamento e quais os resultados financeiros do exercício, responderam que “Não existe norma interna que limite o endividamento, mas há bom senso e responsabilidade”, acrescentando que os resultados “são positivos”.

Ainda no âmbito das ações enunciadas no desígnio da sustentabilidade, na mesma posição está, entre outros, o estudo desenvolvido no Gana a respeito das ONG`s, considerando como garantia de sustentabilidade das instituições, o desenvolvimento de iniciativas de interesse local, tendo presente a transparência e responsabilidade das ações, assente na capacitação em gestão e liderança (Okorley; Nkrumah, 2012, p. 330).

Segundo a mesma autoridade pública local, citada anteriormente, as instituições confrontam-se com enormes desafios de carácter conjuntural e estrutural, mas considera que estes desafios são ao mesmo tempo boas oportunidades para uma mudança no setor, fortalecendo as instituições sem fins lucrativos, nomeadamente:

“- Aumentar a produtividade através da garantia de satisfação dos trabalhadores e do investimento na formação dos recursos humanos; - Garantir sinergias, economias de escala e cooperação entre as IPSS numa visão estratégica, no que diz respeito a práticas de cooperação, assim, como a ligação a grupos de trabalho ou centros de investigação para se fomentar a troca de experiências; - Partilha dos recursos (produtos alimentares, saúde, higiene, viaturas) e/ou troca de produtos excedentários entre diferentes IPSS e apostar na auto-produção; - Diversificar as fontes de financiamento das IPSS nas áreas de angariação de fundos, investir no marketing das instituições e fornecer novos serviços e; - Reduzir custos, tendo em conta a estrutura de financiamento das IPSS envolvendo os próprios utentes, numa ótica voluntária, em atividades para que se sintam úteis”.

Para esta entidade pública local, a estratégia a prosseguir deve perfilhar-se na continuidade da cooperação do Estado com as instituições de solidariedade social, fortalecendo a parceria, com a consciência da virtualidade deste modelo em que a proximidade das instituições aos cidadãos, a rapidez da resposta e os menores custos de suporte da intervenção social local, sustentam a sua resiliência. Tal como aponta o Manual de Governo a respeito do desafio da liderança nas organizações do terceiro setor em Portugal, as instituições têm uma função preponderante na

medida em que conseguem um apoio de proximidade evitando as fragilidades do Estado neste domínio (Azevedo, 2013, p. 11), sendo na realidade um desígnio a coabitação no campo de ação comum que trilham e um impulso inigualável no domínio da sustentabilidade.

Ainda de acordo com esta autoridade pública local a aposta promovida pelo Estado na Rede Local de Inserção Social (RLIS), que vai sendo incrementada

“(…) e que vai ter grande repercussão envolvendo mais diretamente as IPSS, autarquias e Segurança Social, sempre com a preocupação de implementação de políticas de proximidade e de ligação entre as próprias Instituições, [conduzindo-as-á] a um relacionamento entre pares, que [levará] também à partilha de atividades, de custos e de áreas de atuação (…)”.

Ressaltou também neste desenvolvimento que, quer os dirigentes das instituições, quer as autoridades públicas locais, dão particular ênfase à relevância da gestão como meio fundamental para o progresso das instituições. Também nesta linha estão as conclusões apresentadas por outros autores, embora numa perspetiva mais geral e identificadas noutros contextos territoriais, mas transversais quanto ao âmbito de aplicação:

“A Administração surge como área de conhecimento portadora de soluções para os problemas do terceiro setor (...) a habilidade de gerir é vista como a competência mais desejável e [em determinados contextos] menos presente nas organizações do terceiro setor”. (Falconer, 1999, p. 11).

5 | CONCLUSÕES

Para além dos fatores de carácter organizacional já identificados por outros e que espelham um conjunto de ameaças à gestão com reflexos na sustentabilidade das instituições (Gonçalves, 2017b, p. 137), observou-se um leque de problemas e de desafios atuais e futuros e ainda de recomendações identificados e transmitidos pelos dirigentes das instituições e pelas autoridades públicas locais, no domínio da sustentabilidade das próprias instituições, sendo de registar:

Ao nível dos problemas

- Desertificação;
- Falta de utentes;
- Insuficiência de recursos das famílias;
- Elevado número de colaboradores;
- Receio por eventual redução do financiamento público;
- Retardamento da entrada de idosos nos lares; e
- Construção excessiva de estruturas residenciais e outras de apoio social.

Note-se que ao nível dos problemas das instituições, à medida que aumentam as barreiras à sustentabilidade das instituições, o setor sem fins lucrativos corre o

risco de perder duas das mais preciosas qualidades – a sua facilidade de atuação e a disponibilidade para gerar e promover novas iniciativas (Salamon, 2012:68).

Ao nível dos desafios, recomendações e outros apoios

- Flexibilização do acesso aos serviços com outros públicos;
- Criação de valências alternativas;
- Redução de custos de funcionamento;
- Formação profissional como investimento;
- Gestão rigorosa;
- Renovação dos contratos de prestação de serviços;
- Renovação de protocolos, nomeadamente com o Estado;
- Celebração de novas parcerias;
- Promoção do voluntariado;
- Supressão do endividamento;
- Planeamento rigoroso;
- Quadros técnicos com experiência em diferentes áreas do conhecimento;
- Melhoria da satisfação dos trabalhadores;
- Troca de experiências e partilha de recursos materiais;
- Participação dos utentes em ações de voluntariado; e
- Apoio financeiro da autarquia.

REFERÊNCIAS

Amaro, Fausto. **Sociologia da família**. Lisboa: PACTOR, 2014

Azevedo, Carlos. **Manual de governo – o desafio da liderança nas organizações do terceiro setor em Portugal**. Porto: Positivagenda - edições periódicas e multimédia, Id^a., 2013

Capucha, Luís. **Confrontar a transformação demográfica: uma nova solidariedade entre gerações**. MTSS - Cadernos Sociedade e Trabalho, VI, 73-78, 2006

Falconer, Andrés. **A promessa do terceiro setor: um estudo sobre a construção do papel das organizações sem fins lucrativos e do seu campo de gestão**. Centro de Estudos em Administração do Terceiro Setor. Universidade de S. Paulo. S. Paulo, 1999

Fernandes, Ana. **Questões Demográficas – Demografia e Sociologia da População**. Lisboa: Colibri – FCSH (UNL), 2008

Gonçalves, João. **Fatores de sustentabilidade social e cultural das instituições de apoio a pessoas idosas em Portugal: Estudo num município rural**. Gaudium Sciendi, N^o. 11, Sociedade Científica – UCP, 2017a

Gonçalves, João. **Factores de sustentabilidade económica e financeira das instituições de apoio a pessoas idosas em Portugal: estudo num município rural**. Gaudium Sciendi, N^o. 11, Sociedade Científica – UCP 2017b

INE. **Revista de Estudos Demográficos**, N^o 51-52, 2013

- Júnior, Maiso. **Sustentabilidade das organizações sem fins lucrativos**. Fortaleza: Premuis, 2010
- Mokate, Karen. **Eficacia, eficiencia y sostenibilidad. Qué queremos decir?** INDES, 2002
- Okorley, Ernest; Nkrumah, Edmund. **Organisational factors influencing sustainability of local non-governmental organizations - lessons from a Ghanaian context**. International Journal of Social Economics, Vol. 39, N.º. 5, Emerald Group Publishing Limited, 2012
- Pereira, Fernando. **Fatores de sustentabilidade e insustentabilidade nos sistemas de apoio aos idosos no interior norte de Portugal**. Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas, CICS - Publicações / eBooks, 2014
- Sachs, Ignacy. **Caminhos para o desenvolvimento sustentável**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009
- Salamon, Lester (ed). **The Resilient Sector: The Future of Nonprofit America**. The State of Nonprofit America, Published by The Brookings Institution Press in cooperation with The Aspen Institute, second edition, 2012
- Santana, Maria, J.; Campos, Neuza, P. **Código de governo de entidades do terceiro setor**. Porto: Positivagenda – edições periódicas e multimédia, Id^a., 2013
- Sousa, Sónia et al. **As instituições particulares de solidariedade social num contexto de crise económica**. CNIS. 2012
- Tenório, Fernando. **Um espectro ronda o terceiro setor: o espectro do Mercado**. Rio de Janeiro: Revista da Administração Pública, Vol. 33, N.º 5, 85-102, 1999
- WCED – World Commission on Environment and Development. **Our common future**. Oxford and New York: Oxford University Press, 1987

SOBRE A ORGANIZADORA

THAISLAYNE NUNES DE OLIVEIRA - Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (2013), com especialização na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde Pública pelo Hospital Universitário Antônio Pedro (2015). Em 2017 se tornou Mestre em Política Social pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense. E inicia Doutorado no mesmo programa e universidade em 2018, pesquisadora e bolsista vinculada a Coordenação de Aperfeiçoamento da Pesquisa de Pessoal de Nível Superior (CAPES), na área de concentração Avaliação de Políticas Sociais e linha de pesquisa Avaliação de Políticas de Seguridade Social. Atualmente tem se dedicado a pesquisa com mulheres com câncer de mama, buscando identificar a trajetória do cuidado em saúde e aspectos que podem influir no acesso ao diagnóstico, tratamento e recuperação da doença. Possui experiência profissional na Previdência Social e na Assistência Social, e atualmente é Assistente Social na área da Saúde vinculada ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro. Atua ainda como palestrante em diversas atividades realizadas pela própria Prefeitura e também pela Universidade Estácio de Sá. A autora possui experiência nas áreas: políticas sociais, políticas públicas, direitos sociais, seguridade social, envelhecimento, violência, rede socioassistencial, entre outros.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acolhimento 5, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 49, 56, 59, 61, 62, 63, 64, 66

Apoio 21, 29, 32, 61, 107, 110, 113, 114, 132, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 146, 147, 148, 149

Assessoria 36, 37, 38, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47

Assistência Social 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 24, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 38, 50, 52, 90, 103, 149

Assistente Social 25, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 50, 51, 52, 56, 59, 61, 62, 63, 65, 67, 69, 73, 75, 76, 81, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 113, 114, 117, 149

Assistentes Sociais 32, 37, 38, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 50, 52, 55, 60, 63, 67, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 113

B

Brasil 1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 25, 26, 27, 28, 29, 38, 43, 46, 55, 56, 57, 58, 66, 68, 72, 77, 81, 92, 96, 97, 103, 104, 107, 110, 112, 114, 127, 128, 129, 131, 133, 136, 137

Brasileiro 1, 3, 4, 11, 34, 65, 69, 73, 80, 93, 99, 100, 107, 110, 114, 116, 128, 130, 131

C

Cidadania 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 21, 22, 29, 31, 32, 33, 34, 52, 67, 69, 71, 72, 73, 76, 77, 80, 81, 94, 96, 98, 102, 142

Cidade 17, 28, 83, 120, 128, 134

CRAS 5, 9, 29, 30, 33, 103

CREAS 5, 9, 30

Crianças 1, 15, 18, 20, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34

Cuidado Paliativo 57, 58, 62

D

Desigualdade social 136

Desinstitucionalização 81, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 102

Direito 1, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 17, 18, 21, 30, 32, 33, 40, 49, 52, 54, 62, 68, 70, 72, 73, 95, 97, 101, 107, 115

Direitos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 19, 20, 21, 26, 30, 33, 34, 37, 40, 44, 45, 46, 51, 52, 53, 54, 55, 58, 59, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 84, 86, 87, 88, 96, 97, 101, 102, 104, 110, 115, 149

Direitos Socioassistenciais 1, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 21

E

Econômico 6, 53, 106, 114, 115, 134

Educação 3, 6, 8, 22, 37, 40, 41, 43, 45, 46, 48, 50, 51, 52, 53, 59, 65, 95, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 125, 127

Educação profissional 105, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 115, 116

Estado 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 14, 17, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 40, 68, 71, 73, 76, 80, 95, 96, 97, 98, 100, 102, 106, 110, 113, 114, 115, 124, 131, 137, 139, 141, 143, 144, 145, 146, 147

Evasão 117, 118, 119, 120, 121, 122, 124, 126, 127

F

Família 4, 8, 21, 32, 33, 49, 61, 63, 65, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 124, 126, 130, 139, 147, 149

Formação 3, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 55, 56, 58, 74, 75, 77, 81, 92, 107, 108, 109, 111, 112, 113, 116, 119, 125, 144, 145, 147

H

Humanização 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 59, 61, 62, 65, 76

I

Instituições 3, 6, 28, 37, 42, 56, 72, 81, 91, 95, 98, 107, 110, 111, 112, 118, 119, 125, 126, 127, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148

Integralidade 21, 40, 41, 59, 67, 68, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 77

M

Microcefalia 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35

O

Oncologia 54, 56, 66

P

Política 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 27, 29, 30, 33, 34, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 59, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 80, 81, 82, 85, 89, 90, 92, 96, 98, 102, 103, 104, 106, 112, 113, 114, 115, 116, 124, 128, 129, 130, 133, 136, 149

Políticas Públicas 1, 8, 9, 19, 23, 25, 26, 27, 29, 31, 33, 34, 35, 50, 59, 66, 73, 86, 94, 103, 108, 110, 111, 112, 115, 133, 148, 149

Político 6, 38, 39, 40, 42, 43, 46, 50, 55, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 80, 81, 91, 96, 102, 111, 112, 134

Previdência Social 4, 26, 29, 32, 33, 38, 149

Problemas 30, 31, 34, 73, 75, 106, 107, 114, 115, 125, 129, 138, 140, 141, 142, 146

Profissional 8, 20, 21, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 50, 55, 59, 61, 62, 65, 67, 69, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 120, 136, 144, 147, 149

Projeto Ético Político 39, 50, 55, 67, 73, 74, 75, 77

Proteção Social 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 13, 16, 17, 20, 21, 23, 25, 27, 30, 32, 102, 135, 139

Q

Questão Social 1, 27, 34, 40, 43, 52, 59, 60, 69, 82, 86, 90, 106, 115

Quimioterapia 48, 49, 51, 52, 53

R

Reforma Psiquiátrica 78, 80, 81, 82, 83, 86, 91, 93, 98, 102

Rua 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 52, 99, 112

S

Saúde 1, 3, 4, 8, 15, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 66, 67, 68, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 128, 133, 139, 145, 148, 149

Saúde mental 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104

Seguridade Social 1, 2, 4, 23, 26, 29, 30, 38, 39, 49, 149

Sociais 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 20, 21, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 60, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 106, 109, 113, 114, 115, 116, 133, 134, 136, 139, 140, 141, 142, 144, 149

Social 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 103, 105, 106, 107, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 120, 121, 126, 127, 128, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149

SUAS 1, 5, 7, 8, 12, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 30, 31, 32

SUS 31, 38, 40, 41, 42, 43, 46, 49, 50, 55, 58, 67, 68, 73, 74, 75, 76, 80, 81, 99, 103

T

Trabalho 1, 2, 5, 8, 11, 13, 15, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 36, 38, 39, 40, 41, 44, 45, 46, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 61, 63, 65, 66, 67, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 97, 98, 103, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 123, 126, 128, 131, 132, 136, 138, 143, 145, 147, 148

U

Urbana 8, 30, 34, 128, 129, 130, 131, 133, 136, 137

V

Vulnerabilidade 5, 11, 31, 33, 109, 128, 131

 **Atena**
Editora

2 0 2 0