



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

RENATA BARBOSA SÓCRATES

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: UMA ANÁLISE DO SIGNIFICADO DA
PROFISSÃO NO CONTEXTO HOSPITALAR PÚBLICO.**

BRASÍLIA – DF
2017

RENATA BARBOSA SÓCRATES

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE:
UMA ANÁLISE DO SIGNIFICADO DA PROFISSÃO NO CONTEXTO
HOSPITALAR PÚBLICO.**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social – SER da Universidade de Brasília UnB, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Prof^ª. Dra. Janaína Lopes do Nascimento Duarte.

**Brasília – DF
2017**

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE:
UMA ANÁLISE DO SIGNIFICADO DA PROFISSÃO NO CONTEXTO
HOSPITALAR PÚBLICO.**

A Banca Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso
de Serviço Social, da Universidade de Brasília, da estudante:

Renata Barbosa Sócrates

Prof^a. Dra. Janaína Lopes do Nascimento Duarte
Professora Orientadora – SER/UnB

Prof^a. Dra. Miriam de Souza Leão Albuquerque.
Professora – Examinadora Interna – SER/UnB

Rafaella da Câmara Lobão Barroso.
Examinadora Externa. CRESS/DF, SEDEST, Mestranda PPGPS.

*Para meu pai, meu
melhor amigo, em sua
vida, em sua memória.
Bolinha...*

*É que tem mais chã nos meus
olhos do que cansaço nas minhas
pernas, mais esperança nos meus
passos do que tristeza nos meus
ombros, mais estrada no meu
coração do que medo...*

*Cora
Coralina*

AGRADECIMENTOS

À minha querida mãe que ficou do meu lado todo esse período, me apoiando, me incentivando e cuidando de mim nas horas mais difíceis, com sua forma única de expressar seu carinho, seu amor e compreensão, tão importante na minha vida.

Agradeço ao meu pai (*in memoriam*), que durante toda sua vida me deu força para superar os caminhos contraditórios com sua sabedoria e lucidez. Sua intensa amizade, a verdade de seus conselhos, do seu olhar. A genialidade de sua percepção, que me ensinou a buscar a vida, a verdade, a honestidade, humildade, o conhecimento, e me ensinou a compreender os significados profundos da vida, da alma, do viver.

Agradeço a minha irmã Adriana por todos os momentos em que ela me enxergou, me apoiou e esteve comigo. Pela sua paciência, sabedoria e integridade. Por sua amizade, seu amor, essencial para minha vida, confiando e acreditando sempre em mim.

Aos meus queridos e amados sobrinhos Luiza, Lucas e Manuela, que compreenderam a ausência da Titia.

À Márcia, que me guia nas contradições da vida, me mostra caminhos possíveis e me ensina a renascer por meio de sua sabedoria.

Expresso minha gratidão também pela arte, em todas suas expressões, essencial para minha vida, vital para meu coração.

Às minhas amigas queridas que compreenderam meu tempo e são tão importantes na minha vida.

Agradeço a minha orientadora Janaína pelo seu apoio, por acreditar em mim e me dar força. Por seu conhecimento e experiência e, pelos diversos momentos que me orientou e me deu estímulo pra prosseguir caminhando.

Sou grata também a todas as assistentes sociais do Núcleo de Serviço Social do HMIB, por tudo que me ensinaram e pelo apoio e compreensão durante o período do estágio, pelo qual esse trabalho de conclusão do curso foi possível.

A todos meus professores durante o curso que solidificaram minhas direções e redirecionaram minhas perspectivas.

E por fim, agradeço as assistentes sociais da Banca Examinadora, Dra. Miriam de Souza Leão Albuquerque e Rafaella da Câmara Lobão Barroso – atual presidente do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS/DF), por se disponibilizarem a avaliar esse trabalho.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo discutir o significado do papel dos Assistentes Sociais nas políticas de saúde, tendo como foco a atuação desse profissional no contexto hospitalar, e as implicações e contribuições do Serviço Social nesse âmbito. A abordagem dos assuntos foi feita por meio de um levantamento bibliográfico, e relato do estágio acadêmico-curricular obrigatório realizado no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), visando ilustrar a experiência como forma de contribuir para a presente análise, desenvolvendo uma reflexão a respeito das questões que envolvem a intervenção do assistente social no contexto hospitalar público. Para esse intuito, fez-se necessário a contextualização histórica da trajetória e do significado social da profissão na conjuntura política, econômica e social do Brasil. Verificou-se a necessidade de uma reflexão a respeito dos limites, desafios da atuação profissional no processo de reprodução das relações sociais, condicionadas ao projeto dominante hegemônico da sociedade capitalista neoliberal. Os horizontes profissionais na área da saúde incorporam as estratégias de enfrentamento da questão social diante da realidade particular e complexa da sociedade brasileira.

Palavras chave: Serviço social, saúde pública, políticas sociais, políticas de saúde.

Abstract

The present study was to discuss the meaning of the role of the social workers in health policies, focusing on the work of this professional in the hospital context, and the implications and contributions of Social Work in this context. The subjects approach was done through a bibliographical survey and observation in the compulsory academic-curricular internship at the Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), in order to illustrate the experience as a way of contributing to the present analysis, issues involving the intervention of the Social Worker in the public hospital context. For this purpose, it was necessary to contextualize the historical trajectory and social meaning of the profession in the political, economic and social conjuncture of Brazil. There was a need for a reflection on the limits, challenges of professional action on the process of reproduction of social relations, conditioned to de dominant hegemonic project of neoliberal capitalist society. The professional horizons in the health area incorporate the strategies of coping with the social question facing the particular and complex reality of Brazilian society.

Key words: Social Work, public health, social politics, health politics.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1. SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: TRAJETÓRIA E REFORMA SANITÁRIA.....	12
1.1 Trajetória das Políticas de Saúde no Brasil: entre os anos 1930 até a década de 1980.....	12
1.2 Reforma Sanitária Brasileira e Sistema Único de Saúde (SUS).....	20
CAPITULO 2. SERVIÇO SOCIAL COMO PROFISSÃO.....	31
2.1 Serviço Social, suas origens e fundamentos: localização da profissão nas relações sociais.....	31.
2.2 Serviço Social como profissão: reflexões sobre o Projeto Ético-Político Profissional.....	42
CAPÍTULO 3. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: POLÍTICAS SOCIAIS E ATUACAO PROFISSIONAL.....	51
3.1 Seguridade Social Brasileira: aspectos sobre a conjuntura histórica, política, econômica e social das políticas públicas.....	52
3.2 Reflexões sobre as atribuições e competências profissionais do Serviço Social no contexto hospitalar público.....	57
3.3 A atuação do assistente social no contexto hospitalar público: limites e desafios.....	64
3.4 Impressões da prática profissional no âmbito da experiência do estágio curricular obrigatório no Hospital Materno Infantil de Brasília – HMIB.....	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
ANEXOS.....	85

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão do curso tem como objetivo fazer uma análise a respeito da atuação do (a) assistente social na área da saúde, em especial no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), considerando seu significado na sociedade, frente a diversas demandas que se processam num cenário de contradições, que comprometem a lógica do Sistema Único de Saúde.

Nessa perspectiva, a intenção desse trabalho é destacar a essencialidade do Serviço Social na política de saúde e a atuação profissional no contexto hospitalar público. Tendo como base as atribuições e competências nesse âmbito, e a importância de se considerar a visibilidade que é dada para o assistente social nesse setor.

O interesse pelo tema surgiu da experiência prática possibilitada pelo estágio obrigatório-curricular do curso de graduação, desenvolvido no Hospital Materno Infantil de Brasília – HMIB, no Núcleo de Serviço Social da instituição. Surgindo daí diversas questões a respeito da atuação profissional, e suas implicações na rotina de um hospital público.

A situação da saúde pública vem se mostrando cada vez mais alarmante, urgente e desafiadora, principalmente no contexto brasileiro, com as particularidades históricas e conjunturais da formação social do país. O atual projeto societário, político e econômico, expressa a verticalidade neoliberal, evidenciando principalmente as consequências nas políticas sociais, e seus reflexos na saúde dos trabalhadores.

A realidade da classe trabalhadora é portanto, a de uma população que vive diariamente as consequências desse quadro. População que não tem condições de pagar por um plano de saúde privado, imposto pela lógica econômica de estímulo às privatizações – aspecto esse, característico do modo de produção e reprodução do capitalismo neoliberal/privatista.

Desse modo, uma reflexão a respeito da saúde pública institucionalizada constitucionalmente – com base nos princípios da Reforma Sanitária, integrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS); se faz necessária, pois o SUS que vemos na realidade está muito distante do SUS legitimado constitucionalmente.

O trabalho de um assistente social comprometido com o Projeto Ético-Político da profissão, que visa acima de tudo fazer uma apreensão crítica da realidade, compreendendo e identificando as diversas expressões da questão social, encontra também nas políticas de saúde um campo privilegiado no horizonte de sua intervenção.

Nessa orientação, este trabalho teve como objetivo discutir o significado da atuação do assistente social no contexto da saúde pública por meio de um levantamento bibliográfico, e relato da experiência de estágio. A pesquisa ocupou-se de artigos científicos e livros, com o intuito de considerar os aspectos relevantes da problematização do tema, com o propósito de ampliar criticamente o olhar sobre o papel do assistente social.

Também foram utilizados, relatórios de estágio, diário de campo, observação e busca de informações com profissionais do Serviço Social e outras áreas da instituição – desenvolvidos no decorrer do período de estágio, realizado em 2015. O relato da experiência de estágio pretende ilustrar e exemplificar a inserção no campo da prática do assistente social, por meio de uma reflexão crítica a respeito da complexidade da atuação profissional nesse setor, entre os diversos desafios e possibilidades.

Nessa perspectiva, no primeiro capítulo iniciaremos nossa reflexão por meio da análise do contexto histórico da trajetória da saúde pública no Brasil, nos anos 1930 até a década de 1980; em seguida falaremos sobre o contexto da Reforma Sanitária Brasileira e a criação do Sistema Único de Saúde.

No segundo capítulo abordaremos o Serviço Social como profissão, trazendo suas origens, fundamentos, e o lugar da profissão na sociedade, finalizando o capítulo com uma reflexão a respeito do Projeto Ético Político da Profissão.

No terceiro capítulo desse trabalho, traçaremos um diálogo entre Serviço Social e Saúde, fazendo uma análise a respeito dos aspectos históricos, políticos, econômicos e sociais no âmbito da Seguridade Social. Em seguida falaremos sobre as atribuições e competências profissionais no contexto hospitalar público, por meio de uma reflexão a respeito dos seus limites e desafios, finalizando com o relato da experiência do estágio obrigatório curricular do curso. Para então, concluirmos com nossas considerações finais.

CAPÍTULO 1. SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: TRAJETÓRIA E REFORMA SANITÁRIA

Podemos considerar a história da saúde pública no Brasil como um processo extremamente árduo, permeado por muitas lutas, movimentos populares, conquistas decisivas, vitórias e retrocessos, que marcaram toda conjuntura da saúde pública brasileira. Implicando em profundas mudanças nas condições e determinantes sociais da população, impactando principalmente as classes mais pobres. Um contexto de diversas contradições, que transformaram a estrutura da política econômica, e caracterizaram os projetos societários que vieram sendo estabelecidos no Brasil.

Nesse capítulo iremos abordar alguns processos que marcaram o percurso da saúde no Brasil, como fatos políticos, econômicos e sociais que antecedem o cenário da intervenção estatal no país. Também a trajetória das políticas sociais nesse âmbito, bem como o contexto em que se formou o Projeto da Reforma Sanitária, e os caminhos que levaram a construção e constituição de uma saúde pública universal, o Sistema Único de Saúde (SUS).

1.1 Trajetória das Políticas de Saúde no Brasil: entre os anos 1930 até a década de 1980.

No início do século XX, apenas as classes mais ricas tinham acesso a tratamentos de saúde, a população mais pobre vivia à margem da sociedade, onde as doenças, além de serem de fato pouco conhecidas - sendo na maioria das vezes sanada com base nos costumes, e crenças que determinavam os limites e possibilidades da época - eram principalmente, tratadas por um viés filantrópico, com base na caridade cristã.

Nesse período, com o advento do capitalismo, profundas transformações no contexto político, econômico e social se destacam, onde os primeiros contornos de um projeto privatista no país já podem ser vislumbrados. A priorização do Estado caminha na direção de investimento no setor econômico, no desenvolvimento da indústria e intenso estímulo ao setor privado. O que vai gerar um rápido movimento de urbanização e emigração no cenário nacional. O aspecto da emigração era o que mais evidenciava esse processo, pois o alargamento da massa de trabalhadores reduziria os custos do

investimento na produção, acarretando na mão de obra barata, e conseqüentemente geraria o lucro e crescimento do país.

Nesse cenário de capitalismo recente, a saúde ainda dava curtos passos com relação às ações sanitárias, e a população sentia fortemente os impactos da nova conjuntura que se estabelecia no país. E com o expressivo processo de urbanização e emigração, as iniciativas na saúde pública se tornam impreterível, especialmente nos centros urbanos, já que, as conseqüências da pouca atenção dada a esse setor, expressava a alta propagação de doenças que se verificou naquele contexto. Momento em que as expressões da questão social se intensificam e demandam uma maior atenção pelas implicações que esse contexto poderia gerar nos investimentos para capital.

Segundo Braga e Paula (1985), “a saúde emerge como *questão social* no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado” (BRAGA e PAULA, 1985, p.41-42, apud BRAVO, 2006, p.2).

Podemos caracterizar o capitalismo do século XX como “monopolista”, que segundo Netto (2011, p.27) é a forma de “articulação entre funções econômicas e funções políticas do Estado burguês”, o que significa a concentração de riqueza nas mãos dos grandes monopólios amparados pelo Estado, no qual, “o capitalismo monopolista conduz ao ápice a contradição elementar entre a socialização da produção e apropriação privada” (NETTO, 2011, p. 24). Assim as características centrais da lógica monopólica estão baseadas no controle dos mercados, no alargamento do exército industrial de reserva – conseqüência da reorganização das relações de trabalho e do mercado; introdução de novas tecnologias; elevação dos preços para a obtenção de lucro, ou seja, acumulação intensificada do capital.

Dessa maneira, o capitalismo monopolista começa a se afirmar a partir do século XX, conseqüência da profundidade das transformações conduzidas pelo capitalismo concorrencial do século anterior, no qual a produção era baseada na concorrência entre os mercados fundados pelo liberalismo econômico, acompanhado da ampliação do modo de produção do capital. Segundo Netto (2011) um fator relevante do estágio monopolista é o papel do Estado que tem como função a garantia da acumulação e lucro dos monopólios, no qual “as funções políticas do Estado imbricam-se organicamente com as funções econômicas” (2011, p.25).

De acordo com Bravo (2006), a intervenção estatal no Brasil só ocorreu no século XX, mais efetivamente na década de 30, onde as relações com a saúde se

aprofundam (idem, p.2). Nessa direção, a problematização da saúde ganha maior ênfase com o surgimento da preocupação com a saúde do trabalhador, não em um sentido de proteção social, mas de manutenção das forças produtivas, pois, as fábricas recém-criadas estavam sendo prejudicadas em função das implicações que o descaso com a saúde dos trabalhadores estava gerando. O resultado foi verificado na indignação e revolta dos operários que se organizaram e entraram em greve, causando um temor frente aos capitalistas industriais e empresariais, colocando assim, a necessidade de regulamentar as leis de proteção ao trabalho e as políticas sociais para atenderem às demandas específicas.

Nesse sentido o “Estado burguês”, com o permanente intuito de fazer a manutenção da hierarquia social, encontra justificativa nas políticas sociais para naturalizarem os antagonismos de classe, políticas sociais cujo papel é funcional para a manutenção do modo de produção capitalista fundado nos monopólios (NETTO, 2011, p.31). E as políticas de saúde nessa relação, também se transformam em terreno fértil para a lógica do Estado apoiado na classe dominante, que buscará estratégias políticas para a preservação das classes sociais estratificadas, para viabilizar o projeto político econômico do Estado.

Nessa perspectiva, com o quadro que se estabelecia na organização social do trabalho, recorda-se que foi no ano de 1923 que as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões foram regulamentadas, com a Lei Eloy Chaves, que garantia o direito à aposentadoria e assistência médica aos operários. Podemos considerar as CAPS como resultado das primeiras discussões a respeito das demandas dos trabalhadores, nesse contexto que se caracterizava por contraditórias relações entre os setores público e privado.

Segundo Bravo (2006, p.3), “as alterações ocorridas na sociedade brasileira a partir da década de 1930, tem como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado e surgimento das políticas sociais”. De acordo com autora, o surgimento das políticas sociais¹ foi uma resposta aos

¹ As políticas sociais que acompanharam quase todas as décadas do século XX estavam ancoradas na questão da cidadania regulada. Houve uma ampliação dos direitos dos cidadãos neste período, mas como cidadãos eram considerados apenas os indivíduos pertencentes ao mercado de trabalho formal, para as profissões reconhecidas em lei. O sistema de proteção social no Brasil ficou atrelado a esta cidadania regulada até os anos 80. (MANSUR, 2001)
(https://portaldeses.icict.fiocruz.br/transf.php?id=00007203&lng=pt&script=thes_chap) Acessado em: 27/09/2017.

impactos da questão social na sociedade, que agora eram tratadas como uma questão política, trazendo assim a necessidade do papel de intervenção do Estado frente à ofensiva do capital industrial, onde os trabalhadores “eram sujeitos sociais importantes no cenário político nacional em decorrência da nova dinâmica de acumulação” (BRAVO, 2006, p.3-4).

No ano de 1930, também se inicia no Brasil, o longo e conturbando governo de Getúlio Vargas, que põe fim a República Velha, trazendo uma postura centralizadora, e nacionalista em seu governo. Vargas inicia sua campanha com um discurso focalizado na “atenção aos trabalhadores”, mas o que se constatou foi um período de ininterrupto estímulo ao crescimento da economia, principalmente no incentivo das empresas privadas por meio do constante diálogo com empresários e industriais. Importante lembrar que o processo de industrialização no Brasil foi bastante tardio, implicando nos processos antagônicos que se verificaram, nesse movimento de adoção de uma economia capitalista liberal.

A autora informa ainda que as políticas de saúde nesse período tinham caráter nacional e eram divididas em dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária, destacando as principais alternativas para a saúde pública nesse âmbito, nas palavras de Braga e Paula (1986, p.53-55, apud BRAVO, 2006, p.4).

Ênfase nas campanhas sanitárias; Coordenação de serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico pelo Departamento Nacional de Saúde (1937); interiorização de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão de obra para as cidades; criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937, Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, financiados os dois primeiros, pela fundação Rockefeller - de origem norte americana); reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941 [...].

As iniciativas de Vargas na saúde se deram por meio da centralização e uniformização das estruturas de saúde, causando um forte impacto na saúde brasileira como um todo. O resultado dessas iniciativas acarretou num verdadeiro sentimento de insatisfação por parte dos trabalhadores, pois as CAPS não abrangiam a extensa massa da população trabalhadora, o que resultou na criação de Institutos para a melhor gestão dos direitos previdenciários, no ano de 1932.

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) vieram como uma resposta ao descontentamento de grande parte dos trabalhadores que se sentiam excluídos do sistema anterior. Mas tal resposta, não se devia a uma genuína consideração dos direitos

dos trabalhadores, mas principalmente, a preservação da mão de obra eficiente e disciplinada, que como já dissemos, era imprescindível para o projeto de produção e acumulação capitalista.

Os institutos estabeleciam condicionalidades como a contribuição de uma parcela do salário dos operários das fábricas e indústrias, com a proposta de garantir a aposentadoria (por tempo de trabalho), pensões, e assistência médica, com os recursos arrecadados pelos IAPS. Entretanto, o que se constatou, foi que a partir da arrecadação desses recursos, o projeto privatista ganhou força, demonstrando que o principal objetivo desse governo era na verdade, acumular recursos para investimento na industrialização e modernização do país. Para esse projeto foram feitos os regimes de capitalização, com a proposta de utilizar os recursos arrecadados pelo IAPS para investir no desenvolvimento nacional e incentivar os investimentos internacionais.

O argumento para esse “empréstimo” era que, com o desenvolvimento e enriquecimento do país, a sociedade teria maior qualidade de vida, e os recursos retornariam para os fundos dos IAPS, mantendo as aposentadorias e pensões, e também a assistência médica. Mas não foi o que aconteceu, a realidade dos IAPS foi o financiamento do ideal privado, desenvolvimentista, com lucros contínuos para fortalecer o projeto adotado pelo governo em questão². E como consequência desse cenário, por meio de constantes pressões da sociedade (fazendo parte também, as elites dos centros urbanos que se demonstravam insatisfeitas, sentindo-se excluídas do projeto do Estado de estímulo da atuação de empresários e industriais), se desenvolve o terreno para a nova carta constitucional de 1934³.

² Esse parágrafo e os dois anteriores foram desenvolvidos com base no documentário “Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde”, realizado por iniciativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, do Ministério de Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS e a Universidade Federal Fluminense/UFF no ano de 2006. Roteiro e direção de Renato Tapajós. Disponível em: (<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/estudos-comunicacao-saude/politicas-de-saude-no-brasil-um-seculo-de-luta-pelo-direito-saude-videos>)

³“A Constituição de 1934 inaugurou a minúcia e o pormenor, a indistinção entre a legislação ordinária e a constitucional [...] No campo das liberdades democráticas, a Constituição restringiu os direitos fundamentais. A introdução do conceito de segurança nacional recebeu destaque especial [...] O culto do Estado forte é típico do período. Os Estados Unidos não eram mais o modelo. A inspiração vinha da Europa, do totalitarismo [...] Foi garantido também o estado de sítio, que concedia ao Executivo amplos poderes e a suspensão das garantias individuais, além da imposição da censura [...] O nacionalismo foi a pedra de toque da Constituição. Pela primeira vez foi reservado um título exclusivo para a ordem econômica e social [...]” (VILLA, 2011, p. 32 a 34).

A partir de 1937 institui-se o Estado Novo no país. Período em que o autoritarismo e fortalecimento da centralização política estão em pleno vapor. Vargas queria ter amplos poderes, controlar toda atividade política e colocar para fora do seu caminho os opositores ao seu governo. Período também em que foi criado o Ministério do Trabalho, o sistema previdenciário, programas como o SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), e posteriormente em 1943 temos a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) pelo Decreto-lei nº 5.452/1943.

Seguia-se o Estado Novo, mas no ano de 1945 Vargas foi deposto em meio a diversas contradições políticas e forte oposição ao seu governo. Destaca-se nesse período uma breve autonomia do Partido Comunista no poder, no entanto, o período de ditadura está latente, evidenciado um cenário de intensa repressão e perseguição política.

De acordo com Bravo (2006), a situação da saúde da população entre os anos 1945 a 1964, com algumas exceções, não conseguiu superar a precária condição de saúde do período, configurando-se momento de propagação de diversas doenças e epidemias que resultou em um alto índice de mortalidade, principalmente de crianças. E segundo a autora “a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50, e apontava na formação de empresas médicas” (BRAVO, 2006, p.5).

Com relação a essas empresas médicas é importante lembrar que tais estruturas só foram possíveis com o financiamento dos recursos retirados dos IAPs. Além disso, essas empresas privadas possuíam autonomia de gestão desses recursos, amparados pelo Estado, caracterizando o investimento monumental das novas estruturas hospitalares privadas que se instalavam. Tais estruturas estavam alinhadas com a influência norte americana de atenção à saúde, com lógica privatista, prática médica especializada, equipamentos ultramodernos, e um intenso investimento na indústria farmacêutica, que encontrou um grande negócio lucrando com a “comercialização” da saúde. Esse modelo é o que compreendemos como modelo “hospitalocêntrico”, ou seja, centrado nas grandes estruturas hospitalares, com atendimento médico de emergência e internação, onde se organizam as especializações médicas. Esse modelo não atua na prevenção, mas na intervenção da doença, sendo o modelo de atenção à saúde que temos até os dias atuais.

A respeito do cenário político, curiosamente, cinco anos após ter sido deposto, Vargas retorna à presidência, e mais curioso ainda, eleito pelo voto popular. Nesse

mandato, em 1953 o Ministério da Saúde foi criado, o que representou um avanço com relação ao fortalecimento das políticas de saúde no Brasil. O Ministério da Saúde trazia em sua estrutura um projeto com horizonte na medicina preventiva, entretanto incorporou também a medicina especializada, que, como já foi visto, tinha como fundamento a privatização, a fragmentação das patologias pela especialização médica, e o complexo medico-industrial, que vinha se ampliando globalmente, no Brasil também se verificou um intenso desenvolvimento das indústrias farmacêuticas multinacionais.

Diversos movimentos sociais entram em cena nesse contexto de retomada do governo de Vargas, que mais uma vez sofre forte oposição política, sendo acusado de corrupção e ditadura, e é obrigado a renunciar. Mas dessa vez, só sai da presidência morto, após seu suicídio em 1954.

Pegaremos um atalho para o governo de Juscelino Kubitschek, que se torna presidente após os curtos períodos de outros governos após a morte de Vargas. Kubitschek continua com o mesmo projeto de investimento no desenvolvimento e crescimento econômico dos governos anteriores, construindo também a Capital Federal. No governo de JK foi criado o famoso Plano de Metas, onde foram elaboradas as metas para atingir níveis astronômicos de desenvolvimento na economia. Também ampliou as indústrias, construiu rodovias, usinas hidrelétricas entre outros.

Todo esse investimento resultou em gastos desproporcionais à realidade econômica do Brasil, fazendo com que o governo buscasse apoio financeiro de outros países. As consequências desse processo vão eclodir na crise da sociedade brasileira. Disparam-se as inflações, e as flutuações do mercado recaem sobre a população trabalhadora que vive em um cenário extremamente contraditório e incerto.

Após o mandato de JK, Jânio Quadros chega à presidência com grande maioria dos votos. Seu governo foi marcado por uma intenção de combate à corrupção política. Mas suas iniciativas não estavam agradando os partidos militares resultando em acusações de pretensões comunistas, onde foi levado a renunciar em 1961. Seu vice João Goulart (Jango) se torna presidente em meio a muita resistência dos políticos e militares, que tentaram impedir sua posse pela mesma acusação feita a Jânio Quadros.

Dentre os destaques do governo de Jango temos as reformas de base⁴, que caracterizavam um diálogo com a sociedade (principalmente com a classe trabalhadora)

⁴“Reformas de base foi o nome dado pelo 24º presidente do Brasil, João Goulart às reformas estruturais propostas por sua equipe. Estas incluíam os setores educacional, fiscal, político e agrário. A reforma traria em pouco tempo a diminuição da desigualdade social e a evolução do país.” (ALMEIDA, 2009).

frente suas demandas. A política popular de Jango também não agradou a classe de empresários, partidos de direita e a ala conservadora da sociedade, sendo também acusado⁵ e perseguido, exilando-se no Uruguai. A frente militar assume a direção, e chegamos então, ao ápice da ditadura que vai se estabelecer a partir de 1964. Período que se estendeu por 21 anos, se caracterizando por um contexto de intensa repressão, censura, controle ideológico, insubordinação política, e extremo desrespeito aos direitos humanos.

Com relação à situação das políticas de saúde nessa época, apesar do contexto remoto que acometia a sociedade brasileira, foi nesse período conturbado que se verificaram os passos iniciais de organização popular e debate coletivo sobre as políticas de saúde pública, demonstrando os contornos do horizonte do Projeto da Reforma Sanitária, e caminhando na direção da implementação futura, dos princípios da institucionalização do SUS que serão contemplados na Constituição Federal de 1988.

No contexto de ditadura também foi criado em 1965 o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) com a intenção de unificar todos IAPS em só Instituto, onde:

O INPS consolida o componente assistencial, com marcada opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, que terá uma forte presença no futuro SUS (REIS, ARAÚJO, CECÍLIO, 2009, p.32).

Diversas outras iniciativas na saúde também foram relevantes como a criação do SIMPAS (Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social) e o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência) em 1977. No ano de 1982 foi implantado o PAIS (Programa de Ações Integradas na Saúde).

Em 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, momento que marcou os novos horizontes das políticas de saúde, que já vinham sendo discutidos com o Movimento da Reforma Sanitária, num período em que a sociedade estava se recuperando dos impactos da ditadura. Nesse contexto, também havia um grande interesse coletivo em discutir os rumos que seriam tomados a partir da elaboração de uma nova Constituinte para o Brasil, que viria dois anos depois com a Constituição

⁵ “No ano de 1964 os rumos da história brasileira são totalmente alterados com o golpe militar. Este golpe, planejado pelas forças armadas nacionais com o apoio total dos Estados Unidos, retirou do poder o então presidente da república João Goulart.” (Colunista Portal-Educação, 2013).
(<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/regime-militar-historico-da-saude-publica/34823>)

Cidadã⁶ de 1988. No próximo tópico falaremos desse contexto de institucionalização da nova Constituinte, como também, as contribuições do Projeto da Reforma Sanitária, alinhadas com os princípios estabelecidos pelo SUS, e o que todo esse processo representou para o contexto atual das políticas de saúde no Brasil.

1.2 REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Depois do exposto no item anterior, prosseguiremos concentrados nesse contexto, no qual as políticas de saúde brasileiras foram sendo desenvolvidas, a partir dos governos pós-constituintes, e no contexto de transição democrática no Brasil. Tendo como base, a ideia, proposta, projeto, movimento, e o processo⁷ da Reforma Sanitária Brasileira, partiremos de um resgate das raízes de sua construção, que se expressam na essência dos princípios contemplados pelo Sistema Único de Saúde, garantidos na Constituição Federal de 1988.

No âmbito da aprovação do texto Constituinte, a sociedade brasileira encontrava-se no ápice da participação popular, com significativas mobilizações coletivas, movimentos que em grande parte lutavam pelas políticas sociais e pelo direito à saúde, consonantes com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Momento que teve como resposta a institucionalização dos princípios do SUS, trazendo assim, novos horizontes para o futuro da saúde pública no Brasil. A elaboração e implementação da Constituição Federal de 1988, representou a materialização de muita pressão social sobre a conjuntura política que estava estabelecida no país, e se caracterizou nesse resultado de anos de lutas populares, contradições políticas, econômicas, sociais e antagonismos de classe, onde se revelavam as estruturas ideológicas que se manifestavam no cenário brasileiro.

Anterior a esse processo, no ano de 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde com o tema: “Saúde como direito: reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial”, que representava um grande marco na história das Conferências Nacionais de Saúde, até então, no país. Resultado da união de forças, por meio de debates e construções coletivas, num contexto em que se apresentariam

⁶ Foi chamada assim por ter sido elaborada com uma expressiva participação da população, de movimentos sociais e diversos outros setores da sociedade.

⁷Termos de Paim (2008-2009) que serão desenvolvidos nesse item.

propostas e questões decisivas para o futuro das políticas de saúde, e também, para o que daria o amparo legal ao SUS no processo constituinte, pois foi com o relatório final dessa conferência, que se viabilizou os horizontes para a implementação dos princípios estabelecidos no texto sobre a saúde na Constituição Federal de 1988.

Dentre os temas abordados nesse Relatório temos os seguintes temas: 1- Saúde como Direito – nos itens desse primeiro enunciado, o relatório destaca a importância histórica do conceito de saúde para a sociedade, enfatizando também a essencialidade da participação legítima da população para reivindicar cotidianamente esse direito, que deve ser garantido pelo Estado no reconhecimento da necessidade do “acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis [...]” (BRASIL, 1986, p.4). 2- Reformulação do Sistema Nacional de Saúde – a proposta era reestruturar o sistema, separando a previdência da saúde (idem, p.10), o que de fato aconteceu com o estabelecimento dos três pilares das políticas da Seguridade Social posteriormente na carta constitucional de 1988 (previdência social, assistência e saúde). 3- Financiamento do Setor – o aspecto central destacado pelo relatório nesse tema está no orçamento e financiamento dos recursos para a saúde no qual:

Deverá ser constituído um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas dos diversos Ministérios e aos distintos fundos sociais. Este orçamento será repartido por setor, cabendo ao de saúde uma parcela de recursos que constituirão o Fundo Único Federal de Saúde. Em nível estadual e municipal serão formados Fundos Únicos de Saúde de maneira análoga. (Idem, p.19)

A “universalidade” do direito à saúde pode ser considerada um dos maiores pontos de tensão da efetividade do SUS desde seu estabelecimento. O aspecto do financiamento e da escassez de recursos acabou por tornar as políticas de saúde extremamente reduzidas e focalizadas. Além da “resistência dos formuladores do projeto de saúde voltado para o mercado” (SILVA, 2011, p.125”).

Nessa perspectiva, com relação aos projetos no âmbito da saúde, o projeto privatista – que ganha força na década de 1990 – tem como direção o investimento nas instituições privadas de saúde, tendo como foco a ampliação e segmentação desse setor, isto é, estimulando a compra de serviços privados ao mesmo tempo em que prega a diminuição do papel do Estado frente às políticas públicas de saúde, e que de acordo com Silva (2011), o projeto privatista “tem como premissa concepções individualistas e

fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra hegemônico”. (SILVA, 2011, p.125).

O projeto voltado para a Reforma Sanitária – desenvolvido a partir dos anos 1970, ganhando força nos anos 1980 – contempla o horizonte democrático de direito, com o fortalecimento dos direitos sociais e coletivos, na defesa de uma saúde universal e inclusiva, baseada nos princípios da equidade e integralidade, ou seja, no aspecto da totalidade que compõem os serviços na estrutura pública da saúde. Projeto este, que teve seu ápice no momento da aprovação da carta constitucional de 1988, no estabelecimento das políticas da Seguridade Social, onde foram estabelecidos no texto que aborda a saúde, os princípios basilares do SUS.

Assim, para ilustramos brevemente⁸ como o Sistema Único de Saúde foi contemplado na Constituição Federal de 1988, situado no Título VIII “Da Ordem Social”, no Capítulo II “Da Seguridade Social”, temos os seguintes artigos na Seção II que trata do tema “Da saúde”:

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.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. (*) As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Podemos observar depois de apresentados os artigos acima, o quanto o texto incorpora aspectos essenciais do Projeto da Reforma Sanitária, como universalização e a “descentralização” das políticas de saúde. Essa descentralização tem como pressuposto o horizonte municipalista⁹, pauta do movimento sanitário e, também, uma conquista com a incorporação dessa ótica nos princípios constitucionais do SUS, além

⁸ Sobre a estrutura da Seguridade Social e suas implicações nas políticas de saúde a partir do que está estabelecido na CF/88, será tratado com mais profundidade no capítulo 2 desse trabalho.

⁹ “[...] os adeptos da Reforma Sanitária defendiam e defendem a instituição de uma política deliberada e radical de descentralização, mediada pelo SUS, visando à transferência de capacidades decisórias do governo central para os Estados e especialmente para os Municípios” (PEREIRA, 2002, p.41).

de evidenciar a essencialidade da participação da sociedade na construção dessas políticas.

Com relação às dificuldades que foram sendo estabelecidas após a promulgação da Constituição Federal 1988, segundo Paim (2009, p.28), questões sobre os sistemas de serviços de saúde como o financiamento, organização, infraestrutura e gestão, tem como os pontos problemáticos “o clientelismo político, fisiologismo e favoritismo, debilidade da base de sustentação política, formas obsoletas de gestão, falta de compromisso com os serviços públicos [...]”.

Pontos esses que são identificados pelas diversas formas de negociações políticas e econômicas que refletiram as inúmeras manobras dos governos por meio de acordos ilícitos, corrupção, discursos reproduzidos por meio de argumentos dissimulados, envolvendo também a sonegação de impostos, compra de votos – principalmente em estados e municípios, em comunidades mais pobres e menos instruídas – também a ocupação de cargos políticos sem controle e fiscalização, caracterizando o nepotismo, além da explícita troca de favores – o que não se diferencia em nada com o que temos atualmente na política brasileira.

De acordo este autor, a realidade da saúde nos anos 1980 e 1990 se davam por meio de três dimensões: saúde enquanto área do saber, enquanto setor produtivo, e enquanto estado de vida, onde a proposta da Reforma Sanitária considerava essas três dimensões. Nesse sentido, ou autor entende a Reforma Sanitária Brasileira, como um movimento “ousado” da sociedade no sentido da expressiva resposta popular, onde articulavam as diversas lutas e reivindicações da classe trabalhadora, setores da sociedade civil, e movimentos sociais (PAIM, 2009, p.28).

Nessa direção, seguindo as orientações de Paim (2009, p.31) para se compreender e situar o desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira, podemos descrevê-la como: ideia, proposta, projeto, movimento e processo. A “ideia” pode-se compreender como o ponto onde se expressaram e foram desenvolvidas as primeiras discussões e debates coletivos entre população, entidades civis, profissionais e estudantes, a respeito da situação à que estava submetida à saúde pública no país entre os anos 1970 e 1980. O que conduziu para a elaboração da “proposta” da Reforma Sanitária, lugar onde se produziu o documento “A questão democrática na área da saúde” nos anos 1980, iniciativa do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde) no 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde.

Nessa perspectiva com a proposta elaborou-se o “projeto¹⁰” que se desenvolveu na 8ª Conferência Nacional de Saúde com a materialização dos princípios elaborados no Relatório final da Conferência já mencionado acima. Após a realização da 8ª CNS há então o fortalecimento do “movimento¹¹” em defesa de um Estado democrático de direito por meio da ampliação e do prosseguimento do “processo” da Reforma Sanitária Brasileira. Dessa forma, de acordo com Paim, o processo da Reforma Sanitária pode ser analisado com mais intensidade na conjuntura da transição democrática e no pós-constituente que discutiremos mais adiante.

É preciso destacar que o CEBES teve papel fundamental para o Movimento Sanitário, pois sua criação em 1976 ampliou de maneira significativa o debate a respeito da saúde pública, com a defesa de uma participação democrática da sociedade, enfatizava a articulação entre profissionais, movimentos sociais e entidades civis, que viabilizaram a trajetória das políticas sociais que viriam a ser contempladas nos princípios do SUS. Importante frisar o quanto essa conquista do movimento sanitário, representado pelo SUS por meio do amparo legal, se destaca muito mais do que uma mera reforma na saúde ou uma garantia teórica de direitos sociais estabelecidos:

Enquanto as iniciativas anteriores de reforma da saúde estavam ligadas ao Estado (com o foco nos portos e centros urbanos), quando não desencadeadas fundamentalmente pela ação estatal, a Reforma Sanitária ou Reforma Democrática da Saúde, objeto desta investigação nasceu da sociedade civil e só, posteriormente, partiu para a conquista do Estado: o Parlamento e o Executivo. Teve como diferencial a ênfase na democratização da saúde e em demandas por “liberdades civis e bens coletivos” capazes de reduzir as desigualdades e buscar a equidade no acesso a serviços públicos (ARRETCHE, 2005, apud PAIM, 2008, p.293).

Nesse sentido podemos considerar também a Reforma Sanitária Brasileira como uma “reforma social” (PAIM, 2009, 31), pois, além de ter sido construída de maneira diferenciada com a “ênfase na democratização da saúde”, o autor concorda com Teixeira (1989) sobre “o esboço de uma teoria da Reforma Sanitária” que contempla

¹⁰ “O Projeto de RSB na década de 1980 foi formulado com os princípios da saúde enquanto direito e dever do Estado, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, com ênfase nas seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade” (Silva, 2011 p.119).

¹¹ O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto de luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área de Saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. (<https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>) acessado em: 20/09/2017.

uma abordagem histórico-estrutural em três níveis: 1) o nível econômico representaria a “reprodução ampliada do capital¹²” sobre o setor saúde, isto é, a reprodução se dá em função da acumulação intensificada do capital, com o estímulo de uma estrutura privada para a saúde. 2) No nível político, Teixeira (1989) compreende as “políticas de saúde como parte de um processo de legitimação do poder do Estado [...] e manutenção do domínio de classe”, ou seja, através dessas políticas o Estado gerencia e tem o controle sobre a direção e atuação dessas políticas. 3) O nível ideológico é compreendido pelas “articulações entre produção científica, práticas sociais [...] valores que organizam o universo cultural e moral dos profissionais de saúde”, o que cria uma concepção de intervenção na saúde, no formato e nos padrões de práticas, e nas ações e representações dos profissionais da saúde. (TEIXEIRA, 1989, p.17-18, apud PAIM, 2009, p.30).

Após o estabelecimento da Constituição Federal de 1988, se constatou que os governos seguintes não tiveram a intenção de prosseguir com o processo da Reforma Sanitária e segundo PAIM (2009, p.32) a década de 90 foi “hostil” ao processo da Reforma. Devido a diversas implicações e consequências da forma particular em que se deu a transição democrática no contexto brasileiro, e a velocidade das transformações na política econômica nacional, com os dois projetos em disputa.

A transição democrática no Brasil, também chamada de “contrarreforma do Estado¹³”, pode ser compreendida no processo que se deu pela passagem do regime militar para o regime democrático. Essa transição foi feita no âmbito de um desgaste social pós-ditadura, onde a conjuntura brasileira demandava novos processos políticos, econômicos e sociais. A adoção de um projeto democrático vai se estabelecer de diferentes formas nas políticas sociais no país.

De acordo com Silva (2011) na década de 1990 a hegemonia neoliberal se afirma no país, trazendo como consequência, fortes impactos na gestão das políticas sociais. As implicações do projeto neoliberal na realidade da população brasileira desencadeou um verdadeiro retrocesso com relação às conquistas aos direitos sociais nos anos anteriores, e no âmbito das políticas públicas, resultando num verdadeiro desinteresse da sociedade na participação coletiva enfraquecendo as organizações

¹² “Marx classificou a reprodução em dois tipos: simples e ampliada. A reprodução simples implica o consumo improdutivo de toda a mais-valia pelos capitalistas (isto é, ela é totalmente gasta na compra de bens de consumo); a reprodução ampliada significa acumulação, ou seja, que uma determinada fração da mais-valia total é empregada para a aquisição de mais capital, variável e constante, de modo a aumentar a escala existente de produção” (BOTTOMORE, 1999, p.504).

¹³ Falaremos sobre esse termo adotado por Behring (2003), a respeito das características das Reformas conduzidas pelo Estado, nesse capítulo mais adiante.

populares. Caracterizando “a tendência ao esvaziamento e despolitização dos conselhos e conferências¹⁴ enquanto espaços de formulação e decisão da política de saúde” (SILVA, 2011, p.118).

O distanciamento do projeto da Reforma Sanitária foi se dando logo nos primeiros anos após a aprovação da Constituição Federal 1988. No governo de Fernando Collor, além de se verificar a intensificação da crise econômica, ainda se constata significativos cortes de recursos para a área da saúde. Entretanto, mesmo nesse âmbito de ofensiva neoliberal, ainda podemos observar que os militantes da Reforma Sanitária Brasileira não recuaram na sua defesa, podendo ser demonstrado pela continuidade do fortalecimento das políticas de saúde, por meio de programas e iniciativas como: a Lei Orgânica de Saúde (8.080/1990), também, a Norma Operacional Básica em 1991 (NOB/91), e com muita resistência da oposição liberal-conservadora, conseguiu-se realizar a 9ª Conferência Nacional de Saúde com o tema: “Municipalização é o caminho” neste mesmo ano. Também foi criado no início do seu governo o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS¹⁵).

Depois do impeachment de Fernando Collor de Mello, assume o governo então, seu vice Itamar Franco (1992-1994). Nesta ocasião Collor foi obrigado a renunciar em meio a uma intensa mobilização popular com grande maioria da sociedade que participou dos movimentos sociais organizados, no qual a palavra de ordem era a saída imediata de Collor da presidência por motivos de corrupção em razão de diversos escândalos e atos ilícitos em seus dois anos de mandato.

Segundo Silva (2011, p.125) o governo de Itamar, manteve a crise financeira na Seguridade Social, em consequência do corte de gastos na área da saúde da gestão anterior, o que teve como resultado o fortalecimento do projeto neoliberal privatista. Em decorrência disso, observou-se um enfraquecimento dos princípios do projeto voltado para a Reforma Sanitária, através de uma cooptação ideológica que pregava a superioridade dos serviços de saúde privados em detrimento do sistema público de saúde. Neste sentido, segundo Bravo (2006, p.79):

¹⁴ Os conselhos e conferências de saúde foram propostos numa conjuntura de mobilização da sociedade civil e foram implementados, a partir dos anos 1990, num cenário de regressão dos direitos sociais e de destruição das conquistas históricas dos trabalhadores em nome da defesa do mercado e do capital. (SILVA, 2011, p. 118).

¹⁵ A criação do INSS foi realizada em 1990 a partir da fusão entre dois sistemas previdenciários mais antigos, o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e o IAPAS (Administração Financeira da Previdência e Assistência Social) <https://previdencia.social/o-que-e-o-inss-para-que-serve/> acessado em: 18/09/2017.

A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.

No governo de Fernando Henrique Cardoso (1995- 2003), podemos destacar a Reforma do Estado brasileiro como característica principal dos seus dois mandatos, que tinha a intenção de trazer estabilidade para a economia brasileira, e fortaleceu o projeto neoliberal para cumprir essa função. Nesse sentido, o que se observou foi a ampliação e estabelecimento da ideologia neoliberal em todos os setores, principalmente na organização político-econômica, reorganizando as funções do Estado – organização que já se processava nas décadas anteriores com a adoção do capitalismo monopolista, que já havia estabelecido a abertura do mercado liberal e da ideologia propagada pelas privatizações institucionais. O novo papel do Estado frente a esse projeto foi de incluir na agenda de iniciativas do governo, inúmeras propostas de Reformas nas estruturas das políticas econômicas e sociais do Estado, trazendo uma nova onda de impactos e mudanças para a sociedade, principalmente para a classe trabalhadora.

Antes de tudo, é preciso esclarecer o sentido real do conceito de “reforma”, pois partiu “de uma apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia reformista” (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p.149). E segundo as autoras, desconstruiu e fez uma verdadeira inversão da essência política, social e democrática que compreende a ideia de reforma, inclusive em seu aspecto revolucionário de apreensão da totalidade social, no qual recordam que o termo “ganhou sentido no debate do movimento operário socialista” (idem). É nessa perspectiva que as autoras compreendem o aspecto da “apropriação indébita” desse termo, pois foi uma ideia e um conceito que se desenvolveu como uma das pautas dos movimentos de esquerda.

Dessa forma, depois de esclarecido esse fato, é nesta direção que Behring (2003) compreende as reformas do Estado como “contrarreformas”, exatamente pelo aspecto contraditório do sentido de uma verdadeira reforma, pois o que se observou não foram reformas democráticas conduzidas pelo Estado brasileiro, mas uma verdadeira expansão dos princípios capitalistas fundamentados no padrão dos monopólios, com base no fortalecimento do projeto neoliberal em todos os níveis da organização social e política da sociedade, sob as rédeas do capitalismo burguês.

Além do significativo reforço e consolidação do projeto neoliberal no governo de Fernando Henrique Cardoso para a concretização ideológica desse processo, foi encaminhada pelo Congresso Nacional a proposta da reforma administrativa do Estado, por meio da emenda constitucional nº 173, contexto em que foi publicado Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado em 1995, elaborado pelo Ministério da Administração sob a coordenação de Bresser Pereira.

Esse documento tinha como fundamento principal a declaração de um diagnóstico a respeito das condições identificadas como problemáticas na administração pública do país, argumentando a necessidade de rever e modificar aspectos constitucionais que impossibilitavam o avanço da economia e do Estado brasileiro, onde Oliveira (2011, p.140) observa que o “real objetivo deste diagnóstico foi identificar o retrocesso que teria sido causado pela Constituição de 1988, que, na visão dos redatores no Plano, reduziu a capacidade operacional do aparelho do Estado brasileiro”.

Tais emendas constitucionais atingiram diversos setores e políticas públicas, tendo como um dos seus alvos as políticas da Seguridade Social, principalmente no âmbito da previdência social. Com relação à saúde, o resultado foi: 1) a expansão do setor privado com estímulo aos planos particulares de saúde; 2) para o setor público, as políticas de saúde sofrem retração, pois, mesmo com a realização em 1996 da 10ª Conferência Nacional de Saúde, intitulada: “Construção de modelo de atenção à saúde”, e em 2000 a 11ª CNS que teve como tema “Efetivando o SUS: acesso qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, as políticas sociais estavam se fragmentando e reduziam-se cada vez mais os direitos estabelecidos constitucionalmente.

Com o fim do governo de FHC, depois de várias tentativas de se tornar eleito, Lula finalmente chega à presidência (2003-2011). Um momento que representava para a sociedade naquela época, uma verdadeira mudança de planos do destino político do país. Pela primeira vez um membro em oposição aos governos hegemônicos, assume tal posição, causando também, grande comoção e esperança para a população brasileira. Entretanto, segundo Silva (2011, p.126),

[...] pode-se afirmar que as propostas e reformas defendidas pelo governo Lula após o seu primeiro governo dão sequência à contrarreforma do Estado iniciada na gestão de Fernando Henrique Cardoso (FHC), uma vez que, encolheu o espaço público democrático dos direitos sociais e ampliou o espaço privado – não só nas

atividades ligadas à produção econômica, mas também no campo dos direitos sociais conquistados.

A autora fala que as propostas que foram sendo implementadas visaram a “terceirização dos trabalhadores da saúde, à criação das Fundações Estatais de Direito Privado e à fragmentação e enfraquecimento do controle social [...]”, mas o Programa Saúde da Família (PSF) continuou sendo expandido, criou o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Emergência), e fortaleceu a Reforma Psiquiátrica (SILVA, 2011, p.126). Em seu governo foram realizadas também a 12ª CNS em 2003 com o tema: “Saúde um direito de todos é um dever do Estado: a saúde que temos, o SUS que queremos”, e a 13ª CNS em 2007 “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”. E de acordo com Bravo (2007, apud SILVA 2011, p.126):

[...] política de saúde é apresentada no programa de governo Lula, como direito fundamental e explicita-se o compromisso em garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde. No entanto, a concepção de Seguridade Social não é assumida na perspectiva da Constituição de 1988. Havia uma expectativa que o governo fortalecesse o Projeto de Reforma Sanitária na Saúde.

Com relação ao processo da Reforma Sanitária, no governo Lula, a ABRASCO, o CEBES, ABRES, Rede Unida e AMPASSA¹⁶, “mobilizaram-se com o chamamento da necessidade de se colocar na agenda política a RSB” no ano de 2003. Resultado do cenário de desconstrução da Seguridade Social e dos reflexos do discurso da crise fiscal brasileira na conjuntura política, econômica e social do país.

No ano de 2005, lançam um manifesto, em ato público realizado na Câmara dos Deputados, com vistas à defesa da aprovação da Emenda Constitucional nº 29 e à ampliação de mais recursos no orçamento da saúde (SILVA, 2011, p.127).

Enfim, muito poderia ser discutido a respeito do período do governo Lula – isto porque vimos que nesse governo, houve uma verdadeira descaracterização de seus ideais políticos e convicções democráticas – mas aqui nos deteremos apenas às questões mais gerais dos governos que implicaram na trajetória contraditória de construção do SUS.

No governo de Dilma Rousseff (2011-2016) o quadro da saúde também não se modificou. Apesar das diversas propostas que acompanharam o início do seu governo –

¹⁶ ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva, ABRES – Associação Brasileira de Economia em Saúde, AMPASA – Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde, CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde REDE UNIDA – Associação Brasileira Rede Unida (<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/propostas-do-movimento-da-reforma-sanitaria-para-debate-nacional/1797/>).

como as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), e o programa Mais Médicos¹⁷ – as políticas de saúde continuaram limitadas, focalizadas e reduzidas, exatamente pelo fato dessas propostas não alcançarem a realidade estrutural complexa da sociedade brasileira. Além dos diversos conflitos políticos e profissionais ocorridos com o programa mencionado, com relação às UPAs, o que se evidenciou foram os inúmeros limites em suas estruturas, principalmente pela falta de recursos, gestão e planejamento desses espaços físicos destinados ao atendimento da população.

A saúde pública no Brasil, como constatamos, foi estabelecida legitimamente, sendo uma das principais áreas que podemos considerar ter uma regulamentação concreta na sua especificação constitucional, mas infelizmente a realidade do SUS vai em outra direção.

Presenciamos enormes fossos entre saúde pública e saúde privada, onde parece haver um projeto bem organizado de estímulo da população à crença de que as instituições públicas estão falidas, que a saúde pública está sucateada, inflacionada de contingentes e sem recursos, onde a melhor direção seria a privatização total desses serviços. Uma das vozes desse discurso é do próprio governo, principalmente por meio das mídias.

Nesse sentido retornando ao “processo” da Reforma Sanitária, podemos compreender esse projeto, por uma reflexão a respeito do alcance dessa proposta no SUS constitucional, considerando os limites históricos e desafios atuais para serem enfrentados e superados na complexa conjuntura da saúde, já que o Sistema Único de Saúde, nas palavras de Paim (2009, p.29) representa “um dos filhos mais diletos da Reforma Sanitária Brasileira (mesmo não sendo o único) teve sua história reconhecida a partir de sua formalização na Constituição Cidadã”.

¹⁷ O programa Mais Médicos foi inserido em julho de 2013 com o propósito de “acelerar os investimentos em infraestrutura nos hospitais e unidade de saúde e ampliar o número de médicos nas regiões carentes do país, como os municípios do interior e as periferias das grandes cidades” (Portal Brasil, 2013) Disponível: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/10/sancionada-a-lei-do-mais-medicos>. Acesso: 17/11/2017

CAPITULO 2. SERVIÇO SOCIAL COMO PROFISSÃO

No século XX, o cenário internacional vive profundas mudanças de ordem política, econômica, social e cultural. Uma conjuntura entre, e pós-guerras, tensões mundiais que refletem também as implicações trazidas pela revolução industrial, revelando os mecanismos e projetos intencionados para o desenvolvimento da potência capitalista, intervindo drasticamente nas formas de organização do Estado, das relações sociais e do mercado de trabalho; é a chegada da “era dos extremos¹⁸”. Esse será o pano de fundo em que o Serviço Social terá que se adaptar, desenvolver-se, e se constituir como profissão.

Com base nesse cenário permeado por contradições, nesse capítulo, apresentaremos primeiramente um contexto geral de aspectos que vieram particularizando o Serviço Social como uma profissão socialmente necessária, para então nos concentrarmos em como se configurou e foi instituída a profissão no contexto brasileiro. Veremos com relação aos aspectos históricos presentes em nossa sociedade, o quanto o Serviço Social, na conjuntura política, econômica e social do Brasil, adquire traços particulares de uma realidade que em muito se diferencia da realidade de outros países.

Nessa perspectiva, faremos uma reflexão a respeito do que veio a possibilitar o processo de Renovação do Serviço Social no Brasil, como se caracterizou, o que gerou esse movimento, e quais as implicações para a prática profissional, nos diversos caminhos que se abriram em direção a outras dimensões teórico-metodológicas da prática. Do lugar em que se inicia um novo processo do exercício profissional, anunciando uma nova consciência por parte da categoria, evidenciada a partir dos pressupostos que contribuíram para a necessidade de renovação do exercício do assistente social.

2.1. Serviço Social, suas origens e fundamentos: localização da profissão nas relações sociais.

As implicações trazidas por um cenário em progressivo processo de afirmação do capitalismo monopolista trazem como consequências profundos abalos nas formas de organização e reprodução das relações sociais, e na sistematização das relações do

¹⁸ Expressão de Eric Hobsbawm para denominar “o breve século XX” marcado pelas era da catástrofe (1914 a 1948) e era de ouro (1949 a 1973) no seu livro intitulado Era dos Extremos (1995).

mercado de trabalho. E como decorrência desse quadro de reorganização dos padrões econômicos, políticos e sociais do Estado, as expressões da questão social se agravam, principalmente no contexto brasileiro.

Expressões que apresentam íntima relação com o trabalho dos profissionais do Serviço Social, devendo ser considerado o papel essencial que estas expressões possuem para compreender tanto o sentido da desigualdade, como da exploração, dos antagonismos de classe e, da forma como se reproduzem as relações sociais na ordem capitalista, fundada nos padrões burgueses de dominação. Dessa maneira, a complexidade que caracteriza as expressões do que se compreende por *questão social*¹⁹, apesar da sua centralidade como perspectiva, é preciso também compreender que outras variáveis também atuam nesse conjunto de contradições, de acordo com Netto (2015, p.18) que:

[...] a apreensão da particularidade da gênese histórico-social da profissão nem de longe se esgota na referência à “questão social” tomada abstratamente: está hipotecada ao concreto tratamento dessa, num momento muito específico do processo da sociedade burguesa constituída, aquele do trânsito da idade do monopólio, isto é, as conexões genéticas do Serviço Social profissional não se entrecruzam com a “questão social”, mas com suas peculiaridades no âmbito da sociedade burguesa fundada na organização monopólica.

Iamamoto e Carvalho (2014) fazem uma análise a respeito do significado do Serviço Social como profissão, nesse contexto em que se desenvolveram as bases de consolidação do modo de produção capitalista no Brasil, mais especificamente entre os anos 1930 e 1960²⁰, que tem como sustentáculo a concentração de monopólios de dominação. Momento em que a emergência – que se verificou nos anos 1930 e 1940 – da institucionalização e regulamentação profissional, revelando-se como imprescindível para a nova conjuntura que vinha sendo conformada no Brasil.

¹⁹ Segundo Iamamoto (2011, p.28) “os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública etc. Questão social que, sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movidos por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade [...] apreender a questão social é também captar as múltiplas formas de pressão social, de invenção e reinvenção da vida construídas no cotidiano [...]”.

²⁰ A análise desenvolvida no livro “Relações Sociais e Serviço Social no Brasil – Esboço de uma interpretação histórico-metodológica” (41ª edição, 2014), foi produzido em conjunto por ambos os autores e teve sua primeira publicação no ano de 1982, período de intensas transformações e de profundas reflexões críticas a respeito do “modus operandi” da profissão. Tal obra tem importância fundamental para a compreensão do estatuto profissional.

Assim, a profissão segue em direção de se constituir como categoria profissional na sociedade, buscando se apropriar da especificidade de sua prática. Dessa maneira, de acordo com Iamamoto e Carvalho (2014, p.20):

O serviço social só pode afirmar-se como prática institucionalizada e legitimada na sociedade ao responder as necessidades sociais derivadas da prática histórica das classes sociais na produção e reprodução dos meios de vida e de trabalho de forma socialmente determinada.

Podemos considerar as primeiras práticas na direção do Serviço Social relacionando-as com as manifestações do capitalismo, com o aparecimento da indústria e conseqüentemente com o desenvolvimento urbano, que trazem à tona aspectos que influem profundamente nas condições sociais da população mais pobre. Surge a necessidade de se organizar mais sistematicamente os espaços de onde emergiam as intervenções profissionais, no qual os aspectos contraditórios e as contingências sociais se apresentavam cada vez mais expressivos. O Estado, então, passará a intervir unindo-se a classe burguesa, pois as implicações da sociedade capitalista criou o interesse burguês pelas classes mais pobres, como uma forma de manter seu poder de dominação (ESTEVÃO, 2006).

Iniciou-se então, um projeto para criar estratégias de enfrentamento, no sentido de se remediar o quadro social que se alarmava. Ou seja, a partir do momento em que a questão social se agravava, ameaçando o *status quo* da sociabilidade burguesa, o Estado é pressionado a tomar atitudes diante da ameaça e pressão dos trabalhadores e operários das fábricas e indústrias.

Segundo Estevão (2006, p.12), nesse período “toda assistência social é feita de forma não sistemática sem qualquer teorização a respeito além de vagas justificativas religiosas e ideológicas”. Com a característica de um voluntarismo, a prática era feita pelas almas boas e caridosas que dedicavam seu precioso tempo para os “miseráveis” e “vagabundos”. Temos aqui as famosas “damas da caridade”, mulheres bondosas e burguesas que se sentiam no dever “cristão” de agir diante daquele quadro, por meio de práticas confessionistas e focalizadas, “acreditavam seriamente que os pobres eram a causa de sua própria situação” (ESTEVÃO, 2006, p.17).

Segundo a autora, a profissão se seculariza, no cenário internacional, com a fundação da primeira escola de Serviço Social em 1899, em Amsterdam na Holanda, lugar onde os fundamentalismos do assistencialismo cristão começam a ser

questionados, em consequência do espaço que estava sendo ocupado pelas disciplinas das ciências sociais.

As diversas formas e direções em que estavam se formando a postura do Assistente Social, tanto em sua prática, quanto nos aspectos político-ideológicos e socioculturais, abriram o caminho para o desenvolvimento teórico e metodológico, na busca por uma identidade profissional, que seguirá sendo incorporada na permanente tensão entre o “grande capital” e suas relações com a apropriação privada por meio do mercado de trabalho capitalista fundado nos monopólios.

O Serviço Social que foi desenvolvido no Brasil sofreu influência europeia e norte-americana na organização de suas práticas. Dentre tais práticas, temos o Serviço Social de caso, com o protagonismo de Mary Richmond, com destaque pelos estudos nessa área, posteriormente criou-se também o Serviço Social de grupo, e então se desenvolveu o Serviço Social de comunidade. A particularidade do contexto brasileiro veio demonstrando que este último seria a maior área de interesse dos profissionais nos anos posteriores, no qual a partir de 1960 se daria o processo de renovação profissional.

Como já dissemos, no surgimento do Serviço Social, anterior a sua institucionalização, a assistência social era desenvolvida basicamente pelas iniciativas da igreja, suas vertentes se baseavam em uma personificação da bondade, da caridade e principalmente por um discurso moral da pobreza. Essa demarcação da influência religiosa no Serviço Social impactou intensamente a profissão, mas não definitivamente. É nesse ponto que encontramos o Serviço Social “*tradicional*”, ou seja, fincado nas raízes religiosas, ausente de críticas e de uma apreensão ampliada e consciente da realidade, não compreendendo o processo de relações socialmente direcionadas e organizadas, sendo a profissão situada em práticas meramente técnicas e executivas aliadas aos interesses do capital.

Às instituições de formação criadas nesse período, apesar de se constituírem fundamentalmente conservadoras, baseadas em práticas filantrópicas e assistencialistas, podem ser situadas como os primeiros sinais que implicariam para a o desenvolvimento profissional e institucionalização da profissão posteriormente. É nesse sentido que iremos fazer uma reflexão a respeito dos aspectos fundamentais do processo de renovação do Serviço Social no presente item.

O caminho do permanente processo de determinação e atuação nos espaços sociais de tensão que sejam pertinentes ao projeto de acumulação do capital, é a direção que será tomada a partir do momento em que o capitalismo monopolista se firma

definitivamente no Brasil. É a intervenção estatal em face da dominação da autocracia burguesa²¹. É por essa perspectiva que iremos agora dialogar um pouco com José Paulo Netto (2015), autor que desenvolve suas análises a partir do contexto particular da ditadura, período que também coincidiu (não por acaso) com o processo de renovação do Serviço Social frente à crise do Serviço Social “*tradicional*”.

Nesse período específico, o qual Netto (2015) se debruça está situado em um contexto de reorganização do Estado e, como já dissemos no primeiro capítulo, um cenário de intensas transformações, resultado do processo de transição política e econômica no Brasil. Em função das novas exigências e demandas do capital monopolista, às bases em que se sustentavam a prática do Serviço Social, ficaram extremamente abaladas com os caminhos a que estavam sendo levados os profissionais, que começaram a tomar mais consciência a respeito da funcionalidade dessa atuação para o Estado monopolista autocrático burguês.

É esse mercado de trabalho que o desenvolvimento capitalista operado sob o comando do grande capital e do Estado autocrático burguês a ele funcional redimensiona e consolida nacionalmente. A reorganização do Estado, “racionalizado” para gerenciar o processo de desenvolvimento em proveito dos monopólios, reequaciona inteira e profundamente não só o sentido das políticas setoriais (então voltadas prioritariamente para favorecer o grande capital), mas especialmente toda malha organizacional encarregada de planejá-las e executá-las (NETTO, 2015, p.159).

Nesse sentido, sabendo que o Estado sempre foi o “principal empregador dos assistentes sociais” são nos anos de 1966-1967, onde os impactos da ditadura estavam a pleno vapor, que o Estado se movimenta na direção das reformas dessas políticas setoriais, principalmente na estrutura da previdência social (idem).

Com relação à *autocracia burguesa* e o Serviço Social, podemos considerar que, por mais que ela tenha investido, declaradamente, na manutenção das formas *tradicionais* da profissão, ao mesmo tempo, também contribuiu para antecipar o processo de renovação do exercício profissional no contexto brasileiro, exatamente pelas “condições novas” a que Netto (2015, p.155) se refere – condições essas, desencadeadas pela nova conjuntura social estabelecida – que devem estar “sincronizadas à dinâmica e ao significado histórico da autocracia burguesa no Brasil, a

²¹ Autocracia burguesa é uma expressão de Florestan Fernandes desenvolvida no seu livro “A revolução burguesa no Brasil” (1975) para denominar a influência da burguesia no desenvolvimento do capitalismo brasileiro.

ditadura colocou para as práticas, as modalidades de reprodução e as (auto) representações profissionais”.

Nessa orientação, segundo Netto (2015), o golpe de abril²² - no âmbito em que a ditadura militar brasileira chegava a seu ápice – o cenário brasileiro sofre uma significativa transformação na “divisão internacional capitalista de trabalho” com o apoio dos “centros imperialistas”, principalmente a hegemonia norte-americana que se ampliava cada vez mais, no contexto da inserção das novas bases monopolistas de dominação, em que se moldava o capitalismo mundial. Além desses fatores, os Estados Unidos também deram um expressivo suporte no que foi denominado de “contrarrevolução preventiva” – além de ter sido um grande financiador da ditadura, não apenas no Brasil, mas em diversos países – que tinha como um dos seus principais objetivos manter as bases políticas ideológicas que estavam sendo estruturadas com a política da ditadura, no sentido de impedir manifestações de esquerda, e retrair qualquer movimento que se aproximasse de uma revolução socialista. (NETTO, 2015, p.30-31).

Importante observar que o processo de contrarrevolução é uma característica que se processa nas bases do capitalismo liberal, devendo ser considerado principalmente os fatores econômicos que envolvem a totalidade de seus mecanismos de apoio e de ação. Dessa maneira, a contrarrevolução preventiva no Brasil se deu com as particularidades do território brasileiro.

É nesse sentido que Netto (2015, p.32) assinala a importância da apreensão das especificidades dos diferentes contextos, ou seja, as implicações sociais a que estavam impostas a cada território, onde “o privilégio cabe aos vetores internos, endógenos, que se moviam no interior de cada sociedade”.

Compreendendo também daí, a relevância de se considerar a influência, e relação direta que o ciclo autocrático burguês exerceu sobre o projeto de hegemonia ideológica da política econômica do capitalismo do Brasil, interferindo em todos os aspectos das relações entre Estado e sociedade – sendo importante também elucidar que o recurso à contrarrevolução é um processo permanente no âmbito histórico e

²² “Os militares envolvidos no golpe de 1964, justificaram sua ação afirmando que o objetivo era restaurar a disciplina e a hierarquia nas Forças Armadas e deter a “ameaça comunista” que, segundo eles pairava sobre o Brasil. Uma ideia fundamental para os golpistas era que a principal ameaça [...] à ordem capitalista e à segurança do país não viria de fora, através de uma guerra tradicional contra exércitos estrangeiros; ela viria de dentro do próprio país, através de brasileiros que atuariam com “inimigos internos” [...] Esses “inimigos internos” procurariam implantar o comunismo no país pela via revolucionária, através da subversão da ordem existente [...] Essa visão do mundo estava na base da chamada “Doutrina de Segurança Nacional” e das teorias de “guerra anti-subversiva” ou “anti-revolucionária” ensinadas nas escolas superiores das Forças Armadas” (CASTRO, 2017).

contemporâneo do modo de reprodução das relações sociais e das relações de trabalho no capitalismo.

Nesse sentido, Iamamoto e Carvalho (2014) sublinham que uma reflexão consciente a respeito na conjuntura histórica, ao qual se estabeleceram as bases da organização social brasileira, não pode assumir uma direção unilateral, ou seja, concentradas em aspectos segmentados da realidade, com uma postura conservadora, e limitada apreensão crítica das condições postas pelo capitalismo. Nem uma postura orientada por um idealismo revolucionário, que não alcança a totalidade dos fenômenos sociais, no qual contradições são reproduzidas sutil e descaradamente na ordem econômica do capital que se manifestam pelos antagonismos de classe.

Nesse sentido os autores falam da necessidade de se recuperar “o caráter da diversidade do movimento histórico” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p.80). Essa “diversidade” ao qual Iamamoto e Carvalho se referem está diretamente relacionada com as condições sócio históricas que além de serem verificadas no contexto global, se particularizam com relação às estruturas próprias de cada sociedade específica. E no caso do Brasil, país que adotou o modo de produção capitalista tardiamente, a apreensão dessa realidade se torna ainda mais complexa e problemática.

Nesta direção, para nos situarmos nas particularidades da formação social brasileira, precisamos compreender o aspecto peculiar da colonização no Brasil. Florestan Fernandes (1975), foi um dos autores pioneiros que analisou esse capítulo da nossa história, autor o qual Netto (2015) faz referência ao tratar das implicações desse processo de desenvolvimento histórico das relações políticas, econômicas e sociais do país, compreendendo com análise de Fernandes, que, o que se verificou no processo de estruturação do Estado brasileiro foi a “ausência de uma nuclear e radical ruptura com o estatuto colonial” (FERNANDES, 1975, apud NETTO, 2015, p.32).

As consequências desse aspecto se traduziram em reflexos decisivos no processo de *subdesenvolvimento* da organização, histórica, social, e estrutural do país, demarcando fortemente as características inerentes à dependência política e econômica do Brasil, aos países ocidentais desenvolvidos. Dessa maneira, de acordo com Netto (2015, p.33):

A socialização da política na vida brasileira, sempre foi um processo inconcluso [...] a possibilidade de um grau mínimo de socialização do poder político, os setores de ponta das classes dominantes lograram em neutralizá-lo.

Mas não nos prolongaremos nesses aspectos históricos – essenciais para a compreensão das bases do desenvolvimento político, social econômico e cultural do território brasileiro – o que nos interessa nesse momento é como se desenvolveu o processo de apropriação institucional e intelectual do Serviço Social no Brasil, os marcos históricos da trajetória de construção teórica, e das questões que se manifestaram em diferentes períodos e por meio de diferentes perspectivas.

De acordo com Behring e Boschetti (2011, p.13), “a conexão entre política social e Serviço Social no Brasil surge com o incremento da intervenção estatal, pela via dos processos de modernização conservadora no Brasil (BEHRING, 2003), a partir dos anos 1930”. As autoras compreendem que as políticas sociais, além de ser uma resposta às expressões da “questão social”, para serem analisadas precisam ser situadas com base nas “relações de produção e reprodução social no capitalismo” (idem, p.9), ou seja, no lugar onde se manifestam as contradições e os antagonismos de classe.

A necessidade da prática do Serviço Social, da institucionalização e regulamentação da profissão – para se estabelecer no mercado de trabalho, principalmente na nova dinâmica das instituições públicas – ficou evidente com as implicações sociais, econômicas e políticas que se revelaram para o conjunto da sociedade, principalmente para a classe trabalhadora e para a população que vivia na extrema miséria, pois o agravamento das expressões da desigualdade social tornam inadiáveis iniciativas perante esse quadro, o que traz também o destaque para a necessidade e *funcionalidade* desse profissional na dinâmica entre Estado e políticas públicas.

Nessa perspectiva, a criação do mercado nacional de trabalho para os assistentes sociais esteve diretamente relacionada e apoiada pelas novas demandas do capitalismo onde emergiam também novas faces da questão social. A intervenção profissional, além de ser chamada para uma nova reflexão teórica e metodológica da atuação, quer buscar uma intervenção embasada nas contingências e determinantes sociais que particularizam o contexto brasileiro, colocando para os profissionais as possíveis alternativas de intervenção na realidade que não sejam as formas enviesadas do Serviço Social “tradicional”.

Dessa forma, depois de considerarmos os vários aspectos da inserção do trabalho do Serviço Social na conjuntura brasileira, veremos que diversos fatores confluíram para a necessidade de revisão e renovação do Serviço Social, com a ruptura da prática profissional conservadora.

Neste sentido, podem ser demarcados: o colapso da ditadura, as consequências da estagnação da acumulação capitalista e o processo em que a hegemonia da autocracia burguesa entra em crise. Fatores que, como já sabemos, estabeleceram as diversas direções que iria seguir a prática dos assistentes sociais. E foi na intenção de problematizar esses aspectos que percorreram o desenvolvimento da prática profissional que o processo de renovação do Serviço Social se orientou com a intenção de questionar o significado das origens tradicionais da atuação do assistente social.

Nesta direção, deve-se ser destacado ainda o papel central que o movimento de laicização teve nesse processo de redefinição das práticas profissionais, o que iria resultar no rompimento com essa característica histórica e no amadurecimento intelectual e reflexivo por parte da categoria posteriormente. Dessa maneira, Netto (2015, p.169) esclarece:

A ruptura com este cenário tem suas bases na laicização do Serviço Social, que as condições novas postas à formação a ao exercício profissional pela autocracia burguesa conduziram ao ponto culminante; são constitutivas desta laicização a diferenciação da categoria profissional em todos os seus níveis e a consequente disputa pela hegemonia do processo profissional em todas suas instâncias.

De acordo com Netto (2015, p.197), esse processo de renovação, além da relação de debate que estabeleceu com a necessidade da laicização do Serviço Social, também foi resultado de um acúmulo teórico, metodológico, ideológico-profissional que incorporou as “direções intrínsecas do processo de renovação”. Impulsionados em três momentos os quais se situam: nos anos sessenta, setenta, e início dos anos oitenta.

Primeiramente, em meados dos anos 1960 se destaca o CBCISS (Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviço Social) na produção de “seminários de teorização”. Em um segundo momento na década de 1970 que trouxe a necessidade de “objetivação das inquietudes sistematizadas no âmbito dos cursos de pós-graduação”. E o terceiro momento é quando há a vinculação com ABESS (Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social), como resultado da articulação entre a categoria profissional e outras instâncias (NETTO, 2015, p.197-198).

Vale ressaltar que “a renovação do Serviço Social, no Brasil, mesmo que não se possa reduzir aos seus múltiplos condicionantes às contrições do ciclo ditatorial, é impensável, tal como se realizou sem a referência à sua dinâmica e crise” (NETTO,

2015, p.154). E é por esse motivo que o autor parte do cenário da ditadura brasileira para compreender os processos que particularizam o contexto da renovação profissional.

Nesse sentido, de forma bastante particular, o Serviço Social foi se afirmando e sendo solicitado de acordo com as demandas de um sistema capitalista liberal, excludente e bem organizado. Os assistentes sociais, até os anos 1960 tinham sua prática orientada pelas características do Serviço Social “tradicional”. E a partir dessa década que se desenvolveu “o fenômeno da renovação do Serviço Social” no Brasil, também considerado como o início do desenvolvimento das bases teóricas da atuação profissional.

De acordo com Netto (2015) este fenômeno processou-se em três direções: perspectiva modernizadora, a perspectiva de reatualização do conservadorismo, e intenção de ruptura com o Serviço Social “tradicional”.

A perspectiva modernizadora é uma vertente que se caracteriza por um aspecto da manutenção da prática do Serviço Social “tradicional”, no sentido de adequação a ordem estabelecida, ou seja, à inserção passiva nos pressupostos da ideologia do capital. Podemos citar como realizações dessa perspectiva os textos produzidos nos seminários de Araxá e Teresópolis²³.

Essa direção, pela sua característica conservadora, se alia intimamente com o aspecto cultural historicamente estabelecido em nosso país, que é o discurso meritocrático, condicionado ao esforço individual, na culpabilização da pobreza e naturalização das expressões da questão social. E segundo Netto (2015), além de estar longe de promover qualquer transformação na realidade social do indivíduo, e na prática profissional, ainda demonstra a previsível característica do “caráter modernizador desta perspectiva: ela aceita como inquestionável a ordem sócio-política” (NETTO, 2015, P.201).

Constata-se também a busca de suas bases no “estrutural-funcionalismo norte-americano”, que além de serem práticas extremamente limitadas, e como já dissemos, por um viés conservador, ainda introduz o profissional numa ordem técnico-burocrática

²³ O primeiro seminário ocorreu em 1967 na cidade de Araxá (Minas Gerais); o segundo realizou-se em 1970 em Teresópolis (Rio de Janeiro).

institucional. Conforme o autor, tal perspectiva começa a ser questionada na segunda metade da década de 1970 e, é a crise da autocracia burguesa que vai enfraquecer o status orientador da perspectiva modernizante da profissão. (NETTO, 2015)

A segunda direção que tomou o processo de renovação do Serviço Social não se diferencia muita da primeira, é a perspectiva de “reatualização do conservadorismo” além de se fundamentar nos traços mais conservadores reforçados nas raízes cristãs, ela reafirma a lógica tradicional “mas o faz com um verniz de modernidade, ausente no anterior tradicionalismo profissional” (NETTO, 2015, p.204); ou seja, reatualiza-se a postura conservadora da profissão utilizando-se das “velhas” práticas por meio dos aparatos “novos” da organização técnico-administrativo e burocrático.

Além desse eixo modernizante, podemos encontrar nessa direção um apoio na psicologia social, o que traz consequências que focalizam ainda mais o aspecto individual da situação social dos sujeitos, naturalizando as condições sociais, colocando a prática em um plano extremamente confuso de abordagem profissional, concentrando-se em aspectos psicossociais e, ao mesmo tempo, se distanciando da verdadeira essência do Serviço Social, que é perceber esse indivíduo para além da individualidade e, não pela lógica de um cientificismo psicologizante de ótica positivista.

E nesse processo da renovação do Serviço Social, a terceira direção se apresenta, finalmente, com uma *intenção de ruptura com o Serviço Social “tradicional”*, distinta das bases conservadoras e neoconservadoras das perspectivas anteriores. A perspectiva da intenção de ruptura com o tradicionalismo profissional pode ser considerada como um importante movimento de concretização da real essência do significado social da profissão, essa perspectiva trouxe os fundamentos teóricos metodológicos do Serviço Social por meio da busca de um caráter crítico e sintonizado com a totalidade social, desmistificando o significado social da atuação desse profissional na conjuntura brasileira.

De acordo com Netto (2015), uma das principais influências desse movimento de ampliação das bases teóricas da profissão foi a busca por uma teoria social crítica por meio da tradição marxista, considerado como um “grande encontro” da categoria, no sentido de se desenvolver reflexões mais sintonizadas com a totalidade das expressões

da questão social na realidade do capital, possibilitando a construção de uma consciência crítica da categoria.

Foram essas teorias que embasaram a compreensão da dinâmica da acumulação que caracterizam o modo de produção capitalista, bem como, sua relação com o trabalho, o debate sobre a mais valia, ou seja, as bases racionais para se compreender o processo de exploração e as vias do lucro pelo capital. A perspectiva da intenção de ruptura incorpora o que há de mais complexo na estrutura das relações sociais posta pelas demandas do capitalismo, pelas estratégias econômicas, políticas, e sócio ideológicas do Estado burguês.

Mas não podemos perder de vista que assim como as perspectivas profissionais não caminharam na mesma direção, a inserção das teorias marxistas na produção de conhecimento da categoria profissional, de acordo com Netto (2015), também não se desenvolveram de forma coerente, caracterizando-se por interpretações equivocadas na construção de análises críticas da teoria marxista. Análises, muitas vezes incompletas, mas que possuem uma razão de ser dessa forma, pela própria particularidade do contexto em que se formou a construção de conhecimento nas universidades brasileiras. E que segundo Netto (2015, p.143), tais “vicissitudes [...] estão longe de desqualificar a elaboração dos marxistas brasileiros”.

Nessa perspectiva, no próximo item, desenvolveremos nossas reflexões na direção da “intensão de ruptura”, fazendo uma reflexão nessas bases no sentido de iniciar um diálogo a respeito da prática do Serviço Social como profissão, aliado a construção dos princípios do Projeto ético político do Serviço Social.

2.2. Serviço Social como profissão: reflexões sobre o Projeto Ético-Político Profissional

O Serviço Social como profissão sempre esteve articulado às tensões e antagonismos de classe, num permanente movimento condicionado pelo modo de produção capitalista fundamentado no liberalismo. Mas na contemporaneidade, a ideologia liberal vem reformulada: abre-se o caminho para a ofensiva neoliberal²⁴.

²⁴ Podemos entendê-la a partir dos princípios liberais, estes desenvolvidos em plena Revolução Francesa, movimento que tinha como propósito reivindicar as liberdades civis, políticas e ideológicas, consequência das turbulentas transformações sociais, políticas, econômicas e culturais no cenário mundial. Entretanto, ao mesmo tempo em que carregava princípios voltados para a efetivação de um horizonte democrático, também tinha como uma de suas pautas a redução expressiva do papel de intervenção do Estado, sendo também uma revolução de intenso reforço da individualização social.

Nessa perspectiva, podemos compreender o regime neoliberal como uma versão contemporânea do liberalismo clássico. O neoliberalismo se sintoniza com as demandas postas pela nova conjuntura global, trazendo as consequências, limites e desafios que serão desenvolvidos nas novas bases de reorganização do Estado. E a partir desse ponto, nos concentraremos no período em que o projeto neoliberal começa a mostrar suas faces no Brasil, no qual situaremos as condições da atuação profissional nesse contexto.

Segundo Figueiras (2006), para compreendermos o êxito do projeto neoliberal na conjuntura brasileira, é preciso analisar o terreno com que esse sistema econômico veio sendo estabelecido no país, isto é, na apreensão dos processos que devem ser observados para a contextualização do cenário político, econômico, e social do Brasil.

Em primeiro lugar, o autor destaca as “forças sociais que formaram sua base de apoio e sustentação”, ou seja, os setores econômicos privados com os grandes monopólios empresariais; a ideologia hegemônica da classe burguesa; o desenvolvimento das tecnologias industriais, e o Estado, que operou no sentido de fortalecer a lógica do capital burguês, por meio da reprodução das relações de dominação na sociedade de classes. (FIGUEIRAS, 2006, p.179).

Em segundo lugar, o autor fala das “mudanças estruturais” nas bases econômicas do Estado, por meio das políticas de ajuste efetuadas em 1999. Resultando em profundas transformações na organização social do trabalho, com a flexibilização dessas relações, trazendo mudanças em proporções alarmantes nas condições de vida e de trabalho dos trabalhadores. E em terceiro lugar as implicações de todo esse processo para a sociedade, em seus aspectos sociais, culturais, ideológicos e “representações políticas” da classe trabalhadora (FIGUEIRAS, 2006, p.180).

Nessa orientação, a imposição pela reformulação do liberalismo no Brasil tem seu início no governo de José Sarney (1984-1989), âmbito também da aprovação da Constituição Federal brasileira (1988), que como vimos, foi um período de efervescência política e social. Pode se perceber aqui a antítese desse processo político, já que também se situa o âmbito de transição democrática no Brasil pós-ditadura.

As consequências da ditadura, e da modernização conservadora operada pela autocracia burguesa, tiveram rebatimentos diversos na sociedade, como no âmbito da educação, da política, cultura, revelando também novos horizontes de reflexão e novas questões a serem debatidas. Momento também que o Serviço Social ressignifica suas bases teóricas “tradicionais” por meio do revigoramento da “denúncia” do conservadorismo na profissão (NETTO, 1999, p.9). Lembrando que a denúncia às

práticas conservadoras já eram refletidas desde meados dos anos 1960, década que também se verificava a ocorrência de um amplo movimento de reconceituação das bases profissionais no Brasil em toda América Latina.

Mas o que particulariza esse momento, segundo Netto (2015, p.9), é que na transição dos anos 1970 para a década de 1980, esse questionamento, essa “problematização”, vai se dar em um “nível diferente”, já que o cenário era de uma sociedade extremamente impactada com as consequências da ditadura, e que agora, estava se movimentando para uma nova direção social com o processo de redemocratização brasileira – mas que também traria seus limites, evidenciando os profundos antagonismos de classe.

A luta contra a ditadura e a conquista da democracia política possibilitaram o rebatimento, no interior do corpo profissional, da disputa entre projetos societários diferentes, que se confrontavam no movimento das classes sociais. As aspirações democráticas e populares, irradiadas a partir dos interesses dos trabalhadores, foram incorporadas e até intensificadas pelas vanguardas do Serviço Social. Pela primeira vez, no interior do corpo profissional, repercutiam projetos societários distintos daqueles que respondiam aos interesses das classes e setores dominantes. (NETTO, 1999, p.11)

É preciso sublinhar que esse momento evidenciou um protagonismo substancial da categoria de assistentes sociais, que se articulavam pela defesa dos direitos das classes trabalhadoras, estimulando a consciência, autonomia e emancipação das mesmas. Momento que também se caracterizava por uma significativa participação social, principalmente com a participação política dos trabalhadores, lutas populares, pela defesa da democracia e dos direitos sociais.

A partir da vertente da renovação profissional que contempla horizonte da intenção de ruptura com o Serviço Social “tradicional”, ou seja, na direção de uma perspectiva de totalidade social, na defesa dos direitos sociais, e pelo movimento das classes trabalhadoras, será a orientação seguida para abordarmos a construção do projeto ético-político do Serviço Social.

Perspectiva que inseriu uma reflexão crítica da atuação profissional fundamentada na realidade, questionando a ordem imposta, pelos padrões do capitalismo monopolista burguês de reprodução ideológica das relações sociais, em uma sociedade permeada por contradições e por expressões da questão social – e por esse motivo, tem na sua essência um movimento contra hegemônico, isto é, contrário ao projeto societário estabelecido.

Foi também nesse âmbito que se revelaram uma intensa interlocução e produção de conhecimento entre grande parte da categoria profissional, possibilitada pelo grande acúmulo teórico e pela busca de análises críticas mais sintonizadas com a nova reflexão profissional, evidenciada a partir da realização de fóruns, conferências, congressos, seminários, intensa articulação acadêmica, e consequência também da intenção de se fortalecer o significado social da profissão e da atuação profissional no contexto brasileiro.

Para analisarmos o processo de amadurecimento profissional e a construção do projeto ético político da profissão, precisamos esclarecer previamente as características gerais de um projeto societário, pois um projeto profissional se encontra na estrutura de um projeto de sociedade, que é “necessária e simultaneamente um projeto de classe” (NETTO, 1999, p.2).

Os projetos societários compõem um ideal de sociedade a serem seguidos, os padrões e valores morais que caracterizam a reprodução das relações sociais construídas historicamente, onde também se situam as variáveis políticas, econômicas, e culturais, sendo dessa maneira “estruturas flexíveis e cambiantes” (NETTO, 1999, p.3). Nesse sentido, os projetos societários são projetos que envolvem uma dinâmica social, pois estabelece princípios gerais para toda uma sociedade, estabelecendo também as estruturas e organizações que serão operadas e acionadas no coletivo.

Dessa forma, a referência aos projetos societários se faz necessária para situar a relação que estes possuem com os projetos profissionais, que no caso do Serviço Social brasileiro – categoria que possui uma evidente postura contrária à ordem societária vigente, não se adequando, ou melhor, não apoiando a tendência de controle e dominação das relações sociais sob o julgo do modo de produção e reprodução do capitalismo neoliberal – as implicações desse projeto societário colocam grandes desafios profissionais e éticos frente à organização política, econômica, e social que está estabelecida. Assim, para compreendermos a particularidade do projeto ético-político do Serviço Social, precisamos nos deter no seu processo histórico de construção e firmamento de suas bases e princípios fundamentais.

De acordo com Netto (2015, p.1), a construção do projeto ético-político da profissão tem suas origens na passagem dos anos 1970 para os anos 1980, em meio ao processo de renovação do Serviço Social no Brasil. Um projeto que se inicia com o horizonte do acúmulo das décadas anteriores, de novas perspectivas que agora, carregam na identidade profissional, um intenso processo de debate e postura consciente

da realidade, por meio da reflexão crítica do seu significado como profissão, da sua postura frente o movimento dos trabalhadores, e o questionamento da ordem capitalista vigente.

Netto (1999) afirma que todo projeto profissional envolve sempre uma dimensão que é política, dinâmica e também heterogênea. Parte-se do fato de que os sujeitos envolvidos na construção de um projeto profissional são múltiplos, possuem posturas diversas, muitas vezes com ideais e posturas políticas distintas, havendo também disputas pela hegemonia de um projeto dentro de uma mesma categoria profissional. Assim de acordo com Netto (1999, p.4):

Os projetos profissionais apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais).

Um projeto profissional, nessa perspectiva, deve considerar como característica central o pluralismo dos sujeitos profissionais envolvidos (Idem, p.6). A construção de um projeto ético e político de qualquer profissão deve ter uma estrutura organizada, o interesse de representar os valores centrais que fundamentam a atuação, no horizonte dos princípios éticos e sociais dentro de um contexto profissional específico.

Nesse horizonte, de onde emergiram as perspectivas do processo de renovação da profissão, foi por meio do movimento da intenção de ruptura com o Serviço Social “tradicional” que foram articuladas as vozes das vanguardas profissionais traduzidas no III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), o “Congresso da Virada”, realizado em 1979. Nesse congresso, com a intensa articulação entre profissionais da categoria e de outras áreas de conhecimento da sociedade, criaram-se as bases para uma nova identidade profissional. O que foi resultado da explícita necessidade de “dialogar com a realidade [...] representava-se ali a opção pelo claro compromisso com as lutas dos trabalhadores” (GUERRA e ORTIZ, 2009, p.124).

O Congresso da Virada processou uma análise não só nas bases teóricas e metodologias da prática profissional, mas estabeleceu as raízes da sua dimensão ética, política e ideológica, pois o diálogo com a classe trabalhadora trouxe questões concretas

para a reflexão do significado da atuação do assistente social na conjuntura brasileira, rompendo com práticas tradicionais de interação com os usuários.

Estabeleceu um horizonte diferenciado de intervenção com base em uma prática socioeducativa com vistas a uma ampla apreensão dos condicionantes sociais e das particularidades dos usuários nessa estrutura. Traçou-se, assim, como objetivo, o fortalecimento e a emancipação da classe trabalhadora pela via da compreensão da realidade e de suas possibilidades concretas.

Nessa perspectiva, o “Congresso da Virada” foi realmente a grande “virada” do Serviço Social brasileiro, contribuindo para os “caminhos” que levaram para se estabelecerem os pilares de legitimação profissional, pois produziu os “frutos” que resultou na afirmação da construção do projeto ético-político dos assistentes sociais (GERRA e ORTIZ, 2009). O que refletiu nas bases da reforma curricular²⁵ de 1982 e conseqüentemente para os posteriores Códigos de Ética profissionais que seriam produzidos nos marcos da profissão.

Nesse sentido, segundo Netto (2015, p.15) foi na transição dos anos 1980 para 1990, “que o projeto ético-político do Serviço Social no Brasil se configurou em sua estrutura básica”. Configurou suas bases essenciais, mas que não estão dadas, pois se constituem em permanente movimento e processo de construção. Isso decorre do ponto central de onde procede a atuação profissional: nas bases de estrutura econômico-política capitalista neoliberal, que modifica de tempos em tempos, ou quase que diariamente, suas formas de acumulação e exploração do trabalhador. Se todos os projetos profissionais possuem “inelimináveis dimensões políticas” (NETTO, 1999, p.5), podemos dizer que no caso do Serviço Social, essa dimensão é o principal aspecto que percorre de forma quase que inerente ao exercício profissional, pois, nas palavras do autor (idem, p.16):

A dimensão política do projeto é claramente enunciada: ele se posiciona a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e a consolidação da cidadania são explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. Correspondentemente, o projeto se declara radicalmente democrático considerada a democratização como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida.

²⁵ “[...] entrou na agenda do Serviço Social a questão de redimensionar o ensino com vistas à formação de um profissional capaz de responder, com eficácia e competência, às demandas tradicionais e às demandas emergentes na sociedade brasileira em suma, a construção de um novo perfil profissional” (NETTO, 1999, p.13).

Dessa forma, as bases do projeto ético-político profissional, tem como horizonte “o reconhecimento da liberdade como valor central” liberdade essa que para Netto (1999) é histórica, permitindo possibilidades concretas dentro de realidades também concretas. Dentro desse projeto também podemos visualizar valores pertinentes a sua prática, como no Código de Ética da profissão, quando se afirma de maneira lúcida: “a defesa intransigente dos direitos humanos” onde continua afirmando, a negação e rejeição declarada de qualquer forma de discriminação, preconceito, fortalecendo a diversidade e o respeito às diferenças. (BRASIL, 2012)

É preciso destacar a importância do investimento no aprimoramento intelectual e na prática profissional, principalmente no que tange as referências teóricas e metodológicas, que devem ser buscadas constantemente de forma ampliada e embasada na realidade, as alternativas e possibilidades de intervir nos processos e contextos onde se manifestam e se intensificam os antagonismos de classe, as expressões da questão social, onde são determinadas as bases das relações sociais neoliberais sob o véu do modo de produção capitalista. Entretanto, apesar das dificuldades que se mostram nessa conjuntura da realidade social brasileira, Netto (1999, p.19) nos coloca um fato relevante:

[...] na medida em que, no Brasil, tornam-se visíveis e sensíveis os resultados do projeto societário inspirado no neoliberalismo – privatização do Estado, desnacionalização da economia, desemprego, desproteção social, concentração exponenciada da riqueza etc. -, nesta mesma medida fica claro que o projeto ético-político do Serviço Social tem futuro. E tem futuro porque aponta precisamente ao combate (ético, teórico, ideológico, político e prático-social) ao neoliberalismo, de modo a preservar e atualizar os valores que, enquanto projeto profissional, o informam e o tornam solidário ao projeto de sociedade que interessa à massa da população.

É nesse sentido que podemos considerar o projeto ético-político do Serviço Social como diferenciado dos demais projetos profissionais, pois atua e se impõe nas contradições, no polo contrário da classe dominante, as dificuldades e limites profissionais são o combustível para fortalecer a concretização da atuação em sintonia com a realidade, por uma perspectiva consciente e com base numa postura contestadora e contra hegemônica à antítese que está posta cotidianamente na rotina profissional.

No entanto, é preciso tecer uma permanente defesa e busca pelo horizonte de fortalecimento e construção de propostas e possibilidades que viabilizem a direção e a incorporação dos princípios éticos e políticos estabelecidos nas bases do projeto profissional, pois como todo projeto profissional, o projeto ético-político do Serviço

Social também “é um campo de tensões e de lutas [...] não suprime as divergências e contradições” inerentes ao pluralismo de um corpo profissional (NETTO, 1999, p.5).

De acordo com Duarte (2017), esse projeto tão arduamente construído, vem sendo questionado na atualidade, devido a diversos fatores, como descrença no significado da atuação por parte da categoria profissional, dúvidas a respeito da “viabilidade” e “potencialidade” do projeto da profissão, onde os limites e as dificuldades postas no cotidiano profissional são compreendidos como insolúveis, ou demasiadamente onerosos e incertos (DUARTE, 2017, p.178). E a autora nos lembra de que:

[...] o Serviço Social contemporâneo é resultado de um recente processo sócio histórico de rompimento e reorganização da profissão contra o projeto conservador que dominou sua trajetória até o início da década de 1980, conquistando outra direção social e política a partir do projeto ético-político profissional, especialmente nos anos de 1990, articulado a um projeto de sociedade não capitalista (DUARTE, 2017, p.177).

O projeto ético-político do Serviço Social está intimamente relacionado com a concretização de uma prática que vem sendo desconstruída e reconstruída diariamente. As tensões que perpassam o significado social da profissão, tanto na formação acadêmica, quanto nos espaços sócio ocupacionais do Serviço Social nas diversas instituições onde se insere, sempre existiram e sempre existirão.

É por esse motivo que a consciência crítica, embasada numa compreensão histórico-dialética da realidade e das implicações que esta tem para a prática profissional, deve ser o horizonte buscado pela categoria na prática contemporânea. Consciência que também deve ser encarada na própria dinâmica a que estão submetidos, diariamente, situando-se no próprio limite da instituição para poder viabilizar a estratégia de intervenção no cotidiano, constantemente permeado pelos entraves burocráticos e por limites de uma prática profissional enviesada.

Os antagonismos de classe, aspecto tão presente na nossa realidade, evidenciam o quanto o papel do profissional de Serviço Social também pode se tornar extremamente contraditório com a mesma intensidade, devido às próprias contradições e determinações sociais impostas, pelas relações de poder e instrumentos de controle e manutenção das desigualdades de classe, pela organização do sistema capitalista, no qual “a atuação do Assistente Social é necessariamente polarizada por tais classes” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p.81).

Nesse sentido, segundo Iamamoto e Carvalho (2014) é preciso apreender o significado social da profissão no capitalismo, os aspectos que contribuem para que o Serviço Social se afirme na sociedade, e o porquê desse movimento que ao mesmo tempo em que quer atuar na perspectiva da classe trabalhadora, também é funcional as determinações ideológicas, políticas e econômicas que envolvem as relações contraditórias entre classes, no modo de produção capitalista.

Com relação ao significado da prática profissional, podemos indagar junto com os autores qual o lugar da profissão nesse processo de “reprodução”²⁶ das relações sociais” historicamente afetadas por essa conjuntura antagônica do contexto brasileiro, ou seja, as características que evidenciam manifestam as expressões da desigualdade; da questão social.

Lembrando que a solicitação desse profissional tem sido historicamente uma demanda do Estado e da classe burguesa, não uma demanda daqueles que são os principais afetados pela intervenção profissional, a classe de trabalhadores desprotegidos, que também são alvos das políticas sociais projetadas pela lógica do capital. Aspectos esses que evidenciam a importância de se firmar uma sólida relação entre profissionais e usuários, políticas e direitos, determinações sociais e possibilidades concretas.

Assim, no próximo capítulo, a reflexão a respeito da relação que se desenvolve no contexto institucional da saúde, um dos espaços onde se situam as demandas do assistente social e as diversas práticas atribuídas a esse profissional, será o terreno onde iremos desenvolver nossas reflexões a respeito do significado e das implicações que são impostas no cotidiano profissional, no âmbito das instituições públicas.

Nessa perspectiva, desenvolveremos nossa reflexão com base nas experiências adquiridas no estágio obrigatório curricular do curso de graduação de Serviço Social da Universidade de Brasília, realizado no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), no Núcleo de Serviço Social da instituição.

²⁶ “Refere-se à reprodução das forças produtivas e das relações de produção na sua globalidade, envolvendo, também, a reprodução da produção espiritual, isto é das formas de consciência social: jurídicas, religiosas, artísticas ou filosóficas, através do qual se toma consciência das mudanças ocorridas nas condições materiais de produção“ (IAMAMOTO; CARVALHO 2014, P.78).

CAPÍTULO 3. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: POLÍTICAS SOCIAIS, E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

A trajetória histórica da saúde no Brasil, assim como nos diversos países emergentes sob o sistema capitalista, possui relação estreita com as particularidades conjunturais da organização política, econômica, e sociocultural, em um país periférico historicamente dependente das relações externas. Diante disso, as implicações de um projeto de sociedade sob o neoliberalismo e nas bases do monopólio burguês revelam consequências profundas em todos os níveis da organização social. Uma das consequências mais visíveis e mais sérias são os impactos na saúde da classe trabalhadora.

As políticas do Sistema Único de Saúde, contempladas pelos princípios do SUS constitucional, como também toda estrutura da Seguridade Social brasileira, têm profunda relação com os princípios basilares do Projeto Ético Político do Serviço Social. Visto que esta profissão atua no universo da proteção social e nos direitos sociais da população. E no âmbito dessas políticas, o assistente social é chamado a intervir particularmente na saúde da classe trabalhadora em que suas intervenções refletem, inevitavelmente, as demandas do projeto capitalista neoliberal.

Nesse sentido, nos itens seguintes deste capítulo faremos uma análise da conjuntura histórica, política, econômica e social no contexto em que se estruturou a Seguridade Social, as implicações no âmbito das políticas sociais, bem como o significado do profissional do serviço social no âmbito da saúde pública. Veremos ainda, como se caracterizam as atribuições e práticas do Assistente Social nesse contexto, a respeito das demandas que surgem no seu cotidiano, os meios e respostas que são identificadas e apreendidas nesse processo institucional complexo.

Em seguida, faremos uma reflexão a respeito dos aspectos que determinam a prática, seus limites na sociedade capitalista neoliberal e os desafios para uma atuação profissional, fundamentada no Projeto Ético-Político do Serviço Social. E por último, iremos trazer a experiência do estágio supervisionado curricular obrigatório do curso realizado no Hospital Materno Infantil de Brasília – HMIB, com o propósito de ilustrar e exemplificar a complexidade da atuação do assistente social no contexto da saúde.

3.1. Seguridade Social Brasileira: aspectos sobre a conjuntura histórica, política, econômica e social das políticas públicas.

Com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 218 de 1997, os assistentes sociais são reconhecidos como profissionais da saúde e, posteriormente em 1999, a Resolução do CFESS nº 383 fortalece essa caracterização, como um profissional que atende ao horizonte dessa perspectiva (CFESS, 2013, p.11). Com isso posto, vamos considerar alguns pontos relevantes para a compreensão do profissional nessa estrutura complexa de onde surgem necessidades sociais que são inerentes ao contexto socioeconômico capitalista brasileiro, implicando nos processos que determinam a situação social de saúde e doença da classe trabalhadora.

Com relação aos determinantes sociais da saúde, segundo Carvalho e Buss (2009, p.144) “as relações de influência recíproca entre saúde e economia, estruturas sociais e políticas são historicamente associados ao desenvolvimento da saúde pública”. O que os autores querem destacar com essa afirmação é a estreita relação que as políticas de saúde possuem com o estímulo e desenvolvimento do setor produtivo na sociedade. Em tempos de economia capitalista, para a preservação desse movimento de produção, reprodução e acumulação contínua, exigem-se cuidados com a classe trabalhadora para a manutenção permanente dessa força de trabalho.

O intuito da manutenção da força de trabalho caracterizou as formas históricas com que se manifestaram os sistemas de proteção social sobre os moldes capitalistas mundiais. Articulou-se, dessa maneira, uma relação específica com a estruturação da Seguridade Social. Nesse sentido, a Seguridade Social, tem historicamente suas bases fundadas pela “organização social do trabalho” (BOSCHETTI, 2009, p.383).

As implicações geradas pelo capitalismo desde seu estágio concorrencial, até o estabelecimento dos modos de produção no atual estágio monopolista, vieram estabelecendo as condições de acesso à Seguridade, principalmente no âmbito previdenciário. Assim, para compreendermos a lógica das políticas da Seguridade Social brasileira é preciso entender que tipo de concepção de proteção social foi adotado no Brasil, quais modelos foram incorporados, e que inspiraram a estruturação das políticas que compõem esse sistema.

No âmbito internacional, dois modelos se destacam; o modelo bismarckiano e o Plano Beveridge. O modelo bismarckiano, em primeiro lugar, foi instituído ainda no século XIX, na Alemanha, no governo de Otto Von Bismarck em 1883. Este modelo

incorpora a lógica dos “seguros sociais” por meio de condicionalidades, basicamente tendo por condição o trabalho, no sentido de ampliar a massa de trabalhadores empregados, garantindo as contribuições para o financiamento dos benefícios concedidos pelos seguros. (BOSCHETTI, 2009).

Além disso, segundo Boschetti (2009), esse modelo foi uma resposta à situação de revolta da classe operária, que se organizou para pressionar o Estado, reivindicando melhores condições de trabalho, de vida, direitos trabalhistas, articulando então, as greves, o que causou impacto nas elites econômicas e nas esferas de organização do poder do Estado, trazendo assim a necessidade de organização dos sistemas de proteção social.

De acordo com Boschetti (2009, p.384), na gestão do modelo bismarckiano “cada benefício é organizado em Caixas, que são geridas pelo Estado, com a participação dos contribuintes, ou seja, empregadores e empregados”. Tais “Caixas” nos remete ao que aludimos no primeiro capítulo a respeito da Lei Eloy Chaves (1923) que regulamentou as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), que posteriormente, foram convertidas no ano de 1932 nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) no governo de Getúlio Vargas. Dessa maneira, podemos observar o quanto à lógica desse modelo, mostra suas tendências incorporadas pelo sistema de proteção social brasileiro, adotado desde a primeira metade do século XX, principalmente no âmbito previdenciário.

O segundo modelo, o Plano Beveridge, criado no ano de 1942 na Inglaterra, pelo economista William Henry Beveridge – período que também compreendia o cenário dos impactos da Segunda Guerra Mundial. Este modelo questionou o modelo de Bismarck, propondo o *Welfare State* – o Estado de bem estar social.

De acordo com Boschetti (2008, p.386), nesse sistema “os direitos têm caráter universal, destinados a todos os cidadãos incondicionalmente ou submetidos a condições de recursos, mas garantindo mínimos sociais a todos em condições de necessidade”. É possível identificar neste ponto alguns valores presentes nos princípios da Seguridade Social e do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira, como a questão do caráter universal, mas os dois sistemas possuem a condição do trabalho como aspecto central.

O que diferencia esses dois modelos é a forma com que estes enfrentam a pobreza, enquanto no plano beveridge a proposta era na direção de eliminar a condição de pobreza, o sistema bismarckiano tinha o intuito de eliminar o desemprego e

constituir um “seguro social” como forma de atender às pressões dos trabalhadores e ao mesmo tempo preservar a estrutura de classes, utilizando-se para isso, os benefícios assegurados para manter a massa de trabalhadores ativa (BOSCHETTI, 2009).

Podemos verificar diversos traços de ambos os modelos no sistema de Seguridade Social brasileiro, pois percebemos a lógica do seguro explícita na política de previdência social, seu caráter contributivo, benefícios condicionados ao tempo de trabalho etc. Nas políticas de assistência e saúde foram articuladas as características do modelo de Beveridge. Assim de acordo com Boschetti (2009, p.385):

As políticas existentes e que constituem os sistemas de seguridade social em diversos países apresentam as características dos dois modelos, com maior ou menor intensidade. No Brasil, os princípios do modelo bismarckiano predominam na previdência social, e os do modelo beveridgiano orientam o atual sistema público de saúde (com exceção do auxílio doença, tido como seguro saúde e regido pelas regras da previdência) e de assistência social, o que faz com que a seguridade social brasileira se situe entre o seguro e a assistência social.

Importante ressaltar, que apesar do influxo de ambos os modelos na estrutura da Seguridade Social brasileira, não significou que a influência desses dois sistemas seja o que defina as questões que complexificam os padrões históricos das três políticas da Seguridade no Brasil. O movimento que expressa às peculiaridades desse sistema no cenário brasileiro de acordo com Mota (1995, p.117) situa-se na “crise econômica dos anos 80 e os mecanismos adotados para seu enfrentamento”.

A conjuntura política, econômica e social desta década pode ser considerada como um grande marco nos processos históricos do país, com a transição democrática, mudanças na estrutura política e, principalmente, na reorganização das funções do Estado. Lembrando que nesta década, no contexto brasileiro, também foi o período de declínio da ditadura, a crise do ciclo autocrático burguês, que refletiu na significativa participação política da população, principalmente por meio da intensa mobilização da classe trabalhadora, dos movimentos sociais e entidades da sociedade civil (NETTO, 2015). Foram anos, em que a luta coletiva expressava a defesa do Estado democrático de direito, trazendo a expectativa de um novo horizonte de conquistas que seriam materializados na Constituição Federal de 1988.

Assim, as consequências desse cenário de transição democrática no âmbito nacional podem ser verificadas, segundo Mota (1995), por dois processos: em primeiro lugar “as mudanças no mundo do trabalho”, no qual a autora situa as implicações da

reestruturação produtiva decorridas da passagem do modelo fordista-keynesiano²⁷ para o processo de acumulação flexível²⁸. E em segundo lugar, as alterações nas formas de intervenção do Estado, que se deu com a crise do keynesianismo frente à ofensiva neoliberal que flexibilizou o sistema capitalista de produção (MOTA, 1995, p. 117).

Dessa forma, os novos mecanismos de organização econômica que envolveram os aspectos políticos e sociais de definição e afirmação do projeto societário neoliberal monopolista, impactou as estruturas da Seguridade Social de maneira global.

No Brasil, esse novos padrões de acumulação vão desencadear efeitos profundos nas condições de vida e de trabalho da população, bem como na conjuntura das políticas públicas, pois o próprio movimento das relações sociais produzidas nesse cenário traduziram as diferentes formas de intervir das políticas sociais do Estado brasileiro.

A concepção de Seguridade Social estabelecida na Constituição Federal de 1988 foi resultado de uma histórica conquista dos diversos movimentos organizados, intensas lutas coletivas em pleno período de redemocratização do país, no qual se estabeleceram os três pilares da proteção social brasileira: assistência, saúde e previdência social; materializados na Constituição Federal de 1988. Além de a saúde ser estabelecida como universal, é considerada também “um direito de todos e dever do Estado” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, art.196, p.153).

Os profissionais do Serviço Social tiveram um grande destaque nessa luta em defesa da Seguridade Social e pelo Estado democrático de direito, em especial no processo que se efetivou com o reconhecimento de reivindicações históricas da população frente à legitimação dos direitos sociais, contemplados e garantidos na carta magna de 1988.

Apesar da regulamentação do Sistema Único de Saúde ter se efetivado com as Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080/90 e 8.142/90, o projeto neoliberal continuou a todo

²⁷De acordo com Behring (2006, p.7) “O enfraquecimento das bases materiais e subjetivas de sustentação dos argumentos liberais ocorreu ao longo da segunda metade do século XIX e no início do século XX” principalmente com a crise do modelo fordista (1863-1947) de produção em massa e intensificação da produção desenvolvido pelo economista Henry Ford. De acordo com Hobsbawm (1995), “O argumento keynesiano em favor dos benefícios da eliminação permanente do desemprego em massa era tão econômico quanto político. Os keynesianos afirmavam [...] que a demanda a ser gerada pela renda dos trabalhadores com pleno emprego teria o mais estimulante efeito nas economias em recessão” (HOBSBAWM, 1995, p.100).

²⁸A acumulação flexível se desenvolve com a necessidade de aperfeiçoar os problemas identificados no Fordismo, já que a produção em escala máxima causou um quadro de produção excedente causando prejuízo. A acumulação flexível então vai organizar a produção visando a flexibilidade, por meio das demandas do mercado, adotando também os princípios do Toytismo (1948-1975) desenvolvido por Taiichi Ohno (1912-1990), Shingeo Shingo (1909-1990) e Eiji Toyoda (1913-2013), sendo adotado a partir da década de 1970. (HOBSBAWM, 1995)

vapor com o objetivo de derrubar e deslegitimar os direitos estabelecidos tão arduamente nas três políticas que compõem a Seguridade Social brasileira.

Os pontos de conflito verificados nesse embate se encontram principalmente no que toca a universalidade e a incondicionalidade desses direitos, resultando em uma redução significativa do acesso a essas políticas. Assim, de acordo com Pereira (2002, p.35):

São os princípios da incondicionalidade e da universalidade, portanto, que se destacam no Sistema de Seguridade Social brasileiro, não só como elementos inovadores por excelência, mas como desafios fundamentais à concepção liberal de cidadania referenciada no interesse pessoal e nas determinações do mercado. É que estes princípios privilegiam direitos sociais e difusos que, por serem gerais, vinculam-se à justiça social e impõem, adicionalmente, limites às liberdades negativas, típicas dos direitos individuais, bem como à focalização e à comercialização das políticas públicas.

Um grande passo foi dado nesse contexto de defesa de um Estado democrático de direito com a articulação dessas lutas sociais e políticas no âmbito da Seguridade Social. No entanto, o projeto democrático estabelecido no país veio com uma dualidade historicamente característica da realidade social brasileira, de um lado traz consigo o projeto do “grande capital”, lugar onde se desenvolve o discurso de defesa das privatizações e a “constituição de um cidadão consumidor” (MOTA, 1995, p.164); e do outro, a tentativa de se construir um projeto coletivo democrático que se opõe a essa linha do “consumo” e da lógica privada.

O projeto político econômico do Estado, como já se sabe, sempre esteve aliado aos padrões dominantes do capitalismo burguês, demonstrando também que a transição democrática que se processou no Brasil pós-ditadura, foi na verdade uma “transição negociada” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011), pois o que vimos foram parcelas de direitos desconstruídos sobre a imposição das políticas de ajuste e de diversas condições econômicas impostas categoricamente em sintonia com o projeto do capital financeiro. Nesse sentido:

O projeto da saúde articulado ao mercado ou à reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na Política de Ajuste, que tem como principais tendências: a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis por meio do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. (CFESS, 2013, p.20)

A partir dos anos 1990, no contexto brasileiro, vivenciamos um processo de contrarreformas neoliberais: “observa-se que o centro da reforma, na verdade, foi o ajuste fiscal. O reformismo neoliberal traz em si uma forte incongruência entre o discurso da chamada reforma e a política econômica.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.152).

Dessa maneira, os caminhos a que levaram as reformas do Estado foram propagados por diversos sentidos e os argumentos sempre tiveram a justificativa na crise econômica brasileira, na necessidade de reverter esse quadro, ou seja, pagamento da dívida externa e redução da dívida interna, justificando que o equilíbrio dessas dívidas trariam qualidade e desenvolvimento dos serviços públicos, o que consequentemente traria melhoras para as condições de vida da população, o que nunca aconteceu.

Tais “reformas” sempre foram conduzidas no sentido de ampliar, não os direitos ou as políticas públicas, mas a lógica do projeto neoliberal, em todos os níveis da organização social, principalmente no âmbito do financiamento da saúde pública.

Nesse caminho, a desconstrução dos princípios da Seguridade caracterizou-se por: contrarreformas do Estado, com reformas no sistema previdenciário por meio da introdução e ampliação cada vez maior da previdência privada, através de um discurso das vantagens de adoção de uma previdência complementar; segmentação das políticas de assistência, com a ênfase no assistencialismo, focalização, seleção e fragmentação dessas políticas, além do reforço no papel da filantropia. Na saúde, as reformas se verificaram principalmente na gestão dos recursos e pela ampliação da atuação do setor privado sobre público. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Compreender o vínculo entre as políticas da Seguridade Social e sua relação com o projeto ético-político do Serviço Social é fundamental para possibilitar uma reflexão e análise crítica a respeito da articulação entre assistente social e usuário no contexto de uma instituição pública de saúde. Assim, no próximo tópico faremos uma reflexão a respeito dessa articulação no âmbito dessas instituições.

3.2 Reflexões sobre as atribuições e competências profissionais do Serviço Social no contexto hospitalar público

No presente item, faremos uma reflexão a respeito das atribuições e competências do Serviço Social na área da saúde, com intenção de “dar visibilidade à

organização e operacionalização da prática profissional dos assistentes sociais” nesse âmbito. No sentido de desenvolver uma perspectiva que considere a totalidade das particularidades que envolvem a “lógica da prática profissional” nesse contexto (VASCONCELOS, 2009, p.4).

De acordo com Bravo e Matos (2007), até a década de 1940 a área da saúde não apresentava uma significativa parcela de assistentes sociais. No entanto, com a expansão do Serviço Social a partir de 1945, em decorrência das implicações geradas com a ampliação do capitalismo, esse quadro começa a se alterar, transformando-se em um dos principais campos de atuação profissional desde então.

Esse processo também foi resultado dos novos modelos de atenção à saúde que estavam sendo adotados no país. Como vimos, as tendências norte-americanas tiveram um papel considerável na influência teórica e da prática dos assistentes sociais, principalmente no âmbito da saúde, que incorporou a partir de 1948, o conceito norte-americano de intervenção, tendo como foco de ação, a consideração nos aspectos biopsicossociais²⁹ dos sujeitos. (Idem, p.2)

Importante observar, que a inserção dos assistentes sociais na saúde também está diretamente relacionada com as demandas das novas formas de organização das relações políticas e econômicas. Em face das novas exigências do capitalismo monopolista, o Estado precisou dar respostas às consequências que esse movimento de reestruturação do capital estava refletindo, trazendo diversos impactos nos modos de vida, de trabalho e principalmente na saúde desses trabalhadores. Dessa maneira, a assistência médica hospitalar se tornou uma das maiores áreas de intervenção profissional. Assim, de acordo com Bravo e Matos (2007, p. 3):

O assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária.

²⁹ De acordo com os autores, a inserção dos assistentes sociais no âmbito da saúde, foi também consequência da adoção desse conceito, pois “surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. Um deles foi à ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar – solução racionalizadora encontrada – que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social” (BRAVO; MATOS, 2007, p.3).

De acordo com Vasconcelos (2009), os assistentes sociais vêm seguindo historicamente um padrão de prática profissional no atendimento realizado nas instituições públicas de saúde, que vieram se desenvolvendo por “uma lógica de organização de seu trabalho e estratégias de ação”. Lógica essa, denominada como Plantão segundo o qual as ações e iniciativas profissionais se desenvolvem em um espaço físico no interior da instituição destinado para o atendimento ao usuário. (VASCONCELOS, 2009, p.4)

Nesse sentido o Plantão é organizado da seguinte maneira: procura espontânea, encaminhamentos internos e encaminhamentos externos. Na procura espontânea os usuários por iniciativa própria buscam o Serviço Social para obter informações e orientações variadas, sobre programas, benefícios assistenciais etc.

A autora chama a atenção para o aspecto da passividade do profissional com relação à espera pelas demandas espontâneas, pois, a atuação se efetua de acordo com as questões que surgem no momento da procura pelo profissional, demonstrando a ausência de planejamento frente à totalidade de conflitos e situações que comportam a estrutura e a realidade dos hospitais públicos. (VASCONCELOS, 2009).

Nos encaminhamentos internos os usuários são orientados a buscarem o Serviço Social para:

[...] providenciar consultas médicas, orientação previdenciária, inserção na rotina da unidade, encaminhamentos, cadastro nos Programas; encaminhamentos internos realizados pelos profissionais de saúde e pelos demais serviços da unidade, para orientações diversas, “solução de problemas”, encaminhamentos diversos, localização de familiares e de pacientes; acesso a recursos materiais, atendimento de “casos sociais”, cartões de visita, requerimentos (VASCONCELOS, 2009, p.7).

Os encaminhamentos internos também são desenvolvidos por meio das triagens realizadas pelos profissionais nos leitos hospitalares, para buscarem as demandas na situação de internação, verificam-se também as condições dos serviços e as necessidades de atendimento ao usuário. Além das triagens, os profissionais também se dirigem aos leitos quando solicitados por outras áreas da saúde, a procurarem o paciente/usuário quando este não tem condição de ir até o assistente social, principalmente nos casos de impossibilidade pela condição de doença a que se encontram.

Os encaminhamentos externos ocorrem quando se verifica a necessidade de solicitação dos serviços em outras instituições, como o acesso ao INSS, Defensoria pública, Ministério Público, entre outros (VASCONCELOS, 2009). Em resumo, essas

são basicamente as ações que vieram sendo articuladas na trajetória histórica de inserção do assistente social, no cotidiano de atuação em um contexto hospitalar público.

De acordo com Bravo e Matos (2007), as condições e determinações históricas da atuação profissional no âmbito da saúde – como as atribuições e competências, sua relação com os usuários, com as políticas sociais, e outras instituições – não apresentaram mudanças significativas nas décadas de 1960 e 1970, com o processo de renovação do Serviço Social brasileiro.

Recordando que a modernização conservadora, a partir dos anos 1960, empreendeu suas ações nas políticas de saúde solicitando os assistentes sociais para atuarem na assistência médica previdenciária, com destaque nas “técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios” (BRAVO; MATOS, 2007, p.6). Dessa maneira, segundo os autores:

Na distensão política, 1974-1979, o Serviço Social na saúde não se alterou, apesar do processo organizativo da categoria, do aparecimento de outras direções para a profissão, do aprofundamento teórico dos docentes e do movimento mais geral da sociedade. O trabalho profissional continuou orientado pela vertente “modernizadora” (idem)

Mas isso não quer dizer que nesse período não tenha existido um debate crítico, ou a busca por uma perspectiva de totalidade da realidade social frente esse quadro aparentemente engessado da intervenção na saúde durante a década de 1970. A proposta da Reforma Sanitária Brasileira já estava se articulando e organizando seus princípios, nesse período em que a saúde apresentava diversas contradições no âmbito dos direitos sociais e no campo das políticas públicas.

E vai ser na década de 1980, com o movimento de intenção de ruptura com o Serviço Social “tradicional”, principalmente no contexto de aprovação da Constituição Federal de 1988, e institucionalização do SUS, que esse quadro se modifica, no qual as intervenções e ações do assistente social na saúde se ampliam e são incorporadas novas perspectivas de atenção nessa área.

Importante ressaltar aqui também, a importância do papel da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, pois essa conferência foi fundamental para a construção do novo conceito de saúde incorporado na carta constitucional de 1988. O modelo de atenção à saúde que se concentrava apenas nos aspectos da doença é superado, e a

intervenção na área da saúde a partir de então, vai considerar os determinantes sociais que implicam nos processos de saúde/doença da população.

Dessa maneira, a concepção de saúde no horizonte do Sistema Único de Saúde vai se dar “em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas” (CFESS, 2013, p.17).

Como dissemos no segundo capítulo desse trabalho, o projeto ético-político do Serviço Social possui diversos pontos harmônicos com os princípios universais do projeto da Reforma Sanitária. Nesse sentido, os assistentes sociais foram importantes aliados em defesa do direito à saúde no âmbito das assembleias constituintes que antecederam a processo constitucional de 1988.

Além disso, os órgãos representativos e legitimadores da profissão como: o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), os Conselhos Regionais do Serviço Social (CRESS), a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), vieram fortalecendo o papel ético, político e social da profissão, demonstrando um movimento homogêneo com relação aos princípios da intenção de ruptura com o Serviço Social “tradicional” desde os anos 1980.

Marco importante desse fortalecimento foi a Resolução do CFESS N° 383/99. Como mencionamos no início do capítulo, essa resolução inaugura uma caracterização fundamental para a categoria profissional, fortalecendo seu significado como um profissional da saúde.

Nesse sentido, podemos destacar quatro eixos principais que contemplam a perspectiva ampliada de atendimento do assistente social no âmbito da saúde – eixos que também se encontram fundamentados no Código de Ética da profissão: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação, e formação profissional.

Em primeiro lugar, o atendimento direto aos usuários – as intervenções podem se caracterizar em ações de atenção básica, média, e de alta complexidade. Como exemplos temos os Centros de Saúde, as unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), as policlínicas, maternidade, além dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), entre outros. Nesse eixo também se articulam três tipos de ações: ações socioassistenciais; ações de articulação com a equipe de saúde; e as ações socioeducativas (CFESS, 2013).

As ações socioassistenciais, são as que constituem o atendimento básico do profissional com a orientação a respeito dos serviços assistências, demandas que caracterizam a orientação sobre os direitos, programas, benefícios etc. As ações de articulação com a equipe de saúde se orientam no sentido de promover e articular informações das diversas áreas, no qual:

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. (CFESS, 2013, p.44)

As ações socioeducativas são centrais na atuação profissional, devendo ir além de uma abordagem informativa, se caracterizando como uma orientação que envolve a análise dos aspectos que determinam as demandas sociais dos usuários, envolvendo a totalidade dos fenômenos que implicam nas necessidades de saúde, orientação, compreensão e acesso, ou seja, a socialização de informações e de direitos (idem).

O segundo eixo propõe a mobilização, participação e controle social. Eixo que envolve a democratização das informações, articulando e fortalecendo a comunicação com usuários, trazendo um debate coletivo no sentido de viabilizar o reconhecimento de seu papel como cidadão, por intermédio do controle social das políticas e instituições.

Como exemplo, podemos citar as ouvidorias³⁰, espaços que articulam esses aspectos por meio da escuta, registrando os relatos com intuito de verificar essa demanda, acionando os meios para intervir na questão. A inserção da ouvidoria no interior das instituições públicas representou um grande avanço no sentido de fortalecer a comunicação entre os usuários, os direitos sociais e instituição.

Nessa orientação, o terceiro eixo de atuação se refere à investigação, planejamento e gestão. Aqui são desenvolvidas ações que são próprias das competências profissionais, como os estudos e pesquisas sobre a realidade social dos usuários, colhendo informações, apreendendo as demandas, possuindo como um dos seus objetivos, a orientação sobre as políticas de Seguridade Social, visando principalmente, o fortalecimento da intersetorialidade nas suas ações. (CFESS, 2013)

³⁰ A atuação do assistente social nas ouvidorias tem demonstrado que – apesar de não ser estabelecida como lugar de competência profissional na Lei de Regulamentação da Profissão, “os assistentes sociais, atualmente, têm sido convocados a implantar os serviços de ouvidoria nas unidades de saúde. Assim, cabe indagar porque os profissionais de Serviço Social têm sido chamados a assumir essa tarefa, bem como buscar identificar o diferencial estabelecido na sua formação e atuação profissional que os impulsionam a assumirem mais essa demanda” (CFESS, p.56).

O ultimo eixo se baseia na assessoria, qualificação e formação profissional. Este eixo está fundamentado no Código de Ética da profissão, no Título II Dos Direitos e das Responsabilidades Gerais do Assistente Social. No artigo 2º desse capítulo podemos encontrar nos direitos dos assistentes sociais, como uma de suas garantias o “aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código” (BRASIL, 2011, p26). Nesse sentido, o investimento permanente da qualificação e formação profissional é essencial para o fortalecimento do projeto ético-político profissional.

Nesse sentido, veremos então algumas atribuições e competências do assistente social na saúde, elaborados pela categoria por meio do CFESS, que incorpora o horizonte de um diálogo crítico com a realidade, e da apreensão das contradições onde se expressam as diversas consequências da questão social para a população usuária. Profissionais que devem estar fundamentados com o Projeto Ético Político da profissão, dentre elas:

- Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;
- Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;
- Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
- Identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996, apud CFESS, 2013, p.33).

Estar diante dessas particularidades que envolvem a realidade social brasileira é um dos maiores desafios enfrentados pelos assistentes sociais no cotidiano do seu trabalho, tanto nas décadas do século XX, quanto em nossa contemporaneidade. Um desses desafios se encontra nessa “articulação entre o público e o privado” sendo um impasse histórico no universo das políticas sociais e nas instituições públicas brasileiras.

Ao se refletir sobre o cotidiano da atuação profissional em uma instituição de saúde, é possível verificar que a influência conservadora, que limitou a atuação profissional no passado, encontra ainda nos dias de hoje um considerável espaço nas práticas institucionais. Entretanto, mesmo com essas características, o papel do assistente social se localiza na perspectiva de luta pelo direito social à saúde, constituindo-se como essencial na dinâmica de um hospital público.

Dessa maneira, a solicitação dessa prática se desenvolve em uma complexa dinâmica, onde habitam contraditórias demandas de um Estado financiado pela classe dominante, estabelecendo as condições ideológicas de reprodução social e cultural, de padrões e modos de vida da população.

Nesse sentido, são profissionais precisam considerar os diversos aspectos e limites que interferem no processamento das informações para os diferentes usuários, tendo a compreensão do valor de apreensão e respeito à diversidade humana (BRASIL, 2012). Assim, no próximo tópico, faremos uma reflexão a respeito desses limites identificados no cotidiano profissional e os diversos desafios dessa atuação no trabalho do assistente social articulado às políticas de saúde.

3.3 A atuação do assistente social no contexto hospitalar público: limites e desafios

Conforme analisado pelo coletivo profissional do CFESS (2013, p.20), pensar nos limites e desafios da prática profissional nas políticas de saúde no Brasil também é indagar sobre os reflexos do “SUS constitucional” em relação ao “SUS real” que verificamos em nossos dias.

O SUS constitucional é aquele que tem como horizonte o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, que possui um Sistema Único de Saúde com princípios e valores democráticos sintonizados aos direitos humanos. É o SUS que nasceu dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira, que está contemplado na carta constitucional de 1988, por meio de valores que legitimam a universalidade de direitos, ou seja, que abrange a totalidade da população sem discriminação, seleção, ou exclusão pela via de “prioridades” ou “conveniências” econômicas e políticas. Por esse motivo tem na equidade do acesso o fortalecimento do valor da atenção à saúde inclusiva, e a integralidade para a garantia da participação e do controle social da população frente às políticas sociais de saúde.

O SUS que presenciamos na realidade não está contemplando os horizontes essenciais do SUS constitucional, aliás, parece ser outro. Mas não vamos deixar de reconhecer as conquistas e avanços que esse Sistema também apresenta. Apesar da precariedade e sucateamento das estruturas públicas de saúde, no âmbito das políticas sociais, podemos observar alguns avanços com relação aos direitos dos usuários, como por exemplo, a garantia dos direitos da população LGBT nas políticas de saúde. Com a

lei aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2009 e posteriormente reforçada por meio da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, em conjunto com o Ministério da Saúde³¹, a população LGBT é reconhecida, fortalecendo assim, direitos historicamente violados. Nesse sentido, segundo Santos (2008, p.2010):

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2007: 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultrassons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de seções de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de seções de radioquimioterapia, 9,7 milhões de seções de hemodiálise e o controle mais avançado da AIDS no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos oitenta, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas.

No entanto, esses dados parecem não ser valorizados por diversos motivos. As questões que envolvem o SUS, seus impasses – a efetivação tortuosa e problemática da lógica de financiamento, investimentos de recursos indevidamente aplicados ou não aplicados, o discurso propagado pela mídia que deslegitima as instituições públicas – são permeados por diversas contradições políticas e econômicas que caracterizam a realidade social brasileira. Dentre elas a forma como as políticas sociais se caracterizam em nosso país.

É preciso ter ciente que existe todo um universo por trás da lógica de gestão, planejamento, financiamento e fiscalização das políticas públicas (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). A forma contraditória com que o Estado atua nessas políticas refletem os padrões ideológicos do setor privado, das classes dominantes, já que são estes os financiadores das prioridades políticas, econômicas, sociais, e pelos padrões culturais de reprodução das relações sociais na sociedade neoliberal. De acordo com Behring e Boschetti (2011, p.9):

³¹ De acordo com a cartilha produzida pelo Ministério da Saúde dois anos após a aprovação da lei: “A Política Nacional de Saúde LGBT é um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil e um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade. É também um documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades, em conformidade aos postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.6).

[...] a política social na história, relacionada à configuração da questão social – aqui compreendida como expressão das classes sociais e do Estado [...] obriga a tratar a política social tal como delineado nos vários períodos históricos desde a sua origem, em sua relação com a economia, luta de classes, a política e a cultura, de modo a compreender suas tendências e sua dinâmica contemporânea, bem como é apreendida pelo Serviço Social.

Nesse sentido, compreender a lógica das políticas sociais na conjuntura brasileira é essencial para a categoria profissional. Categoria que atua lidando permanentemente com os antagonismos de classe e a forma contraditória dessas políticas, principalmente no que toca às políticas de saúde e da sua garantia como direito.

A questão da garantia do direito deve também ser problematizada, pois na prática, o que está visível parece ser muito mais a violação de direitos do que propriamente direitos garantidos. Nessa perspectiva, a questão da análise dos direitos numa sociedade capitalista é ainda mais relevante, pois a necessidade do surgimento e regulação do direito nasce “porque existe a sociedade de classes é, por sua essência, necessariamente um direito de classe: um sistema para ordenar a sociedade segundo os interesses e o poder da classe dominante” (LUKÁCS, 1981, p.208; XCIII apud SANTOS, 2007, p.25).

Compreender como os direitos alcançam a totalidade dos cidadãos nas suas diversas perspectivas, condições de trabalho, desigualdade de classe, as formas com que o direito público funciona e se aplica nessa sociedade – principalmente com relação aos direitos humanos – é uma questão que antecede até a própria discussão a respeito das políticas públicas, pois antes do estabelecimento de políticas sociais que garantam direitos civis, é preciso fazer uma análise a respeito do que representam esses direitos e como eles exercem sua função numa sociedade como a brasileira. Dessa forma, o que a conjuntura política, econômica, social e cultural da atualidade demonstra é o fortalecimento permanente da proposta neoliberal.

Desde o início dos anos noventa, governos neoliberais, sustentados nesta proposta, prometem ao povo brasileiro e latino-americano, que este amplo programa de abertura e liberalização da economia nos traria justiça social. Mas, uma proposta que acirra a exploração do trabalho pelo capital, infelizmente, ao diminuir recursos para o social e conseqüentemente agravar as expressões da questão social, aumenta o mercado de trabalho dos assistentes sociais. (VASCONCELOS, 2009, p.1)

Essa condição a que está exposto o profissional do Serviço Social, e sua necessidade social como profissão é uma constatação muito real da contradição de seu

horizonte de atuação, já que são as expressões do agravamento da questão social que demandam a existência e a intervenção do assistente social. Isso se torna um aspecto relevante para uma reflexão realista a respeito dos próprios espaços sócio-ocupacionais que estão sendo ocupados pelos profissionais.

O Assistente Social é uma profissão que atua nas expressões da questão social, tendo seu trabalho diretamente condicionado ao projeto de sociedade dominante. O que nos remete ao conflito histórico no âmbito do processo democrático brasileiro. Recordamos que no ano de 1989 estavam em evidência dois projetos societários: Democracia de Massa e Democracia Restrita (NETTO, 1990).

O primeiro é o projeto voltado para a ampliação de direitos sociais, participação social, ênfase no papel do Estado frente às demandas e expressões da questão social na realidade brasileira. A democracia restrita é aquela que tem como meta reduzir a via dos direitos sociais, concebe o Estado como tendo um papel mínimo de intervenção na sociedade, afunilando os direitos sociais, trazendo uma concepção de democracia contraditória, ou seja, “restrita” (idem).

A partir da breve exposição desses dois projetos podemos observar a relação e semelhança que eles possuem com os projetos em permanente tensão no âmbito da saúde: o projeto privatista de mercantilização da saúde; e o projeto da Reforma Sanitária, que abordamos no primeiro capítulo desse trabalho. O que se constata como resultado dessa disputa permanente na história das políticas sociais brasileiras – entre esses dois opostos, privado e público – é uma realidade que demonstra o quanto a legitimidade da instituição pública esta perdendo cada vez mais seu espaço e seu valor significativo de cidadania.

Nesse sentido, numa passagem do texto do economista Cesar Benjamim (1997, p.9), o autor traz uma síntese bastante simples e interessante do seu ponto de vista sobre o processo de redemocratização do Estado brasileiro:

Por algum motivo, a equação “retorno à democracia + participação = justiça social” não funcionou no Brasil e nossa democracia não trouxe consigo um potencial redistributivo minimamente aceitável. Pelo contrário: foi durante a fase de redemocratização que a concentração de renda e riqueza se acelerou no Brasil contemporâneo.

Outra consideração a ser destacada diz respeito ao aspecto expressivo da “concentração de renda” em nosso país, pois o que vemos é que os altos índices de Desenvolvimento Econômico do Brasil (sua colocação está entre os 10º primeiros lugares) não estão refletidos nos níveis do Índice de Desenvolvimento Humano do

país³². De acordo com o Relatório da OXFAM³³ Brasil “A distância que nos une: um retrato das desigualdades brasileiras”, publicado neste ano:

Em relação à renda, o 1% mais rico da população recebe, em média, mais de 25% de toda a renda nacional, e os 5% mais ricos abocanham o mesmo que os demais 95%. Uma pessoa que recebe um salário mínimo mensal levaria quatro anos trabalhando para ganhar o mesmo que o 1% mais rico ganha em um mês, em média. Seriam necessários 19 anos de trabalho para equiparar um mês de renda média do 0,1% mais rico. Essa enorme concentração é fruto de um topo que ganha rendimentos muito altos, mas, sobretudo de uma base enorme de brasileiros que ganha muito pouco. (GEORGES, 2017, p.21)

Em 2011, segundo notícia divulgada no site das Nações Unidas no Brasil (ONUBR), o ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva recebeu o prêmio anunciado pela Diretoria Executiva do Programa Mundial de Alimentos (MPA) por seu governo ter sido considerado o “Campeão Mundial na Batalha Contra Fome” com o programa “Fome Zero” implementado durante seu mandato.

Mas com relação à saúde – entendendo que os níveis de saúde da população de um país também refletem as condições de seu desenvolvimento social – no governo Lula, as expectativas com relação ao fortalecimento do SUS, como também o resgate e fortalecimento dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira ficaram estagnados ou reduziram-se significativamente, podendo assim constatar os reflexos de um certo equívoco nessa “conquista” do governo de Lula, através de um olhar mais atento à estrutura real da conjuntura brasileira. (BRAVO; MATTOS, 2007)

As condições da saúde pública no Brasil, em todas suas implicações, como as formas de atenção, e de acesso do cidadão à saúde, demonstram o quanto os impactos das reformas ou “contrarreformas” do Estado refletiram profundamente nas estruturas da sociedade. Como vimos, a lógica econômica neoliberal, reorganizou e refuncionalizou todo mercado de trabalho nacional, por meio da flexibilização das relações de trabalho. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Os resultados e as consequências dessa flexibilização refletiram profundamente nas condições de vida dos trabalhadores, que ficaram imersos na constante ameaça do desemprego, do trabalho precarizado e temporário, com salários indignos, além das

³² Conforme notícia publicada no site do jornal “Estadão” o IDH brasileiro em 2017 se encontra no 79º lugar no ranking mundial, o que demonstra inclusive seu retrocesso, pois se verificou de acordo com a publicação da página do PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento do Brasil) que em 2014 o país encontrava-se na 74ª posição.

³³ Oxford Committee for Famine Relief/Comitê de Oxford para o Alívio da Fome.

implicações do descaso do governo com relação às estruturas físicas do espaço público, saneamento básico, acesso à energia elétrica, água, entre tantos outros fatores.

Todos esses aspectos relatados influem intensamente na saúde dos trabalhadores, que além de viverem nessa constante dinâmica incerta de sobrevivência, ainda se encontram extremamente expostos às diversas sequelas desse trabalho desprotegido.

O que podemos concluir é que, a consequência principal desse “novo” mercado de trabalho, aponta na verdade, para uma flexibilização de direitos, pois as diversas formas de inserção ao mercado informal de trabalho, que precarizaram cada vez mais as condições de vida do trabalhador frente às adversidades do capitalismo, reduziram consideravelmente o nível de cidadania dessa população. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

É diante desse cenário de violações e contingências sociais, das diversas formas de expressão da questão social brasileira, que o assistente social intervém, num lugar onde muito ainda é preciso caminhar e aprofundar, no sentido de se fundamentar na realidade para buscar soluções para além do que está aparentemente dado.

Muitas perguntas podem ser feitas e novas questões surgem a todo o momento, mas é nesse universo antagônico e questionador que o debate se fortalece, pois a construção coletiva só tem significado se houver uma troca de ideias, de conhecimento, e de crítica substantiva, dentro e fora da categoria profissional.

Pois, tão importante quanto uma atuação sintonizada com o Projeto Ético-Político do Serviço Social, ao Código de Ética da profissão; é a noção de que o assistente social intervém numa realidade que é multifacetada (NETTO, 2011), onde o profissional precisa estar atento e consciente daquilo que está por trás das máscaras que obscurecem os fatos, que permeiam contradições que são reais.

Assim é fundamental, para o profissional do Serviço Social que atua no âmbito da política de saúde: a permanente defesa e fortalecimento dos princípios do Projeto Ético-Político do Serviço Social, aliado ao Código de Ética profissional, a Lei de Regulamentação da Profissão, em conjunto com os princípios e horizontes do projeto da Reforma Sanitária Brasileira que tem parte de sua expressão representados no Sistema Único de Saúde.

É nesse sentido que se torna primordial fortalecer as convicções e o significado do assistente social nessa sociedade, com base e referência no horizonte dos profissionais que preservam seus valores e resistem aos ideais e pressões de uma conjuntura estabelecida nos contornos neoliberais da atualidade. Profissionais também,

que nos trazem a materialização teórica que possibilita o fortalecimento da formação profissional e especializada das futuras gerações de Assistentes Sociais, que possam optar por um horizonte ético, político e social de atuação.

Nessa perspectiva, no último item desse capítulo falaremos um pouco da experiência do estágio obrigatório curricular da graduação realizado no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), com o intuito de trazer um pouco dessa experiência, em caráter ilustrativo e exemplificativo, do qual também surgiu a idealização do projeto final de intervenção no campo.

3.4 Impressões da prática profissional no âmbito da experiência do estágio curricular obrigatório no Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB

O presente item tem como objetivo demonstrar a experiência e contribuição adquirida pelo estágio obrigatório curricular-profissional do curso de Serviço Social da Universidade de Brasília. A instituição onde se realizou o estágio foi o Hospital Materno-Infantil de Brasília - HMIB e, o espaço da prática foi o Núcleo de Serviço Social da instituição.

O Hospital Materno Infantil de Brasília foi inaugurado em 1966 passando por diversas transformações nesse período. Até o ano 2012 era chamado de Hospital Regional da Asa Sul – HRAS, e foi alterado para HMIB, devido às próprias especializações dessa instituição.

A instituição é considerada hoje um hospital público de referência no Brasil, com foco no público materno-infantil, atende não só o Distrito Federal, mas diversas regiões fora da capital. Mas como grande parte das instituições públicas de saúde no Brasil, o HMIB também possui seus limites físicos, administrativos e institucionais, e nesses 51 anos de existência passou por diversas reformas e mudanças na sua estrutura.

A experiência adquirida nesse estágio foi de suma importância para idealizar o tema do presente trabalho de conclusão do curso. A observação cotidiana das demandas e atribuições que envolvem a particularidade da atuação profissional nesse contexto trouxeram diversas questões a respeito do significado do papel do assistente social na dinâmica interna de um hospital público.

Uma das primeiras questões a serem observadas foi com relação à rotina de demandas do assistente social. A solicitação intensa desse profissional no âmbito

hospitalar demonstrou que o quantitativo de profissionais parece não ser suficiente para o atendimento dessas demandas, causando certas dificuldades no trabalho cotidiano.

Dessa maneira, o trabalho das assistentes sociais se desenvolve basicamente naquela estrutura do “plantão” que mencionamos no segundo item desse capítulo: procura espontânea, encaminhamentos internos e encaminhamentos externos.

Na procura espontânea, chamou a atenção um aspecto recorrente na rotina do Núcleo De Serviço Social, pois muitas vezes a procura não se devia à busca de orientações ou de direitos. Essa procura apresentava-se por meio de pedidos de ajuda como: doação de roupas; kits de higiene, kit enxoval – já que muitas vezes não existiam insumos básicos para a rotina de internação do paciente e de seus acompanhantes.

Até mesmo pedidos de ajuda pelos usuários (inclusive enfermeiras) para a compra de medicamentos, que apesar de serem orientados e encaminhados pelos assistentes sociais para a “farmácia popular” do governo, na maioria das vezes, os usuários não encontravam as medicações necessárias por essa via.

Esses “kits” geralmente são feitos e doados por voluntários que entregam nos hospitais (sempre para o setor do serviço social da instituição), as roupas também são doadas e a arrecadação de dinheiro para emergências mais imediatas no Núcleo. Verificou-se que a realidade da rotina e das demandas em um hospital público, acabam por colocar o assistente social submetido a esse tipo de ação não relacionada nas suas atribuições, como a organização de bazares realizados na própria instituição.

O problema que se verificou nessa dinâmica “arranjada” não são essas doações em si, mas, além de demonstrar o aspecto da precariedade dos recursos e serviços públicos, nos chamou a atenção o fato de que essa atribuição é sempre equivocadamente dirigida para o setor do Serviço Social, demonstrando o aspecto da caridade/ajuda sempre impregnado no trabalho e significado social da profissão.

Mas é importante frisar que as assistentes sociais do Núcleo tinham consciência de que suas atribuições não se caracterizavam por esse tipo de conduta, e, em diversos momentos observou-se um grande esforço por parte das profissionais no atendimento mais imediato ao usuário, aproveitando esses momentos para trazerem questões mais amplas, como a própria conscientização do usuário sobre seus direitos e suas possibilidades concretas.

Muitas vezes pôde-se observar o quanto a grande maioria dos usuários que procuravam o núcleo não compreendiam bem o que realmente significava esse atendimento. Até mesmo foi possível observar uma certa falta de paciência por parte

dos usuários ou a própria indiferença dos mesmos frente às orientações das profissionais para outros aspectos relevantes³⁴.

No entanto, ao mesmo tempo, alguns usuários – principalmente os familiares que acompanhavam pacientes internados por um longo período – demonstraram ter uma clara compreensão das atribuições profissionais, criando um vínculo com Núcleo, com um grande interesse de buscar seus direitos e alternativas possíveis para suas demandas e necessidades.

Outro aspecto que chamou a atenção nesse âmbito foi à forma com que diversos profissionais do hospital (enfermeiras, médicos em geral, seguranças, psicólogos etc.), demonstravam ter uma ideia equivocada sobre as atribuições do assistente social. Em algumas situações esse equívoco era tão evidente que pudemos presenciar manifestações de indignação de algumas categorias, questionando o porquê do Serviço Social não intervir em algumas situações. Sobre essa questão, de acordo com o documento produzido pelo Grupo de Trabalho do CFESS sobre o Serviço Social na saúde (CFESS, 2013, p.45):

O assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho ainda existente. Entretanto, essas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho.

A rede de profissionais que compõem a estrutura profissional do HMIB é multidisciplinar, ou seja, existem as diversas áreas de atuação e especialidades profissionais atuando nessa instituição. Apesar de acontecerem reuniões periódicas no hospital entre alguns setores profissionais, o trabalho com a perspectiva interdisciplinar, ou seja, da realização de um diálogo permanente entre os profissionais, ainda é muito pouco fortalecido.

³⁴ Citando um exemplo, houve certo dia em que uma senhora procurou o Núcleo de Serviço Social para pedir o dinheiro para os medicamentos do neto que se encontrava internado no hospital, pois haviam informado a ela que o Serviço Social poderia “ajudar” a resolver esse problema. Ela chegou pedindo para que todos no Núcleo fizessem uma “vaquinha” para ela comprar a medicação, o que não ocorreu. O resultado dessa situação foi a senhora ir à ouvidoria do hospital para reclamar que o Serviço Social não a ajudou com o dinheiro para os medicamentos. O exemplo já fala por si só, e foi mencionado para ilustrar as dificuldades e empecilhos da prática profissional nesse contexto. Além de tudo, a recorrência desse tipo de situação, também acaba afetando a própria relação que o assistente social desenvolve com o usuário na dinâmica institucional.

O processo de trabalho acontece de maneira segmentada entre os setores, trazendo dificuldades com relação à interpretação das demandas, como também na rotina de encaminhamentos e na produção dos pareceres sociais. Além de todas as dificuldades vivenciadas, ainda presenciamos certa correlação entre forças no âmbito das categorias profissionais da instituição, gerando embates burocráticos que só dificultam a relação usuário/políticas sociais.

Sobre os encaminhamentos externos, em muitos momentos a articulação do núcleo com outras instituições e serviços ocorria sob a forma de “Judicialização” da demanda, ou seja, quando era necessário acionar o Ministério Público ou a Defensoria Pública para a imposição judicial de ações necessárias nas situações específicas, como tratamentos médicos, ou qualquer outra demanda nesse âmbito, quando estes não eram cumpridos pelos serviços públicos de saúde ou por outras instituições que fazem parte desse contexto.

Aspecto que decorre por diversos motivos: políticos, econômico-administrativos, estruturais etc. Infelizmente a garantia pela via judicializada de acesso aos serviços de saúde muitas vezes não é suficiente para o direito do usuário de obter seu tratamento, verificando em diversas ocasiões o não cumprimento do que foi estabelecido legalmente.

Apesar das sérias limitações observadas durante o período de estágio, a experiência também revelou que os principais eixos de atuação do assistente social na saúde pareceram estar presentes no contexto da rotina profissional, mesmo com as dificuldades diárias, percebemos uma direção de fortalecimento do significado desse profissional por meio de iniciativas das profissionais no âmbito do Núcleo.

Nesse sentido, foram observadas diversas práticas no Núcleo de Serviço Social realizadas pelas assistentes sociais, na direção de promover a articulação e produção de conhecimentos na área da saúde, com a organização de seminários, palestras, minicursos, desenvolvidos dentro da própria instituição. O que demonstrou uma sintonia com os valores éticos políticos da profissão e, com os princípios basilares do Código de Ética profissional.

A atuação profissional se torna um grande desafio no sentido de ultrapassar as barreiras impostas pela sociedade capitalista contemporânea, principalmente diante da desconstrução permanente das expectativas de vida da classe trabalhadora. Necessitando de uma análise lúcida a respeito do significado atribuído a profissão, e a

falta de maior compreensão dos cidadãos e de outros profissionais sobre o seu significado, suas competências, e atribuições privativas.

Pois ainda pôde-se verificar o quanto o significado do profissional e da profissão ainda evidencia uma permanente tensão no que se refere à compreensão social de seu trabalho. Dessa maneira, um diálogo interdisciplinar para ser viabilizado, é essencial que haja uma colaboração entre o conjunto de categorias profissionais, por meio da troca de ideias sobre suas especificidades, e para a construção de conhecimento fundamentado na realidade.

Compreender a lógica do acesso aos serviços e as formas com que eles se apresentam e são oferecidos à população também é fundamental para o profissional que queira se direcionar na perspectiva do Projeto Ético-Político da profissão, por uma apreensão e perspectiva na totalidade onde se inserem a população usuária. Esse aspecto é central nas instituições de saúde, pois a forma como as informações são apresentadas para os usuários demanda uma cuidadosa atenção. Dessa maneira, para Simionatto (1997, p. 20) é preciso:

[...] compreender que, tratar a categoria da saúde a partir da categoria do acesso, significa levar em conta as várias dimensões que englobam a articulação entre interesses, necessidades, demandas sociais e a sua constituição enquanto direitos [...] impõe uma luta pela transformação efetiva do Estado em relação à sociedade no sentido de fazer valer os direitos conquistados e ampliá-los para fazer avançar à justiça e a democracia.

Nesse sentido, a escolha pelo projeto de intervenção “**Socializando direitos, democratizando informações**” (Anexos) teve como objetivo colaborar com a democratização e socialização de informações no atendimento do assistente social junto ao usuário, de acordo com as dificuldades observadas do cotidiano profissional no Núcleo de Serviço Social.

Assim, dez cartilhas foram produzidas em conjunto com um banner com bolsos para serem colocadas à disposição dos usuários na entrada do Núcleo de Serviço Social. Cada cartilha procurou abordar as instituições mais acessadas pelos usuários e demandas mais imediatas nesse contexto, observadas na experiência de estágio, com objetivo de esclarecer e informar os principais serviços, programas e benefícios a que os usuários podem acessar. O objetivo foi buscar facilitar a busca por essas informações tão necessárias no cotidiano de trabalho, visando também, colaborar com a dinâmica de trabalho das assistentes sociais que atuam nesse espaço.

O projeto de intervenção foi aplicado em novembro de 2015 e demonstrou ter funcionado nos primeiros meses e acessado pelos usuários. Em relatos posteriores dos profissionais do Núcleo constatou-se que as cartilhas, além de terem sido usadas, acabaram muito rapidamente, pois, verificou-se que muitos usuários pegavam as cartilhas mesmo sem irem buscar atendimento no Núcleo. Mas infelizmente não foi possível imprimir mais cartilhas quando acabaram, pois a própria falta de recursos institucionais não possibilitou a reprodução das mesmas para serem compartilhadas novamente.

Dessa forma, o projeto de intervenção do estágio teve a intenção de ser produzido aliando-se aos princípios e valores da prática profissional estabelecidos no Código de Ética da profissão como: a democratização de informações, direitos sociais, formas de acesso, considerando também o próprio tempo que o usuário possui para ser atendido no Núcleo – pois algumas vezes as usuárias internadas no hospital não podiam deixar seus leitos por muito tempo. Enfim, as impressões relatadas tiveram o intuito de enriquecer a compreensão da prática do assistente social no contexto da saúde por meio da experiência do estágio acadêmico.

Visando também demonstrar o quanto é importante o compartilhamento dessas experiências de campo, já que os projetos de intervenção construídos pelos diversos estagiários do Serviço Social revelam ser também um dos instrumentos fundamentais de legitimação e fortalecimento do significado social da profissão no âmbito institucional, inclusive valendo aqui a defesa por um olhar mais atento a importância desses projetos. Nesse sentido, compreendendo que nossa pesquisa aqui pode ser caracterizada como um estudo de aspectos qualitativos, segundo Neto, (2002, p. 51):

Em ciências sociais, tendo como referência a pesquisa qualitativa, o trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejemos conhecer e estudar, mas também de criar conhecimento, partindo da realidade presente no campo.

Nessa realidade de aproximação, as várias perspectivas dentro de uma categoria profissional e fora dessa articulação, devem considerar todos os pontos e processos que envolvem o desenvolvimento de uma pesquisa, da investigação em todos os seus níveis e perspectivas, para a apreensão do conhecimento da realidade em todas as suas contradições e possibilidades concretas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A situação da saúde pública no Brasil é extremamente complexa e contraditória, e está intimamente relacionada com o quadro de desigualdade estrutural que se estabeleceu no país. A ofensiva neoliberal impôs diversas mudanças para as formas de reprodução do capital, impondo novas articulações políticas, econômicas e sociais, redirecionando também o papel de intervenção do Estado, e como consequência impôs novos desafios para os assistentes sociais.

Conseqüentemente, trouxe impactos tanto na objetividade da atuação do assistente social, quanto na sua subjetividade, lugar no qual se concentram também as bases dos valores éticos da consciência profissional.

De acordo com Cardoso (2016), a reflexão a respeito da profissão, deve envolver uma análise atenta também no contexto da formação profissional, espaço privilegiado onde se desenvolvem as estruturas ideológicas, as bases da construção de conhecimento e as expectativas profissionais. Segundo o qual, de acordo com a autora (2016, p.432):

[...] envolve ação/reflexão/ação e perpassa os diferentes níveis de apreensão e dimensões da vida, mexendo com a razão, a emoção, os valores, as crenças, a criatividade, entre outras. Formação que reverbera não só na atuação do profissional, mas na vida social como um todo, mostrando a sua estreita relação entre subjetividade e objetividade, uma vez que terá impactos nesses dois planos e se objetivará na ação profissional e política dos futuros profissionais, nas diferentes dimensões de sua vida, por meio dos distintos papéis que exerce.

É nesse movimento de apreensão incessante das diversas dimensões da realidade social – onde se expressam as diversas manifestações da questão social na realidade dos trabalhadores brasileiros – que o Serviço Social encontra seu espaço de expressão. Categoria que atua na “defesa intransigente dos direitos humanos” (BRASIL, 2012, p.23), e que precisa diariamente lutar a favor da classe trabalhadora e contra os ideais de um projeto de sociedade que se fundamenta na desigualdade, exploração e antagonismos. Por esse motivo um dos seus instrumentos de força é seu Projeto Ético-Político da profissão. Nessa perspectiva, de acordo com Duarte (2017, p.177):

Em tempos de mundialização do capital, ofensiva neoliberal, negação de direitos sociais, ampliação de desigualdades, precarização e intensificação do trabalho, dentre outros processos contemporâneos, como desdobramentos do momento de crise e reestruturação do capitalismo pós-1970, podemos dizer que é necessário reafirmar valores e princípios, fortalecer conquistas históricas e intensificar a luta sociopolítica.

O assistente social que atua nas políticas de saúde possui uma particularidade um tanto complexa no âmbito das suas atribuições e competências no contexto institucional. O profissional que exerce suas atividades em um hospital público vivencia um permanente processo de tensões contraditórias que fazem parte da rotina de trabalho em uma instituição pública.

Tensões essas que não fazem parte apenas da realidade do usuário em situação de doença e do assistente social que está à disposição das demandas diversas que surgem nesse contexto, envolvem também, a totalidade de profissionais que fazem parte de uma estrutura pública de saúde. Dessa forma, é preciso fazer uma reflexão e um debate consciente e fundamentado, a respeito dos padrões e dos limites de trabalho do assistente social junto aos usuários na defesa e firmamento das políticas de saúde.

Nessa direção é fundamental a compreensão da prática por uma perspectiva que busque identificar o que está implícito nas entrelinhas do trabalho, pois a especificidade desse profissional é atuar nos limites históricos das contradições capitalistas fundadas nas desigualdades de classes.

Essas entrelinhas são históricas no âmbito do trabalho cotidiano do assistente social, e foi por essa direção que propomos estabelecer a ordem dos temas abordados nesse trabalho, pois, pensar o Serviço Social e sua relação com as políticas de saúde na realidade atual, é também nos deter aos aspectos sociais, políticos, econômicos, culturais, ideológicos e dominantes que implicaram, e determinaram a história de inserção desse profissional na sociedade brasileira.

No Serviço Social contemporâneo, o fortalecimento do Projeto Ético-Político profissional é uma necessidade, possibilitado, em grande parte, por profissionais que estão permanentemente na busca do desvelamento da realidade social brasileira, conscientes dos processos de subordinação cotidiana vivenciada pela classe trabalhadora.

A “lógica da prática profissional” na área da saúde que veio sendo desenvolvida pelo Serviço Social brasileiro nos últimos 70 anos apresentou e, ainda apresenta muitos limites para a atuação e para apreensão da prática dos assistentes sociais no cotidiano dessa instituição. Evidenciando o quanto é necessária uma análise, e debate coletivo entre os profissionais da saúde, no sentido de problematizar esses padrões históricos de atendimento ao usuário pelo assistente social na saúde pública.

Por esse motivo o profissional de Serviço Social precisa compreender que ele não atua individualmente ou localmente, mas em um coletivo, isto é, em uma totalidade

que envolve uma categoria que precisa dialogar entre si e com outras categorias profissionais, considerando as diversas articulações, dinâmicas profissionais e a direção institucional que se verifica em determinado estabelecimento, para não se perder de vista as particularidades do lugar onde se está intervindo.

Além de todos esses aspectos, na atualidade nos deparamos com as diversas iniciativas do governo para deslegitimar cada vez mais a prática e a profissão de Serviço Social, principalmente nas instituições públicas de saúde. Vimos nesse ano o governador Rodrigo Rollemberg assinar um decreto regulamentando o *Programa Brasília Cidadã*, programa que nada mais é do que a oficialização do voluntariado nessas instituições. A regulamentação dessa atividade traz grandes impasses e limites na atuação dos assistentes sociais no contexto hospitalar público, além de reduzir ainda mais o papel de intervenção do Estado, repassando o que é função do governo para a sociedade civil por um estímulo ideológico da filantropia.

Presenciamos ainda nesse momento uma verdadeira implosão de direitos sociais legitimamente conquistados e contemplados na Constituição Federal de 1988. O atual governo de Michel Temer traz o mesmo discurso conhecido da necessidade de reforma na Previdência Social, alegando o velho discurso do “rombo da previdência”, só que agora acompanhado de um projeto econômico, político e social potencializado sob os novos padrões neoliberais. Os impactos dessa reforma na realidade social da classe trabalhadora precisam ser problematizados e questionados pela sociedade civil. O fortalecimento do controle e participação social na construção das políticas sociais é essencial para a direção de um horizonte democrático de direitos.

O fortalecimento do Projeto Ético Político do Serviço Social precisa ser compactuado na totalidade da categoria, visto que, assim como todas as profissões que possuem seu projeto profissional, guardam em sua estrutura diferentes perspectivas, e posturas heterogêneas, o Serviço Social também não compõe uma orquestra harmônica na construção e representação de suas vozes políticas.

O futuro do significado social da profissão, e do profissional, se situa na capacidade de articulação e organização da categoria, por meio de um movimento que comece de dentro da categoria profissional para possibilitar alternativas reais na totalidade social brasileira. No sentido de se compreender a base fortalecedora do projeto da profissão, viabilizando os possíveis horizontes ideológicos que se realizam no concreto, no cotidiano, e na perspectiva de defesa da classe trabalhadora.

“Do menos pior ao menos pior, vamos do desastre à tragédia, e deixamos de alargar os horizontes do possível”.

Sérgio Lessa

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social: Fundamentos e História**. 9. ed. São Paulo: Cortez 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BENJAMIM, C. de Queiroz. **Reforma, Nação e Barbárie**. In: Revista Inscrita N°1 – CFESS. Brasília (DF), 1997.

BOSCHETTI, I. **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação** In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BOSCHETTI, I. **Seguridade Social pública ainda é possível**. In: REVISTA INSCRITA, V.10, p.31 a 35. Brasília: CFESS/CRESS, 2007.

BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do Pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

CAMARGO, Isaac Antonio. **Reflexões sobre o pensamento fotográfico**. Londrina: UEL, 1999.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10a. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO FEDERAL**. 1988. Brasília: Senado. 2001

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Costa. **Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate**. In: MOTA, Ana Elizabete. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007. Disponível:

http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf. Acesso: 17/09/2017

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

http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf Acesso: 17/09/2017

CARDOSO, P. F. G. **80 anos de formação em Serviço Social : uma trajetória de ruptura com o conservadorismo.** Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 127, p. 430-455, set./dez. 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282016000300430&lng=pt&nrm=is&tlng=pt. Acessado: 24/09/2017.

CARVALHO, A. I. de.; BUSS, P, M. **Determinantes sociais da saúde, na doença e na intervenção.** In: Políticas e sistemas de saúde no Brasil (capítulo – 4bpm). Rio de Janeiro 2009. Disponível:

http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/eve/evento_maestria/Carvalho%20I%20Buss%20PDeterminantes%20Sociais.pdf. Acesso: 13/09/2017

CASTRO, Celso. Golpe de 1964 e instauração do regime militar, 2017. Disponível em: <http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/FatosImagens/Golpe1964>. Acessado: 22/09/2017

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais, nº 2/reimpressão. Brasília (DF), 2013.

DUARTE, Janaína Lopes do Nascimento. **Notas sobre o projeto político profissional: fundamentos, construção e desafios.** Revista Em Pauta (UERJ), n.39/2017. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/30382>. Acessado: 12/10/2017

ESTEVÃO, Ana Maria Ramos. **O que é Serviço Social.** São Paulo: Brasiliense, 2006.

FILGUEIRAS, L. **O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico.** In: Neoliberalismo y sectores dominantes: tendencias globales y

experiencias nacionales. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), agosto 2006, p. 179-206. Disponível em:

<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/basua/C05Filgueiras.pdf>. Acesso: 19/10/2017

GUERRA, Yolanda, ORTIZ, Fátima Grave. **Os Caminhos e os Frutos da “Virada”:** apontamentos sobre o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. *Revista Praia Vermelha*, vol.19, no.02, PPGESS/Escola de Serviço Social/UFRJ, 2009

HOBBSAWN, Eric. **A era dos extremos: o breve século XX.** 1941-1991. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IAMAMOTO, M.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 41. ed. São Paulo: Cortez/CELATS, 2014.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 20 Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90.** São Paulo: Cortez. 1995.

NETO, Otávio Cruz. **O trabalho de campo como descoberta e criação.** In: DESLANDES, S. F: Cruz Neto, O.: GOMES, R.: MINAYO, M. C. de S. (Orgs.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* 21. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço: uma análise do serviço social no Brasil pós-64.** 17. ed. – São Paulo: Cortez, 2015.

_____. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social frente à crise contemporânea.** Crise contemporânea, questão social, e Serviço Social. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Módulo 1. Brasília: CEFSS / ABEPPS / CEAD-UNB, 1999.

OLIVEIRA, Rodrigo Ferreira. **A contra-reforma do Estado no Brasil: uma análise crítica.** In: Revista Urutáguia – acadêmica multidisciplinar. nº. 24 UEM.2011. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/Urutagua/article/viewFile/10698/7171> Acessado em: 17/9/2017.

PAIM, JS. **Reforma sanitária e revolução passiva no Brasil.** In: Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 291-322. ISBN 978-85-7541-359-3. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593-14.pdf>. Acessado: 15/09/17.

_____. **Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira.** Rev. Saúde em Debate, 2009.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **A saúde no sistema de seguridade social brasileiro.** Ser Social, Brasília, nº10, p. 33-56, 2002.

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C; CECÍLIO, L. C. de O. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e Pacto pela Saúde** [S.I.], 2009. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf. Acesso: 19/09/2017

SILVA, AX. **Reforma sanitária, hegemonia e a efetividade do controle social.** In DAVI, J., MARTINIANO, C., and PATRIOTA, LM., orgs. Seguridade social e saúde: tendências e desafios [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 117-146. ISBN 978-85-7879-193-3. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acessado: 15/09/17

SIMIONATTO, I. **Caminhos e descaminhos da política de saúde no Brasil.** In: REVISTA INSCRITA, V.1, p.15 a 20. Brasília: CFESS/CRESS, 1997.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde** In: **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional.** Ministério da Saúde, 3ªed., São Paulo: Cortez 2008.

VILLA, Marco Antônio. **A história das Constituições Brasileiras: 200 anos de luta contra o arbítrio**. São Paulo: LeYa, 2011.

OUTRAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf

<HTTPS://nacoesunidas.org/lula-recebe-premio-mundial-de-alimentacao/>.

<http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-se-mantem-na-79-posicao-em-ranking-de-idh,70001707897>

<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idh-global.html>.

ANEXOS:



O CRAS - Centro de Referência da Assistência Social é uma unidade pública estatal localizada em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinada ao atendimento, orientação de famílias e indivíduos.

O CRAS é o lugar que possibilita, em geral, o primeiro acesso das famílias aos direitos socioassistenciais e, portanto, à proteção social. Estrutura-se, assim, como porta de entrada dos usuários da política de assistência social para a rede de Proteção Básica e referência para encaminhamentos à Proteção Especial.

Como atua o CRAS?

Destacam-se como principais atuações do CRAS:

◆ Presta serviços continuados de Proteção Social Básica de Assistência Social para famílias, seus membros e indivíduos em situação de vulnerabilidade social, por meio do PAIF tais como: acolhimento, acompanhamento em serviços socioeducativos e de convivência ou por ações socioassistenciais, encaminhamentos para a rede de proteção social existente no lugar onde vivem e para os demais serviços das outras políticas sociais, orientação e apoio na garantia dos seus direitos de cidadania e de convivência familiar e comunitária;

🏠 O PAIF é o serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família, que consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva da família, prevenir a ruptura de seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. É dirigido ao atendimento de famílias em situação de vulnerabilidade social e é um serviço continuado de proteção social básica desenvolvido pelos Centros de Referência de Assistência (CRAS)

◆ Articula e fortalece a rede de Proteção Social Básica local;

◆ Previne as situações de risco no território onde vivem famílias em situação de vulnerabilidade social apoiando famílias e indivíduos em suas demandas sociais, inserindo-os na rede de proteção social promovendo os meios necessários para que fortaleçam seus vínculos familiares e comunitários e acessem seus direitos de cidadania.

Para mais informações ligue 156.

www.mds.gov.br



CREAS é o Centro Referência Especializado de Assistência Social. É uma unidade responsável pela oferta de orientação e apoio especializados e continuados a indivíduos e famílias com seus direitos violados. Para isso, envolve um conjunto de profissionais e processos de trabalho que devem ofertar apoio e acompanhamento especializado.

Quais os objetivos do CREAS?

- Fortalecer as redes sociais de apoio da família;
- Contribuir no combater a estigmas e preconceitos;
- Assegurar proteção social imediata e atendimento interdisciplinar às pessoas em situação de violência visando sua integridade física, mental e social;
- Prevenir o abandono e a institucionalização;
- Fortalecer os vínculos familiares e a capacidade protetiva da família.

Público-alvo

Crianças, adolescentes, jovens, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, e suas famílias, que vivenciam situações de ameaça e violações de direitos por ocorrência de abandono, violência física, psicológica ou sexual, exploração sexual comercial, situação de rua, vivência de trabalho infantil e outras formas de submissão a situações que provocam danos e agravam a sua condição de vida e os impedem de usufruir de autonomia e bem-estar.

Como funciona?

O CREAS oferta acompanhamento técnico especializado desenvolvido por uma equipe multiprofissional, de modo a potencializar a capacidade de proteção da família e favorecer a reparação da situação de violência vivida.

O atendimento é prestado no CREAS, ou pelo deslocamento de equipes em territórios e domicílios, e os serviços devem funcionar em estreita articulação com o Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselhos Tutelares e outras Organizações de Defesa de Direitos, com os demais serviços socioassistenciais e de outras políticas públicas, no intuito de estruturar uma rede efetiva de proteção social.

Para acessar os serviços do CREAS procure uma unidade mais próxima de sua região.

■ Para mais informações ligue:

(61) 33469332 OU 156

Endereço CREAS Asa Sul: Lote 104 - Via L2 Sul, 615 DF

www.mds.gov.br

BPC



BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

É um benefício da Política de Assistência Social, individual, não vitalício e intransferível, que garante a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família.

A Agência do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS é o órgão responsável pelo recebimento do requerimento e pelo reconhecimento do direito ao BPC.

O cidadão poderá procurar o Centro de Referência de Assistência Social - CRAS ou a Secretaria Municipal de Assistência Social ou o órgão responsável pela Política de Assistência Social de seu município para receber as informações sobre o BPC e os apoios necessários para requerê-lo.



Para requerer o BPC, a pessoa idosa ou com deficiência deve agendar o atendimento na Agência do **INSS** mais próxima de sua residência pelo telefone **135** da Central de Atendimento da Previdência Social (ligação gratuita) ou pela internet: www.previdenciasocial.gov.br



www.mds.gov.br

Conselho Tutelar



O **Conselho Tutelar** é um órgão permanente, (uma vez criado não pode ser extinto.) É autônomo, (autônomo em suas decisões, não recebe interferência de fora) Não jurisdicional (não julga, não faz parte do judiciário, não aplica medidas judiciais) É encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Ou seja, o Conselho Tutelar é um órgão de garantia de direitos da criança e do adolescente.

Quem são os Conselheiros Tutelares?

São pessoas que têm o papel de porta-voz das suas respectivas comunidades, atuando junto a órgãos e entidades para assegurar os direitos das crianças e adolescentes. São eleitos 5 membros através do voto direto da comunidade, para mandato de 3 anos.

Quais as atribuições do Conselho Tutelar?

Atender crianças e adolescentes ameaçados ou que tiveram seus direitos violados e aplicar medidas de proteção; atender e aconselhar pais ou responsável; levar ao conhecimento do Ministério Público fatos que o estatuto tenha como infração administrativa ou penal; encaminhar a justiça os casos que à ela são pertinentes; requisitar certidões de nascimento e óbito de crianças e adolescentes, quando necessário; levar ao Ministério Público casos que demandem ações judiciais de perda ou suspensão do pátrio poder.

Como o juiz e o promotor, o Conselho Tutelar pode, nos casos a que atende, fiscalizar as entidades governamentais e não-governamentais que executam programas de proteção e sócio-educativos. Este poder de fiscalizar, entretanto, não transforma o Conselho Tutelar, o Promotor e o Juiz em fiscais administrativos das entidades e dos programas. Administrativamente, quem fiscaliza são os agentes da prefeitura, visto sendo esta que comanda o município.

Endereços e telefones:

Conselho tutelar da asa sul:
SCS QD 03, bloco A, lote 11/12, loja 65, 1º Andar,
Edifício Anasp - Plano Piloto -DF - CEP: 70303-000

Fone: **(61) 32240951**
Celular: **(61) 92413813**

Conselho Tutelar da asa norte:

SEPN **513** BLOCO D, ED. **IMPERADOR**, 1º ANDAR, SALA 131. CEP: 70.760-524

Fone: **(61) 3349 55 21**
3349 08 89
3349 60 68
3447 42 22

Celular: **(61) 9241 56 77**

www.mds.gov.br



A Vara da Infância e Juventude tem como objetivo garantir os direitos da criança e do adolescente, por meio da prestação jurisdicional, assegurando-lhes condições para seu pleno desenvolvimento individual e social, velando pelo cumprimento das disposições previstas no ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente)

Os serviços que podem ser encontrados, na Vara da Infância e Juventude podem ser casos que envolvem:

- Adoção
- Autorização de Viagem
- Guarda
- Medidas Socioeducativas
- Serviços de Acolhimento
- Situação de Risco
- Tutela
- Trabalho de Adolescente
- Violência Sexual

Assim, são promovidas resoluções de conflitos e a regularização de situações que envolvam os interesses infantojuvenil, bem como atende as questões relativas aos atos infracionais. Dentre outras atribuições podemos citar a designação de comissários voluntários, conhecimento dos pedidos de guarda e tutela, destituição do pátrio poder e questões de adoção, fiscalização da execução das medidas socioeducativas, dentre outras.

Para mais informações:

Telefones:

- (61) 31033200
- 31033206.
- 3103 3209
- 3103 3347

Acesse também:

- www.tjdft.jus.br
- Para conhecer o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) entre no site: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei8069_02.pdf

www.mds.gov.br

AUXÍLIO DOENÇA

O auxílio-doença é um benefício por incapacidade devido ao segurado do INSS acometido por uma doença ou acidente que o torne temporariamente incapaz para o trabalho. O empregado deve imprimir o requerimento gerado pelo sistema e levá-lo ao INSS no dia da perícia, com carimbo e assinatura da empresa.



Principais requisitos

Comprovar doença que torne o cidadão temporariamente incapaz de trabalhar;
Possuir a carência de 12 contribuições (isenta em caso de acidente de trabalho ou doenças previstas em lei);
Para o empregado em empresa: estar afastado do trabalho há pelo menos 15 dias (corridos ou intercalados dentro do prazo de 60 dias).

Documentos e formulários necessários
Documento de identificação válido e oficial com foto;
Número do CPF;
Carteira de trabalho, carnês de contribuição e outros documentos que comprovem pagamento ao INSS;
Documentos médicos que comprovem a causa do problema de saúde, o tratamento médico indicado e o período sugerido de afastamento do trabalho;

Para o empregado: declaração carimbada e assinada do empregador, informando último dia trabalhado (se precisar, imprima o requerimento);
Comunicação de acidente de trabalho (CAT), se for o caso;

Para o segurado especial (trabalhador rural, lavrador, pescador): documentos que comprovem esta situação, como declaração de sindicato, contratos de arrendamento, documentos onde conste a sua ocupação etc.

Em caso de dúvidas, ligue para a Central de Atendimento do INSS pelo telefone 135.

O serviço está disponível de segunda a sábado, das 7h às 22h (horário de Brasília).

O atendimento da Previdência Social é simples, gratuito e dispensa intermediários.

www.mds.gov.br



A Defensoria garante para os seus assistidos os serviços prestados por um defensor público, que lhe representará diante da Justiça, para propor ações, acionar acusados, fazer defesa, atuar junto às unidades prisionais e junto ao consumidor, além de orientar e fazer acordos, conciliações e termos de conduta, dentre outros.

Quem pode procurar a Defensoria Pública?

Qualquer pessoa que não tem condições financeiras para arcar com despesas com advogado particular e as custas judiciais (gastos necessários para dar entrada nas ações na Justiça). Não há restrições para quem procura a Defensoria Pública do Estado, mas é necessário comprovar que a renda que você recebe não é suficiente para o pagamento de advogado e as despesas do processo.

Quando você deve procurar a Defensoria Pública?

Você deve procurar a Defensoria Pública se:

1. Tiver recebido ordem judicial ou convocação para audiência judicial e não sabe o que deve fazer;
2. Tiver alguma dúvida sobre o que deve fazer em qualquer situação que envolva a Justiça e algum conflito que você enfrenta;
3. Sentiu seus direitos desrespeitados, ameaçados ou violados nas suas relações familiares, com vizinhos, amigos, parentes ou colegas de trabalho;
4. Sentiu seus direitos desrespeitados nas suas relações de consumidor, de proprietário ou possuidor de bens;
5. Precisa garantir e proteger seus direitos de herança;
6. Precisa proteger os direitos das crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais, idosos e mulheres;
7. Precisa de defesa em casos de acusação da prática de crime ou contravenção penal;
8. É adolescente e está sendo acusado de ter praticado ato infracional;
9. For preso em flagrante;
10. Seu bairro apresenta problemas de falta de saneamento, falta de energia, o prédio da escola está com risco de desabamento ou poluído, entre outros. Assim, a associação do bairro, representada pelos Defensores Públicos, poderá propor ação civil pública.

O que precisa para ser atendido?

1. Procurar um dos atendentes e se identificar;
2. O atendente vai encaminhá-lo para cadastramento e recebimento do Cartão de Atendimento;
3. Para ser atendido, você deve apresentar o documento de identidade. Caso não possua, pode apresentar outro documento de identificação com sua foto;
4. Cartão de Atendimento deve ser guardado e apresentado sempre que necessitar dos serviços da Defensoria Pública. Através dele são acessados o prontuário para atendimento, mesmo que se trate de outro assunto.

Para mais informações ligue:
0800 642 8686
ou acesse o site:
<http://www.defensoria.df.gov.br>

www.mds.gov.br



O que é o Bolsa Família?

O Programa Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza do País. O Bolsa Família integra o Plano Brasil Sem Miséria, que tem como foco de atuação brasileiros com renda familiar per capita inferior a 77 reais mensais.

COMO RECEBER O BOLSA FAMÍLIA

Para receber o Bolsa Família, você deve procurar os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), sendo necessária a sua inscrição no Cadastro Único do governo federal.

Feito o cadastro, você deve esperar a seleção das famílias consideradas aptas para receber o benefício.

TIPOS DE BOLSA-FAMÍLIA

As famílias selecionadas recebem quatro tipos de benefício: o Básico, o Variável, o Variável para Jovem e o da Superação da Extrema Pobreza na Primeira Infância.

Básico: o valor desse benefício é de R\$ 70,00 mensais, independente do número de membros.

Variável: pode acumular até cinco benefícios, chegando a R\$ 160,00. A família deve ter criança, gestante ou adolescente de até 15 anos.

Variável para Jovem: voltado para famílias com adolescentes de 16 e 17 anos. O valor do benefício é de R\$ 38,00, podendo acumular dois, totalizando R\$ 76,00.

Superação da Extrema Pobreza na Primeira Infância: as famílias que vivem em extrema pobreza acumulam benefícios e podem chegar a receber R\$ 306,00 por mês

Documentos necessários para fazer o Cadastro Único / Bolsa-Família

Adultos:

- Identidade / RG;
- CPF;
- Título de Eleitor;
- Carteira de trabalho;
- Certidão de nascimento ou casamento;
- Fatura de Luz (mesmo para residência alugada ou cedida);

Crianças e Adolescentes:

- Certidão de nascimento ou Identidade (RG);
- Atestado de frequência escolar;

Para mais informações ligue **156**.

www.mds.gov.br

O cadastro único é a porta de entrada para os Programas Sociais do Governo Federal e Estadual. Para participar de qualquer programa é preciso estar inscrito no Cadastro

Nesse cadastro são coletados dados para ter conhecimento de quem são e como vivem as famílias brasileiras mais pobres.

É por meio dele que o governo consegue entender quais são as principais dificuldades que a família enfrenta, identificando e orientando essas famílias para ajudar a melhorar as suas condições de vida e garantir seus direitos.

Como se cadastrar:

Podem se cadastrar as famílias que tenham renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa.

Aquelas famílias que tenham renda superior a meio salário mínimo poderão ser incluídas, desde que sua inclusão esteja vinculada à seleção ou ao acompanhamento de programas sociais implementados pela União, estados ou municípios

Fazer a inscrição nos **Centros de Assistência Social - CRAS**, é o primeiro passo para poder acessar a programas como o Bolsa Família, o Benefício de Prestação Continuada, a Cesta Nutricional para gestantes e muito mais.

Documentos necessários:

Responsável Familiar é necessário os seguintes documentos:

CPF ou Título de Eleitor

Para os demais membros da família é necessário levar um dos seguintes documentos:

RG, CPF, Título de Eleitor, Carteira de Trabalho, Certidão de Nascimento ou Casamento.

Se sua família for quilombola, o Responsável pela Família pode apresentar um destes documentos:

RG, CPF, Título de Eleitor, Carteira de Trabalho, Certidão de Nascimento ou Casamento

Se sua família ou pessoas da família forem indígenas:

Podem apresentar além de todos os documentos informados anteriormente, a Rani, que é a Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena.

Dúvidas ou mais informações ligue **156** ou acesse o site:

www.mds.gov.br

Licença Maternidade



A licença-maternidade é um direito de todas as mulheres que trabalham no Brasil e que contribuem para a Previdência Social (INSS), seja através de empregos com carteira assinada, temporários, trabalhos terceirizados e autônomos ou ainda trabalhos domésticos.

Além de ser um direito, esta licença possibilita um período de fortalecimento do vínculo de afeto entre mãe e recém-nascido.

O valor da licença-maternidade (oficialmente denominada "salário-maternidade") é igual ao do salário mensal no caso de quem tiver carteira assinada ou exercer trabalho doméstico.

Mesmo donas-de-casa ou estudantes que não tenham salário, mas que decidam pagar mensalmente para a Previdência, podem receber o salário-maternidade, desde que tenham contribuído para o INSS por menos 10 meses. Nesse caso, o valor do salário-maternidade é o do salário referência da contribuição (se a pessoa contribui sobre o salário mínimo, recebe na licença um salário mínimo por mês).

Têm direito ainda ao afastamento mulheres que sofrem um aborto espontâneo ou dão à luz um bebê natimorto.

A licença é também assegurada a pessoas que adotam crianças, assim como a quem obtiver a guarda judicial de uma criança com fim de adoção. A licença de adoção é familiar, ou seja, pode ser usufruída por um dos adotantes, mas não pelos dois. A adoção pode ser realizada tanto por pessoas solteiras como por casais heterossexuais ou homoafetivos.



As mulheres desempregadas também têm direito ao salário-maternidade lembrando que grávidas com carteira assinada não podem ser demitidas a partir do momento em que notificam a gestação ao empregador e se não estão mais em período de experiência de três meses. A empresa que demitir uma mulher grávida sem ser por justa causa deve pagar todos os salários correspondentes ao período de licença a que ela teria direito, além dos outros direitos trabalhistas.

Documentos necessários

Para ser atendido nas agências do INSS você deve apresentar um documento de identificação com foto e o número do CPF. Você também deve apresentar suas carteiras de trabalho, carnês e outros comprovantes de pagamento ao INSS.

A trabalhadora desempregada deve, obrigatoriamente, apresentar a certidão de nascimento (vivo ou morto) do dependente.

A trabalhadora que se afasta 28 dias antes do parto deve apresentar atestado médico original, específico para gestante.

Em caso de guarda, deve apresentar o Termo de Guarda com a indicação de que a guarda destina-se à adoção.

Em caso de adoção, deverá apresentar a nova certidão de nascimento expedida após a decisão judicial.

Para mais informações ligue 135 (INSS)

www.mds.gov.br

O Núcleo de Serviço Social é um espaço de escuta, orientação, e esclarecimento, para encontrar junto com o usuário, a melhor forma de compreender a questão que está enfrentando e os possíveis caminhos para resolvê-la.



O Serviço Social é uma profissão que possui a essência de sua prática articulada ao Projeto Ético-Político da profissão. O Assistente Social desenvolve sua prática por meio do diálogo com o usuário, com as políticas públicas, as diversas profissões e instituições da sociedade. Por meio da intervenção e compreensão da realidade, busca junto com o cidadão e toda sociedade superar os limites do cotidiano e orientar em suas possibilidades e perspectivas.

