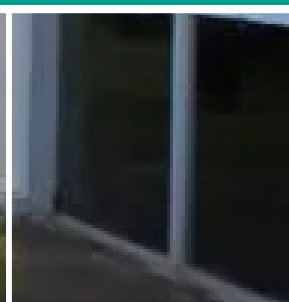
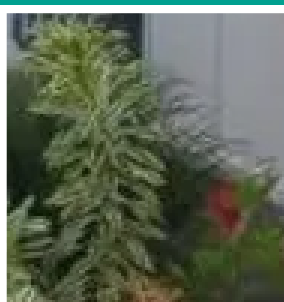
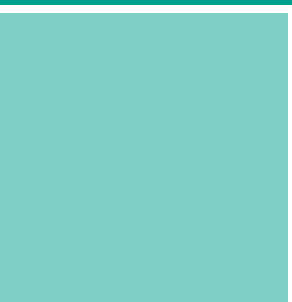


30 ANOS DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL: ESTADO, POLÍTICAS SOCIAIS E SERVIÇO SOCIAL - VOL. I



CULTURA
ACADÊMICA
Editora

ORGANIZADORES:

MARIA CRISTINA PIANA

LÚCIA APARECIDA PARREIRA

ANDREIA APARECIDA REIS DE
CARVALHO LIPORONI

ORGANIZADORES
MARIA CRISTINA PIANA
LÚCIA APARECIDA PARREIRA
ANDREIA APARECIDA REIS DE CARVALHO LIPORONI

**30 ANOS DO PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL:
ESTADO, POLÍTICAS SOCIAIS
E SERVIÇO SOCIAL - VOL. I**



**CULTURA
ACADÊMICA**
Editora

PIANA, Maria Cristina; PARREIRA, Lúcia Aparecida; LIPORONI, Andreia
Aparecida Reis de Carvalho. 30 anos do Programa de Pós- Graduação em Serviço Social: Estado,
Políticas Sociais e Serviço Social - Vol. I. 1 Ed. Gradus Editora. Bauru, São Paulo. 2023.

ISBN: 978-65-81033-31-6

CDD 370.00

Todos os autores cedem os direitos autorais da obra para a Gradus Editora, impossibilitando a reprodução por outras editoras ou meios de veiculação de materiais didáticos, científicos e acadêmicos de cunho comercial, não comercial, associação científica ou cultural, bem como Instituições de Pesquisa, pelo prazo de exploração de 70 anos, conforme Lei 9.610/98.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de atribuição Creative Commons.

Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional (CC-BY-NC-ND).

GRADUS EDITORA – Todos os Direitos Reservados – 2023

Rua Luiz Gama, 229. Vila Independência. Bauru, São Paulo. Brasil.

www.GRADUSEDITORA.com

Editor-chefe: Lucas Almeida Dias

Registro e indexação: Gradus Editora | Câmara brasileira do livro | CrossRef

Capa: Bruno M. H. Gogolla

Diagramação: Bruno M. H. Gogolla

Comitê editorial científico – Gradus Editora

Prof. Dr. Douglas M. A. de A. P. dos Santos

Profa. Dra. Cintya de Oliveira Souza

Profa. Dra. Ana Cláudia Bortolozzi

Profa. Dra. Andreia de B. Machado

Profa. Dra. Manuela Costa Melo

Prof. Dr. Carlos Gomes de Castro

Profa. Dra. Ana Beatriz D. Vieira

Profa. Dra. Janaína Muniz Picolo

Dr. Yan Corrêa Rodrigues

Prof. Dr. Thiago Henrique Omena

Prof. Dr. Luís Rafael Araújo Corrêa

Prof. Dr. Fábio Roger Vasconcelos

Prof. Dr. Leandro A. dos Santos

Prof. Dr. Gustavo Schmitt

Prof. Dra. Renata Cristina L. Andrade

Profa. Dra. Daniela Marques Saccaro

Profa. Dra. Gladys del C. M. Morales

Profa. Dra. Márcia Lopes Reis

Sumário

APRESENTAÇÃO	9
Maria Cristina Piana	
Lúcia Aparecida Parreira	
Andreia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni	
PREFÁCIO.....	11
Profª Drª Jussara Ayres Bourguignon	
GESTÃO DO CUIDADO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: experiências dos municípios de Belo Horizonte e Araraquara	13
Cristiano Costa de Carvalho	
José Guilherme Cagnin	
Leonardo David Rosa Reis	
REGIONALIZAÇÃO DA HEMORREDE PÚBLICA BRASILEIRA: AVANÇOS E (IM)POSSIBILIDADES	29
Diogo Márcio Gonçalves dos Santos	
José Rafael Marinho Accioli	
José Ilson Lourenço dos Santos	
A SAÚDE EM ANGOLA E OS DESAFIOS NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA.....	43
Aires Muecália Julião Caneca	
Fernanda de Oliveira Sarreta	

**O TRABALHO PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA
INTERDISCIPLINAR SOBRE EDUCAÇÃO SEXUAL
VISANDO A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA E AS IMPLICAÇÕES DA PANDEMIA
DA COVID19 55**

Bernardino Manuel Almeida Cuteta
Eliana Bolorino Canteiro Martins
Laurita de Queiroz Bomdespacho
Neide Aparecida de Souza Lehfeld
Maria Cristina Piana

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL: CONSELHO
DE DIREITO DA PESSOA IDOSA..... 67**

Ana Joice da Silva Peraro
Josiani Julião Alves de Oliveira

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS
NO KILAMBA KIAXI: Secção Municipal da Família
e Promoção da Mulher do Município do Kilamba
Kiaxi, em Luanda..... 81**

Bernardino Manuel de Almeida Cuteta
Eliana Bolorino Canteiro Martins
Laurita de Queiroz Bomdespacho
Neide Aparecida de Souza Lehfeld

**CAPACIDADE SOCIOEDUCATIVA DO
SERVIÇO SOCIAL NA EDUCAÇÃO BÁSICA 95**

Eduardo Henrique Moraes Santos
Alan Farley Prates Oliveira
Raquel de Oliveira Mendes

**BRASIL, ESPANHA E A REDE DE PROTEÇÃO
ATRAVÉS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL PARA O SEGMENTO IDOSO..... 107**

Andreia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni

A RELAÇÃO FAMÍLIA-ESCOLA: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS 119

Juliana de Carvalho Pimenta

Cirlene Aparecida Hilário da Silva Oliveira

**JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE:
ESTUDO NO BRASIL E EM PORTUGAL 131**

Danila Carrijo

Cirlene Aparecida Hilário da Silva Oliveira

Noêmia Mendes Lopes

A EXPERIÊNCIA DO CRAS ITINERANTE EM PIEDADE/SP 147

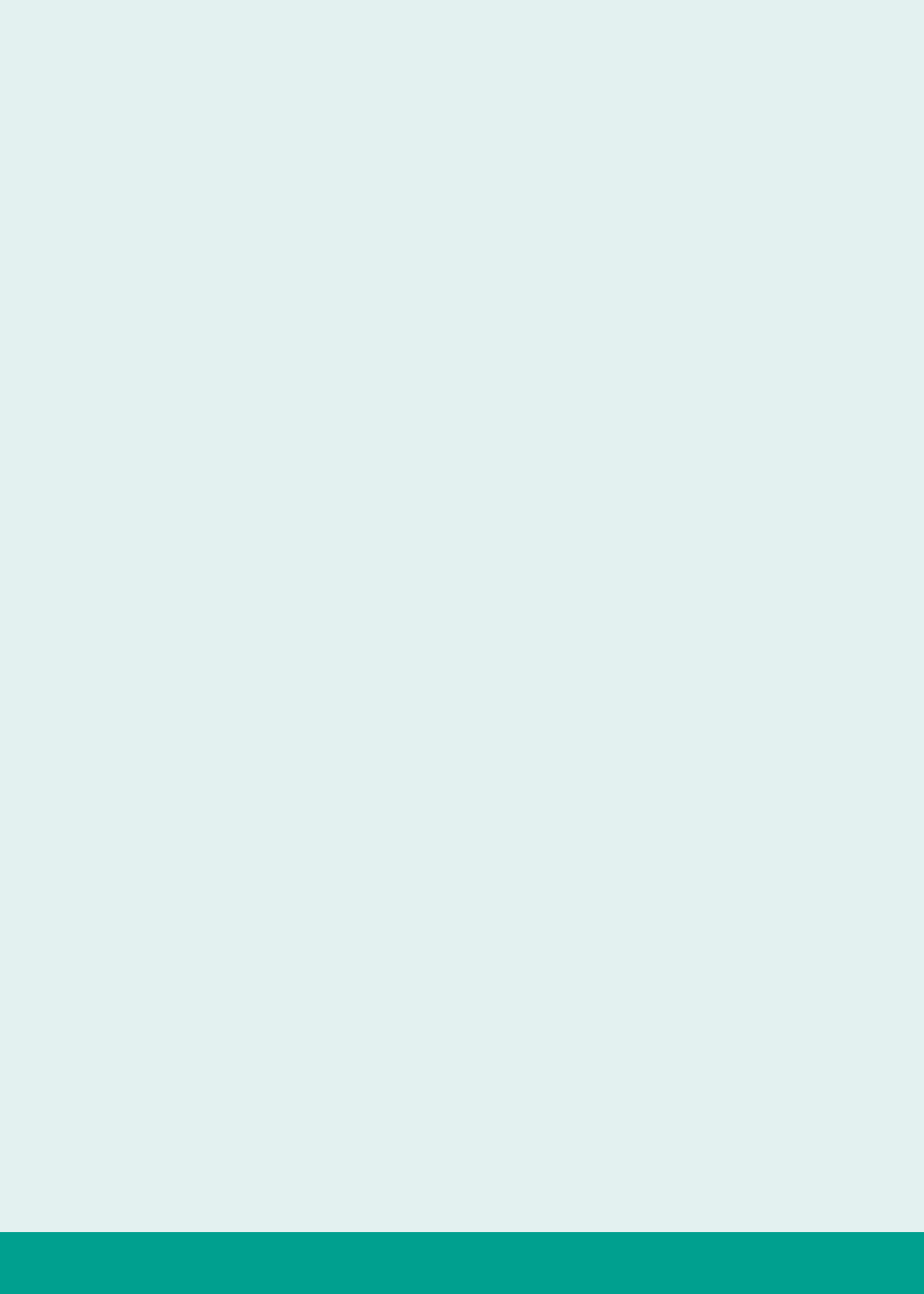
Andre Luis Osorio Bento

Daniela Aparecida da Silva

Luciana Aparecida Fernandes da Conceição

Maria Olivia Alves de Moura

AUTORAS E AUTORES..... 163



APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresentamos este ebook em comemoração aos 30 anos do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, campus Franca/SP. Ao longo dessa trajetória, o programa tem sido um pilar fundamental no avanço da pesquisa e do conhecimento no campo do Serviço Social, contribuindo para a formação de profissionais altamente qualificados/as e para o desenvolvimento da área social.

O Serviço Social, enquanto profissão comprometida com a transformação social e a promoção da justiça social, encontra na pesquisa acadêmica uma ferramenta essencial para compreender as demandas e os desafios contemporâneos. O Programa de Pós-Graduação em Serviço Social tem desempenhado um papel fundamental nesse processo, fornecendo um espaço de reflexão crítica, debate acadêmico e produção de conhecimento que impulsiona o campo em direção a novas fronteiras.

Neste ebook, reunimos uma coletânea de artigos de pesquisadores e pesquisadoras renomados, docentes, discentes e egressos/as do Programa, que abordam uma variedade de temas relevantes para o Serviço Social contemporâneo. Os capítulos aqui apresentados refletem a diversidade e a pluralidade de abordagens e perspectivas que caracterizam a produção intelectual do programa ao longo dessas três décadas.

Ao longo dos capítulos, são explorados temas como políticas sociais, direitos humanos, gênero, raça e etnia, trabalho profissional e mercado de trabalho, educação, saúde, infância e adolescência, entre outros. Cada autor e autora traz sua contribuição singular, fruto de suas pesquisas e experiências, enriquecendo ainda mais o debate no campo do Serviço Social.

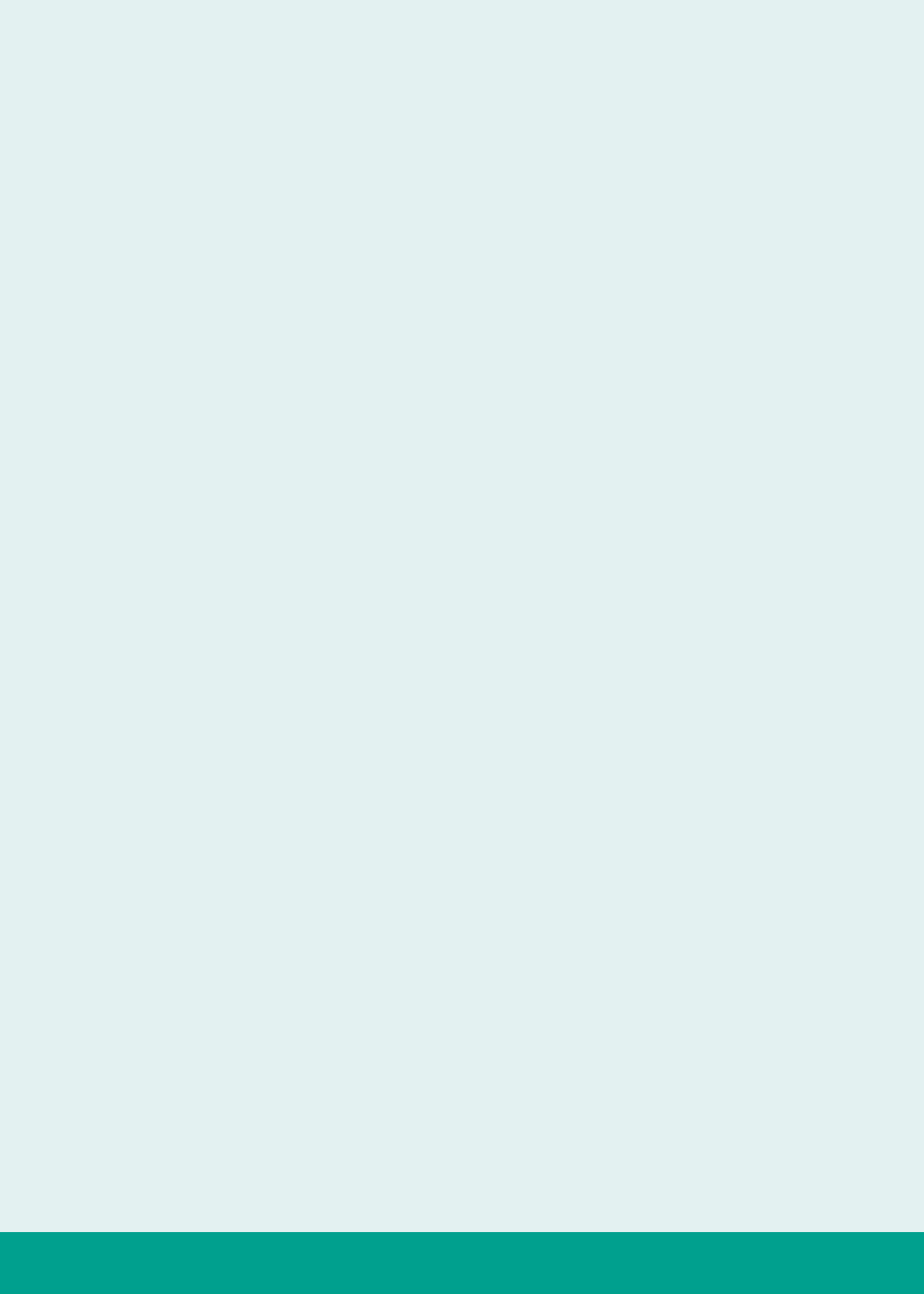
Por meio deste ebook, esperamos proporcionar aos leitores e às leitoras um panorama atualizado das principais questões e tendências de pesquisa no campo do Serviço Social e das Ciências Sociais, bem como estimular o diálogo e a reflexão crítica sobre os desafios que enfrentamos como profissionais e pesquisadores/as comprometidos/as com a transformação social.

Agradecemos a todos e todas que contribuíram para a realização deste ebook, em especial aos autores e autoras que generosamente compartilharam seus conhecimentos e pesquisas. Nossos agradecimentos também vão para os/as docentes, pesquisadores/as e discentes que fizeram e fazem parte do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, cujo empenho e dedicação são fundamentais para o seu sucesso e aprimoramento contínuos.

Que este ebook possa servir como uma fonte de inspiração e referência para todas as pessoas interessadas em aprofundar seus conhecimentos sobre o Serviço Social e sua relevância na construção de uma sociabilidade justa e igualitária.

Boa leitura!

Maria Cristina Piana
Lúcia Aparecida Parreira
Andreia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni



PREFÁCIO

O Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - campus de Franca da Unesp da UNESP comemora 30 anos de trabalho dedicado à formação de profissionais pesquisadores e pesquisadoras em uma perspectiva crítica e comprometida com o projeto ético-político do Serviço Social. Tarefa árdua e construída na esfera da universidade pública, gratuita e orientada pela articulação entre ensino, pesquisa e extensão.

O Ebook, em seu volume I, desafia os leitores a refletirem sobre questões relativas ao **Estado, Políticas Sociais e Serviço Social**, a partir de relatos de pesquisa e de prática profissional, tematizando os inúmeros desafios que a profissão enfrenta para se consolidar como área de conhecimento. Ao mesmo tempo, aponta para a potencialidade de uma profissão que trabalha no espaço do Estado e da sociedade civil, buscando estratégias para enfrentamento das expressões da questão social. Enfrentamento que se dá, primordialmente, na esfera das políticas públicas, de forma a garantir ao cidadão e à cidadã acesso aos direitos sociais, à justiça social, bem como consolidar a democracia e fortalecer as lutas da classe trabalhadora pela emancipação social.

Importante ressaltar que o Programa está alicerçado na área de concentração “Serviço Social: Trabalho e Sociedade”, que se desdobra nas linhas de pesquisa: Serviço Social, Formação e Trabalho Profissional; Estado, Políticas Sociais e Serviço Social, e Trabalho e Socialidade Capitalista. A articulação entre a área de concentração e linhas de pesquisas aponta para uma formação apoiada nos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos da profissão.

Na teia complexa dos processos continuados de formação de profissionais e pesquisadores/as, o Programa adensa seus objetivos por meio dos grupos de pesquisa, que merecem destaque: GEDUCAS – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre a Dimensão Educativa no Trabalho Social; GEFORMSS – Grupo de Estudos e Pesquisas Formação Profissional em Serviço Social; GEPEFA – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Famílias, Perspectivas e Tendências; GEPEPPS – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento, Políticas Públicas e Sociedade; GEPESSE – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Serviço Social na área da Educação; GEPEM – Grupo de Estudos e Pesquisas Marxistas; GESTA – Grupo de Pesquisa Gestão Socioambiental e a Interface com a Questão Social; PRAPES – Prática de pesquisa: perspectivas contemporâneas; QUAVISS – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social; DeMus – Grupo de Pesquisa em Direito e Mudança Social; Grupo de Trabalho do NUPE - FCL-Araraquara – Cladin – Lead (Núcleo Negro da UNESP – Campus Araraquara); Grupo de Pesquisa Mentalidades e Trabalho: do local ao global; FIAPO - Grupo de Pesquisa sobre Filosofia, Arte e Política; GEPPIA – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Políticas Públicas para a Infância e Adolescência; e GEPAPOS – Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Participação nas Políticas Sociais.

Ressaltar a presença dos grupos de pesquisa não é ocasional; é, sim, uma forma de destacar que a formação se faz de forma sistemática e continuada. É nestes espaços, para além da sala de aula, que a realidade se entrelaça com a academia, colocando em xeque os limites do conhecimento científico, mobilizando os pesquisadores a imergirem na realidade social e a desenvolverem metodologias capazes de construir conhecimentos novos e engajados com as lutas da classe trabalhadora.

Nestes grupos de pesquisa, o aprendizado em torno das metodologias qualitativas e/ou quantitativas se materializa e ganha sentido, pois se enraíza na dinâmica da vida social. Também, neste espaço, a dimensão interdisciplinar se manifesta, conferindo sentido à construção de um conhecimento sustentado no diálogo crítico e propositivo. A riqueza dos grupos de pesquisa está, além disso, no fato de que agrega professores, profissionais e acadêmicos de pós-graduação e da graduação, trazendo à tona diferentes experiências e saberes em torno de um objeto comum de investigação, apontando para um horizonte de buscas pela superação das desigualdades sociais.

A consolidação de 30 anos de experiência ocorre num momento significativo para a sociedade brasileira, marcado pela luta contra o avanço do conservadorismo. Cada pesquisa, debate, tese, dissertação, artigo científico e estudo contribui para fortalecer a produção de um conhecimento contra-hegemônico, capaz instrumentalizar profissionais em suas lutas cotidianas no âmbito das políticas públicas. Neste sentido, o processo de formação profissional e de produção de conhecimento objetivado pelo Programa tem relevância social e acadêmica, fortalecendo os movimentos de resistência mobilizados pelo conjunto da categoria profissional.

É preciso comemorar os 30 anos do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais de Franca (Unesp) e parabenizar todo o seu corpo docente, discente e de servidores, pelo empenho e entusiasmo dedicados ao processo de formação, bem como pelo compromisso de edificar estratégias de socialização do conhecimento construído junto à comunidade.

Registro minha *homenagem e afeto* ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UNESP, reconhecendo que, neste espaço de formação e de pesquisa, o Serviço Social é movido por profissionais que dão vida ao projeto ético e político profissional, em um cotidiano marcado pelas lutas por uma sociedade justa e democrática.

Prof^a Dr^a Jussara Ayres Bourguignon
Universidade Estadual de Ponta Grossa/Pr
Setembro - 2023

GESTÃO DO CUIDADO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: experiências dos municípios de Belo Horizonte e Araraquara¹

Cristiano Costa de Carvalho

José Guilherme Cagnin

Leonardo David Rosa Reis

INTRODUÇÃO

A existência de pessoas vivendo em situação de rua na maioria das cidades ao redor do mundo, é a expressão mais radical do intenso processo de exclusão social. Devido à ocupação do solo urbano estar ancorada na lógica do modo de produção capitalista de apropriação privada do espaço, que ocorre mediante o pagamento do valor da terra, aqueles que não dispõem de renda suficiente para conseguir espaços adequados para a habitação ficam relegados às ruas da cidade como forma de moradia e subsistência.

A utilização da terminologia *População em Situação de Rua* (PSR) indica que a situação de rua não é uma condição naturalizada e/ou escolhida pelas pessoas, mas sim uma situação em que elas são colocadas (Silva, 2009; Tiengo, 2020). Isso significa que estar em situação de rua é uma condição passível de ser superada, tendo em vista que não é natural do ser humano e muito menos uma escolha feita por ele viver sem uma moradia adequada. A PSR pode ser compreendida, então, como uma “consequência de uma situação a que muitos trabalhadores são conduzidos, em decorrência das desigualdades sociais e da elevação dos níveis de pobreza” (Silva, 2009, p. 137).

1 O presente capítulo contou com a participação do Prof. Dr. Renato Tadeu Veroneze (*In memoriam*). Intellectual atento e sensível na batalha das ideias e na defesa da dignidade da pessoa humana e do meio ambiente. Manifestamos nosso mais sincero agradecimento e admiração.

Conforme o *Manual de Saúde da População em Situação de Rua: um direito humano* (Brasil 2014), o elevado número de PSR no Brasil² é fruto do agravamento da “questão social” que, para Yamamoto (2019, p. 37), tem manifesta, nas suas expressões multifacetadas, a “*banalização do humano*, resultante de indiferença frente à esfera das necessidades das grandes maiorias e dos direitos a elas atinentes”. Soma-se a isso o contexto sócio-histórico brasileiro marcado pelo regime colonial e o trabalho escravo, que, conseqüentemente, gerou um *desenvolvimento desigual e combinado* (Iani. 2004), visível e sentido por toda a sociedade até os dias atuais.

Nas sociedades ancoradas pelo modo de produção capitalista, as expressões da “questão social” adquirem todas as características da “questão urbana”, principalmente nas grandes cidades, onde o mundo dos negócios se confunde com o narcotráfico, as violências e as tramas políticas, bem como as manifestações de xenofobia, homofobia, preconceito, discriminação, racismo, machismo, intolerância religiosa, sexismo, etnocentrismo, além das carências de recursos financeiros, habitacionais, saúde, educação, assistência social, trabalho, proteção social, entre outros, favorecendo o agravamento e o crescimento da PSR (Veroneze, 2020).

Somado a isso, a pandemia da COVID-19³ trouxe não só uma grave crise sanitária, mas também uma crise econômica e política que descortinam problemas estruturais da sociedade brasileira, além de novas demandas e desafios, criando a necessidade de se pensar novas estratégias para a garantia de direitos humanos às populações vulneráveis e em risco social.

No período pandêmico, muitas famílias passam a vivenciar o medo, o isolamento social e o desemprego, devido ao alto risco de contágio pela doença; muitas empresas e negócios são impedidos de funcionar presencialmente, como forma de evitar aglomerações e o aumento do contágio, ou até mesmo são obrigados a fechar suas portas, não conseguindo sustentar-se durante o longo período de *lockdown*⁴, o que ocasiona a redução ou parada total dos serviços, o “esvaziamento das ruas” e o sofrimento da população com o aumento do custo de vida e a perda ou redução drástica da renda (Cagnin, 2021). Diante desse cenário, muitas pessoas deixam de ter condições de custear a sua própria vida ou de sua prole, sendo empurrados, por conseguinte, às ruas. Tal “efeito dominó” serve para aumentar ainda mais o número da PSR.

A PSR, além dos riscos inerentes à doença, se defronta com a implementação de medidas emergenciais contendo “aspectos distantes das condições dispostas a sua realidade”, tendo em vista que se trata de um segmento social que “não possui moradia para realizar o isolamento social e higienização pessoal, nem condições de adquirir equipamentos de proteção individual”. Tal cenário gera o enfrentamento de obstáculos à sua subsistência diária, “devido à escassez das fontes de trabalho, renda, doações” e higiene, que antes eram providas pela rede informal de apoio, ofertada por comerciantes e pela sociedade civil (Cagnin, 2021, p.342).

2 Estima-se, atualmente, 281.472 pessoas em situação de rua no Brasil (Natalino, 2023).

3 A COVID-19 é uma doença respiratória infecciosa causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 e que foi descoberta no final do ano de 2019. A Organização Mundial da Saúde (OMS), então, emitiu o alerta de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em janeiro de 2020 com o intuito de aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus (OPAS, sd).

4 É uma ação que pode ser adotada à nível municipal, estadual e nacional, de caráter extremado, que inclui o fechamento do comércio serviços públicos, somente permitindo abrir os de extrema necessidade - os chamados *serviços essenciais*, mas, mesmo assim, com restrições e medidas de confinamento, a fim de conter a circulação de pessoas nas ruas, como também o fechamento das entradas e saídas de pessoas do perímetro urbano.

De acordo com Harvey (2014, p. 27), vive-se “em uma época em que os ideais dos direitos humanos passaram para o primeiro plano tanto política quanto eticamente”, dedicando, nesse sentido, muita energia política na sua promoção, defesa e articulação, almejando a construção de um mundo melhor e o suprimento das carências e necessidades sociais criadas pelo modo de produção capitalista, cotidianamente. Em nossas sociedades, os conceitos em vigência possuem características individualistas e baseadas na propriedade privada e, como tais, em nada contestam a lógica de mercado no qual os direitos de propriedade privada e a taxa de lucro se sobrepõe à todas as outras noções de direitos (Veroneze, 2020). Como já disse Marx (2004, p. 80): “Com a valorização do mundo das coisas aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens.”

Por isso, pensar hoje a densidade demográfica, o espaço urbano periférico, a propriedade privada, a concentração e má distribuição de riquezas, a mobilidade urbana, a vida nas periferias, os impactos sociais nos processos de inclusão/exclusão social, os territórios, sua historicidade e hostilidade, enfim, uma série de indicadores e conflitos sociais que reverberam e revelam a natureza, as condições, as contradições, as ocupações da vida urbana e as expressões da “questão social”, sem perpassar pela contingente de pessoas em situação de rua, é desconsiderar uma problemática que vem aumentando, se tornando cada vez mais complexa e refletindo-se na sociedade como um todo.

Em 2005, o presidente Luís Inácio Lula da Silva sancionou a Lei nº 11.258/2005 (Brasil, 2005), que acrescenta um artigo à Lei nº 8.742/1993 - LOAS (Brasil, 1993), incorporando o Serviço de Atendimento às Pessoas que Vivem em Situação de Rua, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e reconhecendo a necessidade de uma política interventiva, através de programas sociais destinados à esse público. Em 2009, através do Decreto nº 7.053 (Brasil, 2009), instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. Nesta normativa, está definido PSR como um “grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular” (Brasil, 2009). Além disso, também expõe que essa população utiliza-se de logradouros públicos (praças, jardins, canteiros, marquises, viadutos etc.) e áreas degradadas (prédios abandonados, ruínas, carcaças de veículos, etc.), como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como das unidades de serviços de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória (Brasil, 2009).

Entretanto, a PNPSR não atende a concepção de um conceito mais ampliado para contemplar a PSR, tendo em vista que, de acordo com Silva (2009), há outros fatores, complexos e que se inter-relacionam, que contribuem para a materialização e reprodução deste fenômeno, como:

[...] fatores *estruturais* (ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social etc.), fatores *biográficos*, ligados à história de vida de cada indivíduo (ruptura dos vínculos familiares, doenças mentais, consumo frequente de álcool e outras drogas, infortúnios pessoais - mortes de todos os componentes da família, roubos de todos os bens, fuga do país de origem etc.) e, ainda, em *atos da natureza ou desastres de massas* - terremotos, inundações etc. (Silva, 2009, p. 105, grifos do autor).

Sendo assim, cabe aos pesquisadores e profissionais revisar conceitos, através de educação permanente, articular ações intersetoriais e garantir políticas públicas que sejam demandas e desafios assumidos pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS).

Diante do grande desafio que é o fenômeno da PSR, este artigo apresenta como o município de Belo Horizonte - MG, especialmente da região centro-sul, por meio do *Grupo Técnico de Trabalho Intersectorial para População em Situação e Trajetória de Vida nas Ruas* (GT POP RUA), criado pela Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação Centro-Sul (GAERE) e articulada com o Núcleo de Atenção Psicossocial, Promoção, Prevenção e Intersectorialidade, e o município de Araraquara - SP, por meio de suas ações intersetoriais articuladas pelo *Comitê Municipal “Novos Caminhos - a Rua e outras Possibilidades”* (Comitê PopRua), coordenado pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), têm desenvolvido e implementado estratégias para assegurar a gestão da PNPSR na perspectiva de garantia dos direitos humanos, vinculada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e do SUAS, de modo a atender as particularidades dessa população, em sua totalidade, e partindo do pressuposto de que a PSR é o resultado da *síntese de múltiplas determinações* (Silva, 2009).

A investigação desses locais se deve ao fato dos pesquisadores terem direta relação e vínculo, tanto profissional quanto pessoal e acadêmico, com os municípios, seja com suas redes socioassistenciais e de saúde, seja com suas pessoas em situação de rua, seja com suas universidades. Um dos pesquisadores atua como assistente técnico da SMADS, de Araraquara, representando o Comitê PopRua e enquanto conselheiro nos Conselhos Municipais de Políticas sobre Drogas e Segurança Alimentar e Nutricional, com a função de articular políticas públicas para a PSR. Outro pesquisador atuou como técnico em vulnerabilidades em saúde, tratando sobre as especificidades e demandas de grupos em situação de extrema vulnerabilidade social, em Belo Horizonte. Além disso, os pesquisadores compõem o Grupo Quaviss - Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS/UNESP), que tem como foco o estudo e debate da política de saúde contemporânea, especificamente voltada às populações em situação de extrema vulnerabilidade, como é o caso da PSR.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E O DESAFIO

O censo municipal de Belo Horizonte, de 2015, realizado com base no Cadastro Único (CadÚnico)⁵, apontou a existência de 4,6 mil pessoas em situação de rua na capital mineira. Já, um estudo mais recente, de 2021, promovido pelo *Projeto Polos de Cidadania*, da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais (FD/UFMG), indicou a existência de 18 mil pessoas em situação de rua em Minas Gerais, sendo que mais de 50% estão na capital (Dias, 2021).

De acordo com o *Projeto Polos de Cidadania*, este aumento *está* diretamente relacionado com o período pandêmico onde, decorrente de conflitos familiares, alcoolismo, consumo

5 O CadÚnico é uma ferramenta de articulação e consolidação da rede de proteção e promoção social do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), com as demais políticas públicas, em todos os âmbitos da federação, com o intuito de contribuir para a inclusão social. Ele abrange um conjunto de informações sobre as famílias brasileiras em situação de pobreza e extrema pobreza.

abusivo de substâncias psicoativas, desemprego e perda de moradia, houve agravos na vida da população, forçando algumas pessoas a irem viver nas rua e gerando um salto quantitativo registrado: de 4,6 mil pessoas, em 2015, para 9 mil, em 2021 (Dias, 2021).

O perfil epidemiológico da PSR em Belo Horizonte mostra que é, majoritariamente, composta por homens (86,8%), com idade média de 39,6 anos. Mais da metade (67%) situa-se na faixa etária entre 31 e 50 anos de idade, indicando um envelhecimento quando comparada aos censos anteriores. Nas extremidades da distribuição etária, as proporções encontradas são relativamente menores (11,3% na faixa de 18 a 25 anos; e, 9,9% na faixa de mais de 55 anos). (Belo Horizonte, 2013)

Em Araraquara, o único censo oficial - realizado em 2011 - apontava a existência de 158 pessoas em situação de rua, sendo 141 homens (89, 2%) e 17 mulheres (10,8%) (Varanda; GiorgettiI, 2012, p. 13). Hoje, através de dados atualizados⁶ do CadÚnico, podemos estimar a existência de 195 pessoas, sendo 170 homens (87%) e 25 mulheres (13%). A faixa etária aparece nas seguintes proporções: 2% entre 0 e 18 anos; 1% entre 19 e 25 anos; 70% entre 26-50 anos; 25% entre 51 e 64 anos; e 2% acima de 65 anos, dados que refletem a situação de pessoas que estão na fase produtiva da vida, isto é, pertencentes da classe trabalhadora.

No que tange à distribuição da PSR por raça/cor, destaca-se, em Belo Horizonte: pardos (45,7%), negros (33,8%) e brancos (18,1%); e, em Araraquara: brancos (40%), pretos (14%), pardos (45%) e indígenas (1%). Tais dados, contrastados com aqueles do Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010), evidenciam que, entre a PSR, a proporção de negros (pardos somados a pretos) é maior do que a proporção encontrada na população geral de Belo Horizonte (pardos 41,9% e negros 10,1%), e de Araraquara (pardos 45% e 14% pretos) (Varanda; GiorgettiI, 2012, p. 15), demonstrando que a população negra possui condições de vida, trabalho e saúde muito mais precárias que as demais. Também, há de se levar em conta que a cada dez pessoas que relataram mais de um sintoma da COVID-19, sete eram pretas ou pardas (Pechim, 2020), o que reflete o padrão de desigualdades sociais, vulnerabilidades, exclusão, preconceito e discriminação que essa população vem sofrendo ao longo da história, nada mais do que o reflexo dos agravantes sócio-históricos de um passado de colonização e escravidão (Ianni, 2004).

Em Belo Horizonte, dentre os principais motivos para acabar em situação de rua estão: problemas familiares (52,2%), o consumo problemático de substâncias psicoativas (43,9%), a falta de moradia (36,5%) e o desemprego (36%). Em Araraquara, os dados apontam para o uso de álcool/drogas (63,1%); conflitos familiares (56%); desemprego (18,4%); itinerância (11,3%); e problemas de saúde (5%) (Varanda; GiorgettiI, 2012). De modo geral, estas situações podem agravar os problemas de saúde física e mental, gerando um efeito circular causados, principalmente, pela solidão, depressão, ansiedade, angústia, falta de higiene, ideação suicida, violência, uso excessivo de álcool e/ou drogas, entre outras problemáticas, o que aumenta, por sua vez, as vulnerabilidades e riscos sociais.

No que diz respeito a perda dos vínculos familiares e sociais, por exemplo, essa população sofre muito mais com a expulsão/exclusão do ambiente familiar, de acesso ao mercado de trabalho, com a violência e com o preconceito e a discriminação social, sendo, em grande medida, praticamente invisibilizada pela sociedade, o que demonstra o tamanho da complexidade dessa realidade.

6 Os dados apresentados foram retirados do banco de dados do CadÚnico municipal, referente à abril/2023.

O CUIDADO EM REDE: O GT POP RUA E O COMITÊ MUNICIPAL “NOVOS CAMINHOS - A RUA E OUTRAS POSSIBILIDADES”

É notório a necessidade de garantia institucional de espaços protetivos para viabilizar a articulação intersetorial dos diversos atores das políticas públicas (Nascimento, 2010), mas embora essa articulação seja muito fomentada e tida como estratégia de intervenção, na prática existem muitos desafios. Isto porque, o cidadão, para ter o mínimo de qualidade de vida, necessita que seus problemas sejam tratados como eles se apresentam na realidade, em sua totalidade, e não de forma isolada e fragmentada.

Tais estratégias e ações significam um vasto investimento na mudança de paradigmas, para que os serviços de saúde e assistência social passem a respeitar o tempo, o território e as necessidades da PSR. Para tanto, Belo Horizonte e Araraquara vêm ofertando políticas públicas que influenciam em uma vasta rede de serviços de atenção e cuidados à PSR, com equipes responsáveis e tecnicamente capacitadas para realizarem abordagens e aproximações a fim de alimentar uma adequada formação de vínculo entre a PSR e a rede SUS/SUAS dos municípios, bem como a elaboração de encaminhamentos à outros serviços necessários a este público.

A rede dos dois municípios, levando em conta as suas especificidades, é composta, de maneira geral, pelos Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop), Serviços de Acolhimento para Pessoas Adultas e Famílias em Situação de Rua - que funcionam 24 horas por dia, podendo acolher diretamente os usuários ou por encaminhamentos diversos, seja das equipes de Consultório na Rua (CnR)⁷, dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS/CERSAMS), de Estratégia de Saúde da Família (ESF), das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), dentre outros.

Também, ambos os municípios criaram espaços de articulações intersetoriais⁸ para o desenvolvimento, implementação, acompanhamento e avaliação de políticas públicas específicas para a PSR. Em Belo Horizonte, o GT POP RUA assegura um espaço de encontros permanentes de diálogos entre os profissionais envolvidos, com o objetivo de construir uma rede de cuidado e proteção para os usuários; em Araraquara, o Comitê PopRua segue a mesma lógica, mas ampliando o espaço de diálogo envolvendo a sociedade civil.

A intersetorialidade é uma lógica de gestão da cidade, que busca superar a fragmentação das políticas e considerar o cidadão em suas carências, individuais e coletivas (Ckgnazaroff;

7 Vale pontuar que o município de Araraquara não conta com serviços de Consultório na Rua.

8 A intersetorialidade é compreendida como uma prática social baseada na existência de profundas insatisfações, principalmente no que se refere à capacidade das organizações em dar resposta às demandas sociais e aos problemas complexos vivenciados pelos cidadãos. Nesse sentido, a perspectiva intersetorial pressupõe uma articulação de saberes e experiências no planejamento na realização e avaliação de ações, para alcançar efeito sinérgico em situações complexas, visando ao desenvolvimento social (BECK; RODRIGUES, 2003).

Mota, 2003). Por isso, o tratamento dos problemas das pessoas demanda uma visão integrada dos vários aspectos/processos e setores que constituem sua vida cotidiana (saúde, emprego, educação, habitação, alimentação, cidadania etc.).

O conceito de intersetorialidade está relacionado com as noções de “setor” de conhecimento e capacidade profissional. De acordo com Inojosa (2001), dois aspectos são fundamentais sobre a formulação, realização e avaliação de políticas, programas e projetos intersetoriais, a saber: a *focalização*, com base regional, em segmentos da população, e a *preocupação com resultados e impactos*. (Inojosa, 2001, p. 105)

A focalização em segmentos permite uma maior proximidade com o usuário, facilitando a percepção de seus problemas e como eles se apresentam no cotidiano. Além disso, pode ser utilizada para a formulação de um planejamento de base territorial. Por outro lado, os resultados e impactos, compõem a parte avaliativa das propostas intersetoriais. Desse modo, conhecer os resultados é um elemento importante para poder evitar ações que geram impactos negativos, além de apontar se as mudanças esperadas na vida das pessoas estão realmente acontecendo.

Nesse sentido, objetiva-se o cuidado oportuno e integral nas ações e nas discussões/reflexões realizadas no GT POP RUA e no Comitê PopRua, construindo de forma coletiva o plano de ações e cuidados centrado na pessoa, sob diretrizes do Ministério da Saúde e práticas baseadas em evidências. Tal concepção se faz importante, pois a maioria das pessoas continua pensando como indivíduos isolados e não como parte de múltiplas redes de interações: familiares, de amizade, de trabalho, de crença, de lazer, de cultura, de identidades, de gênero, de sexualidade, entre outras.

Há de se levar em conta que está ocorrendo um envelhecimento nas ruas sem que sejam formuladas e implementadas políticas sociais que de fato sejam capazes de superar este fenômeno e problema social (Silva, 2009). Deste modo, há a necessidade de estudos para apurar esta hipótese, analisando a eficácia ou ineficácia das políticas públicas de atendimento à PSR.

O GT POP RUA é um colegiado de referências técnicas regionais, do nível central e que reúne diversos profissionais de diferentes equipamentos e serviços das políticas de saúde e assistência social, além de convidados de demais setores pertinentes. O espaço busca uma contínua educação em saúde de forma colaborativa, sob a *metodologia de problematização*, que tem como caminho metodológico o Arco de Maguerez, isto é, parte de um recorte da realidade observada, associada à temática estudada. Dessa observação analítica e crítica, é extraído um problema relevante a ser analisado, como é o caso da PSR. Posteriormente, segue-se para as definições dos aspectos do problema propriamente dito, definição das hipóteses de solução e da aplicação de uma ou mais dessas hipóteses a ser aplicada na realidade (Berbel, 2012).

O Comitê PopRua é um espaço colegiado, consultivo e deliberativo, que tem como objetivos: discutir, planejar, implementar, executar, monitorar e avaliar as ações do Programa Municipal “Novos Caminhos - a Rua e outras Possibilidades”, em consonância com a Política Municipal para a População em Situação de Rua, além de executar o Plano Municipal de Políticas Públicas para a População em Situação de Rua, que é elaborado há cada 4 anos, através da realização da Conferência Municipal de População em Situação de Rua (Araraquara, 2021a). O Comitê é composto por representantes da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social; da Saúde; da Educação; de Direitos Humanos e Participação Popular; do Trabalho, Desenvolvimento Econômico e Turismo; de Desenvolvimento Urbano; de Cooperação

dos Assuntos de Segurança Pública; da Cultura; de Esporte e Lazer; e representantes oriundos da sociedade civil, componentes de entidades de assistência social que prestam serviços de proteção socioassistencial, como acolhimento institucional, tratamento ao consumo problemático de substâncias psicoativas e entrega de alimentação para a PSR.

Em ambos os espaços, ocorrem encontros organizados por meio de reuniões mensais e agenda protegida, onde discutem-se os problemas encontrados em relação a PSR, assuntos teóricos, estratégias de ação, problematização⁹ e avaliação de resultados, numa perspectiva interdisciplinar e de aplicação prática com o público alvo. Tanto o GT quanto o Comitê foram desenvolvidos anteriormente ao período da pandemia e se mostraram fundamentais durante o período para a construção de estratégias de cuidado, compartilhamento da situação sanitária, divulgação e atualização de informações, solicitação de apoio no cuidado e otimização do acesso às políticas públicas. Um diferencial entre eles é que o Comitê PopRua não realiza discussão de casos específicos, se limitando a planejar e executar políticas públicas, diferentemente do GT POP RUA que o faz, através de uma visão multidimensional da PSR que transita ou vive no município de Belo Horizonte.

Entretanto, vale destacar que a simples presença de uma política pública e/ou social pode não revelar sua capacidade de interferência nas situações de exclusão/inclusão social, mas necessita colocar os sujeitos na condição de protagonistas a caminho da inclusão social. Faz-se fundamental, nesse sentido, o modo pelo qual a política pública é operada, levando em conta a cultura, a geografia da própria população com a qual se trabalha e a participação dos cidadãos. O peso da qualidade, neste caso, é tão forte quanto o da quantidade (Koga, 2002).

De acordo com Koga (2002), as cidades, em sua grande maioria, são conhecidas apenas por meio de demandas já preestabelecidas em seus programas, consolidando um modelo de gestão marcado pela ausência de um padrão de dignidade para com os cidadãos. Constata-se, desse modo, o domínio da política econômica sobre a política pública e social, o que implica numa ação focada no repasse de benefícios e pouca oferta de serviços.

AS ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DO CUIDADO

Tanto o GT POP RUA quanto o Comitê PopRua configuram-se como espaços coletivos, criadores de estratégias, recomendações e subsídios para os gestores e profissionais da saúde e assistência social, dentre outros, sobre os direitos de cidadania da PSR. Assim, as estratégias construídas, pactuadas e consolidadas, entre 2020 e 2022, podem ser elencadas em:

RECEPÇÃO: é o momento no qual o usuário recebe a primeira atenção ao adentrar nos serviços dos municípios, seja nas instituições ou mesmo no espaço de rua. A ideia é colocar quem chega à vontade, sem constrangê-lo, respeitando a sua situação e respondendo suas dúvidas de maneira objetiva, concisa e afetuosa.

9 Problematização é um jeito de olhar para objetos e situações comuns com um distanciamento necessário para que haja uma desnaturalização, uma desconstrução das noções de verdadeiro/falso, certo/errado, bonito/feito, normal/anormal. É o ato de colocar dúvidas e questionamentos de forma crítica ao problema ou situação.

ACOLHIDA: é o processo de contato inicial de um indivíduo ou família com os serviços, através da *escuta qualificada*¹⁰, que possibilita a apreensão das necessidades e interesses da pessoa, dando a oportunidade dela se expor livremente, em caráter privativo e sigiloso, além do profissional poder compartilhar informações sobre os serviços da rede socioassistencial.

De modo geral, os vínculos mantidos pela PSR, sejam com familiares ou comunidade, encontram-se fragilizados ou rompidos. Além disso, muitos já vivenciam experiências de preconceito e discriminações, até mesmo no acesso aos serviços, o que ocasiona distanciamento e receio de novas abordagens. Portanto, a acolhida inicial adequada é fundamental para favorecer a vinculação com o serviço, a equipe e os demais usuários. A criação de vínculos, somada ao cuidado em rede, é um importante passo para fomentar a autonomia e independência da pessoa, garantindo acesso e troca de experiências e estratégias.

A acolhida é o momento ideal para o atendimento inicial e a escuta qualificada, que deve apurar todas as perspectivas sem, contudo, deixar de priorizar o problema em foco, isto é, o que faz sentido para a pessoa ouvida. De acordo com Fauror (2009, p. 37):

[A] escuta demanda energia, dá trabalho [...] requer atitude. A relação entre a fala e a escuta é uma garantia de vida eterna para as histórias. [Para o vivido,] são sentimentos guardados apodrecendo. Envenenam o coração, dão gangrena, pus, enfarte. Só quando contamos o que aconteceu, quando falamos para alguém, o fluxo da vida volta a correr, normalmente, pelas veias (Fauror, 2009, p. 37-54).

ATENDIMENTO SINGULAR: é o atendimento prestado pela equipe técnica de modo individualizado, após a acolhida. Funciona como uma estratégia metodológica para o acompanhamento especializado, que será elaborado, acompanhado e avaliado pelo Projeto Terapêutico Singular (PTS)¹¹, que propõe um conjunto de ações que serão desenvolvidas durante a

10 “Escutar é mais que ouvir. É mais do que estar parada em frente de alguém, dividindo o mesmo metro quadrado. Escuta-se com as mãos, com os olhos, com a respiração, escuta-se, inclusive, com os ouvidos. Uma postura escuta, um gesto escuta, a boca escuta. Há que se deixar apagar e se concentrar no outro. Há também que se eliminar quais ruídos de interferência – como pensamentos que voam, telefones que tocam, variedades que afloram, vontade de ir ao banheiro [...]. Saber escutar é o que nos dá humanidade. [...] Escutar é ceder. É ato de generosidade” (FAOUR, 2009, p. 123).

11 De acordo com Pinto *et al.* (2011), o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta composta de informações reunidas em um prontuário, que levam a um conhecimento sistematizado da situação de cada usuário. Tal instrumento incorpora a noção interdisciplinar, pois recolhe a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Depois de uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe multiprofissional, denominada equipe de referência. As equipes de referência empreendem a construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe e usuário/família. Cada profissional de referência terá o encargo de acompanhar as pessoas ao longo de todo o tratamento naquela organização, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio consoante necessário e, finalmente, assegurando a alta e continuidade de acompanhamento em outra instância do sistema. O PTS deve permitir que os usuários participem como sujeitos ativos para que o planejamento responda às suas peculiaridades de pessoas em desenvolvimento, considerando sempre suas possibilidades, habilidades e interesses, e respeitando o direito de participação e de informação sobre as decisões que lhes digam respeito.

rotina coletiva e as abordagens individuais, visando atender aos objetivos específicos, segundo a demanda de cada um, para superar as vulnerabilidades e os riscos sociais. São momentos de escuta que permitem a discussão, reflexão e o fortalecimento da identidade e subjetividade, priorizando reflexões para gerar mudanças com vistas ao resgate e/ou fortalecimento da autonomia, da autoestima e do protagonismo de cada pessoa na reconstrução da sua trajetória de vida. Os espaços para a realização do atendimento individualizado devem ser acolhedores e apropriados para a garantia do sigilo das informações repassadas no decorrer do atendimento.

ATIVIDADES COLETIVAS: funcionam como uma estratégia dos serviços, no sentido de promover experiências que possibilitem a emergência de uma nova identidade social e cultural, distinta daquela firmada pela situação de rua. Tendo como parâmetro a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e as orientações do Caderno de Orientações Técnicas do Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Brasil, 2011), o atendimento em grupo é realizado entendendo-o como um importante instrumento para a potencialização dos recursos dos usuários e para o seu engajamento nas demais ações de caráter coletivo oferecidas pelo serviço. Tal processo contribui, assim, para o fortalecimento de vínculos que, conseqüentemente, facilitará o desenvolvimento do PTS.

O atendimento coletivo apresenta a dimensão educativa no âmbito socioassistencial e de saúde, no sentido de contribuir para a educação política do usuário, fomentando a participação social, o protagonismo, a compreensão do contexto social em que vivem, o exercício da cidadania e a construção de novas trajetórias de vida, a partir da ampliação da consciência sobre si mesmo, do outro, da família e do contexto em que vivem (Maria; Maurício, 2020, página). A realização dos grupos para orientação e atendimento requer planejamento em equipe, no qual deverá conter objetivos, metodologia, periodicidade, dentre outros aspectos. Cabe à equipe técnica, junto ao usuário, definir acerca de sua inserção no grupo, respeitando suas particularidades.

ESTUDO DE CASO: é uma atividade de natureza técnica, utilizada para aprofundar o conhecimento sobre a realidade e sobre as demandas dos usuários, a fim de melhor direcionar as ações e intervenções a serem desenvolvidas pelas equipes. Portanto, a avaliação técnica subsidia o planejamento e o acompanhamento das políticas públicas, sendo fundamental para aprimorar as ações desenvolvidas pelos serviços.

As primeiras informações para subsidiar o estudo de caso devem ser obtidas através: do contato com o serviço/órgão encaminhador, vislumbrando identificar e detalhar os motivos do encaminhamento; do mapeamento dos serviços vinculados a outras políticas, que atuam ou já atuaram com a pessoa e o seu grupo familiar; do levantamento de índices de vulnerabilidades, potencialidades e/ou intervenções realizadas; da busca ativa pelos membros da família de origem ou extensa/ampliada; das reuniões internas nas unidades, envolvendo toda a equipe de referência para discutir as estratégias para lidar com cada usuário do serviço. O levantamento de todas as informações deve considerar a história de vida, as referências sociais e familiares, as necessidades, os valores, os desejos, o potencial e as aptidões de cada um.

Destaca-se, que é sempre necessário que o usuário tenha o papel ativo nesse processo e, junto aos técnicos e demais integrantes da rede, consiga pensar nos caminhos possíveis para a superação das situações de risco e de violação de direitos, participando da definição dos encaminhamentos, intervenções e procedimentos que possam contribuir para o atendimento de

suas demandas. Além do usuário, também devem ser ouvidos outros profissionais que, porventura, estejam atendendo ou tenham atendido o usuário, como nos casos de acompanhamento por equipes de saúde mental ou de outros serviços da rede socioassistencial, a fim de que o trabalho conduza, no menor tempo necessário, a uma resposta propositiva e proativa.

Para a garantia de um atendimento de qualidade, os serviços de saúde e socioassistenciais devem funcionar de forma articulada com os demais serviços da rede, bem como das demais políticas, serviços, programas, projetos de instituições não-governamentais e comunitárias e demais órgãos do sistema de garantia de direitos que se fizerem necessários e interessados ao atendimento às demandas específicas de cada caso, favorecendo a integração familiar, comunitária e social dos usuários.

ENCAMINHAMENTOS: são os processos de orientação e direcionamento dos usuários para serviços e/ou benefícios socioassistenciais ou de outros setores. Os encaminhamentos pressupõem contatos prévios e posteriores da equipe técnica, de modo a possibilitar a efetivação do encaminhamento, garantir o retorno da informação e o efetivo atendimento formalizado por meio de algum tipo de documento ou formulário que possa ser entregue ao usuário e/ou enviado para a outra unidade.

Ancorados nessa metodologia e a partir das primeiras recomendações do Governo Federal para o acolhimento à PSR no contexto da pandemia, Araraquara, a pedido do Ministério Público Federal, deliberou, através do seu Comitê de Contingência do COVID-19, a formação de algumas equipes para atendimento de algumas situações de vulnerabilidade extrema. Assim, por meio da articulação entre SMADS e Secretaria Municipal de Saúde (SMS), uma equipe composta por uma enfermeira, um médico, um técnico de enfermagem, um psicólogo e um motorista, realizaram ações preventivas e de contenção à proliferação da COVID-19, com atendimento à PSR uma vez por semana, a partir de abril de 2020, até os dias atuais. O objetivo do serviço é oferecer abrigo, orientação, garantir nutrição e higiene, imunização, além de isolamento àqueles que estiverem com suspeita da COVID-19, ou que façam parte dos grupos de risco.

A equipe tem atuado junto ao Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS), nos locais de maior concentração da PSR, realizando procedimentos básicos como: verificação de pressão arterial; aplicação de vacinas (H1N1 e COVID-19); verificação de glicose; pequenos curativos; oferta de medicamentos; vigilância para doenças como tuberculose e hanseníase; testes rápidos contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's); coleta de exames; testagem de COVID; aconselhamento sobre cuidados com a saúde, distribuição de preservativo; além de encaminhamentos para outros serviços mais complexos, como àqueles que demandam intervenção para internação voluntária, involuntária ou compulsória, devido ao consumo problemático de substâncias psicoativas (Cagnin, 2021).

Também, no período pandêmico, através de articulação entre as Universidades do município junto ao Ministério da Saúde e SMS, foram desenvolvidas ações do *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde* (PET-Saúde/Interprofissionalidade), que realizaram visitas técnicas às unidades de acolhimento, públicas e de organizações da sociedade civil, para orientar usuários e funcionários sobre questões de saúde e da COVID-19, o uso de máscara e álcool 70%, higiene pessoal, distanciamento social, e sobre a importância do isolamento naquele momento (Cagnin, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As últimas décadas do século XX e início do século XXI foram marcadas por profundas transformações provocadas pelo avanço de um sistema global ancorado no modo de produção capitalista, tendo como consequência imediata o desemprego estrutural, o trabalho precarizado, a predominância do egoísmo e individualismo, o aumento da exploração e a crescente situação de miséria, que refletem, no âmbito das lutas e dos movimentos sociais, em pressão sobre o Estado, para que tome medidas de proteção social às pessoas em extrema pobreza, vulneráveis e/ou em risco social.

É preciso olharmos criticamente para as mais variadas expressões da “questão social”, sendo a PSR a mais radical delas, fenômeno este relacionado diretamente às contradições entre o mundo do capital e do trabalho, bem como aos aspectos referentes a formação sócio-histórica do Brasil, de modo que, encontrarmos pessoas com parte (ou integralmente) de seus direitos humanos básicos violados, principalmente na população negra, pobre e periférica, no que se refere à falta de educação, de moradia e de trabalho, não é incomum e nem nos surpreende mais. Além disso, essas pessoas se deparam com o medo, estereótipo, preconceito, a discriminação e as múltiplas formas de violência por estarem nas ruas, fato que termina em um processo de adoecimento.

Por isso, as experiências do GT POP RUA, de Belo Horizonte, e do Comitê PopRua, de Araraquara, têm se consolidado como espaços de construção de ações estratégicas intersetoriais, proporcionando novas práticas e cuidados em torno da saúde, proteção socioassistencial e da promoção da cidadania à PSR, alcançando uma gestão integral do cuidado e de educação em saúde, pautado nos Direitos Humanos.

Nesse sentido, merece destaque a compreensão de que o fenômeno PSR não é de atribuição exclusiva dos serviços de assistência social ou saúde, pois como fenômeno social complexo, deve ser contemplado por políticas intersetoriais, fomentado por governos, sociedade civil, movimentos sociais e demais interessados (Brasil, 2009). Nessa agenda de responsabilidades, é imprescindível que o poder público se empenhe em planejar, construir, executar, monitorar e avaliar políticas públicas (Serafim; Dias, 2012) capazes de concretizar os direitos da PSR.

Por fim, enfatiza-se que repensar o direcionamento das ações das políticas públicas, exige enfrentar o desafio de construir redes intersetoriais capazes de responder às demandas sociais, na perspectiva da garantia dos direitos fundamentais dos diversos segmentos sociais, cada vez mais empobrecidos, material e culturalmente, pelo processo sócio-histórico de exclusão social.

REFERÊNCIAS

ARARAQUARA. Lei Municipal nº 10.245, de 1º de julho de 2021. **Legislação Digital**, Araraquara-SP, 01 jul. 2021a. Disponível em: <<https://www.legislacaodigital.com.br/Araraquara-SP/LeisOrdinarias/10245>>. Acesso em: 11 ago. 2022.

ARARAQUARA. Portaria nº 27.498, de 13 de agosto de 2021. **Atos Oficiais**, Araraquara, SP, p. 8-10, 18 ago. 2021b. Disponível em: <<http://www.araraquara.sp.gov.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2022

- BELO HORIZONTE. **Terceiro Censo da População em Situação de Rua de Belo Horizonte**, Belo Horizonte, 2013 (brochura). Disponível em: <https://issuu.com/geel/docs/2014_censo_de_populacao_de_rua> Acesso em: 11 ago. 2022.
- BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores. Curitiba: **Revista Diálogo Educacional**, v. 12, n. 35, jan./abr., 2012, p. 101-118. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/1891/189123706006.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2022.
- BRASIL. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Brasília, DF: Casa Civil, 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em 27 jul. 2020.
- BRASIL. Lei nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005. Brasília, DF: **Casa Civil**, 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/l11258.htm>. Acesso em 27 jul. 2022.
- BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Brasília, DF: **Casa Civil**, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm> Acesso em: 27 jul. 2022.
- BRASIL. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 38p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2022.
- BRASIL. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua – SUAS e População em Situação de Rua**. Brasília: Editora Brasil LTDA, V.3, 2011. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_centro_pop.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2022.
- CAGNIN, J. G. Avanços e desafios no desenvolvimento e execução de medidas emergenciais para a população em situação de rua de Araraquara, durante a pandemia de COVID-19. In: CANAVEZ L. L. et al (orgs). **Anais do ix fórum sociojurídico: cidadania social e direitos fundamentais: desafios e perspectivas da pandemia de covid -19 no brasil**. Franca: UNESP-FCHS, 2021, 433 p. Disponível em: <<https://www.franca.unesp.br/Home/Administracao/UnidadeauxiliarCentroJuridicoSocial/anais-do-ix-forum-sociojuridico---2021.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2022.
- CKAGNAZAROFF, I. B.; MOTA, N. R. Considerações sobre a relação entre descentralização e intersectorialidade como estratégias de modernização de prefeituras municipais. Belo Horizonte: **E & G Economia e Gestão**, v. 3, n. 6, p. 23-41, dez. 2003. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/economiaegestao/article/view/94/87>>. Acesso em: 11 ago. 2022.
- DIAS, A. L. F. [et al.]. **População em Situação de Rua: Violações de Direitos e (de) Dados Relacionados à Aplicação do CadÚnico em Belo Horizonte, Minas Gerais**. Belo Horizonte: Marginália. Comunicação, 2021. p. 88. Disponível em: <<https://polos.direito.ufmg.br/wp-content/uploads/2021/09/Nota-Tecnica-inedita-elaborada-pelo-Programa-Polos-de-Cidadania-da-UFMG-sobre-o-CadUnico-em-Belo-Horizonte.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2022.
- IANNI, O. **A ideia do Brasil moderno**. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- FAOUR, C. **A arte de escutar**. São Paulo: Agir, 2009.
- GONÇALVES, R. N. **Avaliação de políticas públicas em promoção da saúde: estratégias intrasetoriais e intersetoriais integradas às políticas sociais**. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, 2021.

HARVEY, D. **Cidades Rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana**. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social brasileiro em tempos de mundialização do capital. Em: YASBEK, Maria Carmelita; IAMAMOTO, Marilda Villela (Orgs.). **Serviço Social na história: América Latina, África e Europa**. São Paulo: Cortez, 2019, p. 34-61.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: Notas Metodológicas**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/notas_metodologicas.html?loc=0>. Acesso em: 11 ago. 2022.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. São Paulo: **Cadernos Fundap**, n. 22, 2001, p. 102-110. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf>. Acesso em 01 nov. 2023.

KOGA, D. **Cidades entre territórios de vida e territórios vividos**. Revista Serviço Social e Sociedade, nº 72. São Paulo: Cortez, 2002, p. 22-52.

MARIA, M.; MAURÍCIO, A. Parque Municipal: lugar de encontros sensíveis, expressividade e afetos. GRILLO, Cristiane de Freitas Cunha [et al.]. **SUAS conexões: a integralidade da proteção da assistência social**. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal/UFMG, 2020.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2004.

NASCIMENTO, S. Do. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, n. 101, p. 95-120, jan. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ssso-c/a/TDCqtLhvDvRnRmDXhtTBHZK/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 01 nov. 2023.

NATALINO, Marco Antônio Carvalho. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022) [Nota Técnica]. Brasília, DF: **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, 2023, 20 p. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/4/NT_103_Di-soc_Estimativa_da_Populacao.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2023.

OLIVEIRA, L. M. F. **O alcance da proteção social à população em situação de rua: a fuga do paradigma do direito**. 2017. 312 f. Tese (Doutorado em Serviço Social e Política Social) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. Histórico da pandemia de COVID-19. **OPAS**, sd. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em: 28 out. 2022.

PECHIM, J. **Negros morrem mais pela Covid-19** (online). 24/11/2020. Disponível em: <<https://www.medicina.ufmg.br/negros-morrem-mais-pela-covid-19/>>. Acesso em: 27 jul. 2022.

PINTO, D. M. P. [et al.]. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. Florianópolis: **Texto Contexto Enferm**, 2011, jul-set; 20(3): 493-302. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000300010>>. Acesso em: 11 ago. 2022.

SERAFIM, Milena Pavan; DIAS, Rafael de Brito. Análise de política: uma revisão da literatura. Salvador: **Cadernos Gestão Social**, v.3, n.1, p.121-134, 2012.

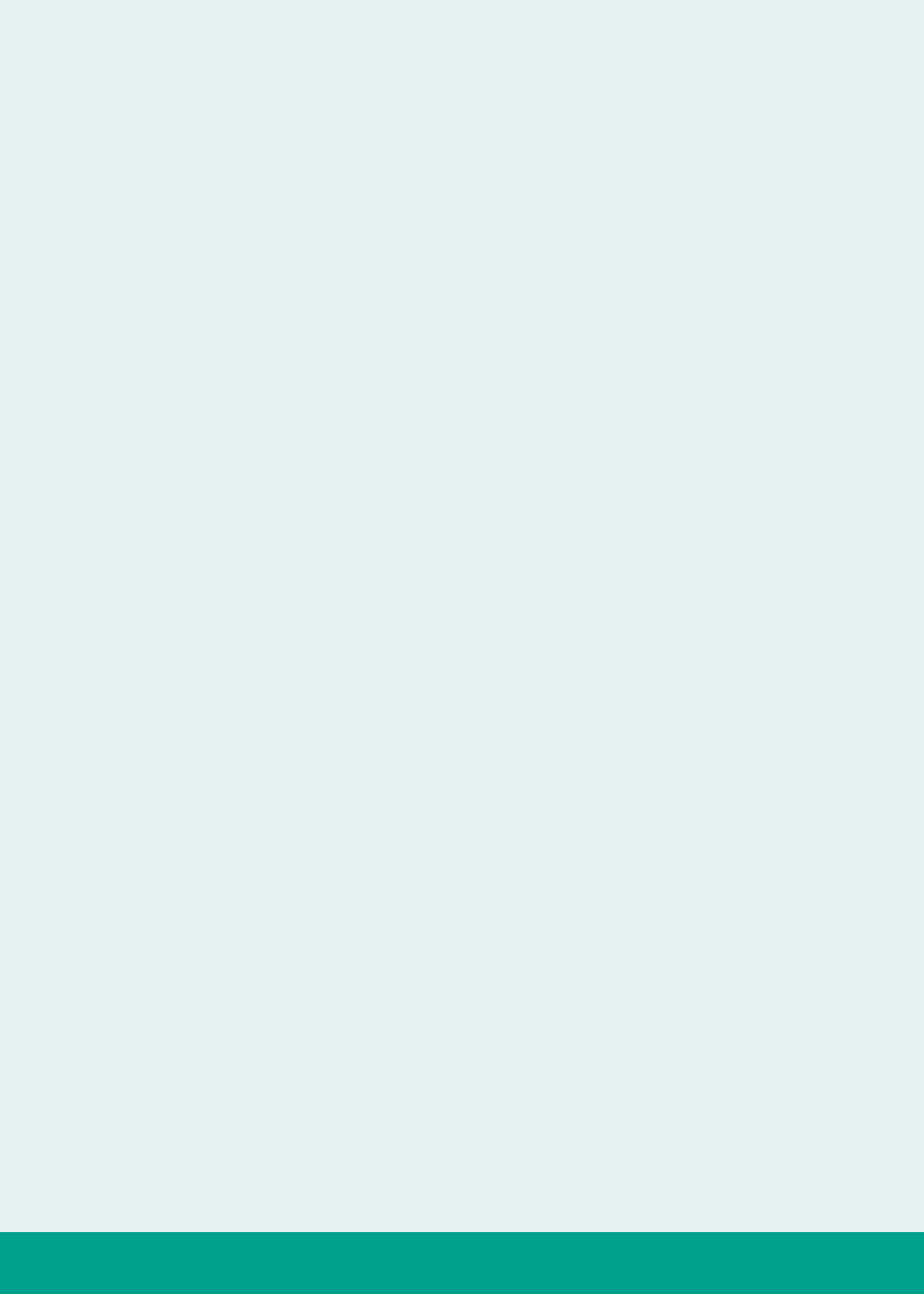
SILVA, M. L. L. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

SILVA, T. D.; NATALINO, M. A. C.; PINHEIRO, M. B. População em situação de rua em tempos de pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais. In: **Nota Técnica**. Disoc, n.74. Brasília: Ipea, 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10078/1/NT_74_Diest_Disoc_Populacao%20em%20Situacao%20de%20Rua%20em%20Tempos%20de%20Pandemia.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2022.

TIENGO, V. M. **Rualização e informalidade**: frutos do capitalismo. Curitiba: Appris, 2020, 175 p.

VARANDA, W.; GIORGETTI, C. **Censo e Caracterização da População em Situação de Rua de Araraquara**. Araraquara: Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, 2012. Disponível em: <<https://www.yumpu.com/pt/document/read/12847357/araraquara-2012-prefeitura-de-araraquara>>. Acesso em: 01 ago. 2022.

VERONEZE, R. T. Do direito à cidade às manifestações populares e de massas: implicações para a política urbana. *In*: SILVA, R. C. S.; VELASCO, E. G.; SANTOS, T. M. S.; BERLANDI, L. D. B. (Orgs.). **Tematizações sobre capitalismo, política social e serviço social: tempos de crise e resistência** [e-book]. Cuiabá: EdUFMT Digital, 2020, p. 97-128.



REGIONALIZAÇÃO DA HEMORREDE PÚBLICA BRASILEIRA: AVANÇOS E (IM)POSSIBILIDADES

Diogo Márcio Gonçalves dos Santos

José Rafael Marinho Accioli

José Ilson Lourenço dos Santos

Introdução

A representação e, com ela, a utilização do sangue pela humanidade foi se transformando ao passar do tempo. Com o advento da modernidade, o conhecimento adquirido possibilitou a construção de uma cientificidade em torno desse elemento e a potencialidade em utilizá-lo tanto por meio dos hemocomponentes como dos hemoderivados. No entanto, Santos, Gomes e Anjo (2021, p. 73) nos chamam a atenção para o fato de que, embora tenhamos alcançado importantes avanços quando o assunto é o sangue enquanto objeto de estudo, “ainda não se consegue produzi-lo sinteticamente, ou seja, o sangue é um componente biológico insubstituível em sua totalidade”.

É decorrente desse cenário que ocorrerá o surgimento e o desenvolvimento dos sistemas de captação e doação de sangue em diferentes países, a exemplo de como aconteceu na Inglaterra, Estados Unidos e França, países esses onde o tema, por muito tempo, foi atravessado pela discussão em torno da lógica mercantil *versus* doação altruísta e não remunerada, tendo como um dos pilares a busca ativa de potenciais doadores (Santos, 2019).

No contexto brasileiro, o desenvolvimento de um sistema de captação de doadores se iniciou na década de 1940, tendo o setor privado como responsável pelo surgimento dos bancos de sangue mediante a primazia das ações locais.

Sampaio (2013) descreve dois eventos que marcaram a consolidação da hemoterapia no Brasil:

- a) O 1º Congresso Paulista de Hemoterapia, em 1949, presidido por Carlos da Silva Lacaz, que congregou profissionais de vários estados da Federação, os quais, no ano seguinte, fundaram a Sociedade Brasileira de Hematologia

e Hemoterapia, e b) também em 1949 foi criada a Associação de Doadores Voluntários de Sangue do Rio de Janeiro, que veio a transformar-se em entidade nacional. *A associação era contrária ao pagamento pela doação de sangue, prática já adotada pelos bancos de sangue existentes, por defender a ideia do sangue doado como expressão de altruísmo e não como uma fonte de lucro* (Sampaio, 2013, p. 9, grifo nosso).

É diante do cenário da comercialização do sangue e de inexistências de execuções e políticas direcionadas à hemoterapia brasileira, realidade que mudará de fato a partir da década de 1980, que trazemos como proposta do desenvolvimento deste trabalho a seguinte questão norteadora: “Como a rede de serviços de sangue (hemorrede) pública se tornou importante para efetivação da Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados¹?”.

Em decorrência dessa problemática, a premissa definida para este estudo considera que os avanços obtidos ao decorrer dos anos sejam no ordenamento jurídico sobre essa matéria, seja na produção do conhecimento técnico-científico, expressada pela relação entre teoria e prática, adquiriam as condições essenciais, nesse momento histórico, para prestação de um serviço qualificado para população brasileira.

Destarte, o presente trabalho objetiva propiciar uma reflexão crítica acerca da importância da hemorrede pública enquanto instrumento para a promoção e captação de doadores de sangue no Estado brasileiro. Dessa forma, buscando desvelar as relações intrínsecas nessa discussão, o percurso de coleta e análise dos dados deste trabalho foi construído tendo como norte os seguintes objetivos específicos: a) contextualizar a trajetória histórica da Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados; b) Mapear a regionalização da hemorrede brasileira; c) Delinear as ações desenvolvidas para efetivação desse direito social.

Justifica-se a elaboração dessa discussão por compreendermos que, ao fomentar essa temática, busca-se o fortalecimento de subsídios para a construção de uma cultura social voltada à doação de sangue, tendo em vista que, de acordo com Santos (2022), para boa parte da sociedade, essa prática encontra-se ancorada muito mais “às questões de cunho subjetivos – amor e solidariedade, logo, doam apenas para familiares e/ou amigos próximos, quando não para situações pontuais, como é o exemplo de acidentes que promovam comoções – do que a um ato de cidadania” (Santos, 2022, p. 77).

O marco teórico do estudo foi construído mediante pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. O corpus de pesquisa foi composto por obras na área das Ciências da Saúde e Ciências Sociais, as quais foram obtidas por meio da técnica de pesquisa bibliográfica. A análise documental compôs o outro processo utilizado para esse trabalho. Foram investigados documentos de domínio público emitidos pelo Estado brasileiro que versam sobre a Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados.

Expõe-se, na sequência, os pressupostos teóricos para a condução do presente estudo. No primeiro momento, é realizada uma revisão teórica e contextualizada sobre a Política Nacional de Sangue; na sequência, toma-se a discussão em torno da exposição da estruturação da hemorrede e algumas das ações desenvolvidas para fomentar a doação voluntária, mediante a realidade brasileira.

1 Doravante Política Nacional de Sangue.

Recorte histórico acerca da hemoterapia brasileira

É a partir da década de 1930 que, no contexto brasileiro, tem-se as primeiras manifestações em torno da utilização do sangue por meio de alguns serviços no tocante às transfusões, destaca-se nesse cenário o Serviço de Transfusão do Rio de Janeiro, em 1933, fundado pelos médicos liderados por Nestor Rosa Martins, que iniciou essa atuação e fomentou a proposta para outras regiões, tais como Bahia, Minas Gerais e Pernambuco (Junqueira; Rosenblit; Hamerschlak, 2005).

No entanto, a hemoterapia brasileira passa a consolidar-se de fato em meados da década de 1940, momento esse onde os olhares em torno da utilização do sangue passam a ser mediados sobre o prisma de especialidade médica. Sampaio (2013) descreve bem esse cenário quando menciona o surgimento do

primeiro Banco de Sangue do País, em 1941, no Instituto Fernandes Figueira, no Rio de Janeiro, ligado ao esforço de guerra”. [E não apenas isso, mas nos traz que] em 1942, foram fundados outros dois serviços no Brasil: o Banco de Sangue da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, e o Banco de Sangue do Pronto-Socorro do Recife, em Pernambuco. No ano seguinte, 1943, a Universidade de São Paulo cria o Banco de Sangue do Hospital das Clínicas. Já em 1944, no Rio de Janeiro, foi inaugurado o Banco de Sangue do Distrito Federal (Sampaio, 2013, p. 9).

Como resultado desses eventos, foram realizadas algumas ações com vista a se discutir e fomentar a doação de sangue assentada na perspectiva altruísta e dissociada da lógica mercantil. Não à toa, esses esforços vão surtir efeitos por meio da promulgação da Lei N° 1.075, de 27 de março de 1950, que, embora apresentasse um arcabouço jurídico ainda um tanto simplista, buscava de alguma forma incentivar o ato da doação voluntária, ainda que baseada na lógica de troca ou de alguma forma de remuneração ou compensação (Santos, 2019; Sampaio, 2013).

Teixeira (2015) exemplifica bem esse cenário quando menciona o Art. 1° da referida Lei, onde lê-se que

Será consignada com louvor na folha de serviço de militar, de funcionário público civil ou de servidor de autarquia, a doação voluntária de sangue, feita a Banco mantido por organismo de serviço estatal ou paraestatal, devidamente comprovada por atestado oficial da instituição. Art. 2° Será dispensado do ponto, no dia da doação de sangue, o funcionário público civil de autarquia ou militar, que comprovar sua contribuição para tais Bancos. Art. 3° O doador voluntário, que não for servidor público civil ou militar, nem de autarquia, será incluído, em igualdade de condições exigidas em lei, entre os que prestam serviços relevantes à sociedade e à Pátria (Teixeira, 2015, p. 7).

Diante desse contexto, a hemoterapia brasileira, embora ainda marcada por um viés mercantil, vai galgando os primeiros passos para que de fato possa se estabelecer enquanto uma Política Pública. Coelho, Moraes e Santos (1991) destacam que, na década de 1960, os avanços em torno dos procedimentos na utilização do sangue serviram de subsídio para isso. Segundo os autores, com as novas técnicas de conservação e com elas o fracionamento do sangue, possibilitaria seu uso na prática terapêutica. Logo, tornou-se necessária a

Sofisticação dos serviços, recursos humanos especializados e aparelhagem própria. Como cada parte do sangue tem seu emprego específico, tomou-se necessário, do ponto de vista operacional, que a rede hemoterápica se integrasse cada vez mais para eliminar sobras e faltas (um pronto socorro, por exemplo, utiliza muitas hemácias e pouco plasma; serviços de tratamento de hemofílicos usam plasma e derivados e poucas hemácias) e permitir uma distribuição mais eficiente do sangue (Coelho; Moraes; Santos, 1991, p.164).

Conforme Barca (2013), na década seguinte, passou a ser engendrada a nível nacional uma reformulação em torno dos serviços ofertados e das estruturas dos bancos de sangue de forma que, agora, a participação efetiva do Estado se fará uma constante. Não tardou para que os primeiros sinais começassem a se mostrar como viáveis para “a inauguração do primeiro Hemocentro brasileiro, o Centro de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (Hemope), Em 1977” (Santos, 2019, P. 31).

A criação dos primeiros hemocentros brasileiros embasaram-se no modelo proposto pelos estudos do Dr. Pièrre Cazal, incentivadas pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que apontava a necessidade de basear a hemoterapia brasileira “no modelo implantado pela França, descentralizado, com a coordenação e o controle sob a responsabilidade do nível nacional” (BARCA, 2013, p. 38); e pela pesquisa realizada por Francisco Antonácio, em 1976, a qual reafirmou a realidade constatada por Cazal e ressaltou

A necessidade imperiosa da atuação governamental prioritária a fim de promover a substituição do atual sistema com características comerciais, por outra que assegure o provimento das necessidades hemoterápicas em todo o país em condições compatíveis com os modernos preceitos técnicos-científicos (Basílio, 2002, p. 41).

Tem-se o início da estruturação da rede pública de serviços hemoterápicos, que possibilitou, na década de 1980, a criação do Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue), que se constituiu como a primeira ação direta do governo no que diz respeito à

Estruturação de uma rede de serviços de sangue (hemorrede), contemplando a interiorização das ações e atividades hemoterápicas, com o objetivo de alcançar a cobertura hemoterápica em todo o País por meio da promoção da doação voluntária de sangue, da qualificação de recursos humanos e da padronização dos procedimentos técnicos (Barca, 2013, p.38).

Coordenado por uma equipe técnica subordinada à Secretária-Geral do Ministério da Saúde, sediado inicialmente na Fundação Oswaldo Cruz (Fio Cruz) e, posteriormente, no HEMOPE, tal Programa foi responsável por estabelecer “uma ordenação do Sistema Hemoterápico do Brasil, criando a rede de hemocentros nas principais cidades brasileiras, para executar a política nacional de sangue nas unidades federadas” (Sampaio, 2013, p. 12) e, com isso, de acordo com Santos (2019, p. 32), “incentivava a doação de sangue sem que o doador recebesse contrapartidas, propunha ações envolvendo a comunidade para que a população pudesse entender o significado social do ato da doação”. Além disso,

O Programa previa que uma das ações básicas a serem executadas “consistirá na implantação da Rede Nacional de Centros de Hematologia e Hemoterapia” (os hemocentros). Entre as atividades dos hemocentros estavam as de “proteger a saúde do doador, tratando os que tiverem doenças do sangue”, “instituir mecanismos de incentivo à permanência do doador no exercício deste nobre e humanitário ato social” e processar os dados referentes aos doadores “para utilização como indicadores de saúde da população”. Na projeção de resultados previa-se que, com a implantação do Pró-Sangue, a doação voluntária passaria a representar a base de todo o processo e assumiria sua “função social relevante” (Coelho; Moraes; Santos, 1991, p. 170).

Temos, assim, a partir da década de 1980, o marco histórico, no qual os hemocentros foram se instituindo por todo o país, e o Governo passou a se responsabilizar pela consolidação de uma Política de Sangue. Faz-se necessário destacar que, mesmo diante de importantes conquistas no tocante à hemoterapia brasileira,

Esta, por sua vez, emerge como uma nova demanda para os profissionais da saúde, o que se somou aos cuidados requeridos pela epidemia de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), epidemia que exigiu a reestruturação dos procedimentos até então estabelecidos tanto nos cuidados de saúde quanto no tocante à doação de sangue (Santos, 2019, p. 32).

Segundo Barca (2013), a implementação do Pró-Sangue e o advento da AIDS possibilitou a prioridade da área nos investimentos públicos, devido ao alto risco de contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), resultando, por meio da constituição do Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados (PLANASHE), mudanças significativas no campo das discussões acerca da doação de sangue, pois esse documento norteou a estruturação da referida rede de serviços nos anos subsequentes.

Nessa conjuntura, ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que passa a ser considerada um marco para a área da saúde no Brasil, porque se constitui como um

Instrumento que viria a influir de forma determinante em dois processos que se iniciariam, concomitantemente, em 1987: um, no Executivo, a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o SUDS; outro, no Congresso Nacional, a elaboração da nova Constituição Federal (Mendes, 1999, p. 62).

O tema sobre a doação de sangue se fez presente no referido encontro, porque essa discussão foi considerada peça importante na composição de indicadores de saúde, sendo tratada como “dever do Estado prover os meios para um atendimento hematológico e hemoterápico de acesso universal e de boa qualidade, sendo dever do cidadão cooperar com o Estado na consecução desta finalidade” (BRASIL, 2010).

Desse modo, por meio da Lei Nº 10.205, de 21 de março de 2001, regulamentou-se a Política Nacional de Sangue, ao estabelecer o ordenamento necessário para execução das atividades (coleta, estocagem, distribuição e aplicação do sangue) dos hemocentros; e o acesso de todo cidadão ao sangue com qualidade e quantidade suficiente.

A regionalização da hemorrede e a atuação para captar doares

Embora sejam inegáveis os avanços e as conquistas da hemoterapia nas últimas décadas, fato que fez com que o Brasil se tornasse uma referência na América Latina, o processo de captação de doadores tem se constituído numa tarefa árdua. De acordo com Santos (2019), isso se potencializa quando observamos o fato de que a doação de sangue não se constitui como uma prática cotidiana da maioria dos brasileiros, o que reforça a ideia de que tal ação se atrela quase que exclusivamente a concepção de amor e solidariedade, ou seja, ao campo das subjetividades. Para além disso, de acordo com Santos; Gomes e Anjo (2021), quando observamos a

Extensão territorial e o censo populacional do Brasil, de acordo com dados do censo demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), temos um país diversificado em sua cultura, ou seja, diversos “brasis”², atentar para esse cenário faz-se extremamente importante para que a gestão dos hemocentros potencialize estratégias e possam abranger cada vez mais a diversificação da população brasileira (Santos; Gomes; Anjo, 2021, P. 73).

Logo, considerando esse cenário, nas palavras de Santos (2021, p. 72), “constataremos diversificados brasis dentro de um Brasil e com isso a necessidade por parte do Estado em promover estratégias, programas e projetos que possam fazer com que a sociedade adote a doação de sangue como uma prática corriqueira do dia a dia”.

Uma vez que, de acordo com o Ministério da Saúde, “hoje, 14 a cada mil habitantes são doadores de sangue no país. O percentual corresponde a 1,4% da população brasileira” (Brasil, 2021). Nesse sentido, por ainda existir essa necessidade por parte dos hemocentros em captar doadores e levando em conta que

2 Termo cunhado por Ribeiro (1995), no qual ele aborda a história da formação étnica e cultural do povo brasileiro através de 5 “brasis” diferentes (Sertanejo, Crioulo, Caboclo, Caipira e Sulino).

A estruturação da Hemorrede é variável em cada território, visto que as características das regiões brasileiras são bastante distintas, levando-se em conta fatores como disponibilidade de recursos, Plano Diretor de Regionalização, logística de transporte, capacidade instalada, demanda por serviços, entre outras variantes (Souza, 2015, p. 31-32).

Outrossim, o Ministério da Saúde, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), nº 151, de 21 de agosto de 2001, que aprova o Regulamento Técnico sobre Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia, passou a definir a nomenclatura e conceituação dos serviços que integram a hemorrede nacional. Assim, como os documentos legais que estão em vigor para a organização da Hemorrede apresentados na RDC nº 34, de 11 de junho de 2014, que dispõe sobre as boas práticas no ciclo do sangue; na Portaria Ministerial nº 2.712, de 12 de novembro de 2013, a qual redefina o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.

Quadro 1 – Classificação e descrição dos tipos de serviços de hemoterapia brasileiros

TIPOS DE SERVIÇOS	DESCRIÇÃO	ATUAÇÃO	NATUREZA
Hemocentro Coordenador (HC)	Referência técnica em hematologia/hemoterapia (suporte técnico); prestação de serviços hemoterápicos relacionados a todo o ciclo do sangue; centro de ensino e pesquisa (capacitação de recursos humanos); integração da rede de serviços do estado na garantia do aporte hemoterápico; apoio à Secretaria de Estado da Saúde na elaboração de políticas estaduais de sangue.	Atuação central no estado.	Pública
Hemocentro Regional (HR)	Prestação de serviços hemoterápicos relacionados a todo o ciclo do sangue; os testes de triagem laboratorial podem ser terceirizados; executor da Política Estadual de Sangue; apoio ao HC no aporte hemoterápico.	Atuação macrorregional no estado	Pública
Núcleo de Hemoterapia (NH) ou Hemonúcleo	Prestação de serviços hemoterápicos relacionados a todo o ciclo do sangue; os testes de triagem laboratorial podem ser terceirizados; executor da Política Estadual de Sangue; apoio ao HC no aporte hemoterápico.	Atuação local ou microrregional	Pública ou privada
Unidade de Coleta e Transfusão (UCT)	Prestação de serviços hemoterápicos relacionados à coleta e transfusão de sangue; ligada a um serviço de hemoterapia responsável pelo processamento e testes de triagem de doadores; pode processar e realizar testes imuno-hematológicos do doador e do receptor.	Atuação local (municípios), unidade ou hospitalar	Pública ou privada
Unidade de Coleta (UC)	Prestação de serviços hemoterápicos relacionados à coleta de sangue de doadores; ligada a um serviço de hemoterapia responsável pelo processamento e testes laboratoriais de triagem de doadores.	Atuação local, unidade fixa (posto de coleta), unidade móvel (veículo de coleta)	Pública ou privada

TIPOS DE SERVIÇOS	DESCRIÇÃO	ATUAÇÃO	NATUREZA
Central de Triagem Laboratorial de Doadores (CTLD)	Prestação de serviços hemoterápicos relacionados à realização de triagem laboratorial das doenças infecciosas nas amostras de sangue dos doadores coletadas na própria instituição ou em outras; ligada a um serviço de hemoterapia responsável pela coleta de amostras de doadores.	Atuação local, micro ou macrorregional.	Pública ou privada
Agência Transfusional (AT)	Prestação de serviços hemoterápicos relacionados ao armazenamento de hemocomponentes liberados, testes de compatibilidade entre doador e receptor e transfusão de sangue; ligada a um serviço de hemoterapia responsável pelo fornecimento de sangue e hemocomponentes liberados.	Atuação intra-hospitalar	Pública ou privada

Fonte: ANVISA, 2015.

Segundo dados da ANVISA (2015), os principais tipos de serviços de hemoterapia (segundo a RDC nº151 de 2001) são: 26 hemocentros coordenadores; 68 hemocentros regionais; 244 núcleos de hemoterapia; 116 unidades de coleta e transfusão; 29 unidades de coleta; 8 centrais de triagem laboratorial de doadores; e, 1.575 agências transfusionais³.

Os dados apontam a região Sudeste como o território com maior número de estabelecimentos (48%), seguido pelas regiões Sul (21%), Nordeste (17%), Centro-oeste (7%) e Norte (7%), ocorrendo a prevalência dos serviços públicos (45%) em relação ao privado (20%) e ao privado contratado pelo público (35%) (ANVISA, 2015).

Para Schlindwein (2016), quando olharmos para a discrepância no tocante aos números de estabelecimentos entre as regiões, um dos elementos que pode nos ajudar entender melhor esse cenário diz respeito às extensões territoriais dos estados e como elas

Podem acrescentar limitações ou facilidades à gestão, envolvendo a concentração ou não de serviços de média e alta complexidade de atenção à saúde, logística de coleta e distribuição de hemocomponentes, manejo da força de trabalho, controle, avaliação, treinamentos e ações de educação continuada. [e também] O tamanho da população a ser atendida por essa hemorrede também é um fator que deve ser considerado, aplicando-se indicadores de metas de atenção hemoterápica para o grupo de pacientes que provocarão a demanda. (SCHlindwein, 2016, p. 23).

Não é demais lembrar que os serviços de hemoterapia que integram a Hemorrede Pública Nacional têm o objetivo de garantir a qualidade do sangue que servirá para salvar vidas

3 “O elevado número de agências transfusionais em relação aos demais tipos de estabelecimentos é esperado, visto que estas estão presentes em instituições de assistência à saúde que realizam intervenções cirúrgicas de grande porte, atendimentos de urgência e emergência ou que efetuam mais de 60 transfusões por mês, segundo preconiza a Portaria Ministerial 2.712/13, do Ministério da Saúde” (Anvisa, 2015, p. 3).

nos hospitais e serviços de urgência e emergência do país: acidentes, cirurgias, combate a infecções graves e tratamentos de doenças hereditárias são algumas das situações nas quais a transfusão de sangue, muitas vezes, torna-se imprescindível. Sendo assim,

Mais que um exercício de planejamento, os atores regionais podem exercer a solidariedade e comprometimento com uma proposta comum para o território onde estabelecem suas relações sociais e dividem entre si as consequências do tipo de serviço de saúde que é produzido pelo sistema de saúde em suas esferas de gestão, podendo se tornar protagonistas na consolidação de regiões de saúde com serviços mais resolutivos para a população, alinhados à proposta do Sistema Único de Saúde (Souza, 2015, p. 47).

Não se torna um equívoco analisarmos que, quanto ao processo de promoção voltado à doação sanguínea, é requerido “estratégias de sensibilização, e, para isso, cabe à gestão atentar para os cenários políticos e socioculturais, que, por vezes, constituem-se devastadores (Santos; Gomes; Anjo; p. 2021, 26). Assim, Veloso *et al.* (2013) sinalizam que conhecer a realidade local pode determinar o sucesso ou insucesso das estratégias.

Nessa direção, ressaltamos que, no tocante aos hemocentros, em suas estruturas administrativas, estes possuem um setor de captação de doadores de sangue formado por uma equipe multiprofissional, em sua maioria composta por assistentes sociais, enfermeiros e médicos. Araújo *et al.* (2010) destacam que, a esses profissionais, são atribuídos a tarefa de provocar conscientização, promoção de diálogos acessíveis com a população e ações socioeducativas em prol da captação de potenciais doadores de sangue.

Indubitavelmente, as atividades desenvolvidas por esse setor se configuram como essenciais, uma vez que a desmistificação dos mitos, tabus e preconceitos em torno do ato da doação de sangue ainda é uma constante, já que os desafios que se apresentam às redes hemoterápicas acarretam carência nos bancos de sangue do país (Lehmkuhl *Et Al.*, 2005; Pereira, *et al.*, 2020).

Com vistas a manter a promoção, a segurança e a qualidade no processo de captação sanguínea e, com isso, instaurar uma cultura de doação de sangue no país, de acordo com Veloso *et al.*, 2013, as atividades mais conhecidas para captação de sangue no Brasil se expressam da seguinte forma.

Quadro 2 – Estratégias utilizadas pelos hemocentros para captação e fidelização de doadores de sangue

ESTRATÉGIA	DESCRIÇÃO
Projeto Doar do Futuro	tem a finalidade de contribuir para que alunos de tornem doadores e/ou multiplicadores das informações socializadas, com seus familiares e amigos.
Projeto Coleta Externa	objetiva ir ao encontro do doador, utilizando campanhas em diferentes instituições e territórios para facilitar o acesso da população sobre essa temática e, conseqüentemente, realizar coletas externas para o acréscimo das coletas internas.
Projeto de Incentivo à Doação Feminina	mobilizar as mulheres para a importância dessa ação, tendo em vista que elas correspondem 20% e 20% das doações de sangue.

ESTRATÉGIA	DESCRIÇÃO
Projeto de Envio de Correspondência	tem a intenção de fidelizar os doadores de sangue através do envio de malas diretas/convites, bem como o envio de cartões de aniversário e felicitações.
Projeto de Captação de Doadores	busca capacitar grupos motivados a multiplicar conhecimento sobre a doação de sangue, divulgando e conscientizando sobre a importância e a necessidade de doação.

Fonte: Veloso *et al.*, 2013.

Compreende-se, portanto, que, embora haja por parte do Estado uma mobilização a fim de potencializar a prestação de serviços por meio da regionalização da hemorrede com vista a captação de doadores de sangue, a articulação de novas práticas em torno dessa questão se faz mais do que necessária se partimos do pressuposto de uma hemorrede ativa, dinâmica e de cunho social e cidadã, por que

A finalidade de um hemocentro não diz respeito unicamente a assegurar ao cidadão o acesso ao sangue em quantidade e qualidade necessárias para o seu bem estar. É importante ressaltar que a gestão, que ocupa a função de chefia, também se atente para a necessidade de desenvolver estratégias a fim de que esses objetivos possam ser mensuráveis. Projetar ações que tenham como horizontalidade uma maior aproximação com o potencial doador, pode fazer toda a diferença no momento de sua doação e/ou fidelização (Santos; Gomes; Anjo, 2021, p. 81).

Não à toa, se pensarmos no contexto da pandemia de Covid-19 e na doação de sangue, constataremos um efeito drástico para os hemocentros do país. Os próprios indicadores do Ministério da Saúde evidenciaram uma redução de cerca de 30% a 40% nos estoques dos bancos de sangue em todo o território nacional (Souza; Mariz, 2020).

No que tange aos procedimentos referentes ao processo da doação de sangue, veremos como os hemocentros passaram a ter que trabalhar sobre novas perspectivas. Mais uma vez, novos critérios de elegibilidade se materializaram, fazendo a hemorrede brasileira (con)viver com as nuances em torno do vírus e dos serviços de saúde. Nesse sentido, Santos (2022) vai evidenciar que não seria equívoco afirmar que, da mesma forma que ocorreu com o advento do HIV/Aids, em que foi historicamente inaugurado um novo tempo quanto aos serviços de saúde voltados à hemoterapia mundial, em 2020, temos um novo marco simbólico por meio de outro vírus, agora o de Covid-19.

A partir dessas reflexões, torna-se imprescindível a compreensão de pensar a relevante necessidade de promover ações estratégicas mediante diretrizes para (re)organizar os serviços hemoterápicos no país, considerando toda a diversidade em torno dos brasis que compõem o Brasil.

Diante desse cenário, o Serviço Social pode trazer contribuições significativas aos serviços hemoterápicos no Brasil, pois, ao atuar em diferentes eixos⁴ da Política de Saúde sob a dimensão teórico-política, consegue fazer uma leitura crítica da realidade, identificando, assim, as condições para “impulsionar ações inovadoras no sentido de reconhecer e atender as reais necessidades dos segmentos subalternos” (CFESS, 2010, p. 69).

E não apenas isso. Se pensarmos no conjunto das competências e das atribuições profissionais, podemos constatar que existe uma intrínseca relação com o Projeto Ético Profissional, que, por meio de seu arcabouço legal, promove uma concepção de cidadania que, articulados com o projeto de Reforma Sanitária, visa a viabilização do acesso aos serviços de saúde ofertados de forma democrática.

É nesse sentido que assistentes sociais, enquanto sujeitos que operacionalizam políticas, podem mobilizar outros profissionais e os usuários numa perspectiva de promover “transformações estruturais nas políticas sociais e na saúde em particular, lutando pela ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura” (CFESS, 2010, p. 23).

A constituição de uma agenda pela defesa e ampliação da cidadania integra a luta democrática e popular por uma sociedade mais justa e igualitária, a qual deve ser compreendida por princípios de desmercadorização, a fim de socializar riqueza para universalizar o acesso.

Perante o exposto, a cidadania não deve ser um projeto em si, mas parte do processo que institui as bases para transição de “um padrão de civilidade que começa pelo reconhecimento e garantia de direitos no capitalismo, mas que não se esgota nele” (Behring; Boschetti, p. 195).

Considerações Finais

Ao longo da escrita deste trabalho, explicitamos que a consolidação da hemoterapia brasileira enquanto especialidade médica é (de)marcada por um processo sócio-histórico, ora marcado pela lógica mercantilista, e, com ela, a disputa pela manutenção da venda do sangue como mercadoria, ora como a necessidade de um ato assentado no altruísmo e, com ele, a bandeira da doação voluntária, livre de toda e qualquer concepção mercantil. Numa engenharia social, atravessada por lutas sociais e reivindicações, buscamos evidenciar como esses movimentos se tornaram relevantes para que o Estado pudesse não apenas assumir a responsabilidade em torno do debate como também constituísse a Política Nacional de Sangue enquanto um direito social.

A partir disso, traçamos um recorte histórico e lançamos alguns apontamentos sobre como todo esse processo provocou a regionalização da hemorrede brasileira e sua missão em operacionalizar os serviços de saúde voltados à doação de sangue e sua busca ativa em captar potenciais doadores.

De um modo geral, sinalizamos para os esforços empreendidos pelos profissionais que compõe essas instituições, que, com apoio dos agentes multiplicadores e de outros segmentos

4 Conforme o documento Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010), a atuação pode ser no atendimento direto aos usuários; na mobilização, participação e controle social; na investigação, planejamento e gestão; na assessoria, qualificação e formação profissional.

da população, têm juntado forças em disseminar conhecimentos, desmistificar mitos, tabus e preconceitos, cooptando potenciais doadores de sangue e, assim, construindo uma cultura voltada a doação de sangue.

Queremos, com isso, dizer que capturar as transformações, em torno do debate da doação de sangue no país, torna-se extremamente relevante para que possamos fazer uma releitura acerca de como o cenário ainda se apresenta como desafiador para os profissionais dos Hemocentros e requer uma participação de todos para que seja possível materializar os apontamentos descritos acima.

Ganha relevância nesse contexto o fato de o Brasil ter se tornado referência quando falamos dos serviços de saúde voltados à doação de sangue, pois o debate público tem se constituído como o caminho para transformar culturalmente a sociedade brasileira e reinventar as estruturais sociais e políticas, programas e ações.

Referências

ARAÚJO, F. M. R. *et. al.* Doadores de sangue de primeira vez e comportamento de retorno no hemocentro público do Recife. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 384-390, 2010.

BASÍLIO, F. P. S. **Evolução das políticas de hemoterapia no Brasil**: o sistema público de hemoterapia do Ceará. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza: 2002.

BARCA, D. A. A. V. Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados .no Brasil. *In*: BRASIL, Ministério da Saúde. **Técnico em hemoterapia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, p. 37-44.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Projeto ético-político do Serviço Social e política social. *In*: BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011, p. 192-199.

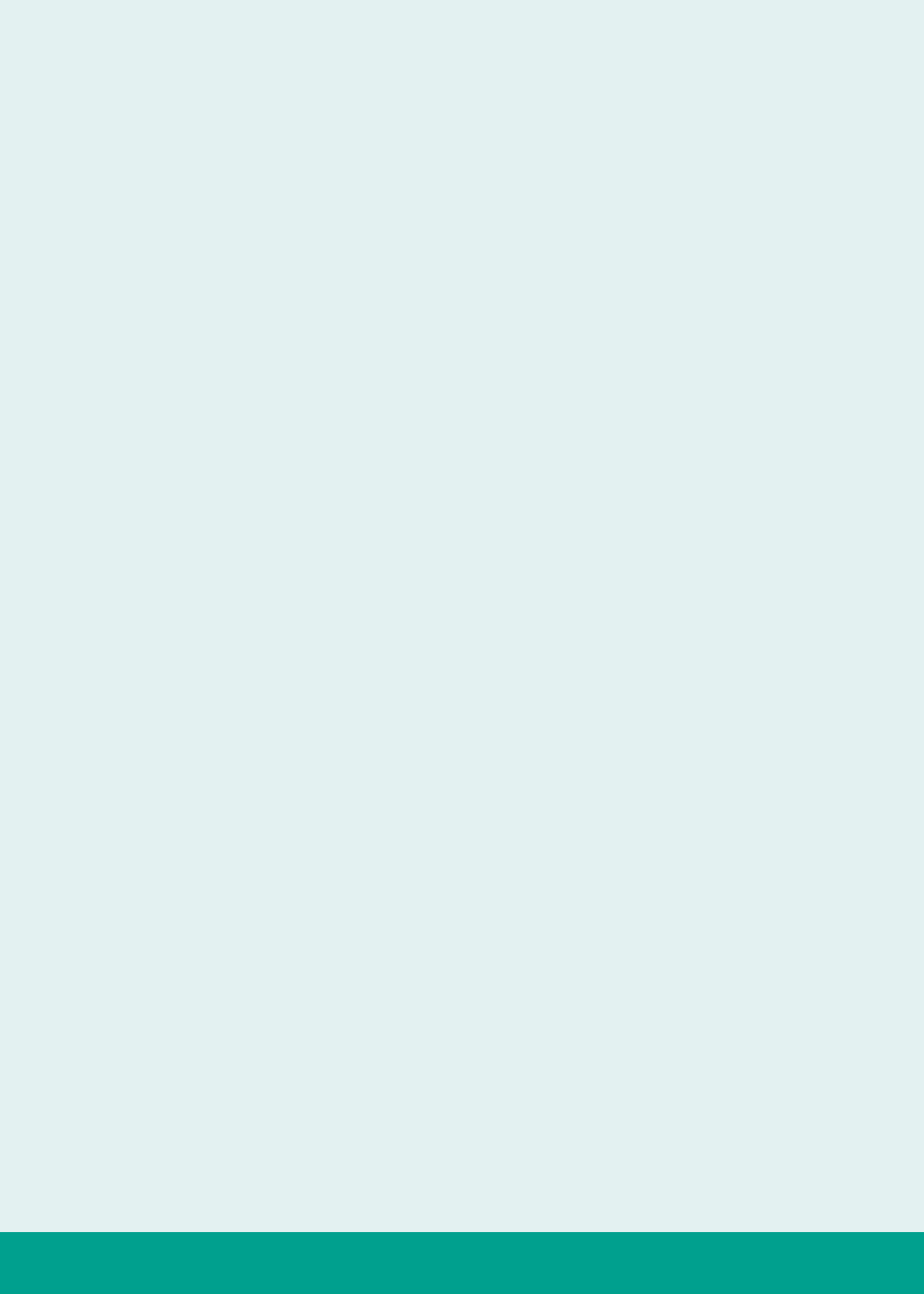
BRASIL. Ministério da Saúde (2021). **No Dia Nacional Do Doador de Sangue, Ministério da Saúde reforça importância dessa ação que salva milhares vidas**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/novembro/no-dia-nacional-do-doador-de-sangue-ministerio-da-saude-reforca-importancia-dessa-acao-que-salva-milhares-vidas> . Acesso em: 09. out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Gestão de Hemocentros**: relatos de práticas desenvolvidas no Brasil. Brasília, 2010.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim de serviços de hemoterapia no Brasil**: relatório do universo de estabelecimentos cadastrados segundo dados da vigilância sanitária. Brasília: ANVISA, 2015. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/219401/boletim_hemoterapia_brasil_1%2B%25282%2529.pdf/7fb452a-0-3607-4374-8f80-55760f13248a. Acesso em: 27 de jun. 2022.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 151, de agosto de 2001**. D.O.U. – Diário Oficial da União; Poder Executivo, 22 de agosto de 2001. Disponível em: <http://www.hemocentro.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/legislacao/RDC%20151%20de%2021%2008%2001.pdf>. Acesso em: 27 de jun. 2022.

- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2020.
- COELHO, V. S. P.; MORAES, C.; SANTOS, L. C. A hemoterapia no Brasil de 64 a 80. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 161-182, 1991.
- LEHMKUHL, G. T. *et al.* O Planejamento e Controle da Produção num sistema organizacional em rede: o caso de um banco de sangue. **Revista Alcance**, Itajaí (SC), v. 12, n. 1, p. 61-78, 2005.
- MENDES, E.V. **Uma agenda a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- PEREIRA, J. R. *et al.* Influencing Factors of Blood Donation Intent: Proposing an Exploratory Model. **Revista de Administração da UFMS**, Santa Maria, v. 13, n. 4, p. 728-747, 2020.
- RIBEIRO, D. **O Povo Brasileiro**. Companhia das Letras: São Paulo, 1995
- TEIXEIRA, R. A. O. Contextualização da captação de doadores na hemoterapia brasileira. In: BRASIL. Ministério da saúde. **Manual de Orientações para Promoção da Doação Voluntária de Sangue**: livro texto. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p.07.
- SAMPAIO, D. A. S. Cenário político, social e cultural da hemoterapia no Brasil. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Técnico em hemoterapia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, p. 7-17.
- SANTOS, J. I. L. **Homofobia na veia do Estado brasileiro**: sujeitos, teias e enquadramentos. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Maceió, 2022.
- SANTOS, J. I. L. **Doação de sangue e homossexualidade no Brasil**: cautela revestida de preconceito? Maceió: Edufal, 2019.
- SANTOS, J. I. L.; GOMES, E. F.; ANJO, J. E. S. Marketing social para doação de sangue em tempos de pandemia de Covid-19 na cidade de Maceió/AL. RAHIS, **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 18, n. Edição Especial, p. 70-85, 2021.
- SCHLINDWEIN, R. S. Modelos de Gestão das Hemorredes da Bahia e Minas Gerais – Possíveis Implicações Quanto a Desempenho. In: BRASIL. **Gestão de Hemocentros**: relatos de práticas desenvolvidas no Brasil: IV Curso de Especialização em Gestão de Hemocentros: resumos das monografias finais [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- SOUZA, S. A. S. **Proposta metodológica para o planejamento regional da hemorrede em uma região de saúde**. Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Bahia, 2015.
- SOUZA, A.; MARIZ, R. Ministério da Saúde pede doações de sangue em razão do novo coronavírus. **O Globo**. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus-servico/ministerio-da-saude-pede-doacoes-de-sangue-em-razao-do-novo-coronavirus-24317885>. Acesso em: 09. out. 2022.
- VELOSO, D. V. O. *et al.* Promoção da Doação Voluntária de Sangue de Medula Óssea. BRASIL, Ministério da Saúde. **Técnico em hemoterapia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, p. 47-55.



A SAÚDE EM ANGOLA E OS DESAFIOS NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA

Aires Muecália Julião Caneca
Fernanda de Oliveira Sarreta

Introdução

A pandemia da Covid-19 provocou uma crise humanitária sem precedentes, afetou na esfera social como econômica de todas as nações do mundo. Angola não foi uma exceção, em 23 de março de 2020 diagnosticou os primeiros casos positivos de coronavírus no país.

O país registrou, até julho de 2022, um total de 101.600 casos e 1.900 mortes relacionadas à Covid-19, desde o início da pandemia (Angola, 2022). O contexto de crise econômica, desemprego, desigualdade, quadro de doenças, foi profundamente agravado com a crise sanitária.

O Sistema Nacional de Saúde em processo de reconstrução e condições precárias, enfrentou dificuldades, para o enfrentamento da pandemia, em termos de recursos humanos, infraestrutura e materiais. Adotou as medidas indicadas e buscou alternativas e parcerias, internas e externas, para dar conta das demandas.

A política pública, para Boneti (2008, p.19), “é o conjunto de ações articuladas de que o Estado é obrigado a implementar a fim de satisfazer as necessidades dos cidadãos”. É neste sentido que nos referimos nessa análise, em relação a política de saúde.

Portanto, a partir da ideia principal da autora, vamos entender política como o conjunto de estratégias delineadas, planejadas, de forma coordenada, cooperativa, inclusiva, postas em ação, que visa a resolução de problemas, no âmbito da saúde.

Para o efeito torna-se imprescindível ir ao encontro das expectativas e satisfazer aos interesses de todos a volta do bem comum, por intermédio de uma organização sistemática, que crie condições para satisfação dos cidadãos. Esta política não surge por si só, surge por intermédio dos contextos, de uma construção social, mediante a produção e reprodução sociopolítica e econômica.

Perante os desafios que o mundo nos oferece, partimos do entendimento de que para o enfrentamento de qualquer situação que se faz frente, sejam elas de pandemia, de hostilidade, ou outra coisa parecida, é necessário percebermos como se está organizado em termos de respostas, quer do ponto de vista social, político e econômico, para fazer face.

Pensamos que face a uma ideologia neoliberal de que a política de saúde é mergulhada, e as manifestações dela decorrente no atual contexto é, sem dúvida, o pano de fundo de nossa pequena discussão que trazemos neste artigo.

O tema da política de saúde na pandemia é atual e relevante e situa-se na linha de pesquisa Estado, Políticas Sociais e Serviço Social. O que torna importante refletir sobre os desafios no seu enfrentamento, em contexto neoliberal. O texto está organizado, a partir de uma reflexão crítica da saúde, enquanto política pública, partindo do seu processo sócio-histórico e a organização do sistema nacional de saúde no país. E, em seguida, os desafios atuais para responder à crise pandêmica, e o seu processo de enfrentamento, mostrando que não é só um desafio local, nacional, mas que também é universal. Metodologicamente adotamos o estudo bibliográfico e documental, com abordagem reflexiva e crítica, que permitiu a fundamentação da complexidade do tema.

Contexto sócio-histórico da política de saúde

Angola ocupa uma extensão territorial de 1246.700 km², situada na África Austral, e é geopoliticamente e economicamente um país estratégico de cooperação com outros países de África e do mundo. Permitindo, em sua história, o alargamento na diplomacia em busca de oportunizar recursos, atrair investimentos e buscar garantir um desenvolvimento sustentável.

Ao longo do seu percurso sócio-histórico, vivenciou e conviveu com uma socialização colonial acentuada, chegando mesmo a ter um horizonte duradouro de 500 anos. Portanto, após garantir sua independência colonial em 1975, Angola entra com a iniciativa de um plano interno para alavancar o seu próprio desenvolvimento, começando com o resgate da organização política e social, aproveitando e adaptando infraestruturas garantindo, assim, o funcionamento das instituições.

No âmbito da política de saúde, historicamente, Angola emerge de dois grandes períodos. O primeiro referencia-se aquele caracterizado por uma economia centralizada e de monopartidarismo, ou seja, o poder era centrado em apenas um partido político que orientava os destinos do país. Este período, que vigorou entre 1975 a 1992, caracterizava-se sob uma ideologia socialista e cabia ao Estado de forma exclusiva a garantia dos serviços de saúde de forma gratuita. E, por outra, a principal preocupação estava centrada na formação contínua e permanente de recursos humanos para acudir as necessidades de saúde.

De acordo Queza (2010),

[...] este período foi também caracterizado pelo alargamento da rede sanitária e pela escassez de Recursos Humanos em Saúde (RHS), segundo dados estatísticos, na altura, no período a seguir a independência, só se encontravam em Angola pouco mais de 20 Médicos, tendo, na ocasião, o Governo/Estado, que recorrer à contratação de profissionais recrutados ao abrigo dos acordos de cooperação (2010, p.19).

Já, o segundo período, vigorou a partir de 1992 até a atualidade, é caracterizado pelo multipartidarismo, regime de governo democrático e de direito, economia descentralizada e do sistema capitalista. Portanto, com a influência do capitalismo o Estado angolano segue as orientações da abertura do mercado, das iniciativas privadas, onde as instituições particulares e coletivas podem investir na saúde como forma a ampliar os serviços, agindo como parceiros do Estado na prestação de serviços aos cidadãos de forma contributiva.

Considera-se que, aqui esteja o vértice do início do neoliberalismo angolano, caracterizado pelo aumento de impostos por parte do Estado, livre iniciativa econômica, intervenção mínima na regulamentação da economia e na oscilação dos preços no mercado. Com uma mão invisível do Estado e uma forte iniciativa em criar as condições para atrair os cidadãos, a recorrerem aos bens e serviços privados, dá maior atenção ao setor privado lucrativo.

Destacamos que, essa análise do contexto angolano, onde a ideologia do neoliberalismo orienta as políticas sociais, e a política de saúde, não é uma problemática nacional e do país, uma vez que o capitalismo tem um projeto claro e mundializado do papel do Estado no âmbito das políticas sociais:

[...] as políticas econômicas e sociais nas últimas décadas, tem rejeitado a responsabilidade do Estado perante as novas expressões da questão social. Assim, contemporaneamente, as políticas sociais como mecanismos de regulação da questão social não desapareceram – reestruturaram-se para responder aos desafios impostos pelas transformações societárias, no nível econômico, político, cultural, social. (Sarreta; Bertani, 2011, p. 39)

Essa reestruturação do neoliberalismo impactou os sistemas de saúde a nível mundial, e comprometeu os Sistemas Universais com referência na universalidade, igualdade, integridade e outros princípios. O que exige, desvendar esses processos, além da aparência e da ideia disseminada de ineficiência do bem público, para a defesa de um projeto na direção de uma sociedade inclusiva, democrática e que possibilite acesso universal aos bens e serviços produzidos.

O modo do Estado desenvolver o seu papel e gerir a política de saúde, fica mais comprometido com a criação da Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde, nº 21-B/1992 (Angola, 1992), onde o Estado angolano deixa de ter exclusividade na prestação de cuidados de saúde, com a autorização do setor privado na prestação dos serviços. Foi também introduzida a noção de coparticipação dos cidadãos nos custos de saúde, mantendo o sistema tendencialmente gratuito, ou seja, o sistema de saúde público dá acesso a todos cidadãos, mas com pagamento dos serviços complementares menos elevada comparando com os serviços de saúde do setor privado.

Neste sentido, o cenário atual é marcado por nível de pobreza da população acentuado, refletido pelo deficiente acesso à alimentação, água potável, saneamento básico deficiente, saúde, educação, energia eléctrica, entre outros problemas enfrentados.

A ausência de dados para orientar as políticas públicas é um dos problemas que o país enfrenta. O Relatório sobre Estratégias de Cooperação da Organização Mundial da Saúde (Angola, 2015), analisa que as condições de saúde da população são caracterizadas pelos seguintes fatores:

- Limitada acessibilidade aos cuidados de saúde de qualidade;
- Baixa cobertura sanitária, abrangendo menos de 52% da população;
- Reduzida força de trabalho especializada;
- Forte dependência da mão-de-obra expatriada;
- Um elevado fardo de doenças crónicas transmissíveis e não transmissíveis;
- Altas taxas de mortalidade materno infantil;
- Fraca promoção da saúde, num contexto socioeconómico e meio ambiente favoráveis às endemias e epidemias, onde a malária é a primeira causa de morte.

Como podemos observar, as características das condições da saúde/doença da população angolana expressam uma grande precariedade, sobretudo, quando no percurso sócio-histórico constata-se uma mudança radical com a alteração do sistema socialista e o papel do Estado de forma exclusiva na garantia dos serviços de saúde de forma gratuita, para a Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde a partir de 1992.

A intervenção do projeto neoliberal na saúde, a partir dos anos de 1990, não resultou em melhorias significativas e/ou efetivas, ao contrário, comprometeu o setor público na prestação de serviços. O número de unidades sanitárias existentes no país é insuficiente para as demandas da população, o que tornou um problema mais expressivo com a pandemia da Covid-19 a partir de 2020, pelas condições precárias que os serviços públicos oferecem.

O sistema de saúde angolano

A Lei de Base do Sistema Nacional de saúde é clara quanto aos níveis de atenção à saúde. Trata-se de um sistema de serviços dispostos a atender a saúde dos cidadãos, de acordo a aproximação geográfica, condições das unidades sanitárias, bem como a complexidade que acomete a condição de saúde de cada cidadão. Esta atenção à saúde, vai desde a intervenção básica ou primeiros socorros, serviços intermédios de complexidade baixa e serviços de alta complexidade.

Desta forma o Sistema de Saúde de Angola obedece aos seguintes níveis de atenção:

- primário, representado pelos postos e centros de saúde, hospitais municipais, postos de enfermagem e consultórios médicos, que oferecem serviços de baixa complexidade, constituem o primeiro ponto de acesso da população com o sistema de saúde;
- secundário, integra os hospitais gerais e monovalentes, que oferecem serviços de complexidade intermediária;
- terciário, compreende os hospitais centrais, os hospitais especializados e as maternidades de alta complexidade.

Fazendo uma apreciação daquilo que é o funcionamento dos níveis de atenção, podemos dizer que em termos de operacionalização teórica está bem concebido, mas em termos de operacionalização prática a realidade mostra que não tem sido funcional, dificultando o acesso da população.

Esta lógica organizativa dos níveis de atenção segue a orientação mundial, que desde os anos de 1970 orienta a atenção primária ou básica como porta de entrada da população no Sistema de Saúde. Já, a atenção secundária responde a nível municipal com situações mais complexas e de especialidades, e a terciária responde os níveis provinciais e nacional, para atenção hospitalar de alta complexidade, correspondendo o sistema de respostas sanitária de Angola.

Em Angola, apesar da hierarquia estabelecida, Queza (2010, p. 20) considera que “o sistema de referência e de contra referência não tem sido operacional por vários fatores, principalmente, por causa da desestruturação do sistema de saúde e da redução da cobertura sanitária”.

Para fazer face aos níveis de saúde ora já descritos, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) contempla três setores: o público, o privado e o da medicina tradicional ou alternativo. O setor público é constituído pelos serviços do Estado – municipais, provinciais e nacional, os serviços de saúde das Forças Armadas Angolanas (FAA) e do Ministério do Interior, bem como, de empresas públicas, tais como, a Empresa Pública de Produção e Distribuição de Petróleo de Angola (SONANGOL), a Empresa Pública de Diamantes de Angola (ENDIAMA), entre outras. É o setor que permanece como o principal prestador dos cuidados de saúde a nível nacional e os serviços partilham dificuldades semelhantes, resultando na prestação de cuidados de saúde sem a qualidade desejada na maioria dos casos, por falta de investimento e de uma política bem orientada para a saúde pública. Pois, mesmo com a coparticipação dos cidadãos nos custos de saúde, o sistema público oferece um atendimento deficiente, que precisa de melhorias para cumprir os princípios estabelecidos de universalidade e integralidade, principalmente, de equidade.

O setor privado de saúde em Angola é um dos mais competitivos e que cresce cada vez mais, pois a saúde tornou-se uma mercadoria e quem pode pagar tem acesso ao melhor serviço. Com o incentivo da economia do mercado, o maior investimento está voltado para esse setor, mesmo as unidades hospitalares com parceria público-privado que detém uma cota do orçamento do Estado, os preços são exorbitantes. Significa que os preços praticados pelo setor privado não são objeto de nenhuma regulação na sua maioria, e o pessoal deste setor é o mesmo que trabalha no setor público, com evidentes prejuízos para ambos os setores. Outro aspecto, o setor privado lucrativo está confinado aos principais centros urbanos do país, e o atendimento nas províncias e no interior sufoca mais ainda o setor público, onde o investimento é cada vez menor.

E, o setor da medicina tradicional que é conhecida como a medicina alternativa. Trata-se de um tipo de medicina cuja assistência é feita à base de medicamentos de origem vegetal (ervas, árvores, folhas), animal e outros elementos que a natureza proporciona fins terapêuticos. Atualmente, este setor ganhou visibilidade e a população recorre à medicina tradicional e, por vezes à medicina ocidental. Esse setor, “apesar do Estado ter alguma iniciativa para a sua integração no SNS e de articulação com os outros prestadores de saúde, precisa-se mais de alguma afirmação”, analisa Queza (2010, p.31).

Apesar dessa clara hierarquia dos níveis de atendimento, a realidade apresenta inoperacionalidade, relacionada à falta de qualidade e carência de materiais para assistência, falta de recursos humanos, grande demanda e outros problemas no nível primário. Esse, por sua vez, sufoca o nível secundário e terciário, pelos mesmos problemas relacionados com a falta de condições de assistência, fazendo com que a referência entre os níveis seja deficiente.

Desde a implementação da Lei de Base do Sistema de Saúde, foi autorizada a coparticipação financeira dos utentes nos custos de saúde, verificando que o Estado como principal garante da saúde dos cidadãos reparta suas responsabilidades com o setor privado, fazendo com que a saúde privada tenha maior investimento do mercado e, assim, baixando a capacidade de respostas e qualidade no setor público. Bravo (2013, p.18), por sua vez analisa que “no capitalismo dos monopólios a diferenciação das classes sociais acentuam-se com a criação de instituições médicas voltadas para diferentes ‘clientelas,’ o que se expressa pelo caráter privado”.

Em pesquisa realizada por Caneca (2021), aponta que é um grande desafio que o sistema de saúde angolano remete, cuja configuração da política não favorece os cidadãos economicamente desprotegidos, tornando a saúde pública cada vez mais precária. Dessa forma, remete a análise do neoliberalismo, onde a ideia é priorizar o crescimento das receitas para o orçamento estatal com a contribuição do setor privado. “Trata-se de um modelo capitalista a fim de viabilizar um dos objetivos primários do capitalismo, que é o acréscimo dos lucros capitalistas pelo controle dos mercados”, analisa Netto (2005, p.26). Isso não é favorável para a classe subalterna, quando sua condição não dispõe de capacidade para a aquisição dos serviços privados, comprometendo cada vez mais sua saúde.

Os desafios da saúde na pandemia da covid-19

O mundo, neste processo de gestão do contexto pandêmico da Covid-19 comprovou-nos ao quadrado que em saúde é mais inteligente investir na prevenção e na promoção da saúde do que na cura. Pelo que isso passa na tomada de consciência de forma individual e de forma coletiva. Mais do que lidarmos com a gestão da situação da pandemia em contexto neoliberal, é alargar as ações voltadas à saúde a nível dos determinantes sociais da saúde, sobretudo quando reconhecemos que estes envolvem fatores sociais, económicos, políticos, ambientais e culturais, tais como saneamento básico, hábitos, costumes, trabalho, renda, alimentação, educação, transporte, lazer, liberdade, posse de terra, habitação, modos e estilos de vida, inclusive outros bens e serviços disponíveis.

Para sustentar essa compreensão, a atenção à saúde deve extrapolar a doença e focar “[...] a prevenção e promoção da saúde na direção da autonomia das pessoas, da participação da comunidade, do meio ambiente sustentável e a utilização de tecnologia acessível a todos os governos, como caminhos para atingir qualidade de vida” (Ravagnani; Sarreta, 2008, p.106). A afirmação das autoras em referência, expressa que em saúde mais do que uma intervenção individualizada deverá ser uma intervenção coletiva, multidisciplinar e multisetorial, para um enfrentamento dos problemas de forma ampliada e qualitativa.

Por isso que, na pandemia da Covid-19, foi tão importante a constituição de comissões multisetoriais, com a intenção de mobilização de recursos dos mais variados setores da sociedade, para dar respostas aos problemas e demandas apresentados na situação vivida.

A declaração mundial da pandemia provocou uma luta contra a Covid-19, marcada por contradições e desafios que expressou as desigualdades existentes entre os países e dentro desses. No caso de Angola, a busca de soluções internas contou com o alargamento de sua diplomacia para a solidariedade humanitária e internacional.

Portanto, o agravamento incessante da covid-19, trouxe consequências a nível do sector de produção quer pública e privada, verificando uma desproteção discriminatória entre os funcionários públicos e privados, os funcionários do sector privado com o estado de confinamento domiciliário não eram contemplados com os seus salários, assim os sindicatos representantes em diálogo com as entidades empregadoras e o Estado para a materialização da protecção social obrigatória recusaram-se em dar apoio para suprir suas necessidades agravadas pela pandemia covid-19. Pensamos que em uma sociedade capitalista, onde os economicamente protegidos se constituem na sua maioria a “elite política” e “cidadãos do alto escalão dos órgãos de segurança do Estado”, em época pandémica torna-se explicável o acentuado nível das expressões da questão social tais como a pobreza extrema, o desemprego, o elevado número de mendigos na via pública, emprego precário etc.

Na saúde assiste-se uma grande desigualdade em termos de tratamento, onde os indivíduos economicamente protegidos diagnosticados positivos pelo covid-19, eram encaminhados para clínicas privadas onde verifica-se uma assistência á saúde com uma qualidade e já os indivíduos economicamente desprotegidos eram encaminhados para os hospitais públicos, com serviços mínimos, em condições precárias, desumanas, agravadas pelas más condições de trabalho, défice de materiais gastáveis que favorecem uma assistência médica qualitativa e imediata aos utentes.

O contexto de gestão da pandemia em época neoliberal

A partir do médio Oriente, especificamente, na China em dezembro de 2019, nas redes sociais e na mídia, ouvia-se o ecoar da circulação de um novo coronavírus denominado Sars-Cov-2, cuja doença denominada de Covid-19 apresentava um grande potencial de disseminação, exigia medidas de protecção e tratamento imediato para evitar a morte (CIEVS, 2020).

A potencialidade de disseminação do novo coronavírus, tornou-se um problema que atravessou fronteiras, atingiu países e todos os continentes. Vários esforços foram empreendidos para conhecer a causa da doença, porém, os mesmos esforços foram direcionados para a sua contenção, pois atingiu níveis alarmantes, infectando e matando milhares de pessoas, exigindo que declaração mundial da pandemia pela Organização Mundial da saúde (OMS, 2020) em março de 2020.

Foram momentos de grande sofrimento, dúvidas e incertezas, alterando a sociabilidade e a interação das pessoas, para cumprir as medidas de segurança indicadas pela OMS, de distanciamento social e quarentena. O mundo assiste, pela rede social e pela mídia, os adoecimentos, as mortes, o colapso dos sistemas de saúde entre outras tragédias que se seguiram. Perguntas reflexivas surgiram diante dessa realidade. Será o extermínio da humanidade? Será uma política para a redução da população?

Em cada país, os governos seguiram a dinâmica na tomada de decisões e medidas. Em Angola, no dia 21 de março de 2020, regista os dois primeiros casos, que mereceu o acompanhamento e tratamento imediato, seguiu o primeiro estado de calamidade, com isolamento domiciliário compulsivo.

Por intermédio do Decreto Presidencial nº35 de 25 de março de 2020, o país declara o estado de emergência pública e a pandemia. A gravidade da situação é reforçada por prorrogações, com o Decreto nº 46 de 09 de abril de 2020, o Decreto n. 120 de 24 de abril 2020 e o Decreto n. 128 de 8 de maio de 2020, que prolongou até o dia 25 de maio (Angola, 2020).

A partir dessa data passou a vigorar o estado de calamidade pública, com o Decreto n. 142 de 25 de maio de 2020. Apenas em junho de 2021, o governo abranda as medidas impostas, com a prorrogação do mesmo decreto, trazendo medidas excepcionais e temporárias.

Portanto, estes Decretos eram importantes para organizar as medidas de proteção e, sobretudo, responder com as necessidades do contexto pandêmico, adotando as regras de funcionamento dos serviços públicos e privados, dos equipamentos sociais, dos indivíduos, com o objetivo de atender a situação sanitária.

Neste sentido, de forma resumida, as orientações contidas consubstanciavam no seguinte:

- Restrições de circulação em território nacional e possibilidade de confinamento compulsivo em casa ou em estabelecimento de saúde;
- Interdição das deslocações e da permanência na via pública, que não sejam justificadas, por exemplo no exercício de atividade profissional, assistência médica e medicamentosa, abastecimento de bens e serviços imprescindíveis;
- Restrições de circulação internacional, fechando as fronteiras, com permissão de viagens apenas para intermédio de ajuda humanitária;
- Medidas de vigilância epidemiológica com vista interferir na cadeia de transmissão do coronavírus;
- Reduzida a força de trabalho de 75 a 50% em restaurantes, empresas públicas e privadas, encerramento aos finais de semana e dando maior abertura aos serviços de entrega em domicílio.

Com os decretos presidenciais declarados estados de emergência ou calamidade pública, verifica-se as restrições de direitos, principalmente, de circulação. As forças de segurança nacional entraram em ação, para a garantia da ordem e da tranquilidade da sociedade, com o imperativo de se fazer cumprir o estipulado nos decretos presidenciais.

Tratando-se de um novo estilo de vida a população precisava assimilar as medidas indicadas, tais como, o uso obrigatório de máscara, a higiene das mãos, manter sempre as mãos desinfetada com álcool e gel, manter o distanciamento físico, cumprir a orientação de “ficar em casa”, bem como, os horários estipulados para circulação na via pública. Entretanto, a circulação de pessoas foi uma tarefa árdua por parte dos órgãos de segurança (Polícias e Militares), chegando a registar casos de excesso da sua força legal, com violências e mortes de cidadãos, não atuando de forma pedagógica e preventiva quando necessário.

A nível das famílias, com o confinamento, a realidade apresentava cidadãos a desenvolverem depressão, devido ao ambiente solitário e monótono, restrição da liberdade, chegando mesmo algumas famílias colocarem fim nos relacionamentos.

Nesse contexto, considerando a redução da força de trabalho, nas instituições públicas e empresas privadas, houve baixa produtividade, sem muita oferta e procura dos bens e serviços, pelo que muitas empresas chegaram mesmo de rescindir contratos com seus funcionários.

Assim, assiste-se a uma crise econômica e sanitária, onde foram registados um número significativo de desempregados.

Segundo o Inquérito ao Emprego em Angola (IEA, 2020), referente ao segundo trimestre de 2020, constatou que houve uma subida da taxa de desemprego de quatro pontos percentuais, face ao segundo trimestre do ano de 2019, registando-se um total de 4.737.747 desempregados. O inquérito revelou ainda que a taxa de desemprego foi estimada em 32,7% do valor superior em 0,7 pontos percentuais ao trimestre anterior 32,0% e 4,0% pontos percentuais relativamente ao trimestre homólogo 28,7%.

No mesmo inquérito, o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2020), explica que devido à pandemia de Covid-19, os dados mostram que 2,7% da população empregada esteve ausente no trabalho no segundo trimestre de 2020, o que representou 266.265 pessoas de um total de 9.751.457.

Os dados são claros representando o grande impacto social e económico da pandemia da Covid-19, pois percebe-se que várias empresas ficaram sem sustento financeiro pelo que foram obrigadas a declarar falência, pondo muita gente no desemprego.

Até o momento atual, estas consequências estão presentes quando se observa que aumentou o número de pessoas pedindo esmolas, acentuou o nível de violência, com assaltos de alto calibre na via pública e o uso de recurso da arma de fogo. Inclusive aprofundou a pobreza e a fome, tornando evidente que a pandemia ampliou as desigualdades.

Esta realidade, traz consigo novas configurações no mercado de trabalho, onde cada um vai procurando novas formas de sobrevivência. Em contexto neoliberal, cada cidadão é obrigado a equacionar inteligências de sobrevivência, se sustentando com sua criatividade, livre iniciativa, com um Estado que reduz seu papel no desenvolvimento das políticas sociais, usando como recurso a teoria da “culpabilidade fatalista” tais como o sustentar da ideia de que o Estado não pode fazer tudo pelo cidadão, pelo que alimenta a ideia ao cidadão como tubo de escape do “empreendedorismo”, isto não passa de um balsamo para o cidadão não sufocá-lo, pressioná-lo, num ambiente onde o acesso a crédito para pequenos empreendedores é um exercício tremendo.

Estamos vivenciando em todo mundo, um desconfinamento, com a abertura e devolução dos direitos ora restringidos durante os períodos de calamidade com medidas excepcionais e temporárias, passando assim a uma gestão da pandemia administrativa. Trata-se de um desafio onde cada contexto tem um enfrentamento diferente, mas que cujo o impacto atinge tudo e todos com marcas e sequelas.

Neste contexto, o Fundo Monetário Internacional (FMI, 2020, p. 14), como órgão consultor e credor de Angola, orienta que “é urgente e necessário o investimento público em sectores críticos para controlar a pandemia em particular os cuidados de saúde, escolas, infra estruturas digitais, edifícios, seguros e transportes”. Pois apesar do FMI ser um aliado de mãos dadas do neoliberalismo, pois não pensa mais nada a não ser nos seus lucros, mas pensamos ser necessário que este investimento seja canalizado para o sector público, pois só assim é que se garantirá o ampliar das políticas sociais, o acesso aos serviços sociais inclusivos e de qualidade, como educação, nutrição, cuidados de saúde e o reforço das respostas na prevenção da covid-19, garantindo o acesso á saúde dentro do princípio da universalidade.

Considerações Finais

O contexto de pandemia que o mundo enfrentou e enfrenta demonstra que as configurações das políticas sociais, que cada Estado implementou e tem implementado determinaram o seu enfrentamento, e a realidade de Angola, não fugiu à regra. Pois, este contexto veio também marcar a relevância da existência de uma política de saúde que responda às necessidades dos cidadãos.

Dessa forma, defendemos que enquanto a política de saúde seguir a lógica perversa do neoliberalismo, continuaremos a ter uma sociedade cada vez mais desigual, pessoas pobres cada vez mais pobres, ricas cada vez mais ricas, uma assistência à saúde onde os economicamente desprotegidos se precarizam cada vez mais e os economicamente protegidos tem uma saúde qualitativa e privilegiada.

Assim, ao afirmamos que “vidas humanas importam”, em qualquer lugar desse planeta. Esse não deve ser apenas um *slogan* ou propaganda sustentada por grupos e classes que dominam o comando do capital.

A realidade que se enfrentou e enfrentamos em época da pandemia confirma-nos que muitos esforços de trabalhadores, indivíduos, grupos, comunidades, foram realizados para o enfrentamento da pandemia da Covid-19, onde cada vida importou. E apesar de existir essa separação por conta dessa ideologia sustentada, infelizmente a decadência das imunidades e das condições de vida dos seres humanos em função da ação do coronavírus, tem se mostrado desigual sendo mais populações vulnerais a população idosa, crianças e pobres.

Acreditamos que é responsabilidade do Estado a defesa da saúde pública, como direito universal e integral, e não um produto a ser colocado e vendido no mercado. As desigualdades sociais e econômicas são expressivas em Angola, e teve consequências no adoecimento e na morte na pandemia.

Frente a esta realidade os desafios são expressivos. É preciso agir coletivamente, articulando todos os agentes ativos da sociedade, desvendando as condições que esta ideologia nos impõe. É preciso, ainda, lutar com forças inteligíveis por intermédio da pressão social e dos movimentos sociais, estimulando a transparência dos recursos alocados para cada setor, para a prestação de serviços e contas no setor público e privado, a fim de efetivar o controle social conforme está previsto na Constituição angolana.

Referências

ANGOLA. Lei de Base do sistema nacional de saúde. Nº21-B/92, 28 de agosto, 1992.

ANGOLA. Decreto Presidencial nº35 de 25 de março. Declaração do estado de calamidade. 2020.

ANGOLA. Decreto Presidencial nº46 de 09 de abril. Medidas de emergências e de controlo de propagação da pandemia covid-19, 2020.

ANGOLA. Decreto Presidencial nº120 de 24 de abril Prorrogação do Estado de emergência considerada como medidas necessárias e urgentes ao controlo da propagação da pandemia causada pelo vírus covid-19 em Angola, 2020.

ANGOLA. Decreto Presidencial nº128 de 8 de maio. Prorrogação do estado de emergência, 2020.

ANGOLA. Decreto Presidencial nº142 de 25 de março-Declaração do estado de calamidade. Medidas excepcionais e temporárias em vigor durante o período de vigência do Estado de emergência, 2020.

ANGOLA. Relatório sobre estratégias de cooperação da OMS-2015-2019-Angola, 2015.

ANGOLA. Covid-19: fmi diz que investimento público é urgentemente necessário in: jornal de Angola. P.14 5/10/2020.

BONETI, Lindomar Wessler. Políticas Públicas por dentro. 4ª ed. Unijuí, 2018.

BRAVO, Souza Inês Maria et al. (orgs.). Saúde e Serviço Social. 5ª edição. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: UERJ, 2013.

CANECA, Muecália Julião Caneca. Avaliação da satisfação dos utentes nos serviços de saúde da clínica da marinha de guerra angolana em Luanda. Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Universidade Estadual Paulista-Campus de Franca, São Paulo, 2021.

CIEVS-Centro de Informação estratégicas e respostas de vigilância em saúde. Secretaria de estado da saúde departamento de vigilância e controle em agravos estratégicos. DECA. In: Nota técnica nº08. A-emergência em saúde pública de importância internacional paraná. 2020.

COVID-19. ANGOLA. Estatísticas. Disponível em: <https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/pt/countries-and-territories/angola/>. Acesso: 12 de agosto de 2022.

IEA-inquérito ao emprego em Angola. Desemprego em Angola sobe quatro pontos percentuais no segundo trimestre de 2020. Disponível em: <https://www.google.com/amp/s/amp.dw.com/pt-002>. 2020. Acesso: 16 de Agosto de 2022.

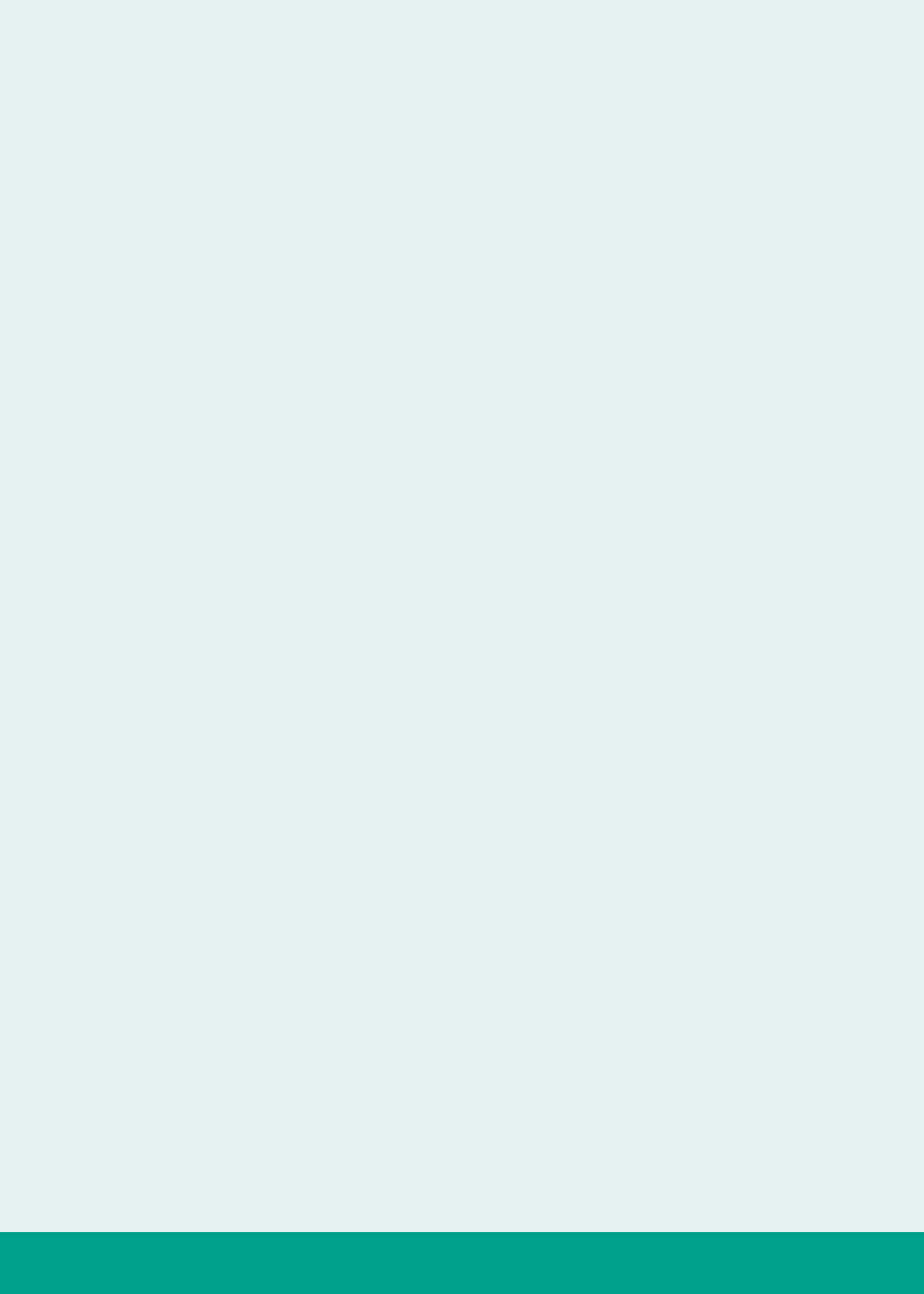
NETTO, José Paulo. Capitalismo Monopolista e Serviço Social. 4ª edição. São Paulo: Cortez, 2005.

QUEZA, Armindo José. Sistema de Saúde em Angola: uma proposta a luz da reforma do serviço nacional de saúde em Portugal. FMUP. Abril, 2010. Disponível em:<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50407/2/Sistema%20Nacional%20de%20Sade%20Angolano%20e%20Contributos%20Luz%20da%20Reforma%20do%20SNS%20Portugus.pdf>. Acesso: 20/08/2022.

RAVAGNANI, C. L.; SARRETA, F. O. Humanizando as relações na saúde com experiências coletivas. Serviço Social & Realidade. p. 361-76, 2008.

SARRETA, Oliveira de Fernanda; Bertani Fenner Iris. A construção do sus e a participação do Assistente Social. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 11, Jul. 2011.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da saúde, 2002.



O TRABALHO PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR SOBRE EDUCAÇÃO SEXUAL VISANDO A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E AS IMPLICAÇÕES DA PANDEMIA DA COVID19

Bernardino Manuel Almeida Cuteta
Eliana Bolorino Canteiro Martins
Laurita de Queiroz Bomdespacho
Neide Aparecida de Souza Lehfeld
Maria Cristina Piana

Introdução

O trabalho interdisciplinar dos profissionais sociais na educação sexual dos adolescentes para o enfrentamento da gravidez precoce no bairro Operário e as implicações da pandemia da Covid19 é um tema complexo. Por um lado, por ser um termo novo entre nós, não temos experiências e vivências. Por outro, há uma imprecisão da sua conceituação. Assim, é do nosso interesse a junção de profissionais de diferentes áreas do saber, enriquecendo os resultados que pretendemos em nossa pesquisa. Conforme Sá e Severino (2010, p. 11),

todo investimento que pensadores que pensadores, pesquisadores educadores, profissionais e especialistas de todos os campos de pensamento e ação fazem, no sentido de uma prática concreta da interdisciplinaridade, representa um esforço significativo rumo a constituição do interdisciplinar (Sá, 2010, p.11).

É esta perspectiva que motivou e encorajou o desenvolvimento desta pesquisa e a busca por diferentes profissionais, visando a realização de um trabalho interdisciplinar sobre o enfrentamento da gravidez precoce. Afinal, a interdisciplinaridade na pesquisa em ciências humanas exige um esforço, uma atitude de predisposição, com enfoque em outras perspectivas (SÃ, 2010, p.19).

Para a nossa pesquisa, entendemos a interdisciplinaridade como sendo um esforço conjunto entre várias disciplinas. Diferentes profissionais foram utilizados para a construção de uma metodologia única, capaz de contribuir para educação sexual dos adolescentes para enfrentamento a gravidez precoce bairro Operário (Angola, grifo meu).

Apesar da importância conceitual da interdisciplinaridade, a nossa pesquisa, no bairro Operário, centrou-se na ação prática. O conceito de interdisciplinaridade assume o papel de linha norteadora, tendo em vista a construção de uma abordagem que integre os diversos profissionais sociais que intervêm na comunidade B.O, especialmente na educação sexual dos adolescentes para prevenir a gravidez precoce.

Para Neto (2017, p.8), a interdisciplinaridade pode ser considerada uma ação integradora de saberes, pois pressupõe a troca e a cooperação entre distintas áreas de conhecimento. O trabalho interdisciplinar requer negociações, esforços e desconstruções, por isso mesmo não é linear. Segunda Fazenda (1998), a conceituação da interdisciplinaridade requer a desconstrução de muitas ações primitivas e o desenvolvimento novas ideias:

O primeiro passo para a aquisição conceitual interdisciplinar seria o abandono das posições acadêmicas prepotentes, unidirecionais e não rigorosas que fatalmente são restritivas, primitivas e “tacanhas”, impeditivas de aberturas novas, camisas-de-força que acabam por restringir alguns olhares, taxando-os de menores (Fazenda, 1998, p.13).

No bairro Operário, o trabalho de educação sexual dos adolescentes para prevenção da gravidez precoce é visto, pelas instituições escolares, à luz dos programas curriculares (vide anexo 2) das disciplinas Educação Moral Cívica (lecionada no ensino privado) e FAI- Formação de Atitudes Integradoras (no I e II Ciclo).

A ação dos professores é a mais visível. Embora, tenhamos tratado a ação da família na educação sexual dos filhos nos itens anteriores. Outras ações educativas são desenvolvidas por outros profissionais, mas não de forma sistemática, uma vez que, não existem fundamentos documentados que orientem o trabalho dos profissionais da saúde, como psicólogos e assistentes sociais. Em suma, é uma tarefa ligada ao professor de forma isolada. O que significa dizer que exigirá alguma capacidade comunicativa e linguística do profissional, ou seja, competência profissional do professor, como Fazenda (1998, p.23) afirma:

Perante a atuação de um bom professor, como perante a atuação de um bom falante de línguas estrangeiras, não analisamos as variáveis constitutivas dessa competência, a menos que seja esse o nosso objetivo explícito. Porém, quando, na atuação de um professor ou de um falante de uma língua estrangeira, verificam-se situações problemáticas, surgem comentários que, situando-se numa dimensão analítica, dirigem-se aos pontos fracos ou desviantes e são expressos numa linguagem que pode ser mais leiga ou mais técnica, dependendo do locutor que emite a mensagem ou da situação de comunicação em que ele se encontra (Fazenda, 1998, p.23).

Neste sentido, os profissionais que atuam no trabalho de educação sexual terão de estar devidamente preparados para o exercício das suas tarefas e demonstrar uma atitude solícita em relação ao trabalho interdisciplinar.

Entendemos por atitude interdisciplinar, uma atitude aberta diante das possibilidades de conhecer mais e melhor; atitude de espera ante os atos consumados, de reciprocidade que impele à troca, que impele ao diálogo – ao com pares idênticos, com pares anônimos ou consigo mesmo –, de humildade diante da limitação do próprio saber, de perplexidade ante a possibilidade de desvendar novos saberes, de desafio - perante o novo, redimensionar o velho –, de envolvimento e comprometimento com os projetos e com as pessoas neles envolvidas, de compromisso com o bom desempenho, de responsabilidade e, sobretudo, de alegria, de revelação, de encontro, de vida (Fazenda, 1994, p. 82).

Segundo as constatações obtidas na análise dos programas curriculares nas duas escolas do Bairro Operário, as matérias direcionadas a educação sexual não são administradas como disciplinas curriculares, mas ministradas como temas transversais. A profundidade que a temática é abordada depende do nível de formação e do domínio teórico-metodológico dos professores em relação aos temas em causa.

Neste sentido, buscamos evidenciar que a interdisciplinaridade já ocorre de fato. No entanto, é necessário perceber, reconhecer e comunicar as fragilidades do campo científico, visando o aprofundamento e a construção de conhecimento novo ou incremental.

Acreditamos que a riqueza da interdisciplinaridade vai muito além do plano epistemológico, teórico, metodológico e didático. Sua prática na escola cria, acima de tudo, a possibilidade do encontro, da partilha, da cooperação e do diálogo e, por isso, somos partidários da interdisciplinaridade enquanto ação conjunta dos professores, assim como de outros profissionais, no âmbito da prevenção da gravidez precoce no bairro Operário.

Embora sem grandes fundamentos acerca dos conceitos sobre a interdisciplinaridade, gostaríamos de apresentar, de forma breve, alguns termos que se aproximam da interdisciplinaridade propriamente dita. Na perspectiva de Carlos (2017, p.2), a diversidade de termos que se aproximam do conceito da interdisciplinaridade tem gerado uma série de ambiguidades. A seguir, apresentamos um resumo das principais concepções, bem como as controvérsias que as envolvem:

a) Multidisciplinaridade

A multidisciplinaridade representa o primeiro nível de integração entre os conhecimentos disciplinares. Muitas das atividades e práticas de ensino nas escolas se enquadram nesse nível, o que não as invalida. Mas é preciso entender que há estágios mais avançados, que devem ser buscados na prática pedagógica.

b) Pluridisciplinaridade

Na pluridisciplinaridade, diferentemente do nível anterior, observamos a presença de algum tipo de interação entre os conhecimentos interdisciplinares, embora eles ainda se situem num mesmo nível hierárquico, não havendo nenhum tipo de coordenação proveniente de um nível hierarquicamente superior.

Até aqui, entendemos que interdisciplinaridade requer o envolvimento de várias disciplinas e saberes, segundo Fazenda (2008) diz que,

interdisciplinaridade uma nova atitude diante da questão do conhecimento, de aberturas à compreensão de aspectos oculto do ato de aprender e dos aparentemente expressos, colocando-os em questão (Fazenda, 2008, p. 162).

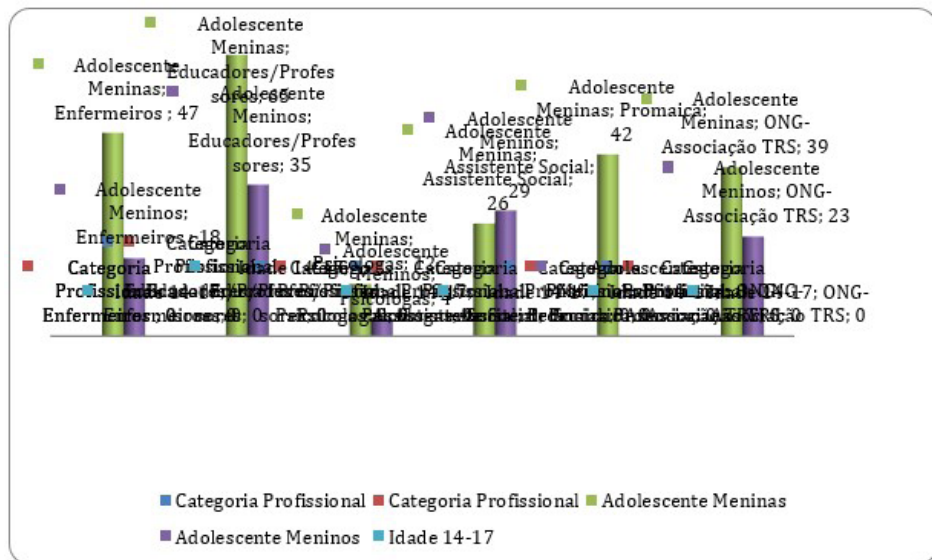
Nesta ótica, o trabalho interdisciplinar de educação sexual, com vista a prevenção da gravidez precoce na adolescência no bairro Operário, deve ser uma ação conjunta, realizada de forma organizada e sistemática para responder à problemática que os adolescentes enfrentam. Bem como orientá-los a partir de uma formação consciente sobre as verdades atuais da sexualidade, visando uma paternidade e maternidade responsáveis.

Pensamos que o trabalho interdisciplinar dos profissionais sociais deve contribuir para inversão da situação, hoje tratada de forma isolada pelos profissionais por ela responsáveis. Segundo Pereira (2006, p.11), ainda hoje assiste-se atitudes passivas por parte das comunidades e responsáveis em relação às questões que envolvem a gravidez na adolescência.

É importante ressaltar que tais questões afetam a todos nós - direta ou indiretamente -, principalmente quando observamos um número cada vez maior de adolescentes grávidas nas escolas e na comunidade em geral. Dessa forma, é fundamental que pais, educadores (as), professores (as), sociedade civil, igrejas e Estado a revejam tabus e falsas crenças sobre a educação sexual e a sexualidade como um todo.

Segundo relatório da TSR (2019, junho -julho), foi realizado um conjunto de atividades alusivas ao mês da criança, com abordagens sobre as temáticas da educação sexual dos adolescentes e prevenção da gravidez precoce e risco do HIV. Este evento demonstrou um nível de trabalho interdisciplinar entre os profissionais sociais do bairro Operário, conforme os dados apresentados nos gráficos abaixo.

Gráfico 1 - Atividade multidisciplinar de educação sexual com adolescentes do bairro Operário, 2019



Fonte: Elaboração do pesquisador, 2019

Os dados que podemos aferir desse gráfico demonstram que o trabalho interdisciplinar desenvolvido por profissionais sociais no bairro Operário, que centralizaram a prevenção da gravidez. O envolvimento dos vários profissionais e organizações da sociedade civil revelam a relevância da interdisciplinaridade nos espaços educacionais. Podemos, ainda, aferir que o nível de participação das meninas foi maior do que dos meninos em todas as temáticas abordadas.

Não tivemos acesso a outros registros sobre o trabalho interdisciplinar de educação sexual desenvolvidos pelos profissionais sociais no enfrentamento da gravidez precoce no bairro Operário. Mas, as iniciativas desta ação dos profissionais, embora não seja sistemática, deu uma grande contribuição na vida dos adolescentes. Segundo o relatório da TSR, os adolescentes participaram ativamente, apresentaram muitas dúvidas relacionadas à sexualidade, à identidade sexual, à puberdade e às transformações ocorridas nesta fase, aos métodos antisépticos, às consequências da gravidez e aos embarços decorrentes dela.

Finalmente, cabe-nos dizer que o trabalho interdisciplinar de educação sexual é indispensável para os adolescentes. Eles têm o direito inquestionável de serem informados e orientados pelos pais, mães e profissionais sociais que trabalham no enfrentamento da gravidez precoce no bairro Operário. Deste modo é importante reconhecer os vários mecanismos, normativos e políticas públicas do governo angolano voltados para o combate da vulnerabilidade das crianças e adolescentes

Do ponto de vista jurídico-legal, o governo angolano tem demonstrado uma certa preocupação e atenção com as crianças e adolescentes. A carta magna da República é a prova disto. De acordo com a Constituição da República de Angola (C.R.A), no seu artigo 21º, nas alíneas d, g e i, constituem tarefas fundamentais do Estado angolano:

- d) promover o bem-estar, a solidariedade social e a elevação da qualidade de vida do povo angolano, designadamente dos grupos populacionais mais desfavorecidos;
- g) promover políticas que assegurem o acesso universal ao ensino obrigatório gratuito, nos termos definidos por lei;
- i) efectuar investimentos estratégicos, massivos e permanentes no capital humano, com destaque para o desenvolvimento integral das crianças e dos jovens, bem como na educação, na saúde, na economia primária e secundária e noutros sectores estruturantes para o desenvolvimento autossustentável (Angola, 2010, p.21-22).

No mesmo caminho, o nº 2 do art. 31º, enfatiza que “o Estado respeita e protege a pessoa e a dignidade humana”. Assim sendo, vale trazer o art. 80º da C.R.A, que, nos nºs 1, 2 e 3, diz o seguinte:

1. A criança tem direito à atenção especial da família, da sociedade e do Estado, os quais, em estreita colaboração, devem assegurar a sua ampla proteção contra todas as formas de abandono, discriminação, opressão, exploração e exercício abusivo de autoridade, na família e nas demais instituições.
2. As políticas públicas no domínio da família, da educação e da saúde devem salvaguardar o princípio do superior interesse da criança, como forma de garantir o seu pleno desenvolvimento físico, psíquico e cultural.

3. O Estado assegura especial proteção à criança órfã, com deficiência, abandonada ou, por qualquer forma, privada de um ambiente familiar normal (Angola, 2010).

Para terminar, à luz do art. 79º, no seu ponto nº 1, o Estado promove o acesso de todos à alfabetização, ao ensino, à cultura e ao desporto, estimulando a participação dos diversos agentes particulares na sua efetivação, nos termos da lei. Outros normativos que demonstram a preocupação do Governo de Angola com relação aos cuidados e a salvaguarda dos direitos da criança são: os 11 compromissos do Governo paracom a Criança; a Lei nº 25/11 de 14 de julho - Lei contra a violência doméstica; a Lei nº 1/88 de 20 de fevereiro - Código da família de Angola.

O contexto do VIH/SIDA em adolescentes no bairro operário

Na década de 1980 surgiu o VIH/SIDA em Angola, que já dizimou milhares de pessoas no nosso país e continua a ceifar vidas. Um estudo realizado sobre os conhecimentos, atitudes e práticas sexuais em adolescentes do meio urbano em Angola, revelou que 3% dos adolescentes iniciam a vida sexual aos treze (13) anos.

Segundo os dados mais recentes da RMSS (2020), foram registrados, no bairro Operário, 26 adolescentes portadoras do vírus do SIDA. Esses dados são constantes nos registos dessa repartição.

De acordo com Comissão Nacional de Luta contra o VIH/SIDA e Grandes Endemias (MINSa, Instituto Nacional de Luta Contra o Sida), estima-se que em Angola existam 262.527 pessoas vivendo com o VIH. Foram notificados 167.925 testes positivos, dos quais, 130.218, equivalente a 79%, estão em acompanhamento e 61.054 estão em tratamento. Cerca de 52% dos casos conhecidos são diagnosticados tardiamente, o que impacta negativamente o controle da doença e a qualidade de vida dos portadores

E estima-se uma média de 16.297 pessoas infectadas a cada ano, sendo as mulheres as mais afetadas. A incidência desta doença vem aumentando nos últimos tempos, o que é, atualmente, considerado problema de saúde pública.

O VIH/SIDA afeta gravemente a estrutura emocional e econômica das famílias, assim como as perspectivas de futuro. Este aumento ocorre, também, em consequência das baixas condições socioeconômicas e culturais, das débeis atuações dos serviços de saúde, bem como da falta de uma educação sexual adequada, voltada, sobretudo, para os adolescentes.

É bem verdade que a sexualidade não tem nada de imoral - as funções naturais do corpo não podem ser imorais, todos os mistérios e dissimulações não conseguirão modificar em nada o curso dos fenômenos naturais -, daí a necessidade de se optar por uma educação sexual segura e que respeite os princípios de sã convivência.

Um dos objetivos do Plano Estratégico do Ministério da Saúde é o nascimento de crianças sem vírus de VIH. Atualmente são oferecidas consultas de pré-natal para gestantes portadoras de VIH/SIDA, no entanto, a adesão ao tratamento ainda é baixa.

Vários fatores podem ser apontados para a baixa adesão ao tratamento antirretroviral (TARV), tais como: a falta de informação, problemas culturais, crenças religiosas, o estigma e a discriminação.

Atualmente, a primeira-Dama da República de Angola desenvolve um Programa de apoio às pessoas vivendo com VIH/SIDA, focando em mulheres gestantes, chamado “Nascer livre para brilhar”. As pessoas são apoiadas na testagem, nos tratamentos e são fornecidos alguns suplementos para as suas necessidades.

Quadro 1: Unidade temática da disciplina de EMC, 7ª Classe

Objectivos Específicos	Subtemas	Conteúdos	2 Carga Horária		
			Teórica	Teórico-prática	Prática
Identificar as diferentes fases do desenvolvimento sexual; <ul style="list-style-type: none"> Identificar as dimensões da sexualidade; Demonstrar afeição sobre o seu corpo em transformação e maturação sexual. 	3.1. Uma definição de sexualidade	A sexualidade e suas dimensões: quando e como a vivo?		1	
Desenvolver comportamentos sexualmente responsáveis; <ul style="list-style-type: none"> Reconhecer os métodos contraceptivos; Conhecer o período fértil da mulher. 	3.2. Os adolescentes e a sexualidade responsável	. Método de contraceção natural e métodos contraceptivos artificiais.		1	

Fonte: Matriz curricular temática, grelha de conteúdo programático da disciplina de EMC/ MED, ano de 2019.

Comportamentos sexuais dos adolescentes.

Na abordagem desta unidade os educadores pretendem os seguintes objetivos gerais: Aplicar comportamentos sexualmente assertivos; conhecer o ciclo menstrual da mulher; compreender os métodos de contraceção; sintetizar as dimensões da sexualidade humana.

Na análise feita dos conteúdos programas das unidades curriculares acima referenciadas, podemos afirmar que existe um trabalho dos educadores virados para a educação sexual dos adolescentes nas escolas, onde o professor se revê, conforme,

Uma educação sexual deve possibilitar o desenvolvimento de professores e alunos de maneira a viverem a sua sexualidade de forma mais responsável e prazerosa (Brittos; Santos; Gaglioto, 2013, p.2).

Deste modo, podemos nos questionar se todas as/os adolescentes do bairro operário estão nas escolas? A nossa resposta é não. Basta ver pelo número insuficiente de escolas disponíveis no bairro.

O impacto da pandemia da COVID 19 na saúde dos adolescentes

Nos itens anterior, procuramos trazer uma abordagem interdisciplinar, reconhecendo sua necessidade quando se trata da educação sexual. O trabalho da educação sexual depende de diferentes profissionais que atuam no ambiente escolar ou educacional, bem como de outras áreas do conhecimento.

Como dito, buscamos discutir a educação sexual dos adolescentes, visando a prevenção da gravidez precoce no bairro Operário, o que demanda um olhar inicial sobre os processos de educação e/ou ensino em Angola - na perspectiva formal, informal e não formal - também a busca de outros conceitos inerentes à problemática de estudo.

Outrossim, no atual período em que estamos vivendo, a educação dos adolescentes deve ter como foco não apenas a prevenção da gravidez, mas também das doenças sexualmente transmissíveis e outras que venham ocorrer durante a sua vida ou etapa de crescimento. Hoje, estamos o mundo está vivendo preocupado com a situação da pandemia da Covid 19, embora os casos positivos não sejam especialmente alarmantes, deve ser uma preocupação no trabalho interdisciplinar de educação sexual. Afinal, as fronteiras profissionais cruzam com os saberes visando o bem comum e a saúde dos adolescentes.

Não gostaríamos de terminar este artigo, sem fazer menção ao atual contexto epidemiológico que o mundo vive, relacionado à pandemia da Covid-19. Uma realidade na qual Angola não ficou à parte e que impactou diretamente o percurso de nossa pesquisa.

Falar sobre a situação da Covid 19 em Angola, na cidade de Luanda e, particularmente, no bairro operário, remete-nos ao realce das primeiras manifestações da pandemia no mundo. No contexto mundial, os primeiros sinais de alarme sobre a situação da pandemia provocada pelo novo coronavírus-2, foi em Dezembro de 2019, lê-se:

Em dezembro de 2019 surgiu na China um novo coronavírus denominado “severe acute respiratory syndrome coronavirus-2” (SARS-CoV-2). A doença associada ao SARS-CoV-2 – denominada “coronavirus disease 2019” (COVID-19) – tornou-se o mais grave problema de saúde pública desta geração, tendo sido declarada uma pandemia em 11 de março de 2020 (Fiocruz, 2020, p.7).

Segundo a Comissão Interministerial de Combate a Pandemia de Covid-19, os primeiros casos foram confirmados em 21 de março de 2020, após dois cidadãos angolanos, vindos de Portugal, terem sido diagnosticados com o vírus. Todos os casos de coronavírus do país concentram-se na província de Luanda, embora o governo tenha criado centros para quarentena institucional em todas as províncias do país.

A situação atual da pandemia ocasionada pelo novo coronavírus - que causa a Covid-19 - enquanto realidade social existente, traz ao debate noções do comum e de exceção, bem como dos campos da normalidade, da saúde-doença, da verdade e dos óbvios seletivos, pois partimos de um entendimento que há um recorte de classe, raça, gênero e geração, que, em geral, negligência as especificidades dos adolescentes.

Embora entendamos que a maior parcela da população de risco ao Covid-19 sejam os adultos, existem poucas medidas direcionadas aos adolescentes, sobretudo frente aqueles que enfrentam a maternidade e paternidade precoces.

Medidas preventivas tomadas pelo governo de Angola

Tendo em conta os efeitos dessa pandemia, o governo angolano tomou a medida preventiva de suspensão das aulas em todo território nacional, no âmbito da vigência do decreto presidencial 316/21 de 31 de dezembro sobre a situação de calamidade pública, visando conter a propagação da covid-19 no país.

Em 20 de março de 2020, foi decretado o fechamento das fronteiras terrestre, marítima, fluvial e aérea de Angola, como forma de contenção, com o objetivo de deter a circulação do vírus no território nacional. No dia 21 de março de 2020, foram anunciados os primeiros dois casos de Covid-19.

Em geral, sabemos que o vírus é transmitido por meio de gotículas produzidas nas vias respiratórias das pessoas infectadas. Os sintomas mais comuns são febre, tosse e dificuldade para respirar. Sintomas semelhantes aos da malária, comum na realidade do bairro Operário e como sendo a maior cause de morte em Angola.

Resultados

Neste sentido, os (as) adolescentes a partir dos 12 aos 17 anos foram vacinados (as) contra a COVID-19, em todo território nacional, numa estimativa de 100.000 (Cem mil adolescentes), sendo que o bairro Operário teve apenas 793 (Setecentos e noventa e três adolescentes).

O cadastramento foi realizado a partir do Portal do Ministério da Saúde ou com as equipas de voluntários que estavam destacadas no bairro operário, bem como, em vários pontos do país a realizar este trabalho de forma gratuita.

Angola tem uma população aproximada de 32.000.000 (Trinta e dois milhões de habitantes) e na sua maioria jovem. Angola registrou um total de 102.636 casos de Covid 19, que

resultaram em 1.917 (Mil Novecentos e dezessete) óbitos. Do total da população nacional, foram administradas 6000.000 de vacinas; 22.120.543 doses de vacinas foram administradas em doses completas. Deste número de pessoas vacinados, o bairro Operário teve fraca adesão por parte dos adolescentes. Assim, o Distrito do Sambizanga (onde pertence o bairro Operário), registrou o dado abaixo:

Tabela – registrado de adolescentes com Covid19 no Sambizanga/Luanda

COVID-19	Confirmados	Óbitos	Recuperados	Ativos	Total
Quantidades	12	0	12.	0	12

Fonte: Ministério da saúde de Angola, (Janeiro de 2022).

O dados acima referenciados demonstra a situação epidemiológica do bairro operário; com estes números, o Sambizanga não registrou nenhum outro caso. Assim, casos confirmados, sendo 12, 0 óbitos, 12 recuperados e nenhum casos activo (dados registrados a data dos fatos), sendo o bairro Operário sem nenhum caso registrado.

Reconhecemos que muitos pais e encarregados de educação não aceitaram vacinar os seus filhos por medo e mitos relacionados com a vacina.

Segundo o UNICEF (2021), trata-se de um sinal de que a pandemia mudou significativamente a rotina de vários adolescentes e as suas famílias, e muitas restrições impostas como parte das medidas de prevenção tiveram impacto no cotidiano.

O impacto direto da pandemia da COVID 19 na saúde dos adolescentes do bairro operário

Os (as) adolescentes que se encontram no seio familiar têm enfrentado dificuldades neste período. O retorno dos (as) adolescentes no pós-pandemia tem sido objeto de preocupação, embora poucas vezes se considere os mesmos como sujeitos deste tempo.

- Em relação à gravidez precoce, muitas adolescentes encontram-se privadas do acesso de bens e serviços e, as políticas criadas para a contenção da pandemia, não as consideram;
- As aulas, catequeses e escolas bíblicas, atividades esportivas e recreativas foram temporariamente suspensas, à luz dos vários Decretos presidenciais, como explico abaixo;
- A suspensão das aulas nas escolas públicas e privadas representa hoje, um retrocesso sobre os níveis de aprendizagem das crianças e adolescente no bairro operário;
- Maior afastamento do convívio familiar, amigos e com toda rede de apoio agravando vulnerabilidades.

- Aumento dos estresse aos adolescentes; aumento de sintomas de depressão e ansiedade.
- aumento da violência contra a criança e os adolescentes no seio familiar;
- Aumento da epidemia de sedentarismo e obesidade;
- no uso de telefones, computadores, como televisão, tablets e smartphones;
- As famílias dos adolescentes sofrem as consequências maiores impacto socioeconômico;
- O nível de desemprego dos pais retorou a capacidade mínima de ao e sustento dos adolescentes, tornando-os mais vulneráveis;
- A maioria das (os) adolescentes do bairro operário manifestaram sinais de preocupação e inquietação pelo fato de não saberem como seria a o retorno as aulas com e pós-covid19.

O Estado de Emergência em Angola teve início às 00h00m do dia 27 de março de 2020, após o Decreto Presidencial n.º 81/20, de 25 de março. Devido ao crescente número de casos, esses decretos foram prorrogados de forma sequenciadas, sendo o primeiro, o Decreto Presidencial n.º 97/20, de 9 de abril, que determinava essas medidas por um período de trinta dias.

Já o segundo, o Decreto Presidencial n.º 120/20, de 24 de abril, que, novamente, estipulava um de trinta dias. E o terceiro, o Decreto Presidencial n.º 128/20, de 8 de maio – assim, o estado de emergência prolongou-se até às 23h59m do dia 25 de maio, tendo cessado a partir desse momento.

Depois deste período passou a vigorar o estado de calamidade pública, decretado pelo Presidente da República por meio do Decreto Presidencial n.º 142/20, de 25 de maio. Este decreto determinou que Luanda estivesse vigilância epidemiológica ou seja, em cerca sanitária. Atualmente vive um clima de maior tranquilidade.

Importa salientar, no entanto, a necessidade cada vez mais real de se olhar com maior responsabilidade para essas adolescentes, pois elas não são sujeitos imaginários, mas sujeitos reais que se constituem a partir das relações sociais pautadas nos tempos de hoje, seus benefícios e suas limitações.

Conclusão

O contexto dos educadores do bairro Operário não está alheio desta realidade. É preciso que se tome grandes esforços para a inversão da realidade no que concerne ao trabalho de educação sexual com adolescentes. Vivemos durante muitos anos no tabu das abordagens da sexualidade, pela força de muitos padrões culturais e pela mediocridade da má compreensão do próprio termo.

Não existem relatos exaustivos de mortes de adolescentes por Covid19, mas, muitos adolescentes estão infectados no contexto do país. Como os programas de vacinação não integram a parcela da adolescência, todos esforços devem ser mantidos no âmbito da prevenção. Nas comunidades, tendo em conta as orientações da Comissão Interministerial de Combate à

Covid-19, é obrigatório o uso de máscaras faciais nas ruas e nas instituições públicas. O cumprimento destas medidas de biossegurança implica sanções aos incumpridores.

Atualmente, o país conta com 102.636 casos confirmados e 1.917 óbitos. Não há registros de mortes de adolescentes por COVID-19 na área pesquisada.

Portanto, os profissionais que atuam no âmbito do trabalho interdisciplinar de educação sexual com os adolescentes com vista à prevenção da gravidez precoce no bairro Operário, são, mais uma vez, chamados para informar e formar os (as) adolescentes, a partir de seus saberes, sempre na perspectiva interdisciplinar e multissetorial.

Referências

ANGOLA. **Constituição (2010). Constituição da República de Angola.** Lexdata: Sistemas e Edições, Lda. 1ªed. 2015, 95p.

ANGOLA. **Decreto-Lei nº 13/95, de 27 de Outubro.** Luanda. Imprensa Nacional, 1995.

ANGOLA. **Lei de Bases do Sistema de Educação e Ensino, lei 17/16, de 7 de Outubro.** Luanda. Imprensa Nacional, 2016.

ANGOLA. **Lei nº 25/12 de 22 de Agosto. Lei sobre a protecção e Desenvolvimento Integral da Criança.** Conselho Nacional da Criança.

ANGOLA. **Linhas Orientadoras para a Implementação dos 11 Compromissos com a Criança.** Conselho Nacional da Criança

ANGOLA. MASFAMU (2019). **Fluxos e Parâmetros para o Atendimento a Crianças e adolescentes Vítimas de Violência.** 2.Ed.Luanda: KDA e UNICEF, 2019

FAZENDA, Ivani. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa.**4 ed. Campinas: Papirus, 1999.

FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança Fernandes Figueira. Departamento de Informação e Documentação (DID) 2019/2020. IFF/ FIOCRUZ, 2020.

FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança Fernandes Figueira. **Covid19 e a saúde da criança e do adolescente.** Departamento de Informação e Documentação (DID) 2019/2020. IFF/ FIOCRUZ, 2020.

NETO, T. **História da Educação e Cultura de Angola:** Grupos Nativos, Colonização e a Independência. UP: Ed. Zaina editora, 2010.

UNICEF. **Convenção sobre os direitos da criança.** adaptado pela assembleia geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Angola em 05 de dezembro de 1990.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL: CONSELHO DE DIREITO DA PESSOA IDOSA

Ana Joice da Silva Peraro
Josiani Julião Alves de Oliveira

Introdução

O presente trabalho tem como objetivo abordar um tema presente nas discussões da sociedade contemporânea: o envelhecimento populacional.

Estudar a participação social e os desafios na garantia de direitos através dos conselhos de direito da pessoa idosa, tem grande importância, pois, poderemos compreender melhor sobre como está sendo a dinâmica em relação à garantia de direitos das pessoas idosas em sua plenitude no cenário brasileiro.

Desta forma, é analisada a responsabilidade do Estado em relação à concretude em torno da formulação e implementação das políticas públicas por meio da participação social, através conselhos de direitos da pessoa idosa, seu papel, os desafios e entraves pesquisados.

O presente estudo perpassa por temática de relevância para uma análise crítica da realidade social, pois, embora haja avanços nas políticas de atenção à pessoa idosa, em relação à participação nos conselhos de direitos, as formulações e as deliberações das políticas públicas, como forma de diálogo entre o poder público e a sociedade, ainda é um desafio na atualidade. Estudar a temática é necessário, pois, a participação social foi uma conquista através de lutas e dos movimentos sociais ao longo da história da Democracia brasileira.

Analisamos o processo histórico e a legislação como ferramenta de investigação das políticas públicas voltadas à pessoa idosa, a luz da Constituição Federal (1988) e consequentemente da Lei Orgânica de Assistência Social (1993), do Sistema Único de Assistência Social (2003), da Política Nacional de Assistência Social (2004) e Estatutos da Pessoa Idosa (2003).

O método utilizado é o materialismo histórico dialético, onde, amparado pela reflexão crítica, fazendo o movimento através da contraditoriedade presente na investigação. Esta pesquisa se desenvolveu através do material bibliográfico e documental existente sobre a temática em questão.

[...] materialismo dialético, a realidade existe independente da consciência. Consiste na tentativa de buscar explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos humanos da natureza, sociedade e pensamento. Constitui-se por uma concepção científica da realidade, pelo conhecimento da interconexão universal enriquecida pela prática social da humanidade. Daí recorre o reconhecimento de que a prática social é critério de verdade e que os graus de conhecimento são limitados pela história.

[...] materialismo histórico estuda as leis que caracterizam a vida da sociedade, sua evolução a partir da prática social dos homens. Supera a visão idealista e cronológica de história e desenvolvimento humano, ressaltando que a gênese dos fenômenos estão a força das ideias, os agrupamentos humanos, as formações socioeconômicas e as relações de produção.

Assim, foi realizada uma contextualização histórica sobre as políticas públicas, o envelhecimento e a proteção social no Brasil, bem como sobre os Conselhos de Direitos dos Idosos como ferramenta e espaços de concretude da participação social na elaboração e efetivação das políticas públicas pós a Constituição de 1988 até o atual cenário atual.

Desenvolvimento

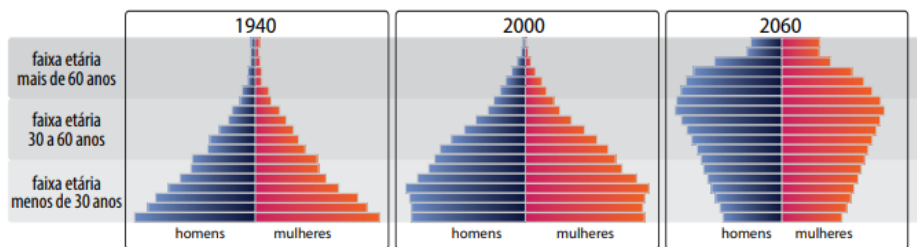
O envelhecimento humano atualmente é um dos temas mais pesquisados na contemporaneidade, especialmente sobre desenvolvimento humano, saúde e expectativa de vida para as pessoas idosas. Há pessoas que ainda pensa que o Brasil é um país de jovens devido ao seu passado, não muito distante, de numerosas famílias, porém, segundo Camargo (1995, p. 158): “ao contrário dessa suposição ingênua, a queda da mortalidade infantil e a progressiva diminuição da fecundidade em nosso meio já nos garantem uma considerável população de idosos”.

Desta forma, esta realidade vem sendo alertada desde a década de 1960, conforme bases históricas. Também cabe destacar, para um melhor entendimento do assunto, o conceito do processo do envelhecimento, que tem sido amplamente discutido em âmbito nacional.

As projeções da população brasileira para grupos de idade até 2050 mostram que entre 2000 e 2050, a participação da população jovem continuará cadente, passando de 28,6% para 17,2%, enquanto ocorrerá um modesto declínio no peso da população adulta (de 66,0% para 64,4%) e todo aumento se concentrará na população idosa, que ampliará a sua importância relativa, intensificando sobremaneira o envelhecimento demográfico”. (Berzins, 2003, p. 25).

A seguir, dados demonstrados de acordo com a pirâmide etária, para uma melhor leitura sobre a transição demográfica no Brasil:

Figura 1 – Transição Demográfica no Brasil



Fonte: IBGE

Fonte: Jornal Senado (2018)

A Figura 1, além de nos orientar sobre como a população está envelhecendo mais, também nos elucida em relação ao gênero, onde, mulheres vivem e continuarão vivendo mais que os homens.

Amparados nos aportes teóricos, documentos estudados e mencionados no decorrer da pesquisa, direcionamos a investigação o nosso olhar a pessoa idosa e a dinâmica no processo do sistema de proteção social no Brasil às necessidades da demanda, como sujeito de direitos assegurados pela Carta Magna- Constituição Federal de 1988: “Art. 230 – A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar a pessoa idosa, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida”.

Assim, o conceito de democracia se faz necessário para elucidar a forma de sistema político no Brasil como um “sistema político influenciado pela vontade popular e que tem por obrigação distribuir o poder equitativamente entre os cidadãos, assim como controlar a autoridade de seus representantes” (Michaelis, 2017).

Para que a democracia de fato seja legítima, o poder do Estado é efetivado a partir das decisões coletivas, na Carta Magna no Art. 1: “Todo poder emana do povo, que exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”. (BRASIL, 1988).

O Estado assume sua principal tarefa de garantir a implantação e implementação das políticas assegurando a todo(a) cidadão(ã) brasileiro(a) os direitos fundamentais e necessários para uma vida digna e igualdade social de acordo com a Constituição Federal de 1988 em seu Artigo 5º: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade[...]”.

Para compreender as políticas públicas voltadas para às pessoas idosas, é fundamental percebê-la como parte do movimento do capitalismo, já que existem necessariamente para amenizar as precárias condições de vida da classe explorada, próprias dessa organização social, propiciando-lhes o mínimo para que possam sobreviver.

De acordo com Behring e Boschetti (2011, p. 36-37):

A análise das políticas sociais como processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de

produção e reprodução do capitalismo, recusa a utilização de enfoques restritos ou unilaterais, comumente presentes para explicar sua emergência, funções ou implicações. As análises pluralistas³, por exemplo, habituadas ao racionalismo tecnocrático fortemente inspirado em Weber, na maioria das vezes, limitam-se a discutir sua eficiência e eficácia na “resolução de problemas sociais”, sem questionar sua (im) possibilidade de assegurar justiça social e equidade no capitalismo. Tal abordagem não consegue ir além da demonstração da conquista dos direitos na sociedade burguesa, sob a égide da expansão das políticas sociais.

Mas o que merece destaque dentro do universo de políticas elaboradas para responder à questão do envelhecimento populacional aqui no Brasil é a Política Nacional do Idoso (PNI), o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

De acordo com Silva e Yazbek (2014, p. 107):

Como síntese das garantias constitucionais no campo das políticas destinadas ao público idoso, foi promulgada em 1994 a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei n. 8.842, de 04 de janeiro, que traz no seu artigo 1º como objetivo a necessidade de se “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para prover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (Brasil, 2003). tendo a família, a sociedade e o Estado iguais responsabilidade na provisão de condições que permita a esse segmento social o exercício pleno de sua cidadania. Antes da promulgação da PNI, em 1993 a lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei, n. 8.742, de 7 de dezembro, já reconhecia a pessoa idosa como um dos seus seguimentos de atenção prioritária [...].

O Estatuto da Pessoa Idosa, veio para amparar a Carta Magna de 1988, trouxe ainda a concessão de vários benefícios às pessoas idosas, prevê penas aplicadas em casos de violência contra os idosos destacada no art. 4: “Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei” (BRASIL, 2003). Enfim, o Estatuto vem como uma maneira de consolidar os direitos das pessoas idosas já expressos na Constituição Federal de 1988. Ampliando a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa.

Neste contexto, é interessante citar os vários entraves que se colocam nesta abordagem das políticas públicas, onde, o principal talvez seja o de fazer valer os direitos bem como sua efetivação. Sendo assim, o maior desafio para todos aqueles que fazem ou farão parte do processo do envelhecimento humano, ou seja, as pessoas que buscam experienciar da melhor forma, todas as etapas da vida.

Esta pesquisa, tem o compromisso e a preocupação diante do conhecimento da realidade em questão, de participar na e para investigação da questão do envelhecimento humano, que tem sido destaque no país em função de seu acelerado crescimento, sendo que, a contribuição deste estudo, será apontar a importância os Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa na efetivação de direitos e da participação social, não apenas a participação através do voto, conhecida como democracia representativa, mas também na democracia participativa, onde,

no cotidiano das formulações e execuções das políticas públicas, trazendo assim, melhores resultados para a pessoa idosa.

De acordo com Liporoni:

Este formato cresceu, consolidou-se, e é um dos mecanismos, hoje de maior visibilidade. Apesar do indiscutível progresso, apresenta limites e necessários avanços para consolidar-se como prática coletiva. Neste quesito, ações propositivas são necessárias para envolver a construção da cidadania desde a formação do cidadão na vida escolar e na vida familiar, até seu engajamento enquanto cidadão que se vê e se sente como sujeito, não só de direitos, mas também, de deveres e responsabilidades. (2017, p.344).

Para melhor entendimento sobre a manifestação de vontade da Administração Pública: “[...] agindo concretamente, tem por fim imediato adquirir, resguardar, transferir, modificar ou extinguir direitos, com vistas à realização de sua finalidade pública e sujeito a controle jurisdicional” (BRASIL, 2006, p. 26).

Nesta mesma linha de raciocínio Gohn (2011, p. 88-89) menciona que:

Os conselhos gestores são importantes porque são fruto de lutas e demandas populares e de pressões da sociedade civil pela redemocratização do país. Por terem sido promulgados no contexto de uma avalanche de reformas do Estado, de caráter neoliberal, vários analistas e militantes de movimentos sociais desacreditaram os conselhos enquanto possibilidade de participação real, ativa esquecendo-se de que eles foram reivindicados e propostos pelos movimentos em passado recente. As novas estruturas inserem-se na esfera pública e, por força de lei, integram-se aos órgãos públicos vinculados ao Poder Executivo, voltados para as políticas públicas específicas, responsáveis pela assessoria e suporte ao funcionamento das áreas onde atuam. Eles são compostos, portanto, por representantes do poder público e da sociedade civil organizada.

A disseminação da importância dos conselhos de direito de políticas públicas, estão relacionadas a processos de descentralização nas áreas de política social, que apresentam como característica comum a transferência de recursos financeiros da esfera federal para as subnacionais de governo condicionada à criação de fóruns em nível federal, estadual e municipal da administração pública. Desse modo, o município tem sido colocado como centralidade no processo de tomada de decisões, o que torna possível aos conselhos municipais participarem desse processamento.

Podemos observar que, na democracia contemporânea, tais espaços de participação como conselhos de direito são de grande importância para o aprofundamento da mesma no Brasil. Canais de diálogo com o Executivo permitem o monitoramento das atividades da administração pública fazendo-se necessário o aperfeiçoamento para que se torne mais viáveis, aparentes e efetivos.

Assim, destaque-se em Liporoni (2017, p.338) “Uma vez determinada à participação como conquista da sociedade o desafio é fazê-la mais intensa. Ou seja, apenas votar não é o

ideal da democracia contemporânea, situação em que os cidadãos são meros expectadores das decisões governamentais.”; se faz fundamental a participação social da sociedade civil nas decisões no que confere as políticas públicas e sua implementação.

O método aplicado nesta pesquisa, é o materialismo histórico dialético, onde, as reflexões por sua vez, são dotadas de movimento. O materialista histórico dialético não se constitui como um pensamento findado, proporcionando a leitura aprofundando sobre a realidade e sua totalidade, fazendo a leitura de forma crítica. Portanto, Kosic (1976, p. 20) pontua que:

A dialética é o pensamento crítico que se propõe a compreender a “coisa” em “si” e sistematicamente se pergunta como é possível chegar à compreensão da realidade. Por isso, é o oposto da sistematização doutrinária ou da romantização das representações comuns.

Na busca de conhecer e analisar as contribuições, históricas, culturais e científicas sobre a temática em questão, baseou-se na pesquisa bibliográfica sobre o envelhecimento, explicando assim, a partir do referencial teórico publicado, pois de acordo com Cervo, Bervian e Da Silva (2007, p. 61):

A pesquisa bibliográfica é o meio de formação por excelência e constituiu o procedimento básico para os estudos monográficos, pelos quais se busca o domínio do *estado da arte* sobre determinado tema. Como trabalho científico original, constitui a pesquisa propriamente dita na área das ciências humanas. Como resumo de assunto, constitui geralmente o primeiro passo de qualquer pesquisa científica. Os alunos de todos os níveis, acadêmicos devem, portanto, ser iniciados nos métodos e nas técnicas da pesquisa bibliográfica.

A pesquisa documental nos apontou os dados primários que segundo Sá-Silva, Almáida e Guindani (2009, p. 6):

A pesquisa documental é muito próxima da pesquisa bibliográfica. O elemento diferenciador está na natureza das fontes: a pesquisa bibliográfica remete para as contribuições de diferentes autores sobre o tema, atentando para as fontes secundárias, enquanto a pesquisa documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias. Essa é a principal diferença entre a pesquisa documental e pesquisa bibliográfica.

Na intenção de produzir e construir conhecimento, nos apoiamos em Minayo, Deslandes e Gomes (2016, p.11): “Resumimos as várias respostas, dizendo que as ciências sociais hoje, como no passado continuam gerando conhecimento”. Esse é o objetivo, através de inquietações continuamos sempre na busca por respostas.

De acordo com o mencionado neste trabalho, a forma de participação social estudada, Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa, segundo Justo, Rozendo e Correa (2010, p. 48): “Dentro do abrangente temático “controle social”, os conselhos surgem, como o principal

canal democrático para o exercício da democracia, da cidadania, do protagonismo e da participação social”.

Assim, elencamos pontos relevantes em relação à criação, composição e dinâmica de atuação dos conselhos dos idosos, dentro de uma perspectiva crítica na defesa da participação concreta nas políticas públicas voltadas aos idosos e idosas.

O Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDPI), foi criado em 1994 pela Lei nº. 8.842, Política Nacional do Idoso – PNI. Assim, a referida lei, estabelece diretrizes sobre a composição dos Conselhos da Pessoa Idosa nas esferas da administração pública (nacional, estaduais, do Distrito Federal e municipal), um dos grandes avanços no país em relação a legislação a esta parcela da população, pessoa idosa, trazendo como elemento importante a participação.

De acordo com a PNI (Brasil, 1994):

Art. 6º Os conselhos nacionais, estaduais, do Distrito federal e municipais do idoso serão órgãos permanente, paritários e deliberativos, compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidades públicas e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área.

Pontuaremos os três motivos pelo qual os conselhos são também forma de participação social:

- São compostos por 50% de representantes do Poder Executivo e 50% da sociedade civil, assim, são chamados de paritários;
- Ações de natureza deliberativa, isto é, tem poder de decisão;
- Objetivo de formular e controlar a execução das políticas públicas.

Por ser de composição plural, permitindo dessa forma que pessoas de qualquer gênero, etnia, filiação partidária, crença religiosa, convicção filosófica possa participar dos conselhos de direitos, composto por pessoas que constituem a sociedade brasileira (Raichelis; Wanderley, 2004), tendo como essencial, a legitimação das diferenças na elaboração, supervisão, acompanhamento, fiscalização e avaliação das políticas públicas, estabelecendo ações para com a pessoa idosa, sendo assim, protegida e aceita, mesmo porque, a sociedade tem o padrão de ignorar a velhice e os(as) velhos(as).

Os conselhos de direitos em sua importância descrita acima acerca da participação social nas políticas públicas (formulação, execução e fiscalização), contudo, o fato de existir não é garantia de representação de cidadãos e cidadãs, é necessário a participação ativa da sociedade, conscientizando sobre o que de fato representam os conselhos de direitos.

Com amparo da legislação (Constituição 1988, PNI 1994, Estatuto da Pessoa Idosa 2003) e pontuando brechas que devemos evidenciar, que ainda hoje, segundo alguns estudos, não foram sanadas.

Segundo Ribeiro (2011, p.42):

[...] O princípio da paridade nem sempre é respeitado, nos municípios principalmente. [...], as agendas da maioria dos conselhos são controladas

pelo Executivo, o que dificulta [...] representação da sociedade civil. Outra dificuldade encontrada é a resistência do poder executivo em conceder real poder aos conselhos. Os conselhos dependem também, para seu funcionamento adequado, de estrutura física e básica.

Diante de tais constatações mencionadas, a autora não se limita apenas ao que está posto, assim, se perceber o quão necessário é expandir nosso “olhar” através da investigação, seguindo nas buscas, pois, ainda há muitos obstáculos com relação aos conselhos de direitos.

No processo de investigação através dos estudos aqui mencionados, alguns questionamentos foram elencados:

1. A existência de conselhos em todos os municípios e estados;
2. De que forma está sendo feita a escolha dos representantes para os conselhos - conselheiros (as);
3. Quais canais de comunicação entre os (as) conselheiros (as) e representados (as);
4. Há capacitação dos (as) conselheiros (as) para que conheçam o papel de seus membros;
5. Qual o poder de decisão (deliberação) dos (as) conselheiros (as) na formulação, execução e fiscalização das políticas públicas à Pessoa Idosa?

Ainda em Ribeiro (2011, p.42), observa-se em seus estudos sobre o conselho da pessoa idosa, que:

A forma de escolha dos representantes [...], em muitos deles, essa escolha não se dá de forma democrática, mas impositiva, o que compromete a legitimidade e o poder de representação. A atuação dos conselheiros depende de uma série de questões, [...], os canais de comunicação que devem ser criados entre representantes e a base que representam, a falta de capacitação dos conselheiros e o desconhecimento destes sobre o papel do conselho e seus membros. Essa defasagem de conhecimento sobre a área de atuação dos conselheiros é um obstáculo para o funcionamento adequado dos conselhos em todo país. Em muitos conselhos os conselheiros estão poucos preparados para a atuação em termos de: capacitação, informação, interesse por políticas públicas, etc. Além disso, nem sempre a estrutura de funcionamento dos conselhos lhe dá condições mínimas para atuação.

Sobre atuação e participação na escolha de representante do Conselho de Direito da Pessoa Idosa, observamos que, não há na PNI e Estatuto do Idoso sobre a presença das próprias pessoas idosas, dessa forma são excluídos do processo, considerando os conselhos como órgãos para a gestão da velhice, tutelando as pessoas idosas.

De acordo com Justo, Rozendo e Correa (2010, p.49): “Ao excluir os mais velhos da gestão dos seus próprios interesses, [...], o Estado acabou revelando sua subestimação das idades avançadas da vida, enxergando-as como limitadas e dependentes, relegando-as a passividade e resignação”.

São várias críticas em relação aos Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa, não apenas em relação à rara participação da pessoa idosa nos conselhos de direitos, autores apontam em seus estudos outro problema, que alguns conselhos de direito conceberam seu próprio regimento interno, onde, mencionam a participação efetiva das pessoas idosas, mas que muitas vezes são ocultamentos interesses de instituições e órgãos públicos, envolvendo as o terceiro setor.

Para fundamentar o mencionado, em Justo, Rozendo e Correa (2010, p. 49):

Alguns Conselhos do Idoso criaram seu próprio regimento interno e passaram a criar cotas para garantir a participação dos Longevos, como é o caso do Conselho Estadual do Idoso de São Paulo. Todavia, essas reservas, na prática, muitas vezes acabam sendo ocupadas por idosos representantes das classes dominantes, ou ainda por membros de instituições e órgãos públicos diretamente envolvidos na prestação de serviços. Muitos desses conselheiros, apesar de idosos, privilegiam interesses pessoais e/ou institucionais em detrimento de interesses da população idosa em geral. Desse modo, a participação dos mais velhos nos Conselhos do Idoso, quando raramente ocorre, acaba sendo motivada e determinada por fatores sociopolítico-econômicos.

A participação social através dos conselhos de direito, a priori, mesmo diante de avanços na legislação brasileira, políticas públicas e a proteção social, observa-se através dos estudos que, os entraves e retrocessos no que diz respeito à pessoa idosa no Brasil são reais.

Mencionaremos o Decreto nº 8.243/2014, assinado pela Presidente Dilma Rousseff que institui a PNPS (Política Nacional de Participação Social) e a SPNS (Sistema Nacional de Participação Social), importante para estabelecer regras para a efetividade dos conselhos como espaços de diálogo, tornando-os mais transparentes e democráticos.

Todavia, desde o início o Decreto nº 8.243/2014, houve polêmica. O Congresso Nacional presumiu a retirada de atribuições que seriam do mesmo e conseqüentemente a democracia representativa, a Presidente Dilma, alegou que o diálogo com a sociedade sobre as políticas de governo contribui com o fortalecimento da democracia.

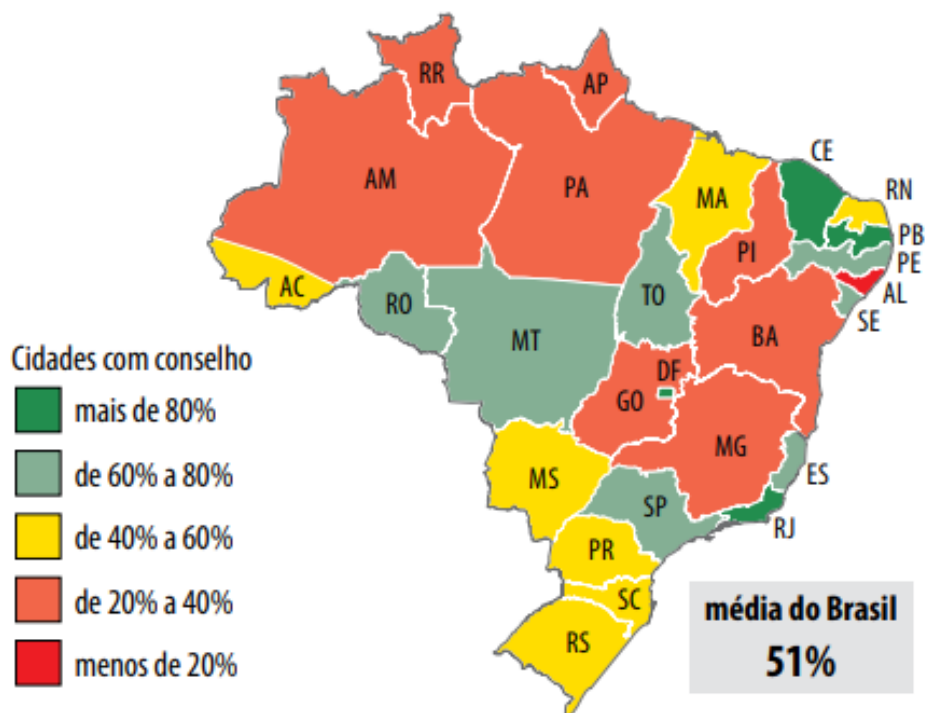
Vale destacar, que o governo atual, Presidente Jair Bolsonaro, através do Ministro da Casa Civil Onyx Lorenzoni, assinou um decreto no dia 11/04/2019, revogando o Decreto nº 8.243/2014, assim, está firmado que os mais de 700 (setecentos) conselhos terão 60 (sessenta) dias para buscar a permanência ou a exclusão, o governo fez estimativa de mais ou menos 50 (cinquenta) conselhos permaneceram, como justificativa, os argumentos motivados por mo ideologia partidária e pessoal, onde, em sua fala o ministro diz: “ Conselhos têm visão completamente distorcida do é representação e participação [...] tinham como gênese a visão ideológica dos governos que nos antecederam, de fragilizar a representação da própria sociedade”, publicado pela Agência Brasil (2019), outra justificativa são despesas com gastos com pessoas, que ele diz ser voluntário, porém, para as pessoas envolvidas estarem presentes, consumiam recursos públicos.

De acordo com o mencionado, no governo, o desmonte da participação social através dos conselhos de direitos é mais um fato claro sem rodeios, onde a ideia, deveria ser o fortalecimento desses espaços e não promover o fim com justificativas sem embasamento, ignorando

a Constituição federal de 1988, retrocedendo diante do que foi conquistado através de lutas e movimentos sociais, para estar à frente das decisões que lhe é de direito.

Segundo Senado Federal, a figura a seguir, aponta dados sobre os respectivos estados e o percentual de Conselhos Municipais de Idosos:

Figura 2 – Conselhos Municipais de Idosos no Brasil



Fonte: IBGE

Fonte: Jornal do Senado (2018).

A análise é muito complexa e dialética, pois na busca da justiça social, o aprofundamento sobre o que diz respeito à Pessoa Idosa é premente, sendo que, o processo de envelhecimento populacional no Brasil, torna-se cada vez mais imprescindível nos debates, alocando esforços para que as políticas públicas voltadas a essa parcela da população que como se pode observar nesta pesquisa, as pessoas idosas em sua grande maioria, não tem seus direitos respeitados e estão totalmente à margem, privados de proteção social.

Assim, se chega ao ponto de reconhecer os direitos das pessoas idosas, buscando promover e efetivar políticas públicas voltadas ao envelhecimento, e acima de tudo, valorizar a vida em sua plenitude, ou seja, em todas as etapas da vida, assim como suas experiências e sabedorias e consequentemente a memória e história do Brasil.

Observamos que nesses espaços de participação, os conselhos de direitos são inseridos na participação, numa pluralidade de atores sociais nos processos de tomada de decisões das

políticas públicas sobre a influência de atores políticos corriqueiros. Da mesma forma, existem repercussões das instituições participativas sobre o comportamento do executivo e legislativo e suas políticas.

Na pretensão de ser válida a contribuição em que a pesquisa em questão perpassa por temática de relevância para uma análise crítica da realidade pesquisada, pois embora haja avanços nas políticas de atenção à pessoa idosa, à participação em conselhos de direitos, a discussão e deliberação como forma de diálogo entre o poder público e a sociedade, ainda é um desafio.

Considerações finais

As questões aqui propostas para debate demonstram como a democracia participativa, que apesar de uma grande conquista ao longo da história, ainda é um desafio para sua concretização. Há que se levar em conta o curto espaço de tempo que foi percorrido desde a promulgação da CF de 1988, até chegarmos à Política Nacional da Assistência Social - PNAS que possibilita uma maior participação da sociedade civil nos órgãos deliberativos.

Através da pesquisa bibliográfica, podemos inferir que, os Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa, ainda tem muitas barreiras e desafios: faltam conselhos voltados à pessoa idosa nos em muitos municípios brasileiros, conselheiros não procuram as bases para o diálogo pertinente as suas necessidades coletivas, falta de capacitação aos conselheiros e a “voz” em relação a deliberações dos Conselhos ainda se mostra fragilizada, o atual governo tem interesse em desmantelar os conselhos de direitos assim, a população fica impossibilitada de participar das decisões que são de interesses coletivos.

Em se tratando das necessidades, a contribuição em que a pesquisa em questão juntamente com profissionais sociais e a possibilidade de demonstrar o quanto suas competências teórico-metodológicas podem auxiliar num momento onde, as mudanças na sociedade não param de se concretizar, exigindo atenção voltada aos seguimentos em suas particularidades e totalidades, exercitando e efetivando seu papel social e a prática política.

A reflexão crítica é oportuna, uma vez que a pesquisa nos oportuniza de conhecer e traçar novas veredas no desvelar da realidade que nos envolve. No momento que as pesquisas sobre a evolução da proteção social para as pessoas idosas enfatizando-se cada vez mais, há a necessidade da elaboração e execução de políticas públicas que garantam o acesso ao envelhecimento como direito e conquista da sociedade.

Dessa forma, supõe pensar na perspectiva dos direitos, da provisão das necessidades sociais do cidadão e cidadãs, da equidade, da igualdade, da cidadania e da emancipação.

Assim, se chega ao ponto do reconhecimento dos direitos das pessoas idosas, buscando a promoção e efetivação de políticas públicas voltadas ao envelhecimento e velhice, valorizando a vida em sua plenitude, ou seja, em todas as fases da vida, assim como as experiências e sabedorias e consequentemente a memória e história brasileira.

Grandes são os desafios que em toda a sociedade deva enfrentar, não apenas os profissionais envolvidos na área humana e social, são mudanças na realidade apontada e o compromisso na efetivação de direitos.

Referências

AGÊNCIA BRASIL. **Conselhos sociais tem 60 dias para justificarem existência.** Publicado em: 11 abr. 2019. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2019-04/conselhos-sociais-tem-60-dias-para-justificarem-existencia>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

BEAUVOIR, S. **A velhice.** Tradução Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história.** 9.ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica do Serviço Social; v. 2).

BERZINS, M. A. V. S. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. Revista Serviço Social & Sociedade. São Paulo, n. 75, p. 19-34, especial. 2003.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 8.243/2014.** Dispõe sobre a PNPS e SNPS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2014/decreto/d8243.htm>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1998.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 01 ago. 2022.

BRASIL. **Lei n. 10.741,** de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 15 ago. 2022.

BRASIL. **Lei n. 14.423,** de 22 de julho de 2022. Altera a lei n. 10.741/2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm>. Acesso em 15 ago. 2022.

BRASIL. **Lei n. 8.742,** de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 01 ago. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.842,** de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 08 ago. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Concepção de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.** Brasília: MDS, 2013(1). 56p.

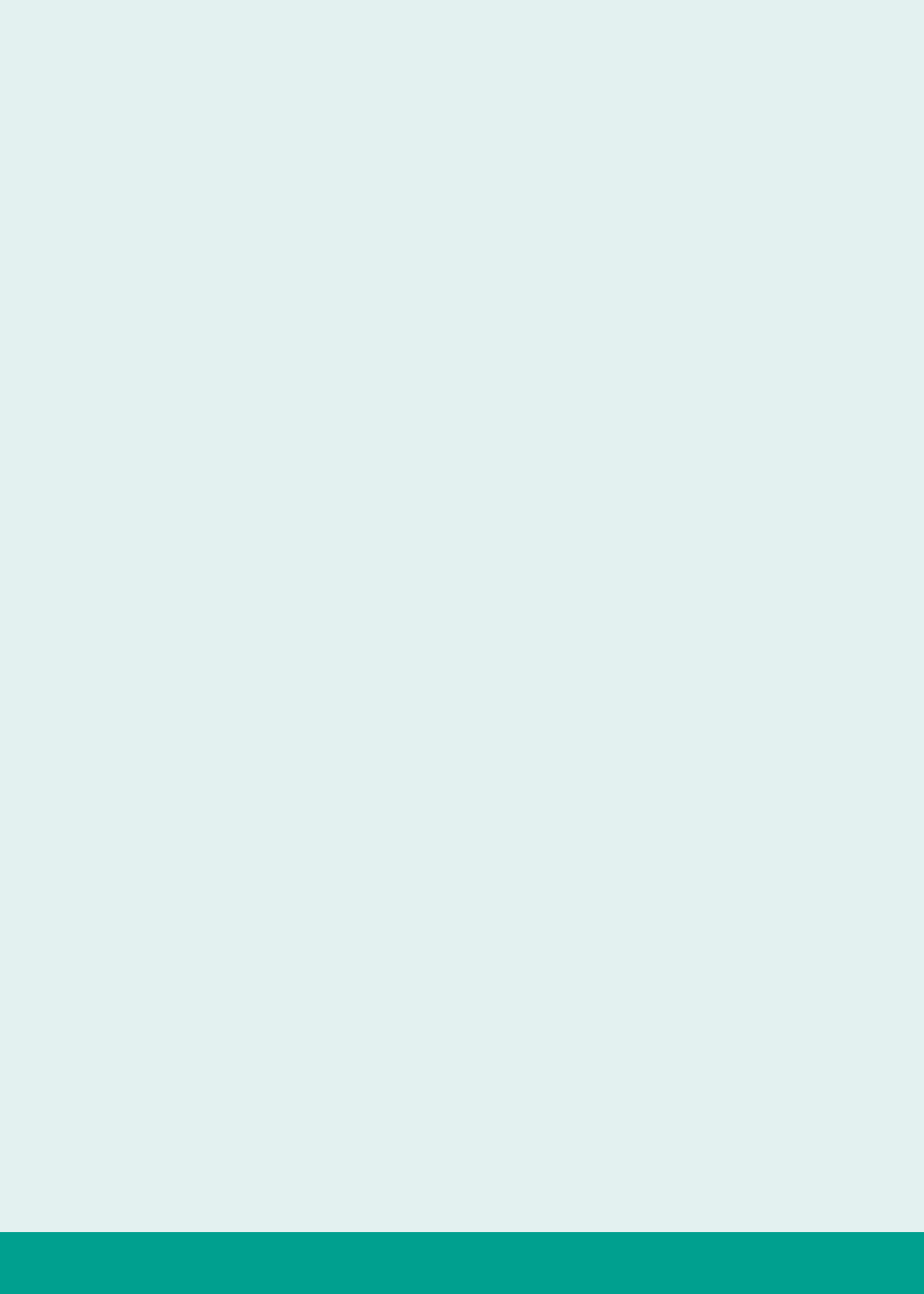
BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Orientação Acerca dos Conselhos e do Controle Social da Política Pública de Assistência Social.** SUAS – Sistema Único de Assistência Social. Brasília: MDS, 2006.

CAMARGO, JR., K. R. de. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. **Hist. Cienc. saúde-Manguinhos,** do Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, Jun. de 1995. p. 158-160. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701995000200014&lng=PT&nrm=iso>. Acesso em 10/09/2012.

CARVALHO, M. C. B (Org.). **A família contemporânea em debate.** 3. ed. São Paulo: Educ/Cortez, 2000.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; Da SILVA, R. **Metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

- COSTA, J. S. **Velhice, ideologia e crítica**: uma análise sobre a participação, protagonismo e empoderamento dos (as) velhos (as) nos espaços conferência. 2015. 166 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2015.
- GOHN, M. G. **Conselhos Gestores e participação sociopolítica**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- JORNAL DO SENADO. Especial Cidadania. **Metade das cidades do país ainda não dá voz aos idosos**. Ano XIV – nº 649 – Brasília. Publicado em = 18 set. 2018. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/metade-das-cidades-do-pais-ainda-nao-da-voz-aos-idosos>>. Acesso em: 10 abr. 2019.
- JUSTO, J. S.; ROZENDO, A. S. da; CORREA M. R. O Idoso como protagonista social. **A Terceira Idade**, São Paulo, v. 21, n. 48, p. 39-53, 2010.
- KOSIC, K. **Dialética do concreto**. Tradução Célia Neves e Alderico Toríbio. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- LIPORONI, A. A. R. C. A defesa da saúde pública através dos conselhos municipais de saúde. **REFACS**, Uberaba, v. 5, Supl. 2, p. 335-345, 2017.
- MICHAELIS. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. **Democracia**. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/busca?id=zpWV>. Acesso em 18 nov. 2017.
- MINAYO, M. C. S. (org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016.
- PAIVA, S. de O. C. **Envelhecimento saúde e trabalho no tempo do capital**. São Paulo: Cortez, 2014.
- PRATES, J. C. O método e a teoria marxiana. **Marx hoje e a transformação social**. 1.ed. v.1. São Paulo: Outras Expressões, 2016.
- RAICHELIS, R.; WANDERLEY, L. E. W. Desafios de uma gestão pública democrática na integração regional. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 78, p. 5-32, jul. 2004.
- RIBEIRO, M. A. A política e os conselhos de idosos: uma questão de cidadania. **A Terceira Idade**, São Paulo, v. 22, n. 51, p. 30-44, 2011.
- SÁ-SILVA, J. R. S.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, F. Pesquisa Documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais** Ano I - Número I - julho de 2009 www.rbhcs.com ISSN: 2175-3423. Disponível em: <<https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/viewFile/6/pdf>> - Acesso em: 13/03/2018.
- SILVA, M. R. F.; YAZBEK, M. C. Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. *Revista Katálises*. v.17, n. 1, p. 102-110, jan./jun. 2014. Florianópolis. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n1/a11v17n1.pdf>> - Acesso em: 9/03/2018.
- TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital**: implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.



VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS NO KILAMBA KIAXI: Secção Municipal da Família e Promoção da Mulher do Município do Kilamba Kiaxi, em Luanda

Bernardino Manuel de Almeida Cuteta
Eliana Bolorino Canteiro Martins
Laurita de Queiroz Bomdespacho
Neide Aparecida de Souza Lehfeld

Introdução

O presente artigo faz reflexões em torno da questão referente à violência doméstica contra a criança no município do Kilamba Kiaxi. Trata-se de fato, de um fenómeno que tem vindo a crescer em cada ano que passa, ganhando contornos alarmantes, na conjuntura nacional. O estudo buscou medir os índices da problemática da violência doméstica contra crianças no município do Kilamba Kiaxi, subscrevendo-se em identificar as formas e os tipos de violências praticadas contra crianças a nível do município, entender suas causas e consequências na sua trajectórias e histórias de vida, identificar os potenciais prevaricadores ou agressores das crianças bem como perceber possíveis caminhos para prevenção e superação das questões de violência que envolvem o quotidiano dos nossos sujeitos de pesquisa.

Ressaltar que desenvolver essa temática significou trazer ao debate a centralidade das crianças vítimas de diferentes formas de violência, que de certa forma revela a negação por parte dos adultos que têm a obrigação de garantir a efectivação de seus direitos fundamentais de protecção, segurança, assim como de promoção de um ambiente sadio para que possam crescer e desenvolver-se de forma integral e harmonioso.

Assim sendo, o presente estudo se justifica por entendermos que a melhor forma de superar-se tal questão é compreendê-la a partir do próprio contexto, na medida em que trata-se de uma questão social e historicamente determinada que envolve determinantes económicas, jurídicas, políticas e culturais, que tem se agravado nos últimos anos, resultando no elevado número da população em situações de pobreza extrema, apesar do crescimento económico que o país registou nos últimos dez anos e que, actualmente, se debate com a crise económica mundial.

Por isso, há necessidade de se estabelecer uma discussão mais ampla, a fim de abordar o problema de frente e criar meios alternativos para viabilizar políticas e acções que possibilitem a solução ou, no mínimo, a redução desta crescente problemática.

Metodologia

Os métodos de intervenção social são, na sua formulação uma redução, simplificação de um processo de acção, dentro de um sector determinado e delimitado da realidade social. Se o conhecimento, mais do que um estado, é um processo, ainda mais o método que, como indica a palavra, é um caminho para se atingir algo. Mas, esse caminho não é coisa claramente estabelecida de antemão, é algo que se faz ao fazê-lo.

Ander-Egg (1997), mostra exatamente a aplicação do método em serviço social:

O problema metodológico no âmbito das profissões refere-se fundamentalmente à ordem que devem respeitar-se nas operações e nos procedimentos práticos, para obter resultados de modificação de situações reais. Toda a metodologia de trabalho social é, em última instância uma metodologia emergente. Isto é, a partir de linhas gerais de acção próprias de um método de intervenção social. O que realmente se faz vai surgindo e se concretizando à medida que as actividades se desenvolvem.

O estudo foi desenvolvido com base numa metodologia de pesquisa exploratória, tendo em conta o contacto mantido com a comunidade, nomeadamente, com algumas crianças, adolescentes e jovens, muitos dos quais já foram vítimas da violência no lar, tendo partilhado e analisado com eles os factores de redução do fenómeno em estudo - violência doméstica contra criança - a partir da observação da estrutura e do funcionamento da própria sociedade, por um lado.

Por outro, a pesquisa bibliográfica e documental fez parte do estudo, na busca de informações sobre os autores que já se debruçaram sobre o mesmo assunto, tendo em conta os seus conhecimentos e suas experiências em relação ao tema. Por outro lado, apropriamo-nos também das informações e dados obtidos junto à comunidade local organizada, nomeadamente os pais, às comissões de moradores, aos professores das escolas, líderes religiosos e tradicionais, a polícia nacional, técnicos do MINFAMU e Centro de Referência do Julgado de Menores, Rede de Protecção dos Direitos da Criança do kilamba kixi, as Organizações não Governamentais, Associações e outros. Por outro lado servimo-nos ainda de entrevistas semi - estruturadas, aplicadas aos nossos sujeitos para a recolha de dados e informações

referente ao tema que nos propusemos a estudar, cujas reflexões e análises encontram contidas no presente trabalho.

De modo geral os dados contidos nesse trabalho foram coletados ou obtidos por meio de entrevistas e grupos focais, dando possibilidade a melhor compreensão do fenómeno da violência doméstica contra a criança.

Os participantes da nossa pesquisa foram 56, dentre estes, 38 crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 6 e 18 anos, 18 adultos (sendo, nove homens e igual número de mulheres, com idade entre 23-49 anos de idade), tendo sido, aplicadas entrevistas e questionários; o primeiro voltado para as crianças e adolescentes, o segundo para os pais ou responsáveis legais (pai, mãe, padrasto, madrastra), homens e mulheres adultos que têm filhos com as idades acima já referenciadas, e que os seus filhos foram por nós entrevistados (obedecendo assinatura do TCLE). Além dos sujeitos acima referenciados, foram também entrevistados o Presidente da Rede Protecção dos Direitos da Criança do kilamba kiaxi, duas (2) funcionárias da Secção Municipal da Família e Promoção da Mulher, municípios e as Orientadoras Educacionais de algumas creches do município. Iniciamos o trabalho com a coleta de dados prévios na SEMFAMU sob jurisdição da Administração municipal kilamba Kiaxi, onde solicitamos o fornecimento de dados das Crianças vítimas de violência doméstica referente ao primeiro semestre de 2020.

Ressaltar que trata-se de um estudo fundamentado na abordagem qualitativa. Ressaltar que a escolha da abordagem qualitativa como foco do presente estudo deve-se ao facto de pelo menos permitir iluminar o dinamismo interno das situações, partindo do “fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito” (Chizzotti, 1991, p.79). Também por outro lado, por favorecer a integração dos sujeitos e permitir um contato direto com a situação estudada, retratando a perspectiva dos participantes. Por outro lado, por substanciar-se em uma abordagem que “envolve além dos aspectos objetivos também, os aspectos subjetivos de vivências das pessoas como sentimentos, desejos, opções de vida, atitudes, expectativas, dentre outras” (Berthoud, 2004, P. 44).

Segundo Chizzotti (1991), a pesquisa qualitativa reconhece todas as pessoas que participam da pesquisa como sendo sujeitos que elaboram conhecimentos e produzem praticas adequadas para intervir nos problemas que identificam, pois possuem um conhecimento prático do senso comum, representações relativamente elaboradas que formam uma concepção de vida e orienta as suas acções.

Concordando com Richardson (1999, p.70), dados qualitativos representam a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando consequentemente, uma margem de segurança quanto às inferências. É frequentemente aplicado nos estudos descritivos. Dizer que o estudo também teve um componente quantitativo.

A análise quantitativa permitiu trabalhar dados numéricos para análise dos casos de violência domestica contra a criança no município do kilamba kiaxi.

Conforme Rodrigues (2007), a pesquisa quantitativa traduz em números as informações e opiniões para serem classificados e analisados, utilizam-se técnicas estatísticas.

Frisar que a recolha de dados ou a realização da pesquisa de campo consistiu na aplicação dos instrumentos técnicos escolhidos para o efeito, como a observação sistemática com devido registo detalhado de tudo, que ocorreu com as crianças durante o contato, principalmente, as conversas, depoimentos, atitudes e comportamentos. É nesta fase em que também

foram realizadas as entrevistas orientadas através de questionários previamente elaborados contendo uma série de questões devidamente ordenadas, num total de 22 perguntas, tocando aspectos como: a identidade, relacionamento familiar, atitude e comportamentos e perspectivas futuras.

As mesmas consistiram em questionários com perguntas, fechadas, mistas e de múltipla escolha, relativas ao objetivo da pesquisa, principalmente no que dizia respeito ao conhecimento e aprofundamento da problemática em estudo e que favoreceu o relato dos depoimentos.

Para o funcionamento eficiente e definitivo dos questionários estes foram antecedidos de um pré-teste que permitiu verificar alguns erros, número de questões elevadas. Antes de cada entrevista foi explicado aos entrevistados o carácter anónimo da conversa, ou seja os mesmos não seriam identificados pelo nome, mas por pseudónimo ou apelido escolhido por eles.

Por fim, ressaltar que os resultados obtidos nesse estudo poderá orientar programas e políticas públicas que busquem garantir os direitos das crianças de viverem livres de todas as formas de violência, contribuindo, desta forma, para o desenvolvimento das crianças em Angola de modo geral, e em particular do kilamba xiaksi.

Família na contemporaneidade: conceitos, funções e papéis

Normalmente a família é entendida como um espaço de pessoas, constituído de maneira contínua, relativamente estável e não causal. Por outro lado, a família é vista também como “espaço privado” porém seus membros além de estabelecerem relações familiares mantêm também relações com outras esferas da sociedade, ou seja, relacionam-se com o Estado, mercado, associações, movimentos sociais, segmentos que constituem o chamado espaço público. Para Giddens (1997), uma família é um grupo de pessoas unidas directamente por laços de parentesco, no qual os adultos assumem a responsabilidade de cuidar das crianças.

Assim sendo, é importante que a família busque cada vez mais, fortalecer sua capacidade de constituir-se em um meio que permita aos seus membros experimentarem diversas funções e papéis, no decorrer do seu processo de desenvolvimento ou “crescimento”. Espera-se que haja nas famílias espaços que permitam aos seus membros expressarem-se nas mais variadas situações que compõem a sua realidade familiar e porque não social, pois entendemos que as situações vivenciadas nas famílias só serão ultrapassadas através da negociação, da implementação de novas regras nas próprias relações familiares e sociais, de um diálogo aberto e permanente possibilitando assim, um certo equilíbrio em suas convivências.

Ressaltar que estas regras ou formas específicas de relação que regulam, de algum modo, o comportamento dos membros de uma família são denominados padrões transnacionais (Minuchin, 1997). Tais padrões transnacionais subdividem-se em dois conjuntos de factores que controlam e definem o modo de interacção: Primeiramente o conjunto composto pelas regras genéricas de organização familiar. É aqui, onde verificamos os níveis de autoridades diferentes entre pais e filhos. Em segundo lugar, as expectativas mútuas dos membros específicos da família.

A família é reservada também para a função reprodutora, cujo objectivo é de garantir a satisfação das necessidades sexuais dos cônjuges e perpetuar as espécies, a função económica que visa assegurar os meios de subsistência e bem-estar dos membros e finalmente a função educacional, responsável pela transmissão de valores e padrões culturais da sociedade. Através dessa função pode-se dizer que a família é a primeira agência de socialização do indivíduo” (Oliveira, 2000, p.163-64).

Há um entendimento de que a família enquanto elemento básico da sociedade, configura-se em meio natural para o crescimento e o bem-estar de todos os seus membros, em particular das crianças e jovens. Porém, para que, ela possa cumprir plenamente esses propósitos ou responsabilidades precisa de ser promovida, ajudada e protegida. Isso ao nosso ver contribuiria para que os pais tivessem uma presença construtiva na vida de seus filhos. Na verdade, para que essa presença construtiva aconteça seriam necessárias três coisas fundamentais no contexto familiar: abertura, disposição de troca e compromisso.

Em Angola, o conceito de família remonta desde o período pré-colonial, o que se chamou de muitas vezes de famílias alargadas, uma vez que, não se restringe apenas a composição de família nuclear tradicional de pai, mãe e filhos, mas agregando no seu seio outros elementos que formam o grau de parentesco. Actualmente percebe-se que no contexto angolano a transferência da responsabilidade sobre a educação dos filhos aos pais fez perder o aspecto comunitário que existia anteriormente” (Dias, 1992, p. 97).

No modelo de famílias alargadas ou africanas, durante muito tempo, o pai foi o chefe da família e provedor das necessidades materiais de seus membros, com poder autoritário. A ele todos deviam obediência, muitas vezes usava da violência na educação dos filhos para impor sua vontade. À mulher cabia a” educação dos filhos” e as actividades domésticas. Esse modelo predominou em Angola até por volta da década de 80 do século XX. Isto junta-se ainda a um forte reflexo da colonização.

Mecanismos de proteção da violência doméstica contra crianças

Angola é um país que ratificou a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) em 1990. Em 2004 o governo angolano apresentou ao Comité das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, o seu relatório sobre a implementação da CDC que, no seu artigo 19º, prevê que toda criança deve viver uma vida livre de violência.

Os Estados partes tomam todas as medidas legislativas, administrativas, sociais, educativas adequadas à protecção da criança contra todas as formas de violências física ou mental, dano, sevícia, abandono ou tratamento negligente; maus-tratos ou exploração, incluindo violência sexual, enquanto se encontre sob guarda de seus pais ou de um deles, dos representantes legais ou de qualquer outra pessoa a cuja guarda haja sido confiada (Convenção sobre os Direitos da Criança, Art.19º).

É importante lembrarmos que os longos anos de conflito armado que o país viveu têm tido impacto na cultura angolana no uso da violência para resolução de conflitos. Neste sentido o nosso estudo vem procurar dar algum contributo para a compreensão dessa problemática da violência contra a criança no lar, bem como possíveis saídas que possam influenciar na elaboração de políticas públicas que contribuam na superação dessa prática de violência, que cada ano que passa torna contornos cada vez alarmantes.

Como resultado do III Fórum Nacional Sobre a Criança, realizado em Luanda nos dias 12,13 e 14 de Junho de 2007, sob o lema “Criança Prioridade Absoluta”, o governo angolano e o Sistema das nações Unidas e parceiros sociais, reiteraram a assumpção de alguns compromissos assumidos no Iº Fórum Nacional sobre Cuidado e Desenvolvimento da primeira Infância realizado em 2004, enquanto os outros sofreram ligeiras reformulações e ou foram totalmente alterados, conforme a identificação sobre os 11 compromissos.

Embora o Governo angolano tenha assumido os onze compromissos com a criança, devido à sua importância, adoptou quatro áreas temáticas para procurar tornar mais extensiva à faixa etária dos 18 anos:

1. Compromisso com a criança dos zero aos cinco anos;
2. Compromisso com a criança dos seis aos dezoito anos;
3. Compromisso com todas as crianças;
4. Compromisso para garantir a sustentabilidade das conquistas a favor das crianças.

Há na nossa percepção um grande esforço do Estado no combate ao problema da violência doméstica sofrida pelas crianças no país, apesar de existir poucos casos apresentadas à autoridade e aos mecanismos do Estado para sua prevenção, o que explica ser um problema cultural. Tais esforços estão contidos nos 11 compromissos, mas concretamente, no compromisso nº 8 que apresenta os seguintes pontos:

- a) Adoptar medidas pertinentes de carácter político, legislativos e educativo, estabelecendo mecanismos de protecção multi-sectorial para prevenir e combater todas as formas de violência,
- b) Contextualizar o Plano nacional de acção adoptado pelo governo para o combate ao abuso sexual de menores, estabelecendo mecanismos claros de denúncias, protecção e apoio à reintegração das vítimas;
- c) Adoptar e implementar a Estratégia Nacional de prevenção e mitigação da Violência Contra Criança de acordo com as áreas propostas: negligencia, abuso sexual, violência física, psicológica e discriminação; Tráfico; Instrumentalização; Trabalho infantil e exploração de menores.

Adoptar um amplo programa para reforçar as competências familiares relacionadas com a criança, através de:

- a) Capacitação em pelo menos 50% das lideranças comunitárias e líderes tradicionais e dos parceiros sociais (ONGs, igrejas, sindicatos e organizações comunitárias de base) em diversas medidas vitais para os cuidados apropriados da primeira infância, incluindo a componente emocional;

- b) Produção e disseminação gratuita de material educativo, através dos órgãos de comunicação publicas, de canais de comunicação interpessoais e dos parceiros sociais, de forma a tornarem disponível a informação que as famílias necessitam para reforçar as suas competências relacionadas com a sobrevivência e o desenvolvimento da primeira infância.

Se assim entendermos, existe realmente esse interesse do Estado, em relação às políticas de protecção da criança contra as várias formas de violência, embora essas formas não estejam tipificados por lei, o que dificulta a punição dos seus agressores ou prevaricadores. Por outro lado, verifica-se no país a falta de instituições devidamente orientadas e com serviços disponíveis a população, o que torna ainda mais difícil a formalização da denúncia ou queixa por parte das vítimas de tais violências.

No nosso entendimento os comportamentos violentos não justificam a prática da eliminação do ser humano; porém, na sociedade contemporânea, predominam ideias firmadas no poder que o homem pode ter de retirar do convívio social aqueles que não comungam com suas práticas hegemónicas e/ou não se ajustam às formas de organização moderna. Isso significa, afirmar que existe uma ordem social que exige formas universais e harmónicas de convivência social, devendo todos se adequar a essa ordem social, sob o risco de sofrer repercussões determinadas pelo grau dos danos presumíveis como resultado de suas práticas.

Dessa forma, a violência pode ser constatada em diferentes “*lócus*”. No da família, a primeira forma de violência seria a negação do afecto para a criança. Em relação à mulher e às crianças, às vezes, a violência física pode ser praticada por alguns homens e/ou adultos como um direito. Em muitos lares, a violência contra criança é vivenciada como justificativa de protecção, organização, educação e afirmação da autoridade e poder.

A maior violência exercida pela escola é, sobretudo, a exclusão, mas também, quando ela, através de seus agentes, usa de seu poder sobre as crianças impedindo-os de pensar, trancando assim, o processo ensino - aprendizagem. A “incapacidade” que lhes é atribuída passa a ser internalizada, comprometendo o desenvolvimento saudável. Desse modo, contribuem para a construção de um tipo de identidade considerada “*inapta*”, principalmente com respeito a estudantes pertencentes às camadas populares mais empobrecidas - como exemplo temos o bairro Malanjino, Dangereux, entre outros - que sofrem discriminação e, conseqüentemente, a exclusão. Entretanto, a violência também ocorre nas ruas, e esse é um problema que afecta, particularmente, as grandes zonas urbanas - como Vila Verde, Projecto Nova Vida, etc. Assim, a rua tida como espaço social do encontro, torna-se o espaço da insegurança, do medo, da violência.

Enfim, para Minayo e Souza (1998), são várias as formas de conceituar e situar a violência, não se resumindo a problemas de natureza económica, como a pobreza, embora saibamos que essa questão é causa e efeito e, mais que isso, constitui-se como produto fundamental de uma violência maior de dominação - de classes, grupos, indivíduos, etnias, faixas etárias, género, nações - que surge como expressão de contradições entre os que querem manter privilégios e os que se põem contra a opressão.

Diante do exposto pensamos que é possível assim, perceber-se que os autores referenciados demonstraram preocupação em explorar a violência como um fenómeno multifacetado e de pluricausalidades, sem pretender conferir-lhe uma definição fixa. Podemos afirmar que as diferentes condições sociopolíticas, no que tange ao sistema organizativo e ideológico do

Estado, e as condições sócio - afectivas, são pilares das pluridimensões das diversas formas da violência social.

Para ilustramos o que acabamos de afirmar apropriamo-nos da tabela baixo, que apresenta os dados do primeiro semestre de 2020 sobre à apreensão da necessidade de se aprofundar o debate e a pesquisa com relação à violência contra criança conforme o género, na actualidade, principalmente em sua interface com o mundo familiar e comunitário, da profissionalização, do respeito, da liberdade e dignidade.

Tabela 1 – Direito violado, por fatos e género

Direito Violado	Factos	Masculino	Feminino
Convivência familiar e Alimentação	30	23	7
Educação/Cultura/desporto e recreio	454	220	234
Privação, Dignidade	523	102	421
Despedimento e protecção ao trabalho	442	322	120
Assistência e saúde	523	123	400
Total	1972	790	1182

Fontes: SEMFAMU K. Kiaxi e Análise da Violência contra a Criança segundo o Ciclo de Vida no Kilamba Kiaxi, 2020.

Como podemos observar os dados contidos na tabela acima referente aos dados sobre violência familiar colectados pelo SEMFAMUK.K com notificações entre os anos de 2020 e 2021, apreende-se uma alta taxa de negligência e de violência física contra crianças, em comparação com os demais tipos de violência. Vale ressaltar que, no caso da negligência, temos que considerar que essa ocorre tanto no ambiente familiar como no espaço público. Ou seja, se uma família é negligente, na maioria das vezes seus componentes já foram negligenciados em sua trajectória nos espaços institucionais, quando foi objecto de negação de seus direitos. Desse modo, a negligência é uma modalidade da violência, que se apresenta muito disfarçada ou “mascarada”, só se expressando como originada no ambiente familiar. Mas, se aprofundado seu estudo e analisado na própria trajectória da família, é possível verificar que ele é frequentemente fruto da violação de direitos praticada pelo Estado.

Tabela 2 – Principais formas de violência doméstica praticadas contra crianças

Principais Formas de Violência	Palanca (%)	Golfe	N. Vida (%)	H. Voltar (%)
Violência física	65	28,1	47,1	34,2
Violência psicológica	51	16,5	10,9	13,5
Negligência	49	26	20,2	44,6
Abuso sexual	13	29,4	6	7,8

Fonte: Análise da Violência contra a Criança segundo o Ciclo de Vida no Kilamba Kiaxi, 2020.

Nas Tabelas 1 e 2 - apresentadas acima - que tratam da violência doméstica, segundo dados de diferentes fontes, incluindo a identificação do agressor, observa-se que a violência, no universo da família, tem a mulher como a principal agressora. Esse facto é explicável porque, culturalmente, a tarefa de cuidar e educar as crianças, é atribuição da mulher, da mãe, principalmente nas camadas “população de baixa renda ou situação económica”. Também a mulher é atribuída a função de manter os vínculos familiares e o equilíbrio das relações, em circunstâncias muitas vezes extremamente desfavoráveis.

Assim, o desgaste emocional e a permanente luta pela sobrevivência que é imposta à mulher são os factores que precisam ser analisados e pesquisados como possíveis desencadeares de determinadas situações no tocante ao género e aos papéis da mulher e do homem na contemporaneidade. Para uma melhor compreensão do exposto há que se fazer um estudo aprofundado de modos a conhecermos com maior propriedade as acções tidas como violentas.

Nessas tabelas, chamam a atenção os baixos índices relacionados à violência praticada pelos responsáveis nas instituições. Esses índices requerem melhores estudos e pesquisas porque, na prática, observa-se que o fenómeno da violência ocorre em todos os espaços, seja o público, seja o privado. Por que será que ela é mais quantificada quando ocorre no universo familiar? Quem pratica a violência institucional? Quem são os agressores? Como se notifica? Por que muitas dessas violências não são assim notificadas? A violência contra a criança não ocorre nos espaços públicos?

Estes aspectos que acabamos de nos referir, embora de forma relativamente simples mas abrangente, fazem menção a um registo de dados anteriores que poderão ajudar no nosso estudo e que são referente à análise dos dados obtidos junto aos participantes do estudo.

Resultados

Como já referenciamos anteriormente existem várias formas ou tipos de violência de algum modo interligadas. Neste item, apresentaremos esses diferentes tipos de violência contra crianças que permeiam a realidade mundial e a angolana em particular, atendendo sobretudo, ao contexto de Luanda, no Kilamba Kiaxi. Porém, abordaremos a questão da violência intra-familiar, isso porque o nosso tema de estudo referente a violência doméstico contra criança, apresenta uma relação com a violência estrutural - violência entre classes sociais inerente aos modos de produção das sociedades “desejáveis”.

No entanto, tem outras determinantes que não apenas estruturais, pois trata-se de um tipo de violência que permeia todas as classes sociais como violências de natureza interpessoal.

De uma forma simples resumimos os tipos de violência mais comuns:

- **Abandono:** “Caracteriza-se como abandono a ausência do responsável pela criança. Considera-se abandono parcial a ausência temporária dos pais expondo-a a situações de risco. Entende-se por abandono total o afastamento do grupo familiar, ficando as crianças sem habitação, desamparadas, expostas a várias formas de perigo”. (SOS-CEDIA).
- **Negligência:** “Privar a criança de algo de que ela necessita, quando isso é essencial ao seu desenvolvimento sadio. Pode significar omissão em termos de cuidados

básicos como: privação de medicamentos, alimentos, ausência de protecção contra inclemência do meio (frio/calor)” (SOS-CEDIA).

- **Violência Física contra Crianças:** “qualquer acção, única ou repetida, não acidental (ou intencional), cometida por um agente agressor adulto (ou mais velho que a criança), que lhe provoque consequências leves ou extremas como a morte” (MASFAMU).
- **Violência Psicológica:** o conjunto de atitudes, palavras e acções dirigidas para envergonhar, censurar e pressionar a criança de forma permanente. Ameaças, humilhações, gritos, injúrias, privação de amor, rejeição, etc.”
- **Crianças Vitimas de violência Psicológica:** É uma forma de **micro - poder** e ocorre sem distinção de credo, classe social, etnia; não se restringe ao lar, mas tem nele sua origem” (Azevedo e Guerra).

São aquelas que são violentadas pela estrutura da sociedade, ou seja, por um **macro poder**, marcado pela dominação de classes e por profundas desigualdades na distribuição da riqueza social” (Azevedo e Guerra)

- **Violência Sexual:** entendemos todo acto ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual entre um ou mais adultos e uma criança (menor de dezoito anos), tendo por finalidade estimular sexualmente a criança ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa”(Azevedo e Guerra).
- **Trabalho infantil (económica):** No Kilamba Kiaxi, é cada vez mais crianças dos bairros são obrigadas a trabalhar desde tenra idade, como pequenos vendedores ou empregados domésticos, para ajudar as suas famílias a sobreviver.

Nas famílias dos “bairros periféricos e urbanos” pobres, o envolvimento das crianças no trabalho é uma necessidade nascida da pobreza e sancionada do ponto de vista tradicional sobre a contribuição da criança como força de trabalho da família. Para além disso, algumas crianças das famílias mais pobres nestas zonas são obrigadas a trabalhar como zungueiros (*as*), e estão expostas aos perigos da vida nas ruas do município e até mesmo das cidades.

Na periferia (zonas suburbanas) as crianças, a partir de tenra idade, têm sido tradicionalmente vistas como parte da força de trabalho da família e não só como dependentes. Crianças com idades de cerca de 10-12 anos começam a ajudar os seus pais nos trabalhos que exercem. As meninas também ajudam as suas mães nas tarefas domésticas, na busca ou acarretar água e outros, o que frequentemente lhes consome uma grande parte do dia. Os rapazes são responsáveis por um trabalho semelhante, particularmente, com incidência na lavagem de viaturas, cobradores de táxi, lavagem de loiça em residência ou condomínios (de terceiros) e até mesmo, nos mercados. Na maioria das famílias da periferia (bairros suburbanos), imperativos tendem a limitar as oportunidades de escolarização das crianças, especialmente, as meninas.

A luta pela sobrevivência também levou um grande número de famílias a mandarem os seus filhos trabalhar fora de casa. As crianças com idades compreendidas entre os 10 e 14 anos, as crianças com idades entre os 15 e os 18 anos estavam empregadas. Cerca de 60% dos trabalhadores com idades entre os 10 e os 14 anos eram meninas, mas, no grupo etário dos 15 aos 19 anos, os rapazes eram ligeiramente em maior número do que as meninas.

Crianças vítimas de exploração e abuso sexual

Numa tentativa de em que figurem à miséria material e emocional, um número crescente de crianças, raparigas voltam-se para a prostituição. A escala do problema transformou-o num assunto de crescente preocupação pública. Já em Fevereiro de 1997, o INAC - Instituto Nacional da Criança, realizou um encontro nacional sobre a exploração sexual e comercial das crianças do qual resultou a elaboração do Plano Nacional de Ação e Intervenção Contra a Exploração Sexual e Comercial de Crianças em Angola já em execução.

Com base ao nosso estudo, podemos confirmar, embora, relativamente baixo mas, demonstrou dois casos. Fato não deixou de ter a nossa atenção no kilamba kiayi. As duas adolescentes são provenientes da província de Benguela. Em Luanda foram trazidas pela senhora GG (nome fictício), a fim de cuidar o bebé e estudarem, Já que a, mãe da menina não tinha recursos financeiros para os estudos.

Conclusão

O estudo mostram também a necessidade da inserção de conteúdos que abordem a questão da violência, suas diferentes formas e causas no currículo escolas, assim como orientar os alunos o que podem fazer para denunciar tais actos. Diante de desta situação, é que defendemos uma escola que articule conteúdos programáticos com actividades de educação social visando o diálogo entre famílias, procurando promover a participação da comunidade em acções voltadas a educação de seus membros, contribuindo assim na diminuição dos casos de violência e na construção de um futuro melhor para as nossas crianças, adolescentes e jovens.

Ressaltar que embora tivéssemos encontrado muita dor nas expressões das crianças que participaram da pesquisa, também encontramos um enorme desejo de vencer, de prosperar, de ser feliz e desenvolver potencialidades, como é próprio e direito de todo ser humano.

Dizer que os resultados obtidos nos mostram claramente que a problemática é complexa e que a solução passa por muitos aspectos, que vão desde a actuação especializada da família, no sentido de promover o diálogo e o respeito e um clima que permita cuidar dos seus próprios filhos, a criação de projectos e serviços comunitários de atendimento básico e de promoção à criança. Por outro lado, os dados obtidos revelam um elevado grau de fragilidade e vulnerabilidade entre as crianças pesquisadas, como precária situação socioeconómica, relacionamento afectivo deficiente em especial pela ausência do pai, e a importância da mãe só é reconhecida quando ocorre agressão ou violentada, pois, embora muitas vezes, a mãe é a própria agressora, a criança é obrigada a sujeitá-la por ser a única pessoa a lhe garantir a sobrevivência.

Diante de tudo o que foi exposto até aqui, podemos afirmar de forma categórica e sem relevo de erro que a pesquisa contribui para um olhar crítico e diferente da realidade da criança vítima de violência doméstica, um olhar que com certeza contribuirá significativamente na nossa actuação profissional que agora começa.

Por parte das crianças constitui-se também numa oportunidade, enquanto sujeitos, expressarem seus pontos de vista partindo de suas vivências, bem como manter contacto de alguém que não faz parte do seu convívio, por um lado. Por outro, possibilitou-nos uma melhor aproximação com o dia-a-dia das crianças o que documentais consultadas ou a reforçar outras.

Entendemos que o conflito armado que o país viveu durante as três décadas, contribuiu significativamente posteriormente se traduziu numa realidade de confiabilidade materializada nas conversas mantidas com os mesmos na intenção de colectar dados não disponíveis nas fontes para o surgimento de comportamento agressivo das nossas famílias.

Referências

- ABRAMOVAY, Miriam (org). **Escola e violência**. Brasília: Unesco, UCB, 2002;
- ABRAMOVAY, Miriam (org). **Caleidoscópio das violências nas escolas**. Brasília: Missão criança, 2006 (Série Mania de Educação);
- ABRAMOVAY, Miriam (org). Castro, Mary Garcia. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas**. Brasília: UNESCO, 2002;
- ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amália Faller. (org.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: IEE/PUCSP, 2003;
- ADORNO, S.; LIMA, R.S. e BORDINI, E. B. T. Texto: **O Adolescente e as mudanças na criminalidade urbana**. Pesquisa NEV/USP. Brasília, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Direitos Humanos. 1999. Disponível em: <http://www.nevusp.org.br>. Acesso em: 10/12/2010;
- ANDER-EGG, Ezequiel. **Introdução ao Trabalho Social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995;
- ARANHA, Maria Lúcia Arruda. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Moderna, 1996;
- AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Infância e Violência Fatal em Família**. São Paulo: Iglu, 1998;
- AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Infância e Violência Doméstica: fronteiras do conhecimento**. 4ª edição. São Paulo: Cortez, 2005;
- BAPTISTA, Myrian Veras. **A investigação em Serviço Social**. São Paulo: Veras, 2006;
- BAUMAN, Zygmunt. **Vidas desperdiçadas**. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2005;
- BERTHOUD, Cristina Mercadante Esper. **Grupos Focais como Método Qualitativo de Pesquisa em Psicologia: desafios e perspectivas no ensino e na utilização do método**. In. Psicologia Revista. Volume 13, nº 1, São Paulo: Educ, maio de 2004, p. 41-58.
- CARVALHO, Rosane de Sousa. **Transgressão Autorizada: Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. São Paulo: Salesiana, 2000;
- CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. Tradução de Roneide Venâncio Majer. São Paulo: Paz e Terra, 1999;
- CASTELLS, Manuel. **O Poder da Identidade**. Tradução de Klauss Brandini Gerhardt. São Paulo: Paz e Terra, 1999;
- CHIZIANE, Paulina. **Niketche: uma história de poligamia**. Luanda: editora Nzinga, 2002;
- FALEIRO, Vicente de Paula. **Metodologia e Ideologia do Trabalho Social**. 11ª.ed. São Paulo: Cortez, 2009;

- FORRESTER, Viviane. **Uma Estranha Ditadura**. Tradução Vladimir Safatle. São Paulo: Unesp, 2001;
- FORRESTER, Viviane. **O Horror Económico**. 2ª ed. São Paulo: Unesp, 1997;
- FREIRE, Lúcia Maria de Barros. **Serviço Social Organizacional: teoria e prática em empresa**. 2ª Edição. São Paulo: Cortez, 1987;
- GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2010;
- GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Violência de Pais contra Filhos: a tragédia revisitada**. 4ª edição. São Paulo: Cortez, 2001;
- IMBAMBA, José Manuel. **Uma Nova Cultura para Homens e Mulheres Novas. Um projecto filosófico para Angola do 3º milénio a luz da filosofia de Battista Mundin**: São Paulo. Paulinas, 2003;
- JUNQUEIRA, Carmem. **Antropologia Indígena**. São Paulo: Cortez, 1991;
- MARTINEZ, Francisco Lerna. **Antropologia Cultural: guia para o estudo**. São Paulo: Paulinas, 2003;
- MATTA, Roberto da. **Você tem Cultura?** São Paulo: Museu de Arqueologia e de Etnologia da USP, Mimeo, 1996;
- Minuta do anteprojecto de lei contra a Violência Domestica e Inter-familiar, Conselho de Ministro, Abril-2009
- MINFAMU. **Formação em Habilidades de Aconselhamento**. Luanda - Angola, 2009;
- MINFAMU. **Centro de Aconselhamento Familiar: habilidades jurídicas**. Luanda - Angola, 2009;
- MINUCHIN, S. **Famílias, Funcionamentos e Tratamento**. Porto Alegre: Artes médicas, 1990;
- MINUCHIN, S; FISHMMAN, C. **Técnicas de Terapia Familiar**. Porto Alegre: Porto, 1990;
- NEGREIRO, Mª Augusta e FERREIRA, Mª Luísa: **Intervenção Social em Comunidades urbanas**. Revista Quadrimestral N1-1985-450;
- OLIVEIRA, J. **Psicologia da Educação familiar**. Coimbra: Livraria Almeida, 1994;
- PAANE. **Estudo sobre o Diálogo entre Redes e Autoridades Locais**. Angola, Luanda Fevereiro de 2009
- RELVAS, A. **O Ciclo Vital da Família: perspectiva sistémica**. Portugal: Porto Editora, 1996;
- ROCHER, guy. **Sociologia Geral**. Lisboa, Editora Presença, 1971;
- SANTOS, Boaventura de Souza. **Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1996;
- SANTOS, Boaventura de Souza. **Globalização: fatalidade ou utopia?** Porto Alegre: Edições Afrontamento, 2001;
- SANTOS, Boaventura de Souza. **A globalização e as Ciências Sociais**. São Paulo: Cortez, 2005;
- SANTOS, Milton. **Por uma outra Globalização: do pensamento único à consciência universal**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2000;
- SANTOS, Milton. **As cidadanias mutiladas**. In: LERNER, Júlio. *O preconceito*. São Paulo: IMESP, 1996/1997.
- SANTOS, Milton. SOUZA, M. A (orgs.). **O Novo Mapa do Mundo: fim de século e globalização**. São Paulo: Hucitec, 2002;

- SEGUNDO, Márcio. **Violência contra Criança em Angola: atitudes, praticas e percepções a partir dos relatos de adultos**. Brasil: Instituto promundo, 2008;
- SOUZA, Maria Luiza. **Serviço Social e Instituições**. São Paulo: Cortez, 1985;
- SCHUTZENBERGER, Anne Ancelin. *Meus antepassados: vínculos transgeracionais, segredos de família, síndrome de aniversário e prática do genossociograma*. Tradução por José Maria da Costa Villar. São Paulo: Paulus, 1997.
- TRIVIÑO, Augusto Nibaldo Silva: Introdução a pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 1ª.ed. São Paulo, Atlas, 2009;
- TRUJILLO, Manuel. **Psicologia para Después de una Crisis**. Madrid: Santillana Ediciones Generales, 2002;
- UNICEF-Angola. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Novembro, 1989

CAPACIDADE SOCIOEDUCATIVA DO SERVIÇO SOCIAL NA EDUCAÇÃO BÁSICA

Eduardo Henrique Moraes Santos

Alan Farley Prates Oliveira

Raquel de Oliveira Mendes

Introdução

O sistema societário brasileiro está marcado por uma desigualdade social estrutural que se utiliza das políticas públicas, como a educação, para ocultar as expressões da questão social e manter essa desigualdade (Behring; Boschetti, 2006). No entanto, contraditoriamente, são essas mesmas políticas que possibilitam o acesso da maioria da população, a classe trabalhadora, a direitos sociais como cultura, conhecimento e socialização por meio das instituições escolares (Silveira; Schneider, 2017).

No entanto, o acesso e a permanência da comunidade na educação brasileira, entendida como um direito social, ainda enfrentam vários desafios, uma vez que as escolas estão imersas nessa sociedade capitalista e não existem isoladas de suas contradições. Segundo o Ministério da Educação, “1,5 milhão de jovens estão fora da escola” antes mesmo do início do ano letivo, e aproximadamente 620 mil estudantes abandonam as instituições ao longo desse período (Brasil, 2019). Assim, a universalidade da educação básica fica restrita ao âmbito formal, por meio de leis, enquanto na realidade social encontramos altos índices de evasão, retenção e obstáculos nas relações entre a comunidade e as instituições de ensino (Queiroz, 2006).

Como resposta às disparidades entre a legislação e a realidade social, surge a proposta de inclusão de equipes multidisciplinares, com a atuação de assistentes sociais e outros profissionais, como psicólogos, que possuam formações adequadas para interpretar a realidade social e intervir na sociedade. Ao direcionar seu olhar para as escolas, esses profissionais podem identificar elementos que ameaçam o direito à educação, como trabalho infantil, gravidez na adolescência, uso abusivo de álcool e outras drogas, bullying, insegurança alimentar, situação de rua, negligência, violência e agressividade no ambiente escolar, exploração e abuso

sexual, violência doméstica, racismo e preconceito, entre outras situações de desproteção que se manifestam na evasão, retenção ou baixo rendimento escolar. A partir dessas identificações, podem ser criadas ações de enfrentamento e encaminhamentos (Cfess, 2021).

Atualmente, como relatado por Oliveira e Pereira (2020), os professores e a equipe diretiva das escolas não têm o suporte necessário para interpretar e lidar com as realidades dos estudantes e suas famílias, como a desigualdade social (Ribeiro; Vóvio, 2017) e a diversidade cultural, religiosa, étnica, entre outras (Pavan, 2013). O trabalho dos assistentes sociais na política educacional pode oferecer esse suporte atualmente ausente nas escolas, considerando, de forma central nesta análise, a capacidade socioeducativa dos profissionais de Serviço Social.

A capacidade socioeducativa é definida pela autora Miotto (2004) como práticas que têm como objetivo provocar mudanças (valores, modos de vida) ou mesmo preservar esses padrões por meio de informações, reflexões ou relacionamentos. Essas práticas são características distintivas das assistentes sociais desde sua inserção na sociedade (Barroco, 2006). É exatamente por essa característica que os profissionais de Serviço Social são convocados a atuar em diversas políticas públicas ao longo da história, incluindo a política educacional (Martins, 2012), um campo permeado por tensões, valores e atualmente embasado na Constituição Federal Brasileira de 1988, que estabelece, no artigo 205, a educação como um “direito de todos e dever do Estado e da família”.

Ao considerar o trabalho do assistente social junto a estudantes, familiares, professores e equipe administrativa e diretiva das escolas, identificamos um rico espaço de intervenção para esses profissionais, no qual suas capacidades socioeducativas são explicitadas e assumem diferentes perspectivas em momentos históricos distintos, dentro do contexto do Estado Burguês.

Para abordar essa problemática, o presente estudo baseou-se em pesquisa bibliográfica com análise qualitativa da literatura da área. As reflexões e resultados são organizados em três tópicos, seguindo a seguinte ordem: 1) A relação entre Serviço Social e Educação; 2) Assistentes Sociais e sua capacidade educativa; e 3) Conclusão.

A relação entre o Serviço Social e a educação

A educação básica no Brasil é historicamente marcada por desafios no acesso e na permanência dos estudantes, refletindo a realidade e as desigualdades sociais que permeiam o ambiente escolar (Yannoulas; Assis; Ferreira, 2012). O Serviço Social, como uma profissão de nível superior regulamentada pela Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, tem como foco de atuação a questão social, que pode ser entendida como a expressão da pobreza, miséria, exclusão, vulnerabilidade e risco (Iamamoto, 2006) vivenciados pela maioria dos estudantes brasileiros.

Dessa forma, as/os assistentes sociais desempenham um papel fundamental na proteção e promoção dos direitos humanos dessa população, embasados em sua literatura crítica sobre a realidade social e os direitos no contexto da sociabilidade capitalista em que vivem (Barroco, 2006). Eles estão presentes em diversas políticas públicas no Brasil, incluindo a área da educação.

A conexão entre o Serviço Social e a Educação é histórica, tendo iniciado em 1906 nos Estados Unidos da América (EUA) com o chamado Serviço Social Escolar¹, onde atuavam com o objetivo de adaptar os alunos ao ambiente institucional e investigar as razões da evasão escolar. Na Europa, no mesmo período, trabalhavam com mães solteiras e crianças órfãs (Vieira, 1977).

No Brasil, a inserção de assistentes sociais na educação básica ocorreu posteriormente, na década de 1930, logo no início da profissão no país. Nessa época, a atuação estava centrada na preservação da harmonia social entre família e escola, seguindo os princípios morais e políticos vigentes naquela época (Witiuk, 2004).

Nesse contexto histórico, o Serviço Social baseava-se fortemente na religião católica e assumia uma abordagem caritativa em sua atuação educativa junto à classe trabalhadora, com o objetivo de exercer controle e manter a ordem moral e social existente (BARROCO, 2006). Essas características correspondiam aos interesses e demandas das instituições daquela época.

[...] em função das necessidades econômicas de acumulação e valorização do capital, são dirigidas à criação de mecanismos de intervenção extra-econômica. [...] É assim que colocam-se condições para que, contraditoriamente, o Estado burguês responda às necessidades do capital e incorpore parte das demandas e reivindicações das classes trabalhadoras. [...] É sob tais condições que as “seqüelas” da “questão social” tornam-se objeto de intervenção sistemática do Estado, o que se materializa em políticas sociais que, de modo contraditório, atendem necessidades antagônicas.

Nesse contexto, várias categorias profissionais foram convocadas a exercer suas habilidades e competências para a implementação dessas políticas sociais, que, contraditoriamente, se manifestaram como instrumentos de dominação de classe, promovendo o “disciplinamento e controle social” (Iamamoto; Carvalho, 2014, p. 306) da população atendida, ou seja, a classe trabalhadora e seus filhos.

Com o início do desenvolvimento industrial no país, surgiu a necessidade, no âmbito político e econômico do Brasil, de qualificar a força de trabalho da população que passou a viver nas cidades. Foi nesse contexto que surgiram as escolas de aprendizes e artífices, as escolas técnicas federais, os Centros Federais de Educação Tecnológica (CEFET's) e as Escolas Agrotécnicas Federais, voltadas para a oferta de educação profissional e técnica.

Essas instituições partiram do pressuposto de que o ensino de cursos técnicos estava mais relacionado à formação profissionalizante, preparação técnica ou treinamento para o desempenho de atividades produtivas específicas. Portanto, elas herdaram uma lógica de estratificação hierárquica do conhecimento, combinada com a estratificação das classes sociais, como bem contextualiza Pacheco (2015):

1 Segundo Rodrigues (2015, p. 112) “em relação à denominação buscou-se ampliar o conceito, e de ‘Serviço Social Escolar’ passou a ‘Serviço Social na Educação’, considerando que a perspectiva de atuação de assistentes sociais não se restringe ao espaço institucional escolar, mas abrange o espaço das políticas educacionais, contribuindo no planejamento e na gestão das mesmas.”

A Escola Técnica deveria se preocupar exclusivamente com a formação técnica de um cidadão de segunda categoria, para os quais não importavam os conhecimentos teóricos. Esse cidadão era o trabalhador, vislumbrando assim a ideia de que as universidades foram feitas para a elite e as escolas para os trabalhadores. (p. 45)

Nessa mesma linha, na década de 1940, surgiu a justificativa para a criação do Sistema S² (SENAI, SESI e SENAC), que visava proporcionar educação profissional e técnica para a classe trabalhadora³. Mais uma vez, a atuação dos assistentes sociais foi necessária para mediar a relação entre a comunidade e as instituições escolares (Iamamoto; Carvalho, 2014), sendo um campo ocupacional em que os assistentes sociais continuam presentes até os dias de hoje.

Nesse período, na década de 1940, o Serviço Social brasileiro também passou por transformações, afastando-se da influência religiosa à medida que absorvia a influência do tecnicismo norte-americano (Witiuk, 2004). A perspectiva de atuação voltada para o ajustamento social das famílias pobres expandiu-se, atendendo às demandas do Estado e da burguesia da época, por meio de técnicas de estudo de caso, trabalho em grupo e intervenção comunitária. Essa abordagem tinha uma perspectiva psicologizante da pobreza, interpretando-a como uma falha ou desvio de um projeto desenvolvimentista, em que a solução era adequar esses indivíduos às instituições educacionais (Iamamoto; Carvalho, 2014).

Em abril de 1964, ocorreu o golpe militar no Brasil, instaurando um regime autoritário e repressor. As instituições e políticas públicas reforçaram, de forma explícita e ampliada, o caráter controlador e de ajustamento social para garantir a ordem política do regime mencionado, incluindo as escolas.

A escola pública é vista como instrumento modernizador, no intuito de diminuir as disparidades de desenvolvimento do país, pois sua função é vinculada principalmente à formação e capacitação das massas trabalhadoras. A tendência é a culpabilização do indivíduo, caso ele não consiga atingir o patamar de formação para o trabalho oferecido pelo Estado. A escola nesse contexto se tornou um instrumento de controle em função do regime militar (Rodrigues, 2015)

Nesse período da história, o Serviço Social também passava por transformações. Segundo Netto (2004), o contexto ditatorial da época exigia um Estado com maior influência na sociedade, ou seja, era necessário aumentar o Estado. Os assistentes sociais passaram a ocupar

2 O Sistema S é composto por: Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), em 1942, Serviço Social da Indústria (SESI), em 1946 e o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), em 1946.

3 “As políticas educativas nacionais foram muitas vezes instrumentos para ajudar a nivelar ou unificar os indivíduos enquanto sujeitos jurídicos, criando uma igualdade meramente formal que serviu (e ainda continua a servir) para ocultar e legitimar a permanência de outras desigualdades (de classe, de raça, de gênero), revelando assim que a cidadania é historicamente um atributo político e cultural que pouco ou nada tem a ver com uma democracia substantiva ou com a democracia comprometida com a transformação social” (Afonso, 2001, p. 20).

as instituições públicas de forma mais significativa, baseado na perspectiva do ajustamento social para manter a ordem dominante. Esse movimento provou o Serviço Social no Brasil e impulsionou o processo denominado de renovação da profissão:

No âmbito das suas natureza e funcionalidade constitutivas, alteram-se muitas demandas práticas a ele colocadas e a sua inserção nas estruturas organizacional-institucionais (donde, pois, a alteração das condições do seu exercício profissional); a reprodução da categoria profissional – a formação dos seus quadros técnicos – viu-se profundamente redimensionada (bem como os padrões da sua organização como categoria); e seus referenciais teórico-culturais e ideológicos sofreram giros sensíveis (assim como as suas autorrepresentações) (Netto, 2004, p. 115).

Durante o processo de renovação do Serviço Social, as/os assistentes sociais têm buscado criar espaços para repensar sua atuação profissional. Um desses espaços de destaque são os Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS), cuja primeira edição ocorreu em 1974. Segundo Witiuk (2004), desde o primeiro Congresso, a categoria vem promovendo discussões sobre sua atuação nas escolas, com especial ênfase após o III CBAS, em 1979, conhecido como Congresso da Virada.

Nesse momento, ocorreu uma significativa mudança de paradigma no exercício da profissão, com enfoque político e emancipatório mais acentuado (Iamamoto, 2006). Os profissionais assumiram o compromisso de expandir o campo de atuação, resultando em diversos projetos de lei para a inserção de assistentes sociais nas instituições de ensino.

O Serviço Social no espaço da escola ocupa um espaço significativo nas instâncias de debate, particularmente no III CBAS, configurando o grande marco que conjuga: ênfase na tradução das contradições na gestão da política de educação; educação e demais políticas sociais afirmadas como direitos; ampliação das mediações e articulações políticas para redefinição de competências e atribuições profissionais para a legitimação do Serviço Social no espaço da escola na direção da perspectiva emancipatória (Witiuk, 2004, p. 110).

Ao longo dessa trajetória, o Serviço Social acumulou experiências políticas e teóricas, abandonando a abordagem profissional baseada no ajustamento social e na manutenção da ordem, passando a questionar as relações sociais e a condição da classe trabalhadora na sociedade. Essas reflexões levaram a mudanças na postura ética e na prática dos profissionais, culminando na criação do código de ética de 1993 e na reorientação das entidades da categoria. Esses aspectos refletem uma compreensão crítica dos limites e das possibilidades dos assistentes sociais em relação à ampliação e consolidação da cidadania dos usuários atendidos, à busca pela justiça social e à defesa dos direitos humanos (Cfess, 2021).

Após a abertura democrática do país e a promulgação da Constituição Federal em 1988, os esforços para consolidar uma visão crítica do Serviço Social levaram a profissão a contribuir em outros campos de atuação, como saúde (Mota, 2006), previdência social (Prado, Duarte, 2015), habitação (Vicente, 2015) e assistência social (Sposati, 2006; Raichelis, 2010).

No entanto, na área da educação, em contraste com a história da profissão, o Serviço Social não acompanhou o mesmo movimento de crescimento e inserção nas escolas públicas (Almeida; Elenca, 2011).

Os desdobramentos e as motivações para a inserção desses profissionais na educação, assim como em outras políticas públicas, são influenciados por determinações políticas e históricas do país/território e pelo tipo de sociabilidade em que vivemos. Segundo Martins (2012), existem seis principais motivos que contribuíram para a presença contemporânea do Serviço Social na Educação:

1. A reconfiguração do sistema educacional a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, que transferiu a responsabilidade da Educação Infantil (creche e pré-escola) da assistência social para os sistemas municipais de ensino, levando consigo os assistentes sociais que atuavam nesses espaços.
2. A ampliação da equipe, com a contratação de novos profissionais para atender a Educação Especial e a primeira etapa do Ensino Fundamental (1º ao 4º anos). No entanto, poucos municípios aderiram a essa prática, sendo Itu, Jacareí, Leme, Botucatu, Embu e Mauá exemplos de exceções.
3. A necessidade de acompanhamento técnico de projetos sociais na área da educação, como é o caso do Bolsa Família.
4. A criação de leis municipais específicas, como ocorreu em Laranjal Paulista.
5. Decisões políticas locais, com determinação dos prefeitos.
6. Demandas institucionais pontuais, como o acompanhamento da rede, triagem ou atendimento de demandas específicas, como a evasão escolar. No entanto, esses motivos ocorreram de forma isolada em municípios, não formando um contexto regional mais consolidado (Martins, 2012).

Paralelamente, a definição de uma política de educação pública brasileira enfrenta desafios, como a persistente desigualdade social no país, que resulta em diferentes barreiras ao acesso da população à educação (Silveira; Schneider, 2017), e as restrições orçamentárias (Davies, 2006). Supostas soluções para a falta de recursos financeiros são apresentadas sob uma abordagem mercantilista, ampliando o discurso de desresponsabilização do Estado em relação ao conceito negligenciado de padrão mínimo de qualidade da Educação, conforme estabelecido pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/1996, artigo 4º), e pressionando os orçamentos municipais e estaduais (Vicente; Ramos; Moreira, 2016).

A inclusão de outros profissionais que inicialmente não são identificados como parte integrante da política educacional enfrenta obstáculos para sua inserção, apesar de sua presença - como assistentes sociais e psicólogos - poder contribuir precisamente para alcançar os objetivos mencionados na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB).

De acordo com grande parte dos educadores, posição assumida até mesmo pela União dos Dirigentes das Secretarias de Educação Municipais (Undime), o assistente social não exerce função de educador; portanto, deve ser remunerado com recursos provenientes das secretarias de assistência social (Martins, 2012).

A justificativa das restrições orçamentárias tem sido um dos principais obstáculos para a aprovação de leis que regulamentem a inclusão dos mencionados profissionais na política educacional. Um exemplo é a Lei nº 13.935 de 2019, que levou uma década para tramitar nas instâncias legislativas até ser finalmente aprovada. No entanto, essa lei ainda não especifica a fonte de recursos para custear a contratação dos novos profissionais, o que tem impedido sua implementação pelos municípios dentro do prazo exigido.

Somente em dezembro de 2021, dois anos após a primeira lei para a inserção de assistentes sociais na educação brasileira, foi regulamentada a fonte de custeio desses profissionais, estabelecendo que no máximo 30% do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica (FUNDEB) poderá ser utilizado para esse fim, conforme estabelecido pela Lei nº 14.276 de 2021. Apesar dos esforços da categoria para a inserção nos outros 70% destinados ao pagamento dos funcionários da educação básica, a vinculação do Serviço Social e da Psicologia ao FUNDEB, mesmo que em uma proporção menor, estabelece as condições mínimas para a concretização dessa inserção profissional em âmbito nacional, visando a ampliação e a integração das lutas relacionadas à conquista de direitos e ao enfrentamento das desigualdades vivenciadas no ambiente escolar (Almeida, 2000, p. 24).

Assistentes sociais e a capacidade socioeducativa: uma reflexão

Os fundamentos históricos do Serviço Social demonstram que a capacidade educativa das/os assistentes sociais é uma característica central dessa categoria profissional (Abreu; Cardoso, 2009). É por meio dessa habilidade que as primeiras assistentes sociais no Brasil foram convocadas a exercer seu trabalho, com destaque para o campo da educação, embora com referências políticas e teóricas distintas da atualidade, como a manutenção da ordem moral daquele tempo (Barroco, 2006), conforme explicitado no tópico anterior.

A autora Silva (2019) explica que a função educativa não se limita aos sistemas de educação tradicionais e, portanto, pode estar presente em qualquer profissão que se proponha a desenvolver uma função pedagógica. No caso do Serviço Social, que lida diretamente com as relações cotidianas de diferentes famílias, seu trabalho tem impacto na forma de pensar e agir dos sujeitos envolvidos nos processos de prática (Abreu, 2011, p. 17), tornando-o essencialmente educativo.

Assim, dissociar a capacidade educativa do assistente social na sociabilidade capitalista, colocando-a como uma “alternativa” ou “uma das possibilidades” (Torres, 2009, p.1), é uma forma de descaracterizar esse profissional, criando a ilusão de que a prática educativa é uma mera opção ou escolha profissional individual, em vez de uma característica intrínseca desse profissional.

O desconhecimento da população e de colegas de outras categorias profissionais que não reconhecem as contribuições das/os assistentes sociais são exemplos concretos da descaracterização da profissão, uma vez que esses mesmos assistentes sociais não reconhecem suas

próprias contribuições históricas de cunho eminentemente educativo⁴, ou seja, não reconhecem sua própria identidade.

Esses conflitos de (auto) identidade propiciam a confusão entre assistentes sociais e as políticas sociais, como se fossem a mesma coisa. Os objetivos dessas políticas são assimilados como os objetivos desses profissionais. Conceder benefícios e/ou construir relatórios são vistos como as principais contribuições dos assistentes sociais, ações que são percebidas como puramente descritivas, pontuais e sucessivas, assim como são as próprias políticas sociais (Behring, Boschetti, 2006).

Dessa forma, distanciados do teor de suas próprias capacidades educativas, conceder uma cesta básica, bolsa família/auxílio Brasil, entre outros benefícios, é posto como uma finalidade profissional dos assistentes sociais. Essa assimilação de identidade das políticas sociais do Estado Burguês por parte dos profissionais do Serviço Social colocam sua prática educativa à serviço do capital - conscientes disso ou não - convertendo-se em instrumentos de dominação (Iasi, 2019).

Portanto, o nível de consciência dos assistentes sociais sobre sua prática educativa torna-se um elemento crucial para sua atuação nesse conflito entre profissão e instituição, uma vez que a prática educativa continuará presente em seu trabalho, uma vez que “toda relação de hegemonia é eminentemente pedagógica” (Gramsci, apud Abreu; Cardoso, 2009, p. 596), e os profissionais do Serviço Social atuam em contato direto com os valores e o modo de vida da classe trabalhadora.

Assim, quanto menor for o domínio da sua capacidade educativa, maiores serão as chances de atravessamentos por perspectivas alheias aos atuais objetivos profissionais orientados pelo projeto ético-político. Por outro lado, quanto maior for sua compreensão desse aspecto central de sua atuação, maior será sua capacidade de direcionar uma ação educativa crítica em suas práticas.

No entanto, é importante observar que, mesmo que os assistentes sociais tenham consciência de sua capacidade educativa, seu trabalho ainda se realiza dentro dos limites da divisão sociotécnica do trabalho alienado. Além disso, como trabalhadores assalariados, o produto de seu trabalho é avaliado com base no cumprimento das determinações da organização e não necessariamente pelo impacto de suas ações nas condições objetivas de vida dos usuários (Lima; Míoto 2011).

Isso significa que, embora seja fundamental ter consciência de sua identidade profissional como uma profissão eminentemente educativa para uma atuação crítica e direcionada, é importante não romantizar essa perspectiva, uma vez que uma categoria profissional não é capaz de criar “novos pactos sociais em prol da transformação” (Lima; Míoto, 2011, p. 225). Esse patamar só pode ser alcançado enquanto classe trabalhadora como um todo, da qual o Serviço Social faz parte, mas não a resume.

4 Aspectos dessa confusão de identidade/matéria podem ser observadas, a exemplo, nas provas de concursos públicos para assistentes sociais, que em *conteúdos específicos* aparecem questões relacionadas às políticas sociais, como o Estatuto da Criança e Adolescente, Estatuto do Idoso, entre outros exemplos, como *matéria do Serviço Social*.

Conclusões

Historicamente, a presença de assistentes sociais na divisão sociotécnica do trabalho ocorreu devido ao caráter socioeducativo de sua atuação. Esses profissionais são chamados a intervir nas instituições estatais, como as escolas, devido à sua proximidade com os valores, estilos de vida e realidades sociais das pessoas atendidas, abrangendo uma variedade de objetivos institucionais e profissionais.

Para compreender o vínculo do Serviço Social com as escolas, é crucial reconhecer a abrangência da política pública de educação no Brasil, que é oferecida pelas três esferas federativas e atende a diversas faixas etárias, englobando uma multiplicidade de indivíduos. Portanto, as escolas se apresentam como um terreno fértil para a intervenção nas relações sociais.

Não se trata [...] de identificar um nicho de mercado inexplorado ou potencialmente viável. Trata-se, antes de tudo, de um campo de intervenção do Estado e de uma dimensão da vida social, que hoje se coloca como estratégia na sociedade contemporânea, seja para a afirmação de um projeto societário vinculado aos interesses do capital, seja para a ampliação e integração das lutas no que diz respeito à conquista de direitos e enfrentamento das desigualdades (Almeida, 2000, p. 24).

É essencial que os assistentes sociais reconquistem a consciência e o domínio de suas capacidades socioeducativas, a fim de alinhar o projeto ético-político do Serviço Social com suas formas de intervenção nas relações sociais presentes no ambiente escolar. Isso é especialmente relevante no contexto atual, que incentiva a vinculação profissional desses profissionais nessas instituições.

A mudança de paradigma na atuação dos assistentes sociais, passando de uma abordagem de ajustamento e disciplina para uma perspectiva contemporânea de ampliação de direitos e fortalecimento da articulação entre comunidade e escola, só será efetivada quando a capacidade socioeducativa for reconhecida como elemento central do trabalho dos profissionais do Serviço Social. Somente dessa maneira, eles estarão aptos a se dedicarem a esse aspecto de sua atuação e a aprimorá-lo.

Quando a capacidade educativa é negligenciada, ela acaba servindo a propósitos alheios aos dos assistentes sociais, prevalecendo as exigências institucionais do Estado capitalista em detrimento das características e finalidades do Serviço Social. Isso resulta em uma confusão de identidade entre a categoria e as políticas sociais.

Diante do contexto ultraneoliberal-conservador, é urgente que a categoria pactue diariamente com os princípios do código de ética e do projeto ético-político. Caso contrário, corremos o risco de colocar em perigo uma postura hegemônica existente na profissão, que foi construída e conquistada com grande esforço.

Torna-se necessário reafirmar uma prática socioeducativa e crítica no “tempo miúdo do trabalho cotidiano” (Yazbek, 2001). Assumir essa postura implica comprometer-se com o enfrentamento dessa conjuntura adversa que atualmente permeia nosso trabalho. Essa problemática demanda pesquisas e aprofundamentos que vão além do escopo deste trabalho, chamando pesquisadores a investigarem esse tema.

Referências

- ABREU, M. M.; CARDOSO F. G. Mobilização social e práticas educativas. In: CFESS; ABEPSS (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF, 2009.
- ABREU, M. M. **Serviço Social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional**. São Paulo: Cortez, 2011.
- AFONSO, A. J. Reforma do Estado e Políticas Educacionais: Entre a crise do estado-nação e a emergência da regulação supranacional. **Educação & Sociedade**. Campinas: ano XXII, n. 75, ago. 2001.
- ALMEIDA, N. L. T. O Serviço Social na educação. Revista Inscrita, Brasília, DF, n. 6, p. 19-24, 2000.
- ALMEIDA, N. L. T.; ALENCAR, M. M. T. Serviço Social, trabalho e políticas públicas. São Paulo: Saraiva, 2011.
- BARROCO, M. L. S. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. 5. ed. São: Cortez, 2006.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.
- BRASIL, **Lei nº 8.662 de 7 de junho de 1993**: Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.
- BRASIL, **Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996**: Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 28 ago. 2022.
- BRASIL, **Lei nº 13.935 de 11 de dezembro de 2019**: Dispõe sobre a prestação de serviços de psicologia e de serviço social nas redes públicas de educação básica. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13935.htm. Acesso em: 16 jun. 2022.
- BRASIL, **Lei nº 14.276 de 27 de dezembro de 2021**: Altera a Lei nº 14.113, de 25 de dezembro de 2020, que regulamenta o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14276.htm. Acesso em: 28 ago. 2022.
- BRASIL - Ministério da Educação. **Evasão, 2019..** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/36066>. Acesso em: 16 jun. 2022.
- CFESS - Conselho Federal de Serviço Social. **10 razões para a presença da Psicologia e do Serviço Social nas escolas**, 2021. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1853>. Acesso em: 16 jun. 2022.
- DAVIES, N. FUNDEB: A redenção da educação básica? **Educação & Sociedade**, v. 27, n. 96, p. 753-774, out. 2006.
- IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórica metodológica**. 41. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

- IASI, M. L. Cinco teses sobre a formação social brasileira (notas de estudo guiadas pelo pessimismo da razão e uma conclusão animada pelo otimismo da prática). **Serv. Soc. Soc.**, n° 136, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/bwh6wBvg87WnLx35Z8wPVvr/abstract/?lang=pt> Acessado em: 28 de ago. 2022
- LIMA, T. C. S. de; MIOTO, R. C. T. Ações educativas e Serviço Social: características e tendências na produção bibliográfica. **Revista Temporalis**, Brasília (DF), n. 21, p. 211-237, jan./jun. 2011.
- MARTINS, E. B. C. **Educação e Serviço Social: elo para a construção da cidadania**. Editora UNESP, 2012. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/d4swh> Acessado em: 28 de ago. de 2022.
- MIOTO, R. C. T. O Trabalho com famílias: um desafio para os assistentes sociais. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n°3, 2004.
- MOTA, A. E. DA. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. [s.l.] Cortez, 2006.
- NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2004.
- OLIVEIRA, D. A.; PEREIRA JUNIOR, E. A. Trabalho docente em tempos de pandemia: mais um retrato da desigualdade educacional brasileira. **Retratos da Escola**. v. 14, n. 30. 2020.
- PACHECO, E. **Fundamentos político-pedagógicos dos institutos federais: diretrizes para uma educação profissional e tecnológica transformadora**. Natal : IFRN, 2015.
- PAVAN, R. Diversidade cultural, desigualdade e exclusão: um encontro com professores da Educação Básica. **Políticas Educacionais em direitos humanos**. v. 13 n. 39, 2013.
- PRADO, F. DE O.; DUARTE, E. E. C. A racionalização do trabalho dos assistentes sociais do INSS. **Revista Katálysis**, v. 18, p. 162-171, dez. 2015.
- YAZBEK, M. C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. **Temporalis**. Brasília, v. 2, n. 3, p. 33-40, jan./jun. 2001.
- QUEIROZ, L. D. Um estudo sobre a evasão escolar: para se pensar na inclusão escolar. **Rev. Bras. Estudos Pedag.** 2006.
- RAICHELIS, R. Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no SUAS. **Serviço Social & Sociedade**, p. 750-772, dez. 2010.
- RODRIGUES, R. M. **Serviço Social e Educação: Uma aproximação a partir do Estado da Arte**. 2015. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho 2015.
- RIBEIRO, V. M.; VÓVIO, C. L. Desigualdade escolar e vulnerabilidade social no território. **Educ. rev.**, 2017.
- SILVEIRA, A. D.; SCHNEIDER, G. Política educacional, pobreza e educação: retrato do atendimento aos estudantes beneficiários do Programa Bolsa Família no Paraná. **Educar em Revista**, n. spe.2, p. 113-130, set. 2017.
- SILVA, M. O. da (Coord.). **O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- SPOSATI, A. O. **O primeiro ano do Sistema Único de Assistência Social**. Revista Serviço Social & Sociedade. Especial. São Paulo: Cortez, n.87, 2006, p. 96-122.
- TORRES, M. M. As múltiplas dimensões presentes no exercício profissional do assistente social: intervenção e o trabalho sócio-educativo. **Serviço Social em Revista**, 2009.

VICENTE, D. Desgaste mental de assistentes sociais: um estudo na área da habitação*. **Serviço Social & Sociedade**, p. 562–581, set. 2015.

VICENTE, V.; RAMOS, C.; ALVES S. M., J. O financiamento da Educação Básica no Brasil: em discussão a vinculação de recursos. **Revista Tempos e Espaços em Educação**, 16 nov. 2016.

VIEIRA, B. O. **História do Serviço Social**: contribuição para construção da sua teoria. Rio de Janeiro: Agir, 1977.

WITIUK, I. L. **A trajetória sócio-histórica do Serviço Social no espaço da escola**. 2004. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

YANNOULAS, S. C.; ASSIS, S. G.; FERREIRA, K. M. Educação e pobreza: limiares de um campo em (re)definição. **Revista Brasileira de Educação**, v. 17, p. 329–351, ago. 2012.

BRASIL, ESPANHA E A REDE DE PROTEÇÃO ATRAVÉS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL PARA O SEGMENTO IDOSO

Andreia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni

O envelhecimento começou a ser debatido no mundo em função da inversão da pirâmide etária tendo como principais argumentos a baixa taxa de natalidade e ao mesmo tempo o incremento da tecnologia e melhorias das condições de saúde da população mundial. Tem sido visto como um triunfo mas também um desafio, uma vez que os países apresentam taxas de esperança de vida muito diferentes (se considerarmos os países de capitalismo periférico e países de capitalismo central) e políticas de bem estar social também diferentes.

Os idosos compõem o grupo populacional que mais cresce no mundo e projeções das Nações Unidas indicam que no ano de 2060, 27,3% da população dos países desenvolvidos ultrapassará 65 anos e 16,8% nos países em desenvolvimento. As Nações Unidas também indicam que a evolução do envelhecimento é diferente em países desenvolvidos e de países em desenvolvimento, que a maioria dos idosos do mundo vive nos países menos desenvolvidos e esta proporção deverá aumentar em 2060 para quatro em cada cinco pessoas (Imerso, 2016, p. 38-39).

Em 2015, a África é o continente com a menor proporção de pessoas com mais de 65 anos (3,5%) e a mais jovem (19,4 anos). Ele é seguido pela Ásia, com uma população 7,5% maior, e, com uma figura muito semelhante, a América Latina e o Caribe (ambos têm uma idade mediana similar: (7,6%), Ásia (29,7 anos) e América. América Latina e Caribe, um pouco mais baixa (28,3 anos), mas, como pode ser visto nos números, as diferenças com a África são abismais. Perto dos continentes anteriores, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais na Oceania é de 8,1% (idade mediana de 32,6), enquanto na América do Norte sobe para 14,8%, com uma idade mediana

de 37,7 anos. A Europa situa-se acima dos 15% da população mais idosa, com 17,5% e uma idade mediana de 40,9 anos. A Espanha não supera a média europeia de maior população: no ano 2015, os maiores de 65 anos representaram 17,1% (dados da ONU projetados) (Imerso, 2016, p.38).

Diante deste contexto, como os países estão se preparando/organizando para o constante crescimento deste segmento populacional, considerando as projeções das Nações Unidas e as crises cíclicas do capital?

O ENVELHECIMENTO NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA

Na teoria crítica, o envelhecimento tem que ser considerado em sua perspectiva multidimensional, ou seja, deve estar relacionado a questão dos níveis de alfabetização, gênero, etnia, região que vivem, a pobreza, entre outros fatores. Assim, o envelhecimento com qualidade de vida está relacionado às políticas públicas e sociais dos países.

É possível apontar que houve avanços do ponto de vista legal aos direitos dos idosos e consequentemente, da necessidade de implementação de políticas sociais, mas em cenário de crise, avanço legal não significa efetivação de direito.

Muitos dos avanços das últimas décadas relacionados aos direitos dos idosos são frutos da trajetória de lutas e conquistas desse segmento populacional. Foram realizadas Assembleias Mundiais (Viena/Austria em 1982 e Madri/Espanha em 2002), aprovados marcos legais (internacionais e nacionais). Em 2012 foi comemorado o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade Intergeracional e em 2015 aconteceu a Convenção Interamericana sobre a proteção dos direitos humanos dos idosos cujo objetivo foi instituir um instrumento na região das Américas vinculante que proteja os direitos humanos das pessoas idosas.

Houve avanço, principalmente na questão legal, onde países fizeram esforços no sentido de equacionar o envelhecimento e a promoção de direitos.

Entretanto, como já apontado anteriormente, entre a aprovação das leis e a efetivação das mesmas há uma distância. Nos países em desenvolvimento, e aqui, citamos o Brasil como um exemplo, sob o pretexto da crise econômica, os governos recorrem a cortes nos programas sociais para adequar-se ao sistema financeiro.

Quais os reflexos do modo de produção capitalista em cenário de crise financeira para as políticas sociais?

O capital monopólico financeiro busca novos nichos para sua manutenção e medidas relacionadas ao impacto da crise são (re) definidas. Pode-se citar como exemplo os processos de globalização dos mercados, a flexibilização das relações de trabalho (a partir da década de 1990), a precarização dos direitos sociais conquistados (entre eles o sistema de Seguridade Social, revendo critérios e financiamento, não somente do sistema de previdência social, mas também o direito à saúde e outras políticas sociais), em uma tendência neoliberal de privatização de todo o processo da vida e por conseguinte, do envelhecimento.

Meszáros (2011) explica que isso se dá em função da crise estrutural do capital que numa processualidade incontrolável e profundamente destrutiva “tudo passa a ser controlado pela lógica da valorização do capital, sem que se leve em conta os imperativos humano-societais vitais, a produção e o consumo supérfluo acabam gerando a corrosão do trabalho, com sua consequente precarização e o desemprego estrutural” (Meszaros, 2011 p. 11).

Uma das explicações para esta questão, segundo Meszáros (2011) está na especulação financeira, intrinsecamente relacionada ao aprofundamento da crise dos ramos produtivos que gera o aumento do desemprego e na mesma medida, da pobreza.

Durante o século XX, o sistema de crédito estava voltado para o financiamento das atividades produtivas promovendo o processo de industrialização pelo mundo. Atualmente, o que impera é a lógica especulativa que traz consequências para o mundo do trabalho, através da exigência da elevação da taxa de rendimento, estimulando a reestruturação produtiva e, como consequência, a intensificação do trabalho.

A intervenção do Estado em favor do mercado financeiro e também das determinações dos mercados produtivos agrava a questão social, principalmente ao potencializar ações de flexibilização do trabalho e de cortes em programas de cunho social.

Isso significa que diante da crise do capital e necessidade de reestruturação produtiva do fluxo do capital, exige-se o uso do fundo público para outras áreas que não as de caráter de cunho social.

O envelhecer neste processo, significa estar à mercê de um Estado parco para os gastos sociais, amplo para a contingência financeira. E, ao mesmo tempo vivenciar um mundo que prioriza o cidadão produtivo, levando os idosos à condição de invisibilidade, marginalização, exclusão social e portanto, vulneráveis às estruturas e relações sociais.

Como está o processo de envelhecimento, neste cenário, no Brasil e na Espanha?

Tanto o Brasil quanto a Espanha tem apresentado mudanças na estrutura de sua pirâmide etária. O Brasil conta com uma população idosa de 20.588.891 (a partir de 60 anos) conforme censo IBGE (2010) e a *Espanha com uma população idosa de 8.8657.705 (a partir de 65 anos) conforme dados do Instituto de Estatística de Espanha (dados de 2016).*

Projeções do Instituto Brasileiro de Estatística (IBGE) indicam que no Brasil o segmento idoso poderá atingir até 2060 cerca de 25% do total da sua população. No caso da Espanha, as projeções estimam para este país, conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), que entre 2000 e 2050 a população com mais de 60 anos duplicará passando de 11% para 22% e a população com mais de 80 anos quadruplicará na Espanha.

Outra questão a ser apontada é a questão da desigualdade social apresentada de maneira diferente considerando estes dois países. No que se refere ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que associa a melhoria das condições de vida da população de um país, o Brasil ocupa a 79ª posição no ranking compilado pela Organização das Nações Unidas (ONU) tendo como IDH 0,759 (dados de 2018) ocupando a lista dos países com alto desenvolvimento humano, enquanto o da Espanha é de 0,891 ocupando a 26ª posição no mundo, entre os mais altos.

O Coeficiente de Gini, usado para medir o grau de concentração de renda (0 representa a situação de total igualdade e quanto mais próximo de 1 maior a desigualdade de renda) apresenta

o Brasil com o índice de 51,3 enquanto a Espanha apresenta o índice de 36,2, demonstrando o grande índice de desigualdade social do Brasil, o que agrava as condições de vida da população.

Diante destas questões, não é possível relacionar o envelhecimento apenas a partir do cronológico. Estudos realizados pelas Nações Unidas indicam que existe uma grande variação da expectativa de vida de acordo com os países desenvolvidos (representado aqui pela Espanha) e os que estão em desenvolvimento (representado pelo Brasil) e essa variação é explicada pelas diferentes políticas sociais e de saúde de cada país.

AS POLÍTICAS SOCIAIS VOLTADAS AO SEGMENTO IDOSO NO BRASIL E ESPANHA: DA APROVAÇÃO DAS LEIS AO PROCESSO DE DESMANTELAMENTO

A proteção social e as políticas públicas são ferramentas importantes que qualificam o bem estar dos cidadãos e como estes estão e serão tratados na velhice. Ao fazer referência às políticas sociais de atendimento ao segmento idoso é necessário fazer referência ao sistema de pensões e aposentadorias (chamado no Brasil de Previdência Social), contra riscos e necessidades geradas por situações de desemprego, doenças, invalidez, velhice, o sistema de saúde e o sistema de assistência social (chamado de serviços sociais na Espanha).

O financiamento e as despesas com proteção social diferencia-se de acordo com os países e após a crise no início deste século e, em especial, após 2008, marca-se um período de inflexão em muitos países com maior austeridade nos programas sociais.

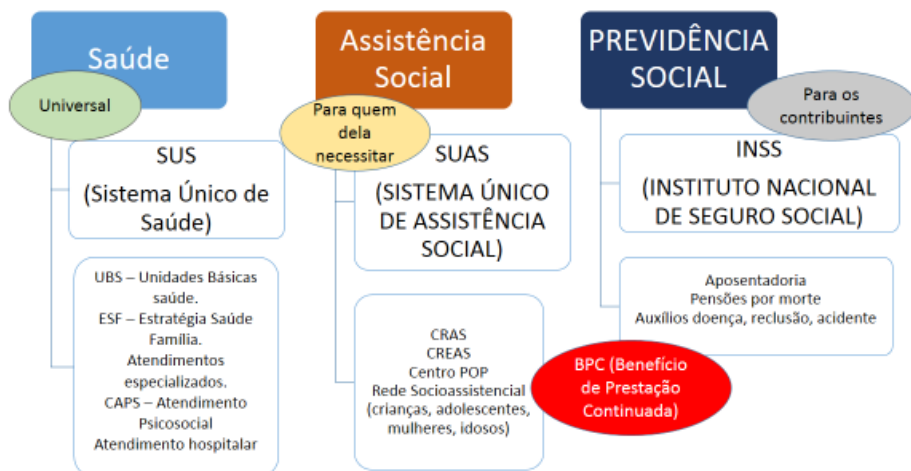
Do ponto de vista legal, ambos países garantem proteção social não somente aos idosos mas à toda a população. No Brasil, além da Constituição Federal de 1988, foram aprovadas as Leis Orgânicas da Saúde (8080/1990 e 8142/1990) e a Lei Orgânica da Assistência Social (8742/1993). Aliado a estas duas leis, o segmento idoso conta com o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003)

A Espanha também conta com marco legal relacionado à saúde através da Lei Geral da Saúde (Lei 14/1986), a assistência social não tem uma lei estatal à nível federal mas é regulada por cada Comunidade Autônoma e há a Lei de Dependência (Lei 39/2006) que atinge especificamente pessoas com deficiência ou capacidade limitante, atingindo deste modo, inclusive, os idosos.

No que se refere ao marco legal destes dois países, é possível apontar que tanto a Constituição Federal de 1988 do Brasil quanto a Constituição de 1978 da Espanha, fazem referência ao idoso e ambas possuem artigos que determinam a importância de se articular através da garantia de suficiência econômica e pela promoção de programas de proteção social o bem estar social, a dignidade humana.

Ambos países tem uma organização da estrutura de atendimento à toda população e, que atendem invariavelmente a população idosa, conforme destacados nas figuras 1 e 2.

Figura 1 – Proteção social no Brasil - Seguridade Social



Fonte: elaborado pelas autoras.

No Brasil, a estrutura da Seguridade Social está organizada no tripé de políticas públicas: saúde, assistência social e previdência social. A Saúde e Assistência Social (de caráter universal e não contributivo) e a Previdência Social (tendo como princípio a lógica do seguro, apenas para aqueles que são, efetivamente, contribuintes). É importante salientar que a estrutura de financiamento da Seguridade Social se dá através da receita advinda com o pagamento pelos trabalhadores, empregadores e outros tributos específicos que financiam as três áreas.

A Seguridade Social no Brasil, conjuga direitos derivados do trabalho – no caso a previdência social, com direitos sociais como: aposentadoria, seguro desemprego, auxílio-doença, direitos de caráter universalista como na Saúde e na Assistência Social, embora esta última desenvolva-se como uma política focalizada no enfrentamento da extrema pobreza (Boschetti, 2009).

A saúde tem sua estrutura organizada através do Sistema Único de Saúde (SUS) com uma rede de atendimento integral, hierarquizada e descentralizada. Em linhas gerais, o atendimento se dá através do atendimento primário em Unidades Básicas de Saúde, Estratégias de Saúde da Família. Há os atendimentos de especialidades médicas, exames e procedimentos simples e de maior complexidade, centros de atendimento psicossocial através dos CAPS (Centros de atenção Psicossocial), atendimentos hospitalares (clínicos, cirúrgicos, psiquiátricos e de maternidade) e outros.

A Política de Assistência Social conta com uma rede hierarquizada e descentralizada cuja porta de entrada está nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). A nível de atendimento especializado há os Centro de Referência de Assistência Social (CREAS) e toda rede socioassistencial atendendo os segmentos sociais de acordo com a Tipificação dos serviços determinados pela Política Nacional de Assistência Social.

Para os idosos, além dos atendimentos realizados através do CRAS e CREAS, estes tem acesso aos Centro de Convivência do Idoso para pessoas ativas, Centros Dias para atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade e que necessitam de cuidados durante o dia e que à noite voltam para suas casas, mantendo os vínculos sociais e familiares e finalmente as Instituições de Longa Permanência para pessoas idosas com rompimento de vínculo familiar.

A Previdência Social é política da Seguridade Social de caráter contributivo, ou seja, apenas tem acesso à aposentadorias, pensões, seguro em caso de desemprego ou doença quem contribui com o sistema. Assim, a previdência social tem como órgão gestor o INSS (Instituto Nacional de Seguro Social).

Aos idosos que não conseguiram contribuir no decorrer da vida e que estão em situação de vulnerabilidade financeira, a legislação determina que após os 65 anos poderá receber o Benefício de Prestação Continuada (BPC) que equivale a um salário mínimo. Não é uma aposentadoria por tempo indeterminado mas um benefício assistencial de acordo com as condicionalidades (im) postas pela gestão.

Na Espanha, conforme destacado na figura 2, a proteção social se dá através do sistema de saúde e pensões (aposentadoria, invalidez e desemprego). No caso da assistência social (chamado de Serviços Sociais na Espanha), não há uma lei de caráter nacional como no Brasil, mas é regulado através de legislações de cada Comunidade Autônoma. Existe a Lei 39/2006, conhecida como Lei de Dependência, que garante direitos e benefícios sociais a todas as pessoas que se encontram em situação de dependência e limitação individual, sejam crianças, adultos ou idosos, que congrega direitos, benefícios e serviços assistenciais.

Figura 1 – A proteção social na Espanha



Fonte: elaborado pela autora

Assim, a saúde é um direito universal, reconhecido pela Constituição da Espanha, tem como órgão gestor o Instituto Nacional de Gestão Sanitária (INGESA) tendo “competência exclusiva sobre as bases e coordenação geral da Saúde, legislação sobre produtos farmacêuticos e saúde externa” (Imerso, 2016 p. 16).

O Sistema Nacional de Saúde, assim como no Brasil, determina que a atenção sanitária se dá através da prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e promoção da saúde, através da atenção primária, atendimento especializado, atendimento emergencial, serviços farmacêuticos assim como ortopédicos, dietéticos e serviços de transporte.

Os serviços sociais, de responsabilidade de cada Comunidade Autônoma, são organizados através de atendimentos locais e não há uma lei federal que normatize as ações.

Pelegri Viaña (El modelo de Servicios Sociales en España, 2007 p. 129) ao fazer uma análise sobre os serviços sociais na Espanha coloca que eles contam com benefícios técnicos, estabelecimentos sociais, programas e projetos, benefícios econômicos compondo um sistema, ou seja, um conjunto de elementos inter-relacionados e coordenados em um todo. E complementa que “a verdade é que isso é mais uma expectativa ou uma declaração formal – o que é declarado nas leis, que uma realidade efetiva; mas é mantido porque serve ao nível simbólico do elemento de identificação, bem como a emulação dos sistemas mais consolidados de Estado de bem-estar-social”.

O mesmo autor defende que embora a legislação coloque que o acesso é universal esse direito está sujeito à disponibilidade orçamentária. Aliado a isso, se salienta que a obrigação última é do setor público, “embora qualquer entidade privada também possa colaborar sob a supervisão da administração correspondente; o risco neste caso, é a privatização disfarçada e a mercantilização da proteção” (Pelegri Viaña, 2007, p.131).

Apesar do país congregar 17 comunidades autônomas que podem direcionar seus atendimentos de maneira diferente, em todas as comunidades existem dois graus de atenção que coincidem apesar de poder ser conhecidos com nomes diferentes dependendo da Comunidade Autônoma. São eles: o atendimento básico e o atendimento especializado.

O primeiro nível, chamado cuidado básico ou primário ou comunitário, é o mais próximo dos cidadãos porque é organizado territorialmente e fornece atenção polivalente. Isto é, ele assiste - pelo menos em primeira instância - a todos as situações sociais da população de uma área. Neste nível, mesmo com serviços diferentes, predomina equipes de trabalho básicas ou sociais, bem como o serviço de atendimento domiciliar. O segundo nível é especializado e serve os diferentes coletivos ou setores da população de acordo com os problemas apresentados. Para isso, organiza serviços interprofissionais ligados às áreas de atendimento, para cobrir territórios mais extensos e, geralmente, possui mais equipamentos e equipes de especialistas em seu campo de atuação (Pelegri Viaña, 2007, p.139)

De maneira geral, os serviços sociais são destinados a todos mas se concentram em setores ou grupos sociais de acordo com sua vulnerabilidade. Neste sentido, as leis ou serviços destinam-se a grupos como infância e adolescência, mulher, pessoas idosas entre outros.

Com relação à Lei de Dependência, a situação de dependência de cada pessoa é identificada através de um instrumento de avaliação realizado por profissionais de Serviço Social.

Conforme Alemán Bracho (2013) são definidos 03 níveis de proteção através da Lei de Dependência: “1) mínimo, que é garantido e financiado pelo Estado; 2) acordado, financiado pelo Estado e pelas Comunidades Autônomas; e 3) adicional, livremente configurável e financiamento pelas Comunidades Autônomas. No acordado, a distribuição dos créditos para a Comunidade Autônoma devem ser previamente estabelecidas no Conselho Territorial de acordo com os critérios que são determinados (população total, população dependente e outros) (Políticas Públicas para mayores, 2013 p. 19).

Os serviços envolvem 03 áreas sendo elas:

1) serviços de atenção domiciliar sendo constituídos de serviços de Tele assistência (que consiste na instalação de instrumento adaptado ao telefone residencial que se conecta a um alarme central que funciona 24 horas por dia) e considerado [...] “um serviço economicamente muito eficiente, pois implica em baixo custo e grande eficiência social” (Alemán Bracho, 2013, p.20) e os serviços de ajuda ao domicílio que configura-se com o suporte em tarefas domésticas, em especial quando as limitações funcionais acometem a pessoa idosa. Este trabalho é administrado pelos municípios e são financiados tanto pelos municípios quanto pelo Estado e Comunidades Autônomas. É um trabalho que evidencia o respeito à manutenção do idoso em casa mas, em contrapartida, um dos problemas colocados por este serviço é seu custo em relação à atenção em centros dia e residências, que representam um custo menor;

2) Os serviços de atenção diurna envolvendo os centros dias com atendimento psicossocial em situação de dependência. Sobre este serviço, Alemán Bracho (2013, p.21) colocam que os centros dias, de maneira geral oferecem lazer, atividades (biblioteca, pintura, jogos, danças, informática, passeios organizados pelos próprios idosos e outros), incluindo fisioterapia e terapia ocupacional para idosos ativos mas que estão apresentando algum grau de dependência. São instrumentos que propiciam a inclusão social;

3) os serviços de atenção residencial sendo alojamentos permanentes ou temporários, que oferecem cuidados preventivos, de cuidados e reabilitação com atenção integral a idosos que, devido à sua situação condição sócio familiar ou outras causas, não podem ser atendidos em suas próprias casas. A admissão em residências deve ser sempre voluntária, e ter o consentimento expresso e por escrito da pessoa idosa e atender algumas condicionalidades de acordo com a Comunidade Autônoma como: a pessoa tem que ter mais de 65 anos, residir nesta C.Autônoma e não sofrer de doença infecto-contagiosa. As estadias temporárias tem o objetivo é atender ou apoiar a família em situações em que é necessário a ausência do familiar com a qual o idoso coexiste (Alemán Bracho, 2013, p.22).

Com relação ao sistema de aposentadorias, o artigo 41 da Constituição Espanhola coloca que todos os cidadãos tem direito à ação protetora da Seguridade Social (sistema de pensões) enfatizando a conotação da universalidade. Assim, a proteção pode se dar através da modalidade de nível contributiva e também para aqueles que não conseguiram contribuir ou que não contribuíram o suficiente. Assim é possível apontar, que diferentemente do Brasil, o sistema de pensões da Espanha atinge a toda população com mais de 65 anos.

Feitas estas considerações sobre os serviços de proteção social nos dois países é preciso apontar que com as crises cíclicas do capital assiste-se a intervenção do Estado de modo a reestruturar o fluxo produtivo utilizando-se o fundo público para financiamento de investimentos

capitalistas por meio de subsídios, desonerações tributárias, incentivos fiscais. Assiste-se também a realização de reformas do sistema de trabalho através de mudanças na legislação e no sistema de previdência social.

No caso do Brasil, nos últimos anos e sob a justificativa da diminuição na taxa de crescimento populacional, o aumento da expectativa de vida busca-se soluções em consonância com a perspectiva neoliberal. Propaganda-se o crescente déficit da Previdência Social, atrelados a importância da estabilidade macroeconômica e a criação de superávit primário, conforme recomendado pelas agências internacionais, inicia-se o desmonte da Previdência Social com as reformas instaladas nos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC), Luiz Inácio Lula da Silva (Lula), Dilma Rousseff e Michel Temer.

Rocha e Macário (2015, p.195) destacam que a “apropriação dos fundos públicos pelo capital e a criação de nichos de mercado para investimento privado” tem como chave para a compreensão a mundialização do capital e “a previdência social como principal vítima desse processo devido a quantidade de dinheiro que movimenta, sofrendo contrarreformas e diminuindo direitos para induzir os trabalhadores a complementá-los por meio da compra de planos de previdência privada” (Padrão atual de acumulação de capital, mundo do trabalho e reestruturação da previdência social no Brasil, 2015).

Assim, é possível apontar entre as mudanças alcançadas: a restrição de direitos, a redução do valor de benefícios, a ampliação de tempo de contribuição para obtenção de aposentadoria e o grande incentivo à contribuição da previdência privada.

Aliado a isso, em 2007, propôs-se a ampliação da vigência da Desvinculação de Receitas da União (DRU), ou seja, de todo o montante arrecadado para a Seguridade Social, 20% poderiam continuar sendo destinados ao governo para empregar em outras áreas, inclusive pagamento de dívidas públicas. Isso no ano de 2016 passaria a 30% do montante arrecadado.

No quesito saúde presencia-se filas de espera para consultas médicas, exames, procedimentos e internações eletivas, falta de medicamentos (inclusive de uso contínuo), insuficiência de recursos humanos para o atendimento, o que precariza o sistema de saúde. Apesar do investimento em saúde ter tido um crescimento de 3,56% do PIB em 2012 para 3,99% do PIB em 2016 este quadro se altera a partir da aprovação da Emenda Constitucional 96 em 2016, conhecida como “Teto dos Gastos” que determina a não ampliação dos gastos com políticas sociais por um período de 20 anos e, o que já era considerado um recurso insuficiente para todo o atendimento à saúde terá ainda maior impacto.

A Política de Assistência Social também terá impacto a partir do Teto dos gastos. Esta é uma política que nunca teve financiamento suficiente para sua demanda e portanto como tem uma concentração ou focalização na extrema pobreza não supera a vulnerabilidade. Ademais, o atendimento se concentra na redesociassistencial de caráter privado.

A proteção social espanhola também passou por contrarreformas no sistema e conforme Associação Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales (2014), entre as mudanças apontadas e direcionadas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial e Organização Mundial do Comércio (OMC), o governo espanhol iniciou o desmantelamento progressivo dos serviços públicos essenciais do Estado (pensões, educação, saúde e serviços sociais) minimizando serviços públicos e comprometendo a manutenção de direitos dos cidadãos. Ao mesmo tempo, acontece o fortalecimento, apoiado por lobbies empresariais na apropriação de redes de serviço público, vistos como oportunidade de negócios.

Conforme dados apontados pela mesma Associação (2014, on line) desde 2012, na saúde, a redução do investimento está “acompanhada por uma redução na atividade de serviços de saúde, o fechamento de centros e reduções de pessoal; a introdução de co-pagamentos a pensionistas, pacientes que precisam de próteses, transferências de ambulância ou medicamentos especiais”. Além destas medidas, o informe traz que estas foram acompanhadas de “privatização de hospitais, serviços de laboratório e diagnóstico por imagem; a cessão às multinacionais e fundos de investimento das plataformas de informática, telefones de informação, central de compras ou o planejamento e gestão dos recursos dos Serviços de Saúde Autônomos”. E estas questões envolveram também consequências como “limitação do acesso a medicamentos, o aumento das listas de espera, o aumento da mortalidade por doenças evitáveis ou a redução da expectativa de vida”.

Observa-se assim que os efeitos da crise do capital envolve a saúde e tem consequências profundas para o futuro do país.

Com relação aos serviços sociais, Pelegri Viaña (2007, p.131) coloca que embora a legislação coloque que o acesso é universal esse direito está sujeito à disponibilidade orçamentária. Aliado a isso, se salienta que a obrigação última é do setor público, “embora qualquer entidade privada também possa colaborar sob a supervisão da administração correspondente; o risco neste caso, é a privatização disfarçada e a mercantilização da proteção”.

Considerações finais

Não é possível falar no processo de envelhecimento nos dois países de maneiras semelhantes.

Estudos apontam o aumento significativa da população idosa que ocorrerá ainda nesta primeira metade do século XXI no mundo. Entretanto, esta questão afetará em muito os países em desenvolvimento pois tem o agravante da pobreza com uma população mais envelhecida. Isso aponta maior preocupação com o Brasil, tendo em vista que o sistema de saúde e assistência social, apesar de universal, está cada vez mais sucateado e focalizado na extrema pobreza. Ao mesmo tempo, a cobertura previdenciária e suas constantes reformas nos últimos anos vão na contramão do que deveria ocorrer, ou seja, os países e não somente o Brasil tem que enfrentar esta mudança preparando os sistemas de saúde para os cuidados geriátricos, os serviços sociais para adequarem-se a esta realidade, para apoiarem as famílias necessitadas de ajuda financeira, apoio social, oportunizando empregos para pessoas com idades mais altas.

Assim, o envelhecimento populacional é um grande desafio, em especial, para o sistema previdenciário e das políticas sociais. Destaca-se, que a crise financeira reduz os níveis de emprego e tem um efeito importante a longo no sistema de seguridade social, porque tem que acudir os que estão em situação de desemprego. O que vemos, em especial no Brasil, é uma proposta de ampliação da idade de aposentadoria mas com as reformas trabalhistas implementadas não houve aumento do processo de arrecadação para a Seguridade Social. Há uma imenso contingente de pessoas trabalhando na informalidade, sem acesso futuros a aposentadorias. De outro lado, há também uma redução do financiamento das políticas da saúde e da assistência social através da aprovação da EC 95 em 2016 deixando a população a mercê de sua própria sorte ou da ajuda da sociedade civil.

Não existe fórmula mágica, mas certamente é preciso enfrentar a desigualdade social no Brasil, fruto da apropriação desigual das riquezas produzidas, ou seja, as respostas apresentadas diante das crises cíclicas do capital tem sido a fórmula da redução do gasto social e no campo das receitas, tem sido mantido um sistema tributário que onera ainda mais a base da população.

Ambos países tem legislações consolidadas com relação às políticas sociais. No que se trata da pessoa idosa além da legislação sobre a previdência social e saúde, tem-se leis que determinam direitos ao idoso. Aqui fazemos referência no caso do Brasil ao Estatuto do Idoso e a também Lei Orgânica da Assistência Social e na Espanha à Lei de Dependência.

Ambos países, tem idosos em situação de vulnerabilidade social, mas uma das situações de vulnerabilidade que podemos apontar é o isolamento social que poderá ter uma ênfase maior na Espanha, tendo em vista que a expectativa de vida é maior e pessoas com idades superiores a 80 anos poderá duplicar conforme estimativa da OMS. O isolamento social pode ser uma questão a ser enfrentada pelo Estado através de políticas públicas.

Referências

ALEMÁN BRACHO, Políticas públicas para mayores. Nueva Época, n.9, eero-junio, 2013 ISSN: 1989-8991.

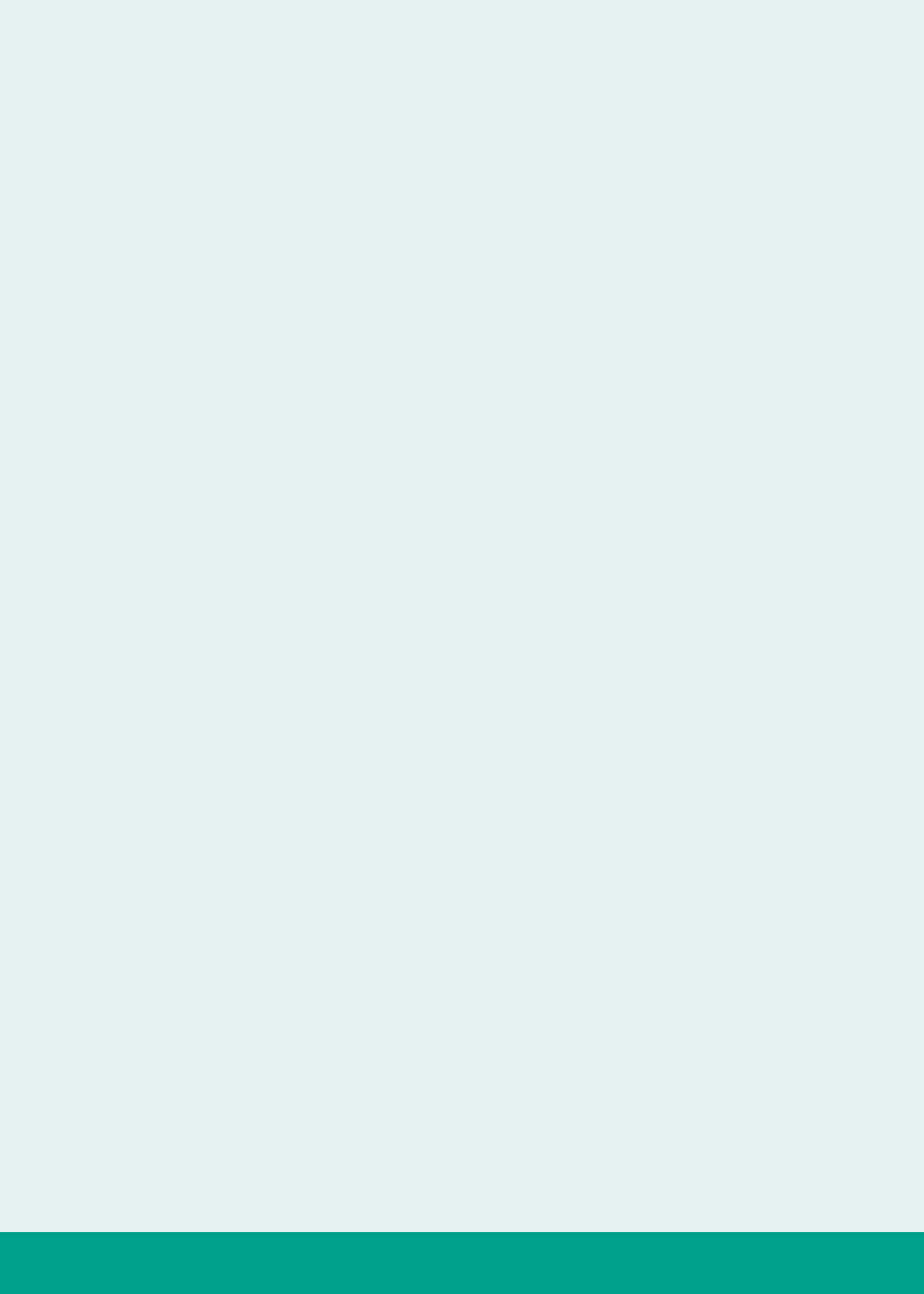
BOSCHETTI, Ivanete – Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

PELEGRI VIAÑA – El modelo de Servicios Sociales en España. Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, vol. XVII, n. 2, (2007), p. 125-150. Disponível na internet: <https://www.researchgate.net/publication/237038528_El_modelo_de_servicios_sociales_en_Espana>.

MÉSZÁROS, I. **A crise estrutural do capital**. [Trad. Francisco Raul Cornejo...et al.]. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2011.

INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO). Informe 2016 – Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. 2016. Disponível na internet: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/bi-nario/112017001_informe-2016-persona.pdf>. Acesso em: 02 mar.2019.

ROCHA, Flavia Rebecca Fernandes; MACÁRIO, Epitácio. Padrão atual de acumulação de capital, mundo do trabalho e reestruturação da previdência social no Brasil. **Revista Katálisis**. Florianópolis, v. 18, n.2, p.191-201, jul./dez. 2015.



A RELAÇÃO FAMÍLIA-ESCOLA: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS

Juliana de Carvalho Pimenta
Cirlene Aparecida Hilário da Silva Oliveira

Introdução

Este artigo é fruto das reflexões desenvolvidas na Tese de Doutorado em Serviço Social sob título “A Relação Família-escola: Concepções e Práticas”. O estudo assumiu o desafio de compreender a complexa realidade vivenciada pela escola e pela família no que diz respeito ao estabelecimento de estratégias de fortalecimento da relação entre estas duas instituições diretamente envolvidas no desenvolvimento dos indivíduos sociais.

A experiência profissional da autora consolidada há mais de 20 anos junto a Política Pública de Educação como assistente social, inicialmente na rede municipal de ensino e, posteriormente na rede federal, especificamente no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo (IFSP) -Campus Barretos, trouxe alguns questionamentos que motivaram o desenvolvimento do estudo.

O acúmulo teórico adquirido durante a realização do Curso de Mestrado em Serviço Social possibilitou a compreensão de que a educação pública na sociedade brasileira, apesar dos parâmetros estabelecidos, se constituiu numa política contrária ao atendimento qualificado da classe trabalhadora. Neste sentido a pesquisa se justificou pela necessidade de compreensão acerca das questões relacionadas à família e à escola.

A pesquisa teve como objeto de estudo a análise dos fatores que interferem na relação entre escola e família diante das convergências e divergências que favorecem ou dificultam o estabelecimento de estratégias de fortalecimento mútuo e enfrentamento dos problemas vivenciados pela escola pública.

Baseado nos questionamentos iniciais estabeleceu-se como objetivo geral analisar os diferentes fatores que interferem na relação estabelecida entre escola e família a partir da experiência de implantação dos cursos técnicos integrados ao ensino médio do IFSP – Campus Barretos.

A pesquisadora elegeu como objetivos específicos: (1) compreender as transformações societárias que provocam rebatimento nos diferentes segmentos da sociedade contemporânea, entre estes a família e a escola; (2) explicar as mudanças ocorridas na política pública de educação; (3) compreender os principais fatores que interferem no relacionamento entre família e escola.

Definiu-se que a pesquisa seria realizada junto a uma modalidade específica: os cursos técnicos integrados ao ensino médio de agropecuária e informática. A escolha desta modalidade de ensino se justificou pelo fato de que esses cursos são frequentados por estudantes na faixa etária dos 15 anos de idade, o que faz com que muitas ações da instituição escolar demandem o contato com a família.

Desenvolvimento

A partir da definição dos objetivos foi possível estabelecer a metodologia que norteou o desenvolvimento da pesquisa. Buscou-se o apoio de um método que possibilitasse a apreensão da realidade considerando o desafio estabelecido desde o início que era a proximidade da pesquisadora com seu objeto de estudo. Desvelar as interlocuções entre família e escola, diante das particularidades de ambas já se apresenta como uma empreitada desafiadora a qualquer pesquisador.

Estar tão estreitamente relacionada a este universo, enquanto profissional atuante na área da educação, constantemente inserida no cotidiano escolar vivenciando os desafios postos à profissão fez com que a escolha do percurso metodológico da pesquisa fosse cuidadosamente definida, optando-se pelo método dialético.

Para a realização do estudo partiu-se do pressuposto que: 1) os professores de maneira geral responsabilizam a família pelo fracasso dos estudantes e mantém concepções idealizadas a seu respeito; 2) as famílias dos estudantes dos cursos técnicos do Instituto Federal de São Paulo – Campus Barretos demonstram satisfação com as ações da escola mesmo cientes do desempenho insatisfatório dos discentes valorizando demasiadamente a estrutura administrativa da escola.

Partindo destes pressupostos considerando ainda os objetivos já identificados e à luz do método dialético esta pesquisa recorreu à utilização da **pesquisa bibliográfica, documental e de campo**.

A **pesquisa bibliográfica** foi utilizada para a construção do referencial teórico que norteou a investigação. Privilegiou publicações que versassem sobre os temas relacionados a este estudo. Neste sentido a pesquisadora num primeiro momento tentou elucidar os desafios postos à política educacional brasileira, desafio imenso dada a complexidade e amplitude desta política pública. Foi preciso compreender as transformações vividas na área educacional brasileira, principalmente em relação à educação profissional em razão desta constituir-se na missão principal da instituição e da modalidade de ensino que foram definidos lócus de investigação.

Foi necessário ainda debruçar-se sobre a família, compreender sua origem enquanto instituição socialmente instituída, e que no caso brasileiro traz em sua história traços marcantes

do processo de exploração colonizadora que ainda produz seus reflexos na sociedade contemporânea diante da imensa desigualdade social que assola esse país.

Olhar para a família neste estudo significou compreender sua origem histórica e refletir sobre as transformações inclusive relacionadas aos modelos familiares presentes na contemporaneidade. Identificar tais configurações, não na perspectiva de enquadrar cada família a este ou àquele modelo, mas na tentativa de problematizar alguns dilemas ou possibilidades possíveis de serem experimentados pelos grupos familiares.

Significou também compreender o sentido da participação da família na escola, como esta se instituiu historicamente e como pode ser concebida de forma a não transferir responsabilidades.

A **pesquisa documental** permitiu a obtenção das informações referentes ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo, especialmente no que disse respeito às ações do Campus Barretos voltadas aos estudantes e suas respectivas famílias.

Foram imprescindíveis para esta etapa da pesquisa as informações disponíveis no sistema acadêmico e na documentação elaborada e sistematizada pela Coordenadoria Sociopedagógica.

A **pesquisa de campo** fundamental para o cumprimento de alguns dos objetivos propostos foi realizada a partir de alguns procedimentos brevemente descritos a seguir.

O cenário para a realização da pesquisa foi o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo (IFSP) Campus Barretos. Considerando que todo processo de pesquisa obedeceu aos pressupostos defendidos pela pesquisa qualitativa, a definição precisa de critérios para escolha de sujeitos e sua respectiva amostra foi importante e favoreceu a obtenção dos resultados.

Diante dos objetivos propostos a este estudo os sujeitos que compuseram o corpus investigativo foram pais, professores e estudantes vinculados aos cursos técnicos integrados ao ensino médio dos cursos de agropecuária e informática ingressantes em 2012.

A definição da amostra se preocupou acima de tudo com a contribuição que este grupo pudesse trazer, tendo em vista

[...] a concepção de sujeito coletivo, no sentido de que aquela pessoa que está sendo convidada para participar da pesquisa tem uma referência grupal, expressando de forma típica o conjunto de vivências de seu grupo. O importante não é o número de pessoas, mas o significado que estes sujeitos têm em função do que estamos procurando com a pesquisa (Martinel-
li, 1995, p. 14).

A amostra desta pesquisa foi formada por 12 sujeitos, sendo estes pais/responsáveis, estudantes e docentes. Os sujeitos das categorias já identificadas foram selecionados da seguinte maneira:

- Categoria 1 - Professores: Foram convidados 02 professores que ministraram suas aulas nas turmas de informática e/ou de agropecuária no ano de 2012, período em que a pesquisa foi realizada.

- Categoria 2 - Família: nesta categoria os sujeitos foram selecionados entre os discentes das duas turmas de forma aleatória. Em uma das reuniões de pais/responsáveis realizadas ao término do bimestre a pesquisadora apresentou os objetivos da pesquisa e convidou os presentes a participarem. Ao término da reunião reuniu o nome dos interessados e posteriormente agendou a entrevista selecionando 02 famílias de cada turma representadas por um dos seus componentes.
- Categoria 3 – estudante: Nesta categoria foram convidados três estudantes de cada turma garantindo a existência de 01 estudante com bom desempenho; 01 estudante com desempenho insatisfatório; 01 estudante com ocorrências disciplinares recorrentes.

O processo de levantamento de dados aconteceu de forma diferente entre as categorias estudantes e família/ professores. Nas categorias professores e família a opção metodológica utilizada foi a entrevista que contou com o apoio de um questionário semiestruturado dividido em três blocos de assuntos/temas: 1. Participação da família; 2. Acompanhamento das atividades acadêmicas; 3. Valorização da escola. As entrevistas realizadas no primeiro semestre de 2013 foram gravadas com a autorização dos sujeitos e posteriormente transcritas pela pesquisadora para qualificar a análise dos dados.

Junto aos discentes optou-se pela utilização do grupo focal buscando garantir maior riqueza nas informações colhidas junto a estes sujeitos considerando principalmente sua faixa etária e a vivência profissional da pesquisadora junto a este grupo. Realizou-se dois encontros com os estudantes para que fosse possível a obtenção das informações necessárias ao cumprimento dos objetivos deste estudo.

A partir da obtenção dos dados realizou-se um minucioso tratamento do material num processo de aproximação e distanciamento, de estranhamento e interpretação dos conteúdos expostos de forma tão singela e contundente, num perfeito movimento dialético que trouxe algumas respostas e ao mesmo tempo inúmeros questionamentos.

Para análise e interpretação dos dados foram utilizados os procedimentos defendidos pela Análise de Conteúdo. Este procedimento metodológico de pesquisa que inicialmente teve sua utilização mais voltada para as pesquisas quantitativas, atualmente tem seu valor também reconhecido nas pesquisas de caráter qualitativo.

A concepção de família que norteia este estudo é a de um elemento ativo que está em constante transformação, assim como outros elementos da sociedade. As transformações vividas pela família acompanham o desenvolvimento social de modo que “[...] nunca permanece estacionária, mas passa de uma forma inferior a uma forma superior, à medida que a sociedade evolui de um grau mais baixo para outro mais elevado” (Engels, 2010, p. 47).

Segundo o autor as alterações em seu interior, relacionadas às mudanças de parentesco são passivas, acontecendo depois de longos intervalos de tempo, apresentando uma modificação radical somente após uma mudança drástica percebida na família. É importante destacar ainda que as expectativas em relação à função da família na sociedade também se alteram ao longo da história provocando rebatimento em seu cotidiano, modificando papéis em seu interior acompanhando o desenvolvimento da sociedade e demandam uma compreensão mais apurada destas questões.

Neste sentido entende-se que a família não é uma instituição natural, ao contrário, foi construída socialmente e o papel por ela desempenhado está sempre relacionado ao desenvolvimento da sociedade nos diferentes contextos históricos desde sua existência.

Na sociedade contemporânea a família brasileira vive em seu cotidiano os desafios entre corresponder às expectativas sociais de cuidado, atenção e reprodutora da cultura e dos valores socialmente aceitos e a garantia de sobrevivência e manutenção do status conquistado em uma época em que a necessidade de consumo movimentava sonhos e desejos.

A família brasileira na atualidade conta com o trabalho de homens e mulheres para manutenção de suas despesas e garantia de sobrevivência. O trabalho feminino é muitas vezes a única garantia de renda familiar e as mudanças nas condições e nas relações de trabalho deixam longe do lar pais e mães numa jornada de trabalho extensa.

As mudanças na sociedade apresentam na atualidade uma família marcada por essas transformações que na realidade ainda é cobrada por valores e condutas que talvez não tenham condições de assumir sem a existência de uma estrutura que a apoie em suas necessidades.

Embora se encontre presentes diferentes formas e modelos familiares a família nuclear ainda ocupa posição de destaque tanto no ideário das famílias como em número absoluto quando comparada às demais configurações familiares e muitas vezes é concebida como o modelo ideal. Durante muito tempo todas as famílias que fugissem deste formato eram consideradas ‘desestruturadas’ ou ‘desorganizadas’. No imaginário das pessoas a família nuclear ainda é a desejada, sonhada e esperada. É importante destacar que na realidade brasileira esse modelo, ainda considerado majoritário aos poucos vem cedendo lugar a outras configurações familiares como demonstram estudos e pesquisas oficiais como as realizadas pelo IBGE, por exemplo.

A família vem sendo responsabilizada e quando não culpabilizada por mudanças e comportamentos que a afetam diretamente e que não foram construídos em seu interior. A sociedade capitalista atual clama e sobrevive da competição entre os indivíduos, da luta pela sobrevivência articulada de forma individualizada, o pensamento coletivo a organização social não é estimulada, ao contrário, é perseguida e aniquilada.

As experiências vividas em sociedade marcadas pela competição e o individualismo se chocam muitas vezes com a expectativa de relações de companheirismo, solidariedade e harmonia demandadas à família em uma contradição explícita que irá produzir seus efeitos dentro e fora dela, incluindo neste contexto a relação família – escola.

Família e escola representam duas instituições fundamentais no processo de educação do indivíduo. Em diferentes momentos históricos foram marcadas por expectativas acerca do seu desenvolvimento e na atualidade encontram-se intrinsecamente interligadas por papéis e funções muitas vezes confundidos entre si. A importância destas duas instituições para a formação plena do ser humano é indiscutível e cada vez mais se evidenciam os problemas e conflitos causados pelas divergências acerca de suas funções.

As formas de educação variam de acordo com o contexto histórico e social modificando-se ainda de acordo com a cultura. Houve um tempo em que educar era praticamente restringir-se aos cuidados físicos das crianças. O ser humano é uma espécie que depende do cuidado do outro – adulto – para sobrevivência desde o ato do nascimento até desenvolver sua autonomia. Antes do surgimento das escolas as crianças eram educadas na família e na comunidade.

Um pouco mais tarde era comum a contratação de tutores exclusivos para o ensino da educação formal que ocorria dentro das casas até determinada idade, depois as crianças eram encaminhadas para colégios, muitas vezes distantes da residência familiar em regime de internato.

O processo de escolarização trouxe uma mudança significativa na medida em que possibilitou o agrupamento de indivíduos de diferentes famílias em um mesmo espaço de convivência para o desenvolvimento de atividades comuns. Embora se apresente como uma iniciativa mais democrática se comparada à estratégia adotada anteriormente pela elite, o modelo de educação escolar instituído estava longe de preocupar-se com a educação de todos.

Durante décadas as escolas foram frequentadas pelos grupos sociais em ascensão, e no caso brasileiro, negros, índios e pobres estiveram longe dos bancos escolares por longo período. Os alunos que frequentavam as escolas eram vindos da sociedade burguesa, assim como os professores/as. Os modos de ser e viver dos sujeitos envolvidos nesse processo era aceito socialmente.

Os pais dos estudantes que frequentavam tais escolas estavam preocupados com a ascensão social ou mesmo com a manutenção do status já adquirido depositando na educação uma espécie de garantia para o atendimento de suas expectativas.

A família burguesa que frequentava as escolas naquele momento contava com o apoio da mãe dentro do lar, com a tarefa de educar os filhos e administrar a casa geralmente com o auxílio de serviçais.

No entanto, na medida em que novas famílias foram se apresentando às escolas, trazendo consigo diferenças nos costumes e modos de viver os conflitos começam a surgir. As questões voltadas ao aspecto higienista já não eram suficientes para atender às necessidades percebidas pela escola.

Assumir e compreender essas transformações societárias provocadas pelo modo de produção capitalista que tomava cada vez mais tempo dos indivíduos, ora ocupados nas fabricas, ora exausto em razão da extensa jornada de trabalho, aliado às necessidades de formação mais complexas em face do aprimoramento das técnicas de trabalho não serviram necessariamente para estabelecer uma relação de aproximação com a família.

No discurso exaltava-se a necessidade de proximidade entre as duas instituições, no entanto, ao reconhecer a incapacidade da família em assumir o processo educativo de forma satisfatória, essa foi alvo de culpabilização e responsabilização, ao mesmo tempo em que se exaltou o papel dos educadores como sendo os únicos capazes de oferecer uma educação adequada. A situação tomava aspectos ainda mais definidos quando as críticas eram voltadas às famílias pobres.

Diante do exposto é preciso considerar que a partir das mazelas produzidas pelo sistema capitalista sob a forte influência e interferência do ideário neoliberal não é correto entregar à família a responsabilidade pela reprodução social. Para que a família possa cumprir o papel a ela delegado socialmente ela precisa realmente ocupar a centralidade nas ações do Estado garantindo-lhe ainda seu fortalecimento.

Em relação à participação da família na escola é fundamental perceber que nem sempre a parceria entre ambas acontece de forma equilibrada. “Algumas vezes ela é marcada por cobranças e expectativas não correspondidas por ambos os lados, o que muitas vezes acaba afetando a relação do aluno com a escola e a família” (CENPEC, 2002, p. 23).

Ainda que família e escola possuam funções específicas uma precisa contar com a outra. Várias pesquisas apontam que a participação dos pais na vida escolar de seus filhos melhora o desempenho na aprendizagem e a autoestima, eleva o sentimento de competência e diminui o número de faltas.

A história das nossas instituições de ensino revela que durante certo tempo os pais foram mantidos à margem do processo de ensino e aprendizagem o que talvez justifique atualmente a falta de envolvimento de muitos pais com este processo. Outro fator a ser considerado é que a rotina estressante de muitos pais dificulta seu comparecimento quando solicitado pela escola. As reuniões acontecem geralmente em período diurno ou na maioria das vezes de acordo com a disponibilidade do profissional da escola.

Diante do exposto é possível perceber que lidar com os conflitos existentes entre família e escola não é tarefa simples, tampouco pode ser designada a uma única categoria profissional. E para compreender os desafios presentes na relação família x escola é preciso ampliar o olhar para além dos conflitos cotidianos. É preciso questionar: o distanciamento dos pais em relação às ações da escola ocorre por quais fatores? O fato de pais e mães não irem à escola significa que não acompanham a vida escolar de seus filhos? Em que medida pais e responsáveis podem resolver em casa problemas gerados no cotidiano escolar? A escola, mediante a ação dos diversos sujeitos que a compõe está preparada para atender às demandas trazidas pelas famílias?

Esses e muitos outros questionamentos podem ser feitos ao analisar esta questão, muitas respostas ainda precisam ser buscadas, pois o discurso no senso comum, no cotidiano da escola aponta para o descompromisso da família com a escola, para a perda da capacidade de educar seus filhos adequadamente o que traz prejuízos para a escola que não se sente responsável por assumir tal tarefa. Traz ainda a constatação de que alunos e suas respectivas famílias não valorizam a escola e que muitos só frequentam as aulas em razão de cumprimento das obrigações sob pena de perderem benefícios sociais ou serem responsabilizadas por negligência.

A falta de clareza da escola sobre como lidar com alguns problemas cotidianos aliados a ausência de profissionais capacitados faz com que muitas vezes se utilize de intervenções pouco qualificadas que contribuem para o distanciamento da família.

As orientações, entrevistas, aconselhamentos realizados por professores muitas vezes partem de concepções empíricas, baseadas na experiência vivida com o foco voltado para a resolução do problema da escola, nem sempre atento às demandas do sujeito que ali se apresenta.

Por outro lado, é preciso também questionar se a política pública de educação ora instituída está realmente interessada em oferecer aos cidadãos uma escola que promova a aprendizagem de seus alunos, que fortaleçam vínculos e formem cidadãos preparados para o enfrentamento dos desafios cotidianos. A escola, muitas vezes, fica na ponta desse processo, a ela são delegadas as ações concretas do processo educacional, sem muitas vezes contar com o apoio necessário.

A valorização da escola e conseqüentemente da educação por parte dos pais/ responsáveis é um dos aspectos que podem influenciar no desempenho acadêmico dos estudantes. No entanto, não pode ser considerado determinante do processo, pois o sucesso escolar está envolvido por diversos aspectos que precisam ser considerados.

Valorizar a escola e a educação é importante, mas é preciso reconhecer que nem tudo que acontece em nossas escolas públicas é motivo de orgulho e satisfação. No entanto, a família

e os estudantes precisam ser provocados no sentido de refletir sobre a educação pública desse país e se juntar ao corpo docente e equipe escolar que defendem uma escola pública de qualidade enquanto direito de todos. Para isso precisam ser informados sobre os problemas, ouvidos em suas insatisfações, advertidos em seus equívocos em uma atitude construtiva que os considere enquanto sujeitos desse processo.

Neste sentido, a intervenção no universo familiar deve buscar uma metodologia de trabalho que respeite as particularidades dessas famílias, ao mesmo tempo em que, promovam seu desenvolvimento.

Acredita-se que a escola sozinha não dará conta de resolver seus conflitos internos bastante explícitos e ainda enredar esforços, na busca pela construção de uma relação de aproximação com a família, de modo a favorecer as duas partes. Sem dúvida alguma deverá buscar parceiros. No entanto, não é possível delegar a terceiros a responsabilidade de cada docente no enfrentamento dos desafios cotidianos no processo de aproximação.

A pesquisa bibliográfica realizada para conclusão deste estudo aponta que a participação dos pais e, contraditoriamente os conflitos presenciados a partir desse processo de aproximação, dizem respeito a algumas ações identificadas pela maioria dos estudiosos do assunto, que podem ser explicitados em três eixos/categorias principais: a) a participação nas reuniões e convocações da escola; b) as tarefas de casa; c) valorização ou desvalorização da escola por parte dos pais.

Neste sentido a pesquisa de campo buscou a compreensão dos sujeitos acerca destas três categorias específicas. Ao analisar os dados obtidos mediante a coleta identificou-se uma quarta categoria: a questão das transformações da família.

Considerando a constituição dos Institutos Federais e o engajamento de suas equipes das Coordenadorias Sociopedagógicas em ações relacionadas a promover a aproximação entre família – escola, a pesquisa apresentou o trabalho do IFSP – Campus Barretos voltado ao atendimento das famílias e seus estudantes do curso técnico integrado ao ensino médio.

Considerações finais

Finalizar este estudo foi um desafio imenso tendo em vista que a realidade encontra-se em constante transformação e que o vínculo da pesquisadora com seu objeto de estudo foi um fator que trouxe inúmeros conflitos que só puderam ser superados com a escolha adequada do método de pesquisa, dos instrumentais de coleta de dados e da análise cuidadosa dos dados obtidos mediante a realização de todas as etapas da pesquisa.

Não pretende-se neste momento considerar este estudo, que partiu de inúmeras inquietações e questionamentos, que desde o início serviu de norte para a pesquisa, como encerrado de forma definitiva. O que se buscou foi atender aos objetivos que foram traçados ao início da pesquisa de forma a garantir a exploração de novos questionamentos em outros momentos pela própria pesquisadora ou por outros estudiosos que se interessem pelo tema.

Conhecer a trajetória da política educacional brasileira em meio aos contextos: histórico, político e social foi fundamental para compreender o ensino profissionalizante no cenário contemporâneo. É nessa modalidade de ensino que se concentra a maior parte das atividades do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Estado de São Paulo (IFSP) Campus Barretos, cenário em que realizou-se a pesquisa de campo.

A educação profissional que sofre os desafios de se fortalecer em meio a uma política educacional voltada aos interesses do mercado sofreu uma imensa expansão em sua oferta com a criação dos Institutos Federais em 2008 que não veio acompanhada da devida estrutura para que naquele espaço o processo de aprendizagem ocorresse de forma significativa.

O alto índice de evasão e reprovação apresentado nos diversos campi demonstram a necessidade de voltar a atenção para essa etapa de ensino e compreender suas lacunas.

Se os desafios da Política Educacional Brasileira estivessem concentrados apenas no ensino profissionalizante estaríamos em um cenário mais tranquilizador, já que teríamos vencido os desafios nas etapas anteriores. No entanto, o que se observa é que nosso país tem construído uma política pautada na aprovação automática, na certificação a qualquer custo, no alto investimento na iniciativa privada, na desvalorização do professor e amplo atendimento aos interesses de organismos internacionais.

O reflexo desse investimento nas últimas décadas vem sendo sentido nas etapas de ensino anteriores e posteriores ao ensino fundamental. A educação infantil ainda não consegue atender a sua demanda, sobretudo por problemas de orçamento. Estudantes chegam ao ensino médio despreparados e saem de lá também sem condições de obterem sucesso na universidade. A política de ampliação de vagas tem permitido o acesso maior de estudantes, no entanto garantir sua permanência é um desafio árduo.

No tocante à relação família - escola, objeto deste estudo, os conflitos podem ser observados de diversas maneiras e alguns são mais perceptíveis em determinadas etapas do ensino do que em outras.

Na educação infantil, por exemplo, na etapa educacional de creche os conflitos relacionados ao modo de ser e de viver das famílias em detrimento do padrão esperado pela creche são muito comuns. Nesta etapa que atende crianças ainda muito pequenas e que demandam a atenção aos cuidados básicos de alimentação e higiene a proximidade do educador com a criança é muito grande na medida em que estes trocam fraldas, dão banho e oferecem as refeições às crianças em meio às atividades educativas.

Situações relacionadas à violência doméstica ou negligência por parte dos pais podem ser verificadas com facilidade, a partir do olhar atento e comprometido dos educadores. Em regiões com alto índice de vulnerabilidade social a existência dessas instituições pode garantir maior qualidade de vida à criança e sua respectiva família.

No entanto é fundamental compreendermos que é nesta etapa em que se concentram as maiores oportunidades de construção da cultura participativa e muitas instituições, por diversos fatores, entre estes as dificuldades em administrar os conflitos perdem a oportunidade de investir nesse processo de aproximação.

Encontram-se registros de instituições dessa natureza que já conseguem desenvolver um trabalho que considere a realidade social das famílias ao mesmo tempo em que busque uma transformação. O importante é considerar que qualquer ação voltada ao atendimento da família deve considerar sua realidade e as particularidades. Deve ainda pautar-se em uma relação de aproximação e respeito às diferenças e aos valores dos sujeitos envolvidos nesse processo.

No ensino fundamental as questões relacionadas ao processo de aprendizagem e também às normas disciplinares colocam família muitas vezes em grandes desavenças. A escola queixa-se da família que por sua vez tem suas reclamações acerca da escola. Estabelecer um ponto de diálogo é fundamental, mas nem sempre alcançado dado o distanciamento entre ambas.

O despreparo da escola para lidar com algumas demandas da família evidencia que se não contar com o apoio de profissionais qualificados para o enfrentamento não conseguirá êxito em suas ações.

A questão da promoção automática precisa ser debatida entre família, professores e gestores. Não se trata de voltar à cultura da reprovação e adaptação em que a escola ensina o aluno que sabe aprender, os demais são expulsos aos poucos da escola ora pelas reprovações sucessivas, ora por problemas disciplinares, ora pela necessidade de inserção precoce no mercado de trabalho.

A família precisa ser convocada a questionar os prejuízos causados por esse modelo de ensino instituído e serem conscientizados do direito de educação pública e de qualidade garantidos constitucionalmente.

Precisam ter clareza dos papéis delegados a cada um, papéis estes que talvez precisem ser revistos diante dos desafios cotidianos enfrentados por todos nessa sociedade contemporânea marcada, sobretudo, pelo individualismo, rompimento de vínculos, exploração.

Os desafios apontados por esse estudo em relação à família-escola demonstram que ambas as instituições construíram ao longo de suas trajetórias barreiras que as distanciam, ao invés de pontes que as aproximem.

Romper com conceitos cristalizados e preconceituosos é fundamental para o estabelecimento de diálogo que seja capaz de construir uma nova relação de convivência e possa provocar o fortalecimento mútuo.

As transformações vividas pela família contemporânea muitas vezes são analisadas de forma estanque e isolada dos demais segmentos da sociedade. A família mudou, mas a sociedade também enfrentou grandes transformações e isso merece ser destacado e problematizado.

A família precisa ser compreendida enquanto construção social, parte desta sociedade que a afeta e é afetada por ela em um movimento dialético permanente.

Compreender a família pressupõe não entendê-la apenas como instituição necessária ao atendimento das demandas em que o Estado se ausenta. Para que a família, e na maioria das vezes a mulher, possa dar conta das inúmeras demandas apresentadas por essa sociedade cada vez mais complexa é necessário o investimento em políticas que deem condições de fortalecimento.

Escola e família podem e devem ser parceiras e tem muito a contribuir num processo que valorize os sujeitos e busquem seu fortalecimento enquanto instituições importantes que são para a sociedade.

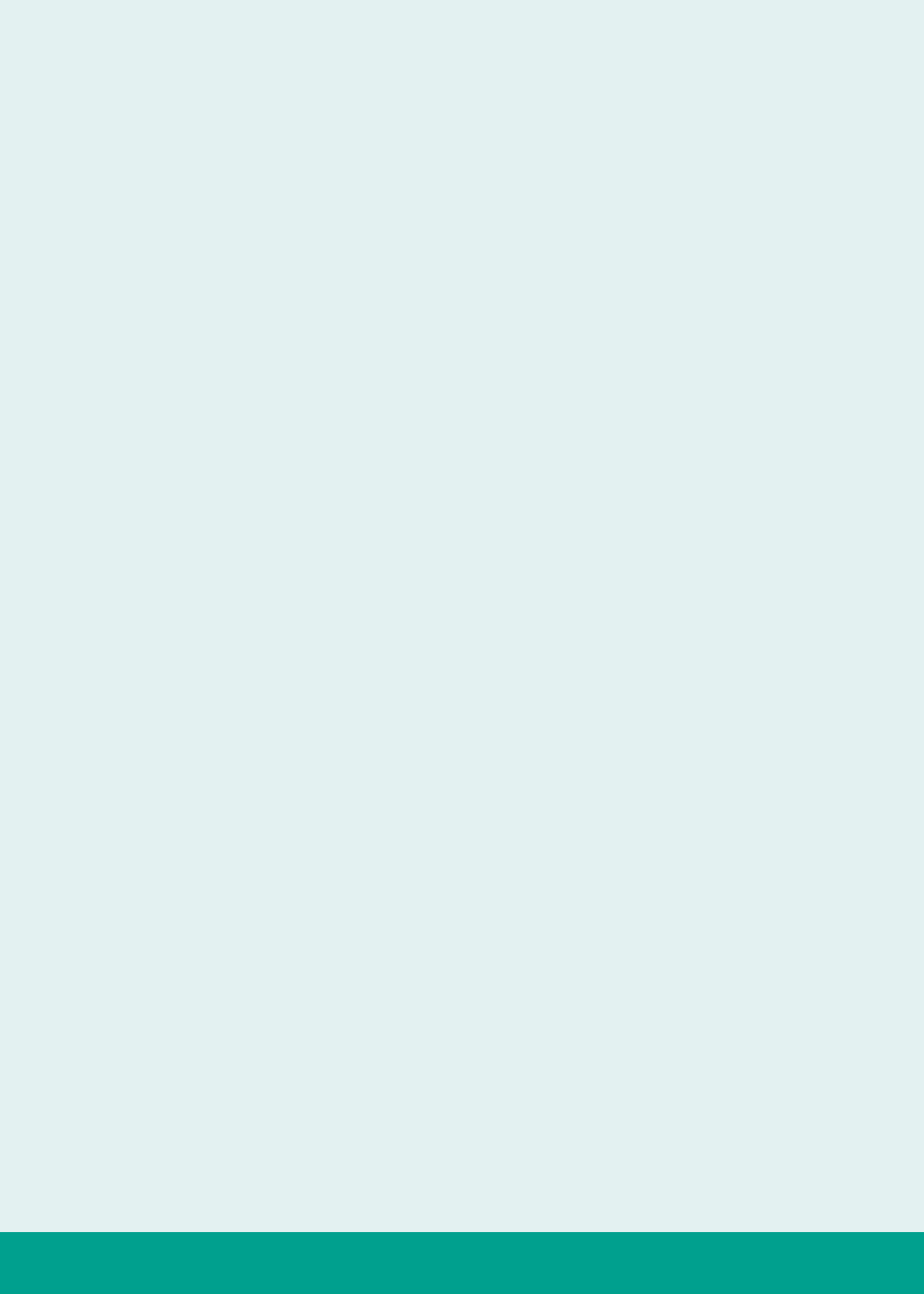
A escola não pode abrir mão de seu papel historicamente construído de imprimir metas socializadoras e normalizadoras sob risco de transferi-las aos meios de comunicação de massa, aos líderes de gangues e tráfico, agenciadores do crime. Para isso pode e deve contar com a família.

No entanto, é preciso romper com o preconceito, abrir-se verdadeiramente ao diálogo, buscar a contribuição de profissionais que possam respaldar esse trabalho e nesse sentido o assistente social tem muito a contribuir.

Para os sujeitos inseridos nos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia as sementes estão lançadas: corpo docente qualificado, profissionais das áreas de Pedagogia, Psicologia e Serviço Social presentes no Campus e a possibilidade de uma mudança na cultura institucional que valorize a relação de parceria entre família-escola.

Referências

- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Tradução de L'analyse de Contenu. 3. ed. Lisboa: Ed. 70, 2004.
- CENPEC. ONG: parceria da família. 3. ed. São Paulo, 2002. (Educação e participação do CENPEC).
- ENGELS, F. A origem da família, da propriedade privada e do estado. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.
- IAMAMOTO, M. V. Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.
- INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO. Plano de Desenvolvimento Institucional. Barretos, 2009.
- INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO. Barretos, 2012.
- MARTINELLI, M. L. Serviço social: identidade e alienação. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- MINAYO, M. C. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
- MINAYO, M. C. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994



JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: ESTUDO NO BRASIL E EM PORTUGAL

Danila Carrijo
Cirlene Aparecida Hilário da Silva Oliveira
Noêmia Mendes Lopes

Introdução

O presente artigo consiste em uma síntese de Tese de Doutorado em Serviço Social¹, realizada no período de 2014-2018, com o tema relacionado ao direito à saúde no Brasil e em Portugal, num estudo aproximativo entre os dois países.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 em seu artigo 196 declara a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, sendo assim preconizado aos cidadãos atendimento integral, com acesso igualitário e universal à saúde.

A incumbência de efetivação da saúde pertence aos três entes: Município, Estado e União, conforme o que é definido constitucionalmente.

Mediante ao indicado no artigo 196 e a garantia de que aos cidadãos brasileiros há a liberdade para então reivindicarem os seus direitos constitucionais assegurados, temos o fenômeno denominado atualmente de judicialização da saúde, ou judicialização do direito à saúde.

Com base na premissa do artigo 196 da Constituição Federal brasileira reconhecer a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, cidadãos recorrem ao Poder Judiciário. Tal ação tem como objetivo o atendimento de suas demandas de saúde (tratamentos, medicamentos, exames e etc.), após o atendimento destas ter sido negado, não disponibilizado ou, ainda, pela exigência que o contexto de saúde dos autores das ações impõe.

1 Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para a obtenção do título de Doutora em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social - Trabalho e Sociedade.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), previsto em 1988 na Constituição Federal, caracteriza-se como um marco na saúde do país. Em Portugal temos o Serviço Nacional de Saúde (SNS), o qual foi regulamentado pelo Decreto Lei nº 56 de 26/08/79 (Portugal, 1979). Assim, em ambos os países, legalmente, há a busca pela promoção da saúde como um direito universal e igualitário².

A pesquisa no Brasil apresenta os resultados do estudo documental em processos de judicialização da saúde, realizado junto ao Cartório do Ofício da Fazenda Pública da Comarca de Franca, portanto, com ações que pertencem à Justiça Estadual³. Optou-se por um recorte temporal (março de 2014⁴, até março de 2017⁵).

O recorte da investigação contou com somente ações de requerentes adultos (de 18 a 59 anos) de ambos os sexos, e processos encerrados/arquivados, com uma amostra de 15% dos casos. O número total de ações no recorte do período elencado para estudo foi o de 423 que preenchiam os requisitos estipulados. Contudo, do total citado, foram identificados como ações de idosos o número 230, restando então 193 ações de saúde de adultos (18 a 59 anos). Assim, dentro do proposto de uma amostra de 15% dos casos, foram então estudadas 29 ações de saúde, através de escolha aleatória (sorteio) dos 193 processos que correspondiam aos critérios elencados.

A pesquisa em Portugal foi construída a partir investigações sobre o acesso à saúde na cidade de Lisboa e região, com a participação de assistentes sociais que trabalham em hospitais. Procurou-se identificar os caminhos do acesso à saúde “não judicializada”. O estudo teve como eixo central os relatos dos assistentes sociais que atuam em instituições hospitalares de Lisboa e região⁶, com perfil de atendimento (patologias) variados, deste modo, contando com pacientes atendidos que necessitavam de diferentes tratamentos ou medicamentos para a sua saúde.

A Judicialização do Direito à Saúde no Brasil

Judicialização vem do verbo “judicializar”, que pode ser compreendido como “tornar judicial” ou ingressar com petição ao juiz sobre determinada demanda. O Poder Judiciário então, consequentemente, conta com um papel ativo e decisivo quanto a concretizar o que está estampado na Constituição Federal.

- 2 Considera-se sistema de saúde como o conjunto de “[...] relações políticas, econômicas e institucionais que se concretizam em organizações, regras e serviços responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população.” (GOMES, 2014, p. 3).
- 3 Destaca-se que também há a possibilidade de ingresso de ações de judicialização do direito à saúde através da Justiça Federal.
- 4 Início das atividades do Doutorado.
- 5 Em 01/04/17 iniciaram as atividades do Doutorado Sanduíche no Exterior.
- 6 Salienta-se que já no início dos estudos no exterior, o projeto de investigação fora submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz e considerado aprovado (Comissão de Ética /Proc. Interno nº 566).

Contudo, Barroso (2009) sinaliza que o preconizado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 indica o pressuposto de que a garantia do direito à saúde será então efetivada através de políticas sociais e econômicas e não por meio de ações judiciais. A possibilidade de o Poder Judiciário concretizar, independente de mediação legislativa, o direito à saúde “encontra forte obstáculo no modo de positivação do artigo 196 da Constituição, que claramente defere a tarefa aos órgãos executores de políticas públicas”. (Barroso, 2009, p. 23).

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

Os pedidos judiciais de direito à saúde são sustentados pela sua própria garantia prevista na Constituição Federal de 1988, que assegura o acesso universal e integral às ações de saúde no Brasil, a serem promovidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. A judicialização da saúde consiste em ações judiciais ingressadas por cidadãos que requerem o seu direito à saúde por parte do Estado, nele contidos tratamentos, medicamentos, exames, entre outros, não disponibilizados pelo SUS.

Historicamente, segundo Carvalho (2013), as primeiras ações de judicialização de saúde surgiram no início dos anos de 1990, para enfermidades específicas, no caso, o tratamento do HIV/AIDS, contudo, nos dias atuais as solicitações de medicamentos abrangem diversas indicações terapêuticas.

[...] o Estado se viu forçado a tomar medidas para garantir de maneira satisfatória o direito à saúde aos portadores de AIDS, assim, o direito ao tratamento foi universalizado pela Lei nº 9.313/96 (BRASIL, 1996), através da distribuição gratuita de medicamentos. O caso da AIDS impulsionou a sociedade a buscar de maneira significativa o Poder Judiciário para buscar a efetivação do direito à saúde, em especial, através de ações individuais pleiteando bens materiais como medicamentos, cirurgias, tratamentos, próteses, entre outros. (Falavinha, 2013, p. 87).

Em se tratando da judicialização da saúde, para que sejam iniciados os requerimentos judiciais, é necessária a prescrição médica, na qual estará atestada a condição de saúde do autor da ação e, ainda, uma declaração ou documento que comprove a indisponibilidade do tratamento, medicamento ou procedimento por parte do SUS.

Os pedidos são ingressados por meio de advogados ou defensores públicos, através de acesso por via de justiça gratuita ou particular. Alguns autores (Gandini; Barione; Souza, 2008) apontam para os mecanismos existentes quantos aos requerimentos judiciais e os tipos de ações de judicialização da saúde.

Diversos são os mecanismos processuais que podem ser manejados pelo paciente que pleiteia a assistência farmacêutica perante o Poder Judiciário. Frequentemente são utilizados: a ação civil pública, disciplinada pela Lei nº 7347/85; o mandado de segurança; e as ações condenatórias de obrigação de fazer ou de obrigação de dar. (Gandini; Barione; Souza, 2008).

Em tais ações, além dos advogados, procuradores e defensores públicos, também participam juízes, promotores e, frequentemente, assistentes sociais.

Barroso (2009) revela que possivelmente a crítica mais frequente à judicialização do direito à saúde está ligada a questão financeira, quanto ao atendimento das demandas judiciais, o que recebe como denominação “Princípio da Reserva do Possível”.

Deste modo, não obstante a previsão legal e constitucional do direito à saúde, o Poder Público contesta tais argumentos, sustentando que nem sempre tem condições de garantir as prestações materiais pretendidas pela população.

O Princípio da Reserva do Possível defende que os recursos públicos seriam, então, insuficientes para o atendimento das necessidades sociais da população, exigindo assim uma tomada de decisão por parte do Estado em determinadas situações.

É, partindo dessa premissa, que o Poder Público, em resposta a judicialização do direito à saúde, muitas vezes busca se isentar de seu dever constitucional, argumentando que o Estado não tem condições de atender a todas as demandas, mas apenas aquelas limitadas às suas disposições orçamentárias.

O fenômeno da judicialização do direito à saúde contribui para uma demanda individual a ser atendida, em detrimento de um caráter coletivo no que concerne à gestão e planejamento do atendimento das necessidades em saúde dos cidadãos. Aginsky e Alencastro (2006) destacam então que as respostas do Judiciário são individuais e focalizadas, porém, com demandas coletivas e estruturais.

Para Gaspardo (2013) a tutela individual não se configura como a mais adequada, por encontrar-se deslocada do caráter coletivo; o referido autor entende o coletivo como um meio mais efetivo de provocar o Poder Executivo, no sentido de que seja elaborada a Política Pública de Saúde, contribuindo então para a extensão dos benefícios a coletividade.

Machado (2010) reconhece a judicialização da saúde como consequente da democracia, portanto, um fenômeno que denuncia investimentos em saúde que são insuficientes à demanda que se apresenta ao contexto brasileiro.

Fleury (2011) sinaliza que a judicialização da saúde é resultado de uma ampliação da democratização. “Não há dúvidas que a judicialização decorre do aumento da democracia e da inclusão social, representados pela positividade dos direitos sociais e pela difusão da informação e da consciência cidadã”. (Fleury, 2011 p.159).

Barroso (2009) indica como uma sugestão à judicialização uma intervenção do Poder Judiciário quanto à revisão das listas de distribuição e das políticas públicas.

O Acesso à Saúde em Portugal

Asensi (2013) revela que a configuração da saúde como um direito em Portugal tem congruências e divergências em relação aos pressupostos do direito à saúde no Brasil. Em Portugal, no movimento para uma saúde pública, houve a participação de instituições internacionais⁷. As bases do sistema de saúde português foram consolidadas na década de 1940, com influência da OMS. (Asensi, 2013).

Segundo Bravo (2010), assim como no Brasil, Portugal garante a universalidade da saúde no processo de redemocratização vivenciado pelo país e presente em Constituição aprovada por um Estado democrático e de direito.

A reestruturação do sistema de saúde em Portugal decorre da Constituição democrática de 1976 convocada após o processo revolucionário de 1974, conhecido como Revolução dos Cravos, que cria o Serviço Nacional de Saúde (SNS) que garante a gratuidade do serviço. (Bravo, 2010, p. 206).

Todavia, para Asensi (2013), o status normativo da saúde em Portugal está mais relacionado à Declaração dos Direitos Humanos da ONU (ao conceito de saúde), do que com a Constituição.

Através da Constituição da República Portuguesa (CRP), no ano de 1976 e em seu artigo 64º é então abordado o tema saúde “Todos tem direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”. Também já previsto de que seria criado um serviço nacional de saúde “universal, geral e gratuito”. A CRP indica como incumbência prioritária do Estado de “[...] garantir o acesso de todos os cidadãos independentemente de sua condição econômica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e reabilitação.” (Portugal, 1976).

O SNS foi instituído pela Lei nº 56/79 de 15 de setembro (Portugal, 1979). Através desta, entre outras questões, estabeleceu-se uma rede de instituições e serviços “[...] prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população, financiada através de impostos, em que o Estado salvaguarda o direito à proteção e saúde.” (Portugal, 2017).

A Lei citada traz em seu artigo 1º (o qual trata das disposições gerais): “É criado, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à proteção à saúde, nos termos da Constituição.” (Portugal, 1979). Assim, a legislação prevê a prestação de cuidados globais de saúde a toda população.

Embora o artigo 4º da Lei nº 56/79 de 15 de setembro (Portugal, 1979) aponte para a garantia de acesso a todos os cidadãos, independente de sua condição econômica, destaca-se o que consta a seguir no artigo 6º, ou seja, a garantia do atendimento está condicionada a fatores, dentre os quais, disponibilidade financeira. “A garantia consagrada no artigo 4º compreende o

7 “As bases internacionais deste movimento remontam a 17.01.1912, ocasião em que se realizou, em Paris, uma Convenção Sanitária que daria origem à Convenção Sanitária Internacional, cuja Carta de Confirmação viria a ser assinada na mesma cidade em 21.06.1926. No caso português, esta Convenção foi integralmente publicada no ano de 1942, isto é, justamente na década da edificação estrutural dispersa do sistema de saúde do país.” (ASENSI, 2013, p. 168).

acesso a todas as prestações abrangidas pelo SNS e não sofre restrições, salvo as impostas pelo limite de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.” (Portugal, 1979).

Em 1990, com a aprovação da Lei nº 48/90 de 24 de agosto “Lei de Bases da Saúde” (PORTUGAL, 1990) a saúde deixou de ser somente um direito, mas também responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado.

Já no ano de 1986, através do Decreto Lei nº 57/86, de 20 de março (Portugal, 1986), são regulamentadas as condições do direito ao acesso à saúde, inclusive a previsão de pagamento de taxas moderadoras, conforme será apresentado a seguir:

Regulamenta as condições do exercício do direito de acesso ao Serviço Nacional de Saúde. O diploma visa estabelecer uma correta e racional repartição dos encargos do Serviço Nacional de Saúde, quer pelos chamados subsistemas de saúde, quer ainda por todas as entidades, de qualquer natureza, que por força da lei ou de contrato, sejam responsáveis pelo pagamento da assistência a determinados cidadãos. Salva ainda que, porque os estabelecimentos oficiais não têm como objetivo a obtenção de qualquer lucro, os preços a cobrar deverão aproximar-se, tanto quanto possível, dos custos reais. Prevê ainda taxas destinadas a moderar a procura de cuidados de saúde, evitando assim a sua utilização para além do razoável. (Portugal, 2017).

Sobre a previsão do copagamento dos serviços de saúde por parte dos usuários, as exceções contemplam os grupos considerados mais vulneráveis (crianças e idosos), pensionistas, pessoas de baixo rendimento e situações de doenças crônicas ou graves.

Tratando-se de um comparativo entre o Brasil e Portugal, Bravo (2010) sinaliza que as modificações e alterações ao Projeto de Saúde democrática “[...] começam a ocorrer nos dois países a partir dos anos 1990, com influência das agências internacionais que indicam a necessidade de contrarreforma do Estado e a política de ajuste.” (Bravo, 2010, p. 206).

A seguir serão apresentados resultados da pesquisa realizada junto aos assistentes sociais dos seis hospitais que compõem o estudo em Portugal, os quais, visando à preservação do sigilo proposto, serão identificados como: AS1, AS2, AS3, AS4, AS5 e AS6⁸.

As solicitações que se apresentaram em comum aos profissionais estão relacionadas ao acesso a medicamentos. Tratando-se do ponto em questão, “caminhos para o acesso à saúde”, em específico aos medicamentos, foram apontados como recursos existentes a Farmácia Hospitalar, Fundo de Maneio, Ação Social e no caso de Lisboa, a Santa Casa de Misericórdia.

Nós o que fazemos é encaminhar para os serviços da comunidade e quando eu digo serviços da comunidade, para as entidades de ação social que acabam por estar com essa alçada, portanto, estamos a falar, por exemplo, em Lisboa, a Santa Casa da Misericórdia, é quem de facto tem a alçada da Ação Social, na cidade de Lisboa. Fora da cidade, já para os concelhos, a alçada é da Segurança Social. Portanto, são entidades que tutelam, digamos

8 Salienta-se que foi preservada nas falas das profissionais a ortografia utilizada em Portugal.

assim, a ação social e obviamente o nosso trabalho aí é fazer o encaminhamento para essas entidades, obviamente falando com os nossos interlocutores, com os nossos colegas [...]. (AS 5).

O Fundo de Maneio foi mencionado em cinco das seis entrevistas realizadas e, conforme os relatos, o mesmo tem um valor entre 200 a 400 euros mensais, aproximadamente. Este consiste em uma verba mensalmente destinada ao Serviço Social hospitalar, para ser utilizada no atendimento dos casos que requerem um auxílio imediato, ou seja, nas demandas urgentes, até que ocorra uma resposta por parte dos outros recursos disponíveis. Consiste em uma ação de caráter excepcional e, com incapacidade para o atendimento de valores mais elevados. No caso, os utentes⁹ são encaminhados para a farmácia da comunidade para a retirada do medicamento, sendo então o pagamento efetuado com o fundo mencionado. Para que ocorra o atendimento do utente pelo Fundo de Maneio, é realizada uma avaliação por parte dos assistentes sociais dos hospitais.

Nós, Serviço Social, temos um fundo de maneio, um fundo de maneio muito pequenino, para ter uma ideia... É cerca de 5 000 euros por ano [...]. (AS 6).

Já a medicação contemplada pela Farmácia Hospitalar ficou demonstrada como sendo aquela destinada ao tratamento de patologias diversas, com o seu fornecimento gratuito e a retirada diretamente na unidade hospitalar na qual o utente realiza o tratamento, ou seja, a medicação é assegurada pelo hospital, sem custos.

[...] se o hospital prescreve uma medicação que é fundamental, seja uma medicação hospitalar, o hospital assegura a medicação. (AS 1).

[...] o que eu posso dizer-lhe é que é assim, temos uma farmácia hospitalar. Farmácia hospitalar tudo o que é doenças como da Sida, Tuberculose [...] portanto os retrovirais, os imunossuppressores para os doentes transplantados, tudo o que tem a ver com rim, fígado, hemodiálise, todo esse tipo de serviços, toda essa medicação que é crónica, que é habitualmente para a vida inteira, o doente leva daqui do hospital gratuitamente. (AS 6).

Para o atendimento via Farmácia Hospitalar, os dados apontaram que o serviço é disponibilizado a todos os utentes inseridos no SNS, independente da condição econômica e, ainda, que poderão ter um elevado custo:

[...] há medicação, como disse, que é dada e é gratuita pelas farmácias hospitalares e não passa sequer por nós. Desde que o médico prescreva está dentro dos quadros clínicos. (AS 5).

Conforme aponta AS 3, dentre os recursos externos ao hospital, existem a Segurança Social e a Santa Casa de Misericórdia.

9 Utente é um termo comumente utilizado em Portugal para se referir ao usuário dos serviços de saúde e, optou-se por também adotá-lo no presente trabalho.

[...] temos de fazer todo um trabalho de encaminhamento para a rede de estrutura de suporte, no sentido de, ou a Segurança Social, ou a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Porque há aqui duas nuances. Em Lisboa quem regulamenta a ação social é a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Fora de Lisboa, em todo o país, em todas as outras zonas do país, é a segurança social e, portanto, nós encaminhamos. (AS 3).

Historicamente, em 1948, em Lisboa, surgiu a primeira Santa Casa de Misericórdia¹⁰. De acordo com o Estatuto da Santa Casa de Misericórdia, presente no Decreto Lei nº 235/2008 de 3 de dezembro (PORTUGAL, 2008), em seu artigo 1º do Capítulo I sobre a “Denominação e Natureza Jurídica”, o qual trata da Natureza, âmbito e atribuições, temos “A Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, adiante designada por SCML, é uma pessoa colectiva de direito privado e utilidade pública administrativa”.

A ação social se constitui numa das áreas de intervenção da Santa Casa de Misericórdia, ressaltado ser apenas a realidade de Lisboa, ou seja, o mesmo não ocorre nas demais regiões, de acordo com os dados obtidos.

A “Ação Social” em Portugal é exercida por um conjunto diversificado de entidades: o Estado, as autarquias locais e as organizações da sociedade civil.

Em linhas gerais, a Segurança Social portuguesa é um sistema que conta como objetivo assegurar os direitos básicos dos cidadãos “[...] e a igualdade de oportunidades, bem como promover o bem-estar e a coesão social para todos os cidadãos portugueses ou estrangeiros que exerçam atividade profissional ou residam no território” (Segurança Social, 2018). Está regulamentada na Lei de Bases Gerais do Sistema de Segurança Social Lei nº 4/2007 de 16 de janeiro (Portugal, 2007).

Ocorreu o questionamento se os caminhos se restringiriam aos três principais recursos citados (Fundo de Maneio, Santa Casa de Misericórdia e Segurança Social) e a fala de AS 5 revelou a existência de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)¹¹ e as associações de doentes, de determinado tipo de doenças ou instituições de apoio social no geral.

10 É mais conhecida pela sua Ação Social e por assegurar a exploração dos jogos sociais do Estado em Portugal, mas desenvolve também um importante trabalho nas áreas de Saúde, Educação e Ensino, Cultura e Promoção da Qualidade de Vida. Intervém ainda no apoio e realização de atividades para a Inovação, Qualidade e Segurança na prestação de serviços, e na promoção de iniciativas no âmbito da Economia Social. Pode, a pedido do Estado ou de outras entidades públicas, desenvolver atividades de serviço ou interesse público. (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LISBOA, [2018]).

11 “São instituições constituídas por iniciativa de particulares, sem finalidade lucrativa, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos, que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, para prosseguir, entre outros, os seguintes objetivos: Apoio a crianças e jovens; Apoio à família; Proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho; Promoção e proteção da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação; Educação e formação profissional dos cidadãos; Resolução dos problemas habitacionais das populações.” (VALDUGA; FERREIRA, 2016, p. 34).

As Instituições Particulares de Solidariedade Social e que têm às vezes ações sociais, ficaram com esses projetos. O que acontece é que às vezes essas instituições têm subprojectos que trabalham em parceria às vezes com os centros de saúde e têm outros patrocínios que conseguem, lá está, como a ação social não dá resposta, conseguem outros apoios, ou conseguem apoios próprios para as pessoas que acompanham, ou seja, se for a freguesia do lado já não conseguem apoiar mas aos seus utentes têm o apoio da ação social normal mas, se não conseguem, já sabem que têm o cabaz... Isto acontece muito, por exemplo, na parte das crianças, crianças e jovens, que muitas vezes as próprias instituições acabam por angariar biberões e latas de leite... Supostamente na ação social acontece isso mas como a resposta não é rápida muitas instituições acabam por ter os próprios fundos, sejam eles económicos ou mesmo de bens que permitam apoiar a pessoa no imediato. (AS 2).

A comparticipação oferecida pelo SNS parece contribuir em grande medida com a redução dos valores para a aquisição dos medicamentos, “facilitando” a aquisição dos mesmos.

Eu acho que a medicação para situações crónicas, para todas elas, deveria ser gratuito. (AS 6).

Fica evidente neste relato da profissional de Serviço Social a não existência da cobertura total de tais casos pelo sistema de saúde em Portugal.

A Judicialização da Saúde na Comarca de Franca

Na Comarca de Franca, não diferente do restante do Brasil, observa-se o fenômeno da judicialização do direito à saúde. O estudo, conforme já apontado, contou com 29 processos (ações judiciais de saúde), sendo que todos se configuram como ações individuais, ou seja, nenhum requerimento coletivo.

Quanto às morbidades de cada um dos 29 casos estudados, observa-se a prevalência em mais de um caso de doença mental - “Transtorno Bipolar” (constou em duas ações); Diabetes Mellitus do tipo I, também com duas incidências, havendo ainda outra incidência da doença, mas como Diabetes Mellitus do tipo II. Houve a presença de câncer em cinco ações e neoplasias em quatro ações (embora com localizações da doença em diferentes partes do corpo) e, carcinoma e melanoma, presentes em uma ação cada. Importante esclarecer que o “carcinoma”, “melanoma” e as neoplasias malignas¹² também são considerados câncer¹³.

12 Nas ações judiciais de saúde estudadas, os indicativos são de todos os casos de neoplasias serem malignos.

13 Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) “[...] o câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças, sendo a característica comum o crescimento desordenado das células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. O acúmulo de células cancerosas também é chamado de neoplasias malignas. Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Se o câncer tem início em tecidos epiteliais como pele e mucosas, é chamado de carcinoma. As neoplasias podem ser benignas ou malignas.” (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2018).

Quanto a natureza dos pedidos temos: tratamento (10,3%); medicamento (55%); suplemento (13,8%); exame (3,5%); insumo (3,5%); composto químico (10,3%). O item “insumo” no caso se refere a fraldas descartáveis para adultos, o item “tratamento” se refere à Oxigenioterapia em Câmara Hiperbárica e o item “composto químico” a Fosfoetanolamina Sintética.

Um dos aspectos da assistência médica que mais tem sido alvo das ações judiciais é a assistência farmacêutica, ou seja, a garantia do acesso a medicamentos não disponíveis nos serviços públicos, em razão de preços abusivos praticados pelos fabricantes ou de falta de estoque, padronização do uso, registro no país e comprovação científica de eficácia. (Chieffi; Barata, 2009, p. 1840).

Como pode ser verificado, não consta solicitação de internação ou cirurgia e, embora com uma variabilidade significativa quanto à natureza das solicitações, há a prevalência de requerimentos de medicamentos, o que corrobora com a tese de autores de um protagonismo na judicialização da saúde de pedidos de medicamentos.

Os requerimentos de saúde apresentaram variedade e, destaca-se a recorrência do *Nutren 1.0*, *Enoxaparina* e *Quetiapina* que tiveram duas incidências cada um. Observou-se a incidência de três casos de Oxigenoterapia em Câmara Hiperbárica e de Fosfoetanolamina Sintética.

Quanto à Oxigenoterapia em Câmara Hiperbárica, em 2017 a CONITEC apresentou uma recomendação desfavorável à incorporação do tratamento pelo SUS, sendo os argumentos: incerteza da eficácia, procedimento estar associado a um alto custo e não entender como benéfica a ampliação deste para toda a sociedade brasileira.

A Fosfoetanolamina Sintética (composto químico) envolve uma situação polêmica no Brasil. Os estudos da substância são de responsabilidade do químico Gilberto Orivaldo Chierice, iniciados na década de 1990, com pesquisa realizada na Universidade de São Paulo (USP), sendo que a pesquisa ocorre no Instituto de Química da Universidade de São Carlos.

A distribuição da substância ocorreu gratuitamente durante um período, porém, a Portaria de nº IQSC 1.389/2014 (Universidade de São Paulo, 2014) determinou a suspensão da distribuição até o seu registro pelo órgão competente, deste modo, o fornecimento ficou condicionado somente mediante a autorização judicial.

Contudo, a Lei 13.269 de 13 de abril de 2016 (Brasil, 2016a) autorizou o uso da Fosfoetanolamina sintética por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna, mas que posteriormente foi suspensa pelo Supremo Tribunal Federal (STF)¹⁴.

A Enoxaparina através do Relatório da CONITEC nº 335 de Janeiro/18 teve a sua incorporação recomendada para tratamento de gestantes com Trombofilia, sendo incorporada pelo SUS através da Portaria nº 10, de 24 de janeiro de 2018 (Brasil, 2018c).

14 Situação que ainda permanecia até a conclusão do presente trabalho.

Os medicamentos *Cetuximabe*, *Omalizumabe* e *Panitumabe*¹⁵ são considerados medicamentos biológicos e, em decorrência à tecnologia que comportam, apresentam-se com o valor elevado para aquisição.

O medicamento *Cetuximabe*, presente dentre os requerimentos no estudo realizado, consta na lista da RENAME de 2017¹⁶, com indicação para o tratamento do Câncer Colorretal Metástico, havendo inclusive a recomendação de incorporação do mesmo pela CONITEC, através do relatório de nº 181.

Em consulta a lista da RENAME de 2013, foram identificados presentes os medicamentos: *Quetiapina* 25 mg; *Lamotrigina* 50 mg e *Topiramato* 100 mg ou seja, apontando que em ocasião do requerimento estes já se encontravam na lista de medicamentos essenciais, mas mesmo assim, houve o requerimento judicial, o que então indicaria que a judicialização da saúde no município não abrange somente aquilo que não é disponibilizado gratuitamente nas listas de distribuição, mas também medicamentos que já se encontram em tais listas.

Segundo o apontado por Campos Neto et al. (2012) em estudo realizado¹⁷, há casos de medicamentos que não obstante comporem as listas oficiais de fornecimento pelo SUS, devido a falhas na Assistência Farmacêutica, seja por um não abastecimento ou por uma questão de logística, culminaram pela judicialização.

Assim, pode-se compreender que se tratando da judicialização, as solicitações de saúde podem já constarem em lista de distribuição, mas indisponíveis ao fornecimento por motivos diversos. Outro aspecto é quanto aos protocolos de fornecimento, pois o medicamento pode compor a lista, mas com indicação de disponibilização de uma morbidade diferente a do requerente nas ações.

Pode-se depreender que em alguns requerimentos os medicamentos até já se encontravam disponíveis, mas outros pedidos estão alicerçados a uma tecnologia em saúde avançada.

Quadro 1 – Decisões Judiciais

Decisões	Números
Liminares Deferidas	24
Liminares não Concedidas	3
Desistentes	2

Fonte: Elaborado por Danila Carrijo com base nos dados obtidos nos estudos das ações judiciais.

15 O Panitumumabe é definido como o primeiro anticorpo com material 100% humano e utilizado em casos mais avançados de câncer colorretal. De acordo com dados da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) houve abertura de consulta pública para incorporação do Cetuximabe no SUS, indicado para o tratamento do câncer colorretal metastático, mas consta não ter ocorrido a incorporação.

16 Última disponível no site no Ministério da Saúde antes da finalização da Tese.

17 Título do trabalho “Médicos, Advogados e Indústria Farmacêutica na Judicialização da Saúde em Minas Gerais”.

O Quadro 1 representa a decisão do magistrado frente ao pleito. Em relação ao acesso à saúde pela via judicial, o estudo realizado demonstrou que dos 29 casos estudados, 24 tiveram os seus pedidos judiciais deferidos, através de liminares, 2 requerentes desistiram da ação antes da decisão do juiz e 3 casos foram negados.

Os 3 casos em que houve a negação do pedido ocorreu pelo mesmo motivo. Referem-se à solicitação da substância Fosfoetanolamina, que como já apresentado, solicitada nos casos de tratamento de neoplasias ou câncer. A justificativa para a negação constante na ação foi o fato da substância ainda não ser comercializada, não possuir registro na ANVISA e sem comprovação dos resultados e efeitos adversos para o tratamento da patologia; por ser uma substância ainda em estudos.

Dos 29 casos estudados, em 6 deles constou a ocorrência de óbitos dos requerentes, que corresponde a aproximadamente 20%, durante o trâmite do processo.

A resposta do Poder Judiciário quanto à análise do pedido se mostrou célere em todas as ações estudadas, porém, há a necessidade de uma celeridade também por parte do Poder Executivo.

Observou-se que em 2 casos foi necessário o bloqueio de verbas públicas para o atendimento da demanda (fornecimento do que preconizou a tutela deferida), por não ter sido cumprido o prazo máximo determinado pelo juiz. Também em 3 casos constou informação da parte requerente de interrupção do fornecimento do medicamento pelo Poder Executivo, ainda durante o tratamento.

Contudo, em nenhum dos casos estudados foi observada a suspensão da liminar, que concedeu o medicamento ou tratamento.

Considerações Finais

No presente constam resultados de estudos realizados no Brasil e em Portugal, referente ao acesso ao direito à saúde.

O direito à saúde é um direito social e requer políticas públicas para a sua efetivação. Todavia, quando retomamos o processo de surgimento das políticas sociais e o seu significado na sociedade capitalista, identificamos que este se encontra alicerçado no papel do Estado e aos interesses determinantes, no caso, do capital.

O contexto histórico da saúde no Brasil é permeado por avanços e retrocessos. Os avanços são resultados de movimentos e lutas, com grande destaque ao Movimento da Reforma Sanitária. Já os retrocessos são decorrentes ao ideário neoliberal, com privatização dos serviços, incentivo à mercantilização e sucateamento das ações de saúde, os quais impediram o alcance da proposta conquistada constitucionalmente e, não somente referente à saúde.

As múltiplas determinações do Estado, dentro do contexto de uma sociedade capitalista, obstaculizam a efetivação dos direitos sociais. Como desdobramento, a judicialização das expressões da questão social através de ações individuais é uma estratégia adotada, e que inclusive é encontrada no Brasil pelos cidadãos que carecem de atendimentos em diversas demandas.

Portugal e Brasil enfrentam as consequências de um processo tardio de implantação das suas políticas de proteção social, assim como vivenciam contextos econômicos e sociais complexos, os quais impõem ao Serviço Social e demais profissões um desafio cotidiano de busca da garantia do acesso dos cidadãos aos direitos, no caso, o da saúde.

O estudo desenvolvido em Portugal permitiu conhecer a realidade de um sistema de saúde semelhante ao brasileiro, mas que não conta com a judicialização do direito à saúde. Entretanto, identificou-se que a não utilização da via judicial não poderá ser considerada um indicativo de existência de um sistema de saúde sem problemas.

No Brasil e em Portugal, a materialização de direitos sociais, no caso a saúde, dentro dos moldes constitucionalmente estabelecidos por cada país, não atinge a sua efetividade, decorrente de vários obstáculos impostos à sua prática, entre eles, influências dos organismos internacionais e posições ideológicas contrárias.

A judicialização do direito à saúde é uma expressão da ausência e/ou uma insuficiência das políticas públicas e frequentemente pode corroborar para uma equívoca ideia de que o acesso à justiça se configura como a única alternativa de efetivação do direito à saúde. Também não podem ser desconsiderados os obstáculos e impasses no processo de judicialização.

Embora a judicialização possa promover o atendimento do que é preconizado constitucionalmente quanto à saúde, por outro lado, é uma vertente apenas focada na consequência do problema de saúde pública no Brasil, mas não na sua origem. É importante compreendermos a judicialização como um desdobramento e não como a causadora, sendo vista por muitos como vilã que deve ser suprimida.

A questão é que o fenômeno da judicialização poderia sustentar ações mais substanciais, de modo a promover alguma alteração no quadro atual, com o enfrentamento de forma condizente ao atendimento do preconizado constitucionalmente em relação ao direito à saúde. Assim, é de suma importância o protagonismo de uma política de saúde no país firmada em um caráter universalizante.

Ressaltamos a importância de que seja assegurado aos cidadãos brasileiros o acesso igualitário e universal, assim como o atendimento integral à saúde. Há que se considerar melhorias na política do âmbito da assistência farmacêutica e quanto à aplicabilidade dos recursos às políticas de saúde, em tempos de exacerbada corrupção, sucateamento e desmonte do conquistado nos últimos anos.

Salienta-se a relevância de serem sistematizadas e estudadas as demandas judiciais de saúde a nível regional, de modo a propiciar em relação ao serviço público de saúde o reconhecimento de suas deficiências, limitações e responsabilidades; para que assim sejam realizadas ações estruturais necessárias, que contribuam com a redução da judicialização da saúde, no sentido de que as demandas venham a ser atendidas administrativamente.

A busca pela efetividade do direito à saúde, conforme preconiza a conquista constitucional de 1988, nos desafia duramente, dentro da conjuntura de desmonte de nosso sistema de saúde, com fortes interesses que almejam a sua extinção.

Referências

AGUINSK, B. G.; ALENCASTRO, E. H. Judicialização da questão Social: rebatimentos nos processos de trabalho dos assistentes sociais no Poder Judiciário. **Katálysis**, Florianópolis, SC, vol. 9, n. 1, p. 19-26, jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v9n1/a02v9n1.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2017.

ASENSI, F. D. **Direito à saúde**: práticas sociais reivindicatórias e sua efetivação. Curitiba: Juruá, 2013.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade a judicialização excessiva: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista Jurisprudência Mineira**, Belo Horizonte, ano 60, n. 188, p. 29-60, jan./mar. 2009. Disponível em: <<https://bd.tjmg.jus.br/jspui/handle/tjmg/516>>. Acesso em: 24 fev. 2018.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 18 out. 2017.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 06 maio 2017.

BRASIL. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 27 jun. 2018.

BRASIL. Lei n. 13.269, de 13 de abril de 2016. Autoriza o uso da fosfoetanolamina sintética por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 abr. 2016a. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2016/lei-13269-13-abril-2016-782885-publicacaooriginal-150083-pl.html>>. Acesso em: 03 ago. 2018.

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria n. 10, de 24 de janeiro de 2018. Brasília/DF, 2018c. Disponível em:

<<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/resolucoes/39-sctie/18438-portaria-n-10-de-24-de-janeiro-de-2018>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

BRAVO, M. I. S. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 102, p. 205-221, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n102/a02n102.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2018.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. C. B. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n.3, p.421-429, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/05.pdf>>. Acesso em: 4 fev 2018.

CARVALHO, M. S. N. Entre o direito e a saúde: contribuições ao debate da judicialização da saúde para crianças e adolescentes cronicamente. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Papel Social, 2013.

FALAVINHA, D. H. S. **A judicialização da saúde e o controle judicial de políticas públicas**: uma análise de como o Poder Judiciário pode contribuir para a efetivação do direito à saúde na sociedade brasileira. 2013. 193f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2013.

FLEURY, S. Judicialização pode salvar o SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 159-162, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/RSD_v36n93.pdf> Acesso em: 15 jan. 2018.

GASPARDO, M. Judicialização do fornecimento de medicamentos: entre a concretização e a violação do direito à saúde. In: DUARTE NETO, J. (Org.). **Temas de direito público**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2013. v. 3. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/266908837>>. Acesso em: 21 mar. 2018

GANDINI, J. A. D.; BARIONE, S. F.; SOUZA, A. E. A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial – critérios e experiências. *Âmbito Jurídico*. Rio Grande, ano 11, n. 49, 31 jan. 2008. Seção Processual civil. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?artigo_id=4182&nlink=revista_artigos_leitura>. Acesso em: 14 jul. 2018.

GOMES, P. S. Acesso à saúde contemporâneo no Brasil e em Portugal como um direito social. **Revista Científica Vozes dos Vales**, Diamantina, ano 3, n. 6, p. 1-25, 2014. Disponível em: <<http://site.ufvjm.edu.br/revistamultidisciplinar/files/2014/10/Acesso-%C3%A0-sa%C3%BA-de-contempor%C3%A2neo-no-Brasil-e-em-Portugal-como-um-direito-social.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

MACHADO, F. R. S. **A Judicialização da Saúde no Brasil**: cidadanias e assimetrias. 2010, 185f. (Tese de Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social. Disponível em: <http://www.btdt.uerj.br/tde_arquivos/44/TDE-2010-09-02T111541Z-881/Publico/Machado,%20Felipe.pdf>. Acesso em: 12 fev 2018.

PORTUGAL. Lei n. 56, de 15 setembro de 1979. Cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição. **Diário da República**, Lisboa, I Série, n. 214, 15 set. 1979. Disponível em: <<https://dre.pt/application/dir/pdfgratis/1979/09/21400.PDF>> Acesso em: 09 set. 2016.

PORTUGAL. Constituição da República Portuguesa, de 02 de abril de 1976. Comissão Nacional de Eleições, Portugal. Disponível em: <http://www.cne.pt/sites/default/files/dl/crp_pt_2005.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2018. PORTUGAL. Lei n. 56, de 15 setembro de 1979. Cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição. **Diário da República**, Lisboa, I Série, n. 214, 15 set. 1979.: Disponível em: <<https://dre.pt/application/dir/pdfgratis/1979/09/21400.PDF>> Acesso em: 09 set. 2016.

PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde. Taxas moderadas. Atualizado em 26 de setembro 2017. Disponível em: <<https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/taxas-moderadoras/>>. Acesso em 10 maio 2018.

PORTUGAL. Lei n. 4, de 16 de janeiro de 2007. Aprova as bases gerais do sistema de segurança social, **Diário da República Eletrónico**, 1ª série, n. 11, 2007, p. 345 – 356. Disponível em: <http://www.seg-social.pt/documents/10152/38295/LEI_4_2007/c554d492-8dd4-476d-9b2d-a77d318b6b57>. Acesso em: 22 jul. 2018.

PORTUGAL. Estatuto da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa. **Diário da República Eletrónico**, 1ª série, n. 235, 3 de dezembro de 2008, p. 8.629 - 8638. Disponível em: <<http://img.s>

[santacasa.viatecla.com/share/2016-03/2016-03-07145931_f7664ca7-3a1a-4b25-9f46-2056ee-f44c3372f445d4-8e31-416a-bd01-d7b980134d0f7C2DC30C-FC2A-4A68-9486-202B-4DA489D3storage_image\\$.pt\\$.pdf](https://santacasa.viatecla.com/share/2016-03/2016-03-07145931_f7664ca7-3a1a-4b25-9f46-2056ee-f44c3372f445d4-8e31-416a-bd01-d7b980134d0f7C2DC30C-FC2A-4A68-9486-202B-4DA489D3storage_image$.pt$.pdf). Acesso em: 16 jul. 2018.

SEGURANÇA SOCIAL. Lisboa, 2018. Disponível em: <<http://www.seg-social.pt/inicio>>. Acesso em: ago. 2018.

VALDUGA, T.; FERREIRA, J. A Assistência Social em pauta: os constrangimentos para o Serviço Social no Brasil e em Portugal. In: CONSERVA, M. S.; ALVES, J. M.; SILVA, E. L. P. (Orgs.). **A gestão da proteção social em debate**. [livro eletrônico]. João Pessoa: Editora do CCTA, 2016. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/wp-content/uploads/2017/04/ebook-tematico-1_a-gestao-da-protecao-social_concluid.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2018.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Instituto de química de São Carlos. Portaria IQSC 1.389/2014. Determina procedimentos administrativos quanto à produção, manipulação e distribuição de medicamentos e outros compostos no IQSC. São Carlos, SP, 10jul. 2014. Disponível em: <<http://www5.iqsc.usp.br/files/2015/09/Portaria-distribuicao-de-medicamentos.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2018.

A EXPERIÊNCIA DO CRAS ITINERANTE EM PIEDADE/SP

Andre Luis Osorio Bento
Daniela Aparecida da Silva
Luciana Aparecida Fernandes da Conceição
Maria Olivia Alves de Moura

Introdução

A década de 1980 é marcada pelo movimento de redemocratização do Brasil, este que trouxe consigo a efervescência de movimentos sociais pela superação do regime autoritário que ocasionava fragilização e cerceamento das políticas públicas existentes.

A partir desta ação foi promovida em 1987 uma Assembleia Nacional Constituinte, cujo intuito era estabelecer um Estado Democrático de Direito assegurando o livre exercício dos direitos sociais e individuais, tais como “a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça” (Brasil, 1988), estes que organizam o documento base da Constituição Federal de 1988.

A referente Carta Magna também é conhecida como “Constituição Cidadã” devido ao amplo rol de direitos sociais garantidos e estabelecidos em sua essência. Posto isso, ressalta-se, sobretudo, os direitos vinculados ao trabalho, à educação, à infância e juventude, à moradia e à Seguridade Social que é composta pelo tripé da saúde, previdência social e assistência social.

Esta última será amplamente explanada, visto que trata-se do objeto de estudo deste trabalho. Portanto, a política pública de assistência social tornou-se uma realidade a partir da promulgação da Constituição Federal, prevendo o atendimento a quem dela necessitar e tem por objetivos:

- I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;
- III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

VI - a redução da vulnerabilidade socioeconômica de famílias em situação de pobreza ou de extrema pobreza (Brasil, 1988).

Assim sendo, em sua completude a assistência social visa a proteção social de forma plena dos indivíduos e famílias que se encontram em situações de fragilidades, vulnerabilidades e riscos.

Ademais, com o advento da Constituição Federal a assistência social passa a ter caráter de política pública, tornando-se possível o estabelecimento posterior de legislações que a respaldam, tais como: a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) de 1993, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) de 2004, Norma Operacional Básica (NOB/SUAS) de 2006 e 2012, Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH/SUAS) de 2006, Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais de 2009, dentre outras.

A assistência social, segundo a PNAS, organiza-se em dois níveis de Proteção: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial. A primeira oferece serviços, programas e projetos às famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade social, cujo intuito é trabalhar o fortalecimento de vínculos e suas potencialidades visando a prevenção de riscos sociais.

A unidade pública que executa serviços da Proteção Social Básica denomina-se Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e de acordo com a PNAS sua abrangência é de até 1.000 famílias/ano.

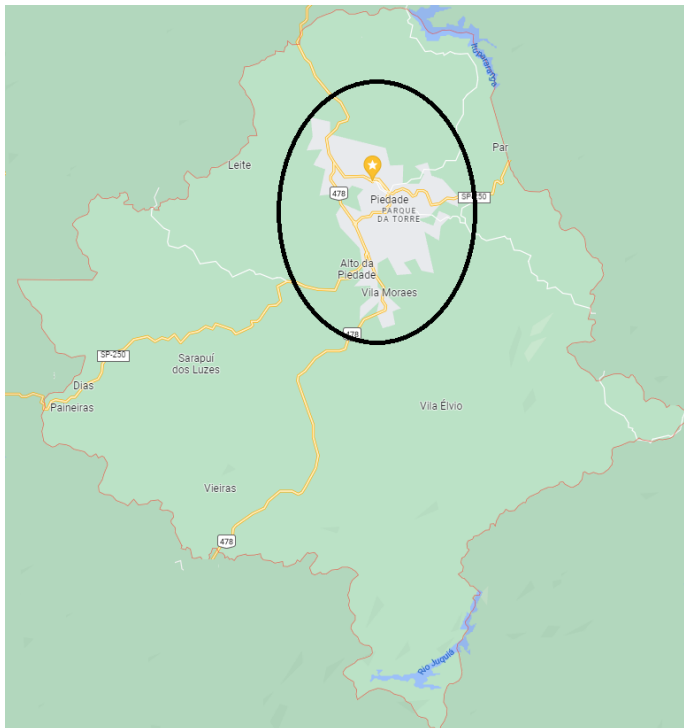
O CRAS atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando a orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário. Neste sentido é responsável pela oferta do Programa de Atenção Integral às Famílias. Na proteção básica, o trabalho com famílias deve considerar novas referências para a compreensão dos diferentes arranjos familiares, superando o reconhecimento de um modelo único baseado na família nuclear, e partindo do suposto de que são funções básicas das famílias: prover a proteção e a socialização dos seus membros; constituir-se como referências morais, de vínculos afetivos e sociais; de identidade grupal, além de ser mediadora das relações dos seus membros com outras instituições sociais e com o Estado. [...] a equipe do CRAS deve prestar informação e orientação para a população de sua área de abrangência, bem como se articular com a rede de proteção social local no que se refere aos direitos de cidadania. [...] Promove também o encaminhamento da população local para as demais políticas públicas e sociais, possibilitando o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem a sustentabilidade de forma a romper com o ciclo de reprodução intergeracional do processo de exclusão social, e evitar que estas famílias e indivíduos tenham seus direitos violados, recaindo em situações de vulnerabilidades e riscos (Brasil, 2004, p. 33-35).

Assim sendo, os CRAS têm sua atuação vinculada às famílias e seus territórios, pois compreende que são nesses locais que as especificidades dos cidadãos se apresentam, promovendo o contato com a realidade social e com as demandas a ela inerentes.

Enquanto isso, a Proteção Social Especial destina-se a indivíduos e famílias que passaram por situação de risco social e pessoal que ocasionaram o rompimento de vínculos familiares, cujo intuito é oferecer serviços, programas e projetos que ocasionem o fortalecimento e assegurem direitos, sendo desenvolvidos e acompanhados pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS).

Tendo em vista que a política de assistência social tem como um de seus princípios a equivalência de atendimentos e direitos às populações urbanas e rurais (BRASIL, 1993), fez-se necessário a discussão no município de Piedade/SP sobre o atendimento voltado à população rural, esta que corresponde a grande parte do município, tendo em vista a ampla extensão territorial da cidade, como visto no mapa a seguir.

Mapa 1 – Extensão territorial de Piedade – o círculo corresponde à área urbana.



Conforme o mapa supramencionado, fica possível identificar que o círculo na imagem corresponde à área urbana na cidade e as demais regiões dentro do perímetro demarcado correspondem às áreas rurais, estas que estão afastadas do centro urbano, o que torna difícil o acesso da população à rede de serviços públicos, dentre eles a assistência social. Por este motivo e para efetivar o princípio da LOAS citado anteriormente, isto é, promover o acesso aos serviços da assistência social mesmo que em áreas rurais, a Secretaria de Desenvolvimento Social pleiteou verbas Estaduais e Federais para o desenvolvimento do CRAS Itinerante no município.

A implantação em Piedade do CRAS ITINERANTE

Piedade é um município localizado no reverso da Serra do Paranapiacaba, interior de São Paulo, onde conta com área territorial de 729 km², sendo 53,42 km² no perímetro urbano e 675,58 km² no perímetro rural. Segundo o IBGE 2021, o município tem população estimada em 55.731 pessoas e sua densidade demográfica é de 69,82 hab/km² (2010), tem sua economia voltada principalmente para a indústria (10%), comércio (20%), agricultura (60%), prestação de serviços (1,5%), cooperativas (2%) e outros (6,5%), conforme site Municipal.

A Política de Assistência Social de Piedade, segundo relatos, passou por um desmonte nos últimos anos, ocorrendo uma perda significativa de funcionários, serviços e programas da área social. Compreendida muitas vezes como benemerência, a atual gestão vem trabalhando para uma ressignificação da assistência social na cidade na perspectiva da autonomia, acesso e garantia dos direitos sociais.

Em 2022 o município regulamentou através da Lei nº 4.745 a Política Municipal de Assistência Social e criou a Lei nº 4.753 que dispõe sobre a concessão de benefícios eventuais e emergenciais, tais como: auxílio-natalidade, auxílio-funeral, auxílio-transporte, auxílio-alimentação e auxílio-aluguel.

A cidade conta com dois CRAS, sendo ambos na zona urbana, cujos atendimentos destinam-se aos bairros de referência conforme demarcado pela territorialidade. Conta com uma equipe mínima, sendo: assistente social, psicóloga, coordenadora, motorista, agente administrativo, uma pessoa responsável pela limpeza, além de bolsistas do Bolsa Trabalho (Programa do Governo Estadual de São Paulo). Os atendimentos são voltados para o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), acolhida, encaminhamentos diversos, Renda Cidadã, atendimento Cadastro Único, benefícios eventuais, entre outros.

Com relação ao Cadastro Único para Programas Sociais, também conhecido como CadÚnico, é uma ferramenta auto declaratória de informações, onde são identificadas e caracterizadas as famílias de baixa renda. As informações do CadÚnico geram dados que são utilizados para elaboração de Políticas Públicas específicas que atendam às necessidades das famílias, além de garantir o que consta na Constituição de 1988. Com as informações relacionadas às famílias cadastradas é possível identificar o índice de pobreza, as condições de saúde e educação, os gastos, a forma de trabalho, os riscos sociais, as condições de moradia, além de outros dados que precisam ser analisados por um olhar crítico e atento a realidade vivenciada.

Resalta-se que o CadÚnico apresenta dados de extrema importância para a realização de ações que garantam autonomia, direitos e ações de fortalecimento para as famílias que são diretamente atingidas pelas expressões da questão social.

Foram identificadas durante os atendimentos e ações realizadas inúmeras configurações de famílias, dentre elas: nucleares, monoparentais, unipessoais, extensas, dentre outras, todas com suas respectivas singularidades e demandas.

Segundo o relatório da Secretaria de Cidadania do mês de maio de 2022, o Município de Piedade possui 7.313 famílias inseridas no Cadastro Único, sendo 50% em situação de extrema pobreza, 13% em situação de pobreza, 20% de baixa renda e 17% com renda de ½ salário

mínimo, totalizando 18.100 pessoas. Na mesma data, o sistema apresentava 2.033 famílias com cadastro desatualizado, fato este que culmina na necessidade de uma busca ativa de urgência por parte dos equipamentos da assistência social, tendo em vista que as famílias cujos dados estejam desatualizados há mais de dois anos podem ter a perda ou a suspensão de seus benefícios, tais como: o Benefício de Prestação Continuada (BPC) que é destinado às pessoas idosas ou pessoas com deficiência; e o Auxílio Brasil que promove atualmente a transferência de renda de R\$ 600 mensais a famílias em situação de vulnerabilidade econômica.

Em dezembro de 2021, com início da nova gestora da Secretaria de Desenvolvimento Social denominada Sra. Aparecida Rodrigues, foram realizados os planejamentos para o ano subsequente. Após várias reuniões sobre as dificuldades encontradas pelas famílias para utilização dos serviços da assistência social, foi possível identificar que estão relacionadas a grande extensão territorial do município, o deslocamento e falta de transporte coletivo, deste modo, pensou-se a implantação de uma Equipe Volante ou Cras Itinerante.

Ao iniciar o ano de 2022 foram realizados os planejamentos, a solicitação de contratação de equipe e compra de materiais para dar início às atividades do novo equipamento, isto é, o CRAS Itinerante que tem por objetivo descentralizar as ações e atendimentos da “base fixa” e levar a política de assistência social como um direito a todos que dela necessitar, assim, atingindo a população que se localiza na zona rural ou em territórios distantes e de difícil acesso, fazendo com que seja efetivada a garantia do direito de cada cidadão.

No caso de territórios de baixa densidade demográfica, com espalhamento ou dispersão populacional (áreas rurais, comunidades indígenas, quilombolas, calhas de rios, assentamentos etc), o CRAS deverá instalar-se em local de melhor acesso para a população e poderá realizar a cobertura dessas áreas por meio de equipes volantes ou de unidades itinerantes, responsáveis pelo deslocamento dos serviços. Este deslocamento se justifica pela necessidade de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de proteção básica do SUAS, por intermédio do trabalho social com famílias. O serviço deve ser planejado, continuado, monitorado e avaliado. Não se trata, portanto, da oferta de atividades esporádicas (Brasil, 2009, p. 37).

Para início das atividades do novo equipamento foi necessária a aplicação de um questionário nos bairros rurais e através deste instrumental foram coletadas informações que servirão de subsídios para identificar as demandas existentes em cada bairro e suas potencialidades. Além disso, foi possível identificar quais territórios possuem maior índice de vulnerabilidades sociais e as necessidades básicas de cada família, podendo assim elaborar um planejamento estratégico sobre como funcionará o CRAS Itinerante em cada região, o modo como acontecerão as intervenções, quantos dias da semana serão trabalhados em cada bairro, assim como horário, frequência, dentre outras informações.

Após a realização do mapeamento e planejamento terão início os atendimentos e acompanhamentos familiares que tem como objetivo trabalhar com as famílias atendidas e desenvolver suas potencialidades, superando as fragilidades encontradas.

Os atendimentos serão realizados de forma continuada, com realização de oficinas e trabalhos sociais com famílias. Essas famílias de forma escalonada serão desligadas dos CRAS de referência localizados na zona urbana e passarão a ser referenciadas exclusivamente no CRAS Itinerante.

O espaço físico do CRAS itinerante deve possuir os mesmos ambientes e respeitar as mesmas características que o espaço físico das unidades fixas. Caso a unidade móvel não comporte os espaços físicos desejáveis, estes devem ser garantidos em outros espaços disponíveis no(s) território(s) atendido(s) (Brasil, 2009, p. 58).

Para que as atividades do novo equipamento ocorram haverá a necessidade de pontos de apoio localizados no interior dos próprios bairros rurais, dentre eles estão as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Estratégias Saúde da família (ESF), associação de moradores do bairro e locais públicos.

A pesquisa de campo nos bairros rurais

Para iniciar as atividades do CRAS Itinerante na cidade de Piedade/SP foi necessária a realização de uma pesquisa de campo em quatro regiões que compõem a extremidade territorial do município.

Fotografia 1 – Equipe de pesquisa de campo no bairro Vila Élvio – CRAS ITINERANTE



A pesquisa contou com a participação de 4 agentes administrativos e 4 Assistentes Sociais que puderam, a partir de um instrumental de pesquisa semiestruturada pré-elaborado, fazer um mapeamento dos bairros, apontar as principais demandas encontradas e construir de forma sucinta o perfil das famílias ali residentes. Ademais, visou-se ainda compreender se as famílias daquela localidade estão tendo acesso à política de assistência social e demais políticas públicas.

Neste tipo de pesquisa são elaboradas perguntas abertas e fechadas, favorecendo uma maior interação entre entrevistador e entrevistado, abrindo caminho para outros aspectos que possam surgir e que sejam relevantes para a pesquisa.

Na entrevista semiestruturada, como uma entrevista guiada, há uma orientação mais qualitativa, buscando maior interação entre entrevistador e entrevistado. Essa entrevista pode ser conduzida entre duas ou mais pessoas de forma presencial ou mesmo à distância, com o uso de tecnologias como Skype, FaceTime, entre outros. Este tipo de entrevista possui um roteiro previamente elaborado, mas permite o surgimento de perguntas durante a interação entre os interlocutores, para que o pesquisador caracterize aspectos previamente estudados, foco da pesquisa (Silva; Russo, 2019, p. 3).

Salienta-se que do período de 21 de julho a 12 de agosto foram realizadas 246 pesquisas e foi perceptível identificar semelhanças e diferenças entre os bairros rurais, estas que devido ao detalhamento e especificidade de cada bairro serão trazidas de forma pormenorizada a seguir.

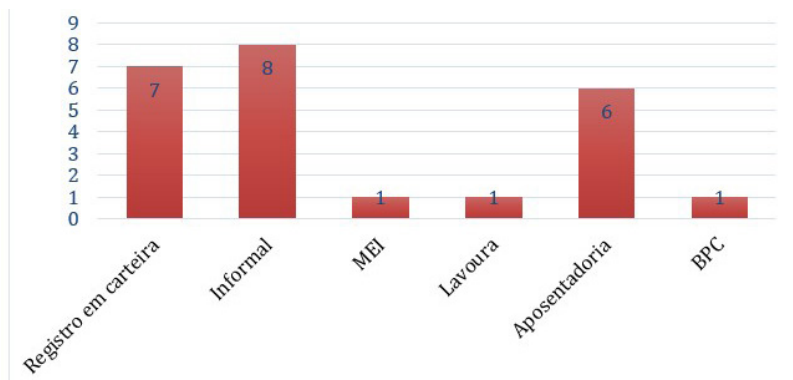
Vila Élvio e Vila Michele

O início das pesquisas deu-se nos bairros denominados Vila Élvio e Vila Michele, cujas localizações dar-se-ão há aproximadamente 19 km de distância da região central de Piedade, nestes locais foram aplicados 24 questionários.

A partir das realidades visualizadas e das demandas apresentadas, foi possível identificar a partir da pesquisa que trata-se de um bairro cuja população não é numerosa, o abastecimento de água advém de Mina, todas as casas possuem energia elétrica e 66,6% dos entrevistados relataram que o maior problema enfrentado está relacionado à falta de transporte público, tendo em vista existir somente 2 horários de ônibus ao dia, fato que dificulta o deslocamento e, deste modo, o acesso a políticas públicas, dentre elas a saúde e a assistência social.

Além disso, foi possível verificar a forma pela qual aquela população rural obtém renda, sendo a maior parte advinda de trabalhos informais, isto é, sem registro em carteira de trabalho, conforme demonstra o gráfico.

Gráfico 1 – tipo de trabalho e renda – Vila Élvio e Vila Michele



Ressalta-se que a informalidade no trabalho tem crescido, seja na zona urbana ou rural, fato que impacta negativamente a vida dos trabalhadores, tendo em vista a desproteção com relação a legislação trabalhista e previdenciária, sem respaldo em casos de acidentes e a não garantia de auxílio-doença, sendo de inteira responsabilidade do trabalhador a garantia de sua integridade física para o desenvolvimento de suas atividades laborais. Além do fato de jornadas extenuantes de trabalho, ultrapassando as 8 horas diárias proposta em lei, indo contra o que preconiza a legislação trabalhista.

Uma vez que concebemos a informalidade quando há ruptura com os laços formais de contratação e regulação da força de trabalho, pode-se acrescentar que, se a informalidade não é sinônimo direto de condição de precariedade, sua vigência expressa, com grande frequência e intensidade, formas de trabalho desprovidas de direitos, as quais, portanto, apresentam clara similitude com a precarização. Desse modo, a informalização da força de trabalho vem se constituindo como um dos mecanismos centrais utilizados pela engenharia do capital para ampliar a intensificação dos ritmos e movimentos do trabalho e ampliar o seu processo de valorização. E, ao fazê-lo, desencadeia um importante elemento propulsor da precarização estrutural do trabalho (Antunes, 2018 p. 82).

Salienta-se também que o bairro apresenta defasagem estrutural no que tange a espaços para lazer, esporte e demais atividades coletivas. Foi identificado a ausência de UBS, sendo necessário o deslocamento dos munícipes para a região central.

Miguel Russo

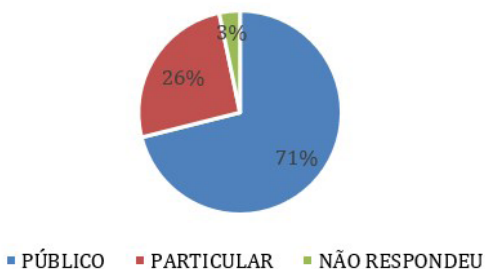
O bairro Miguel Russo está localizado há 18,4 km do centro de Piedade, porém apesar da baixa quilometragem de distância, foi identificado que é uma estrada de via de mão dupla, com alto índice de tráfego de caminhões e carretas, tornando-se assim, de alta periculosidade.

Ademais, para acesso ao bairro é necessário adentrar uma estrada vicinal, isto é, uma via sem revestimento asfáltico composta por terra e demais materiais naturais. No momento da pesquisa foi possível verificar que tal fato afeta a saúde da população, tendo em vista que devido à falta de chuvas a poeira torna-se permanente, refletindo na incidência de problemas relacionados as vias respiratórias, como: rinite, sinusite, asma, dentre outras questões citadas pelos moradores durante as entrevistas.

Constatou-se ainda que o bairro Miguel Russo, dentre os 4 pesquisados, é o mais populoso, onde foram aplicados 122 questionários. Dentre as particularidades encontradas, ressalta-se a existência de serviços públicos, tais como: uma Unidade Básica de Saúde (UBS), uma Escola Municipal de Educação Infantil e Ensino Fundamental (EMEIEF) e uma escola Estadual.

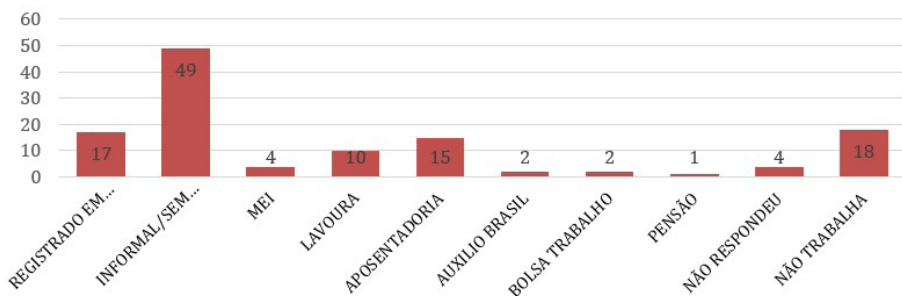
A pesquisa identificou que as casas majoritariamente têm seu fornecimento de água a partir de poços artesanais e possuem rede de energia elétrica. Com relação a forma de deslocamento, 71% dos (as) entrevistados (as) utilizam transporte público (ônibus), 26% transporte particular (carro ou moto) e somente 3% não responderam a questão, dados apresentados no gráfico a seguir.

Gráfico 2 – meio de transporte – Miguel Russo



Outra informação coletada durante a pesquisa de campo diz respeito ao tipo de trabalho e renda da população entrevistada, novamente identificou-se um alto índice de trabalhadores (as) informais, conforme gráfico a seguir.

Gráfico 3 – tipos de trabalho e renda – Miguel Russo



Além da informalidade do trabalho, o presente gráfico demonstra também o número de pessoas desempregadas, isto é, que não trabalham, totalizando 18 entrevistados (as). Representa também o número de trabalhadores da lavoura, composto por 10 pessoas, trabalho este que descreve-se como sazonal, tendo em vista o cultivo de alimentos e hortaliças que apresentam tempo de plantio, safra e colheita, o que repercute para a vida desses trabalhadores em momentos (semanas e/ou meses) de inexistência de trabalho e renda, ficando, assim, desprotegidos economicamente.

Dada a realidade visualizada, os resultados da pesquisa de campo aplicada e o elevado número de demandas apresentadas pelos munícipes, dentre elas a evasão escolar de adolescentes, o Miguel Russo foi colocado como bairro de intervenção semanal do CRAS Itinerante, este que terá como ponto de apoio/base a UBS, para que a equipe itinerante possa utilizar-se dos banheiros, telefone, cozinha, bebedouros e demais instalações do local.

Fotografia 2 – Equipe de pesquisa de campo no bairro Miguel Russo



Douradinho

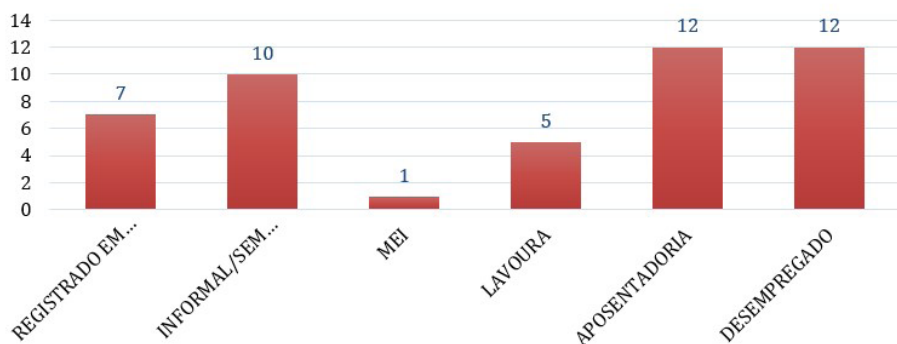
O bairro Douradinho está localizado a 23 km do centro de Piedade, foi identificado que não há equipamentos da rede pública instalados na região e o acesso a esses equipamentos se torna muito difícil, sendo necessário atravessar uma pista de mão dupla, onde há tráfego intenso de automóveis e caminhões, tornando o trajeto perigoso.

Foi observado que o transporte público não é frequente e opera em apenas dois horários durante o dia, dificultando ainda mais o acesso as políticas públicas de uma forma geral e principalmente a de assistência social.

Foram aplicados 47 questionários e observado que o bairro é composto por população de faixa etária mista, com prevalência de pessoas idosas. Tal fato torna-se visível no momento

em que analisamos o gráfico referente ao tipo de renda e trabalho desenvolvido naquele território, pois nota-se, conforme aponta a figura a seguir, que a maioria dos entrevistados (as) possui aposentadoria como meio econômico.

Gráfico 4: tipos de trabalho e renda – Douradinho



O desemprego também apresenta um número elevado neste bairro, sendo pontuado pelas famílias que a distância e a dificuldade de deslocamento prejudicam o acesso ao mercado formal de trabalho.

As principais características identificadas no bairro estão relacionadas a forma como as famílias se organizam, isto é, em formato de colônias, ou seja, parentes residem em uma mesma área geográfica o que facilita na ajuda mútua e na convivência familiar e comunitária. Nota-se a incidência de questões relacionadas a saúde visual da população, como: glaucoma, deslocamento de retina, dentre outras.

São famílias com perfil para atendimento e acompanhamento pelo CRAS, porém devido à distância deixam de acessar os serviços ofertados por esse equipamento.

Fotografia 3 – Equipe de pesquisa de campo no bairro Douradinho



Jurupará

O bairro Jurupará localiza-se a 12,4 km de distância da região central de Piedade. Diferente dos demais bairros supracitados por apresentar asfalto em sua via de acesso principal, facilitando o deslocamento, porém as ruas secundárias possuem apenas cascalhos.

Fotografia 4 – Equipe de pesquisa de campo no bairro Jurupará



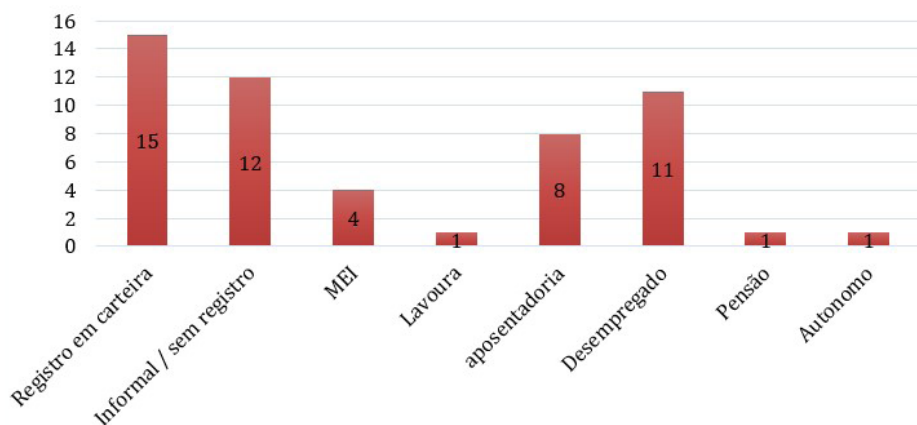
Outro fato também notado é a presença de complexos de chácaras em meio ao bairro, estas que pertencem, segundo os moradores entrevistados, as famílias que residem em outras municipalidades e as utilizam durante os finais de semana e feriados.

Neste bairro a pesquisa de campo foi feita com 53 moradores, sendo identificadas as seguintes demandas: ausência de serviços públicos, como UBS, creches e transporte. Este último apresenta uma grande peculiaridade por não percorrer as ruas do bairro, pois apenas transita na rodovia que atravessa a cidade, sendo necessário que os moradores se desloquem a pé de várias localidades para acessar a rodovia, chegando a percorrer até 5km de distância para acesso ao serviço de ônibus.

Tal fato torna-se preocupante quando pensa-se em pessoas idosas, com deficiência ou mobilidade reduzida, assim como gestantes ou mulheres com crianças de colo, pois estas ficam impossibilitadas de acessar os serviços disponibilizados na região central.

Com relação aos tipos de trabalho e renda da população entrevistada durante o mapeamento, o gráfico 5 apresenta que a maior incidência é de empregos formais, sendo 15 pessoas; logo depois encontra-se 11 desempregados, 12 participantes trabalhando na informalidade/sem registro e em seguida 8 pessoas relataram ser aposentadas.

Gráfico 5 – Tipos de trabalho e renda - Jurupará



Somando-se o índice de desemprego e de informalidade tem-se que 23 famílias estão vivendo em situação de desproteção econômica e instabilidade financeira, posto que é uma região rural e apresenta ofertas de trabalhos vinculados ao plantio, cujo pagamento é feito pelo dia trabalhado, deste modo, reflete em um alto índice de solicitação de auxílio-alimentação junto ao CRAS de referência.

Tendo em vista as vulnerabilidades encontradas no Jurupará, o CRAS Itinerante realizará atendimentos semanais a população pertencente ao território, visando, com isso, garantir direitos e trabalhar projetos de vida que superem as fragilidades visualizadas.

Expectativas e impactos sociais esperados

Apesar de uma grande parcela da sociedade brasileira enxergar a política de assistência social como ações de “ajuda” para a população mais empobrecida, tal afirmação cai por terra quando fazemos a leitura crítica do que a mesma realmente é, e como arduamente consiste na luta pela proteção social e a garantia de direitos.

Com as mudanças políticas, a oscilação da economia no mundo nos últimos anos, a pandemia da COVID -19, a globalização e as mudanças na área do trabalho, muitas famílias tiveram seus núcleos familiares rompidos ou fragilizados. A desestabilização desses vínculos pode ocorrer pela perda de renda, ausência de bens materiais, estigmatização dos grupos populares, preconceito a população LGBTQIA+, violência doméstica e familiar, trabalho infantil, entre outros, que atingem os mais diversos tipos de composição familiar, com ou sem renda, como, por exemplo, os casos de violência doméstica e infantil que tiveram grande repercussão na mídia.

No contexto atual, com a evolução das tecnologias, várias funções estão sumindo gradativamente, sendo exemplo: os cobradores de ônibus, caixas de supermercado, funções na agricultura que estão sendo trocadas pelas máquinas, entre outras. Visualiza-se, assim, pessoas

que passaram a vida toda ou uma parte dela desempenhando uma determinada função e hoje precisam se reinventar para conquistar uma vaga no mercado de trabalho obtendo, assim, o mínimo de sobrevivência para si e sua família.

É nesse cenário, nesse mundo produtivo, que a informalidade deixa de ser a exceção para tendencialmente se tornar a regra. O aumento da precarização se transforma no principal resultado desse capitalismo dito flexível [...] a esse movimento tendencial destrutivo em relação à classe-que-vive-do-trabalho (Antunes, 2018, p. 194).

O mercado de trabalho informal merece destaque, uma vez que na pesquisa realizada no município de Piedade para implementação do CRAS Itinerante mostrou que grande parte da população entrevistada desempenha sua função na informalidade, sendo que o trabalho sazonal sem carteira assinada exprime a realidade da população piedadense, estes que durante alguns períodos do ano ficam sem renda, por conta do tempo de plantio e colheita. Cabe salientar que a população necessita trabalhar nesse formato sazonal, acarretando situações de vulnerabilidades sociais.

O município conta com uma área territorial extensa que dificulta a locomoção, logo, atinge diretamente a população ativamente produtiva, pois o transporte público existente não corresponde até mesmo aos horários do comércio local, dificultando, assim, a contratação de trabalhadores da área rural.

Toda essa realidade identificada apresenta marcas em uma população que encontra barreiras para conquistar o emprego formal, o ensino superior, assim como participar de atividades culturais.

Deste modo, o CRAS Itinerante apresenta a proposta de deslocamento até as regiões rurais do município, possibilitando o contato com a realidade vivenciada pela população, estimulando a autonomia dos atendidos, bem como buscando soluções para as demandas singulares apresentadas.

Risco social está relacionado à probabilidade de um evento acontecer no percurso de vida de um indivíduo e/ou grupo, podendo, portanto, atingir qualquer cidadão (ã). Contudo, as situações de vulnerabilidade social podem culminar em riscos pessoais e sociais, em virtude das dificuldades de reunir condições para preveni-las ou enfrenta-las, assim “ as sequelas podem ser mais ampliadas para uns do que para outros” (Sposati, 2001 apud Santos et al, 2014, p. 65).

Assim, a assistência social como garantidora de direitos, trabalha a prevenção e o fortalecimento dos núcleos familiares para garantir uma vida com qualidade e autonomia, respeitando as especificidades de cada pessoa, família e comunidade, com o objetivo de diminuir ou erradicar o risco social.

Considerações Finais

Implementar um novo equipamento na política de assistência social requer dedicação, compromisso e planejamento prévio para o desenvolvimento das atividades de modo qualificado. Para isso, foi necessária a realização de um mapeamento da realidade municipal para a identificação de famílias residentes em áreas rurais, cujo acesso a serviços públicos estava precarizado.

A partir das informações obtidas foi possível identificar os bairros rurais mais atingidos por vulnerabilidades sociais e que demandavam a intervenção de um CRAS que pudesse se deslocar ao território para atendimento destas famílias e suas respectivas demandas.

Deste modo, salienta-se que o intuito do CRAS Itinerante em Piedade é proporcionar todos os serviços da Proteção Social Básica nos respectivos bairros rurais mapeados, cujas demandas sociais foram identificadas, passando a ser acompanhadas pela Equipe de Referência. Tal equipe busca trabalhar no desenvolvimento dos vínculos afetivos e protetivos destas famílias, no sentido de promover e estimular autonomia destas na superação das fragilidades vivenciadas.

Procura-se, ainda, acolher as demandas espontâneas trazidas ao longo dos atendimentos com a finalidade de propiciar o encaminhamento destas aos respectivos setores responsáveis, tais como: Secretaria de Saúde, Educação, Conselho Tutelar, CREAS, Defensoria Pública, dentre outros.

Em suma, o novo equipamento municipal denominado CRAS Itinerante visa efetivar o princípio encontrado na LOAS que preconiza o atendimento igualitário das populações urbanas e rurais, promovendo o acesso a programas, projetos, serviços e benefícios no sentido de efetivação e garantia de direitos sociais.

Referências

ANTUNES, R. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2018. Disponível em: <https://nestpoa.files.wordpress.com/2019/09/ra-ps.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2022.

BRASIL. *Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS*. 1. Ed. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, 2009.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 02 ago. 2022.

BRASIL. *Lei Orgânica da Assistência Social (1993)*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em 02 ago. 2022.

BRASIL. *Política Nacional de Assistência Social – PNAS (2004)*. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 06 ago. 2022.

BRASIL. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. *Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais*. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf. Acesso em: 06 ago. 2022.

BRASIL. *Sistema do Auxílio Brasil e Cadastro Único*. Disponível em: <https://aplicacoes.cidadania.gov.br/ri/pabcad/relatorio-completo.html>. Acesso em: 06 ago. 2022.

FARIA, G. S. S; RACHID, A. Gestão de pessoas em tempos de flexibilização do trabalho. *Revista de Ciências Gerenciais*, v. 10, n. 12, 2006, pp. 86-95. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/rcger/article/view/2717>. Acesso em: 31 ago. 2022.

FERREIRA, S. S. *NOB-RH/SUAS: anotada e comentada*. Brasília, DF: MDS, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Cidades e Estados – Piedade*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/piedade.html>. Acesso em: 05 ago. 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIEDADE. *História do Município*. Disponível em: <https://www.piedade.sp.gov.br/portal/servicos/1001/piedade/>. Acesso em: 06 ago. 2022.

SANTOS, A. R; DELGADO, D; SANTOS, D. F. A. G; MODESTO. A intervenção estatal em situações de desastres naturais: uma análise do papel da política de Assistência Social. In: CARMO, R; VALENCIO, N (orgs). *Segurança humana no contexto dos desastres*. São Carlos: RiMa Editora, 2014, p. 63 – 76.

SILVA, L. F; RUSSO, R. F. S. M. Aplicação de entrevistas em pesquisa qualitativa. *Revista de Gestão e Projetos – GeP*. Vol. 10, n. 1, jan./abr. 2019. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/gep/article/view/13285>. Acesso em: 31 ago. 2022.

AUTORAS E AUTORES

Aires Muecália Julião Caneca

Doutorando em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS) da Unesp/Franca. Mestre em Serviço Social pelo PPGSS da FCHS da Unesp/Franca. Assistente Social na Clínica da Marinha de Guerra Angolana – Luanda/Angola. Docente colaborador na Universidade Católica de Angola (UCAN). Integrante do Grupo Quaviss - Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social. ORCID: 0000-0002-4707-167x. airescaneca2013@gmail.com.

Alan Farley Prates Oliveira

Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social da PU-C-SP. Graduação em Serviço Social pelas Faculdades de Ciências Sociais Aplicadas Santo Agostinho (FACISA). Integrante do NEPSAS - Núcleo de Estudo e Pesquisa em Segurança e Assistência Social e NEPPS - Núcleo de Estudo e Pesquisa em Políticas Sociais. Desempenhou atividades como assistente social na Diretoria de Habitação e Cidadania da Secretaria de Desenvolvimento Social da Prefeitura de Montes Claros/MG. Atuou como assistente social na educação básica, junto a Secretaria de Educação da Prefeitura de Montes Claros/MG. alanfarley@gmail.com. ORCID: 0000-0002-1965-443X

Ana Joice da Silva Peraro

Doutoranda em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS) da Unesp/Franca. Mestre em Serviço Social pelo PPGSS da FCHS da Unesp/Franca. Graduação em Serviço Social. Docente do curso de Serviço Social – UNILAGO. Integrante do Grupo de Pesquisa PRAPES - Práticas de Pesquisa - Perspectiva Contemporânea – UNESP e do Grupo de Pesquisa GEPEPPS - Envelhecimento, Políticas Públicas e Sociedade – UNESP. ORCID: 0000-0003-1028-3027. anajoice.peraro@gmail.com

Andre Luis Osorio Bento

Assistente Social do Município de Piedade/SP. Graduado pela Universidade Paulista – UNIP. Especialista em Psicologia Social pelo Centro Universitário Unifael. E-mail: andreluis-0603ss@hotmail.com

Andreia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni

Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Unesp/Franca. Mestre em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Graduação em Serviço Social. Docente do curso de graduação e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da FCHS da Unesp/Franca. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Participação nas Políticas Sociais (GE-PAPOS). Tutora do Programa de Educação Tutorial em Serviço Social - PETSS. ORCID 0000-0002-0691-7528. andreia.liporoni@unesp.br

Bernardino Manuel Almeida Cuteta

Doutorando em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS) da Unesp/Franca. Mestre em Serviço Social pelo PPGSS da Unesp/Franca. Graduação em Serviço Social pela Universidade Católica da Angola. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Política Públicas para a Infância e Adolescência (GEPPA), Grupo de Estudo e Pesquisa sobre o Serviço Social na Educação (GEPESSE), Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Famílias: Família, Sociedade e Educação: perspectivas e tendências (GEPEFA). Docente no Curso de Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social (Luanda-Angola) ORCID: 0000-0002-5647-6580. bernardino.cuteta@unesp.br

Cirlene Ap. H. da Silva Oliveira

Livre-Docente pela Unesp. Pós-doutorado no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UERJ. Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS) da Unesp/Franca. Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Graduação em Serviço Social pela FCHS da Unesp/Franca. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UNESP/Franca e docente colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI-Teresina. Líder do GEFORMSS - Grupo de Estudos e Pesquisa Formação Profissional em Serviço Social - UNESP/CNPq. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa Formação, Trabalho, Desigualdade Social e Políticas Públicas -UFPI/CNPq. ORCID: 0000-0003-0045-5956. cirlene.oliveira@unesp.br

Cristiano Costa de Carvalho

Doutorando em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS) da Unesp/Franca. Mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local pelo Centro Universitário UNA. Graduação em Serviço Social. Professor e coordenador do curso de pós-graduação em Instrumentalidade e Técnicas-Operativas em Serviço Social na PUC de Minas Gerais. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa sobre o Serviço Social na Área da Educação (GEPESSE) e Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social (QUAVISS) ambos da FCHS da Unesp/Franca. ORCID: 0000-0001-6523-5917. cristiano.c.carvalho@unesp.br

Daniela Aparecida da Silva

Assistente Social do Município de Piedade/SP. Graduada e Mestre em Serviço Social pela UNESP. E-mail: daniela_silvas@yahoo.com.br

Danila Carrijo

Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS) da Unesp/Franca. Mestre em Serviço Social pelo PPGSS da FCHS da Unesp/campus Franca. Graduação em Serviço Social. Assistente Social do Tribunal de Justiça do Estado São Paulo (TJSP).

Diogo Márcio Gonçalves dos Santos

Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Graduação em Serviço Social pela UFAL. Assistente social e coordenador da equipe de trabalho em saúde no Centro de Acolhimento Ezequias Rocha Rego (CAERR). Integrante do Grupo de Pesquisa e Extensão Gênero, Diversidade e Direitos Humanos (DIVERGE UFAL). ORCID: 0000-0002-0251-5038. E-mail: diogomarcio.dm@gmail.com

Eduardo Henrique Moraes Santos

Doutorando em Serviço Social pela PUC-SP e Políticas Públicas (UFABC), mestre em Serviço Social e Políticas Sociais pela Universidade Federal de São Paulo. Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Ações Afirmativas e Assistência Estudantil da UFBA do Grupo de Estudo e Pesquisa em Fundamentos, Formação e Exercício Profissional em Serviço Social/GEFEPSS (UFTM). Atuou como professor substituto no curso de Serviço Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Assistente Social na Prefeitura do Município de Osasco/SP. ORCID: 0000-0002-8000-9552. ehm.santos@unifesp.br

Eliana Bolorino Canteiro Martins

Assistente Social. Graduação em Serviço Social pela Instituição Toledo de Ensino de Bauru. Mestrado em Serviço Social pela UNESP/Campus de Franca. Doutorado em Serviço Social pela PUC/SP. Pós-Doutorado em Serviço Social pela UERJ. Livre Docência pela UNESP/Campus de Franca. Docente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social UNESP/Franca. Bolsista Produtividade em Pesquisa pelo CNPq - Nível 2. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Serviço Social na Educação (GEPESSE). ORCID: 0000-0002-7796-8437 E-mail: elianacanteiro@terra.com.br

Fernanda de Oliveira Sarreta

Livre-docência em Serviço Social pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS) da Unesp/Franca. Pós-doutorado no Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Doutorado em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da FCHS da Unesp/Franca. Mestre em Serviço Social pelo PPGSS da FCHS da Unesp/Franca. Graduação em Serviço Social. Docente Associada do Departamento de Serviço Social e do PPGSS (mestrado e doutorado) da FCHS Unesp/Franca. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social (QUAVISSS). ORCID: 0000-0001-8001-3060. fernanda.sarreta@unesp.br

José Guilherme Cagnin

Mestre em Planejamento e Análise de Políticas Públicas pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Unesp/Franca. Graduação em Ciências Sociais. Servidor público municipal de Araraquara/SP. Integrante dos Grupos de Estudos e Pesquisas Laboratório de Análise de Políticas (LAP), Saúde e Serviço Social (QUAVISSS), Direito e Mudança Social (DeMuS) todos da FCHS/Unesp. ORCID: 0000-0001-7342-5083. guilherme.cagnin@unesp.br

José Ilson Lourenço dos Santos

Bacharel e Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas. Integrante do Grupo de Pesquisa e Extensão Gênero, diversidade e Direitos Humanos.

José Rafael Marinho Accioli

Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas (Alagoas/Brasil).

Josiani Julião Alves de Oliveira

Pós-Doutorado pela Universidade de Aveiro-Portugal. Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS) da Unesp/Franca. Mestre em Serviço Social pelo PPGSS da FCHS da Unesp/Franca. Graduação em Serviço Social pela FCHS da Unesp/Franca. Docente do Departamento de Serviço Social e do PPGSS (mestrado e doutorado) da FCHS da Unesp/franca. Líder do Grupo de Pesquisa Práticas de Pesquisa: perspectivas contemporâneas (PRAPES), Integrante do Grupo de Pesquisa Envelhecimento, Políticas Públicas e Sociedade. ORCID: 0000-0003-4300-448. josiani.juliao@unesp.br

Juliana de Carvalho Pimenta

Doutora em Serviço Social pela Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS) da Unesp/Franca. Mestre em Serviço Social pelo PPGSS da FCHS da Unesp/Franca. Graduação em Serviço Social. Foi docente do Curso de Serviço Social do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos – UNIFEB. É Assistente Social do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo, campus de Barretos e exerce o cargo de Diretora Geral do campus. Integrante do grupo de Estudo e Pesquisa sobre Formação Profissional em Serviço Social - GEFORMSS da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais/ UNESP/Franca.

Laurita de Queiroz Bomdespacho

Doutoranda em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS) da Unesp/Franca. Mestre em Gestão Organizacional pela Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão. Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT. Bacharel em Ciências Contábeis pelo Centro de Ensino Superior de Catalão – CESUC. Assistente Social na Universidade Federal de Catalão UFCAT. Integrante do Grupo de Pesquisa GEPESSE. Integrante da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as – ABPN, Grupo de Estudos, Pesquisa e Ações Afirmativas e Assistência Estudantil da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – UFBA. ORCID: 0000-0002-3689-2632. lauritabomdespacho@ufcat.edu.br

Leonardo David Rosa Reis

Possui graduação em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Mestre em Educação pela Universidade Estadual de Minas Gerais - UEMG. Doutorando em Serviço Social no Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP sob orientação da Profa. Dra. Maria Carmelita Yazbek. Participante do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Serviço Social na Educação (GEPESSE) pela Universidade Estadual Paulista - UNESP. Possui experiência com juventudes, na docência, gestão de políticas públicas e consultoria em formulação e reordenamento de metodologias de intervenção e de processos de trabalho de políticas públicas. ORCID: 0000-0001-8365-3426, E-mail: leonardossocial@gmail.com

Luciana Aparecida Fernandes da Conceição

Assistente Social do Município de Piedade/SP. Graduada pela Universidade Paulista UNIP. E-mail: luma_leo@hotmail.com

Maria Cristina Piana

Pós-Doutorado pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS) da Unesp/Franca. Mestre em Serviço Social pelo PPGSS da FCHS da Unesp/Franca. Graduação em Serviço Social e Licenciatura em Pedagogia. Docente do Departamento de Graduação e do PPGSS (Mestrado e Doutorado) da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Unesp/Franca. Foi tutoria do Grupo PETSS - Programa de Educação Tutorial de Serviço Social. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Políticas Públicas para Infância e Adolescência (GEPIIA) da Unesp/Franca. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas do Serviço Social na área da Educação (GEPESSE) da Unesp/Franca e do Grupo de Estudos e Pesquisas “Sociologia, Trabalho e Educação” da UFSCAR. Coordena o Projeto de Extensão: Núcleo de Estudos sobre Criança e adolescente NECRIA e o ECA na Escola. ORCID 0000-0002-4530-9541. cristina.piana@unesp.br

Maria Olivia Alves de Moura

Assistente Social do Município de Piedade/SP. Graduada pela Universidade Unopar. Especialista em Gestão de Políticas Sociais e em Psicopedagogia e Neurociência pela Universidade Paulista – UNIP. E-mail: oliviademoura@yahoo.com.br

Neide Aparecida de Souza Lehfeld

Pós-doutorado pela Universidade de Coimbra-UC. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Mestre em Serviço Social pela Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo. Graduação em Serviço Social pela Universidade de Ribeirão Preto. Graduação em Pedagogia pela Universidade de Ribeirão Preto (2011). Consultora nacional da Universidade Estadual de Londrina, consultora nacional da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Docente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Unesp/Franca. Consultor adhoc do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. ORCID: 0000-0002-3630-1134. n.lehfeld@unesp.br

Noémia da Glória Mendes Lopes

Socióloga, Professora Associada do Instituto Universitário Egas Moniz (IUEM), Investigadora do CIES/Iscte (Centro de Investigação e Estudos de Sociologia) e do CiiEM (Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz) e Coordenadora do GESA-Grupo de Estudos Sociais Aplicados /CiiEM. Exerce a sua atividade de docência e de investigação científica nas áreas da Sociologia, da Sociologia da Saúde e da Sociologia das Profissões. ORCID: 0000-0002-5789-7766 E-mail: ngmls@iscte-iul.pt

Raquel de Oliveira Mendes

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação (PPG) em Política Social pela Universidade Federal de Mato Grosso. Graduação em Serviço Social pela mesma instituição. Assistente social do Ministério Público do Estado de Mato Grosso.

Renato Tadeu Veroneze (*in memoriam*) - Assistente social (UNIFEG); mestre; doutor e pós-doutor em Serviço Social pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo sob orientação da Profa. Dra. Maria Lúcia Martinelli. Professor e coordenador do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual de Minas Gerais, *campus* Poços de Caldas - MG. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9404-448X>

