



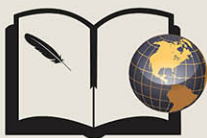
Saúde no Brasil formação acadêmica práticas e exercício da profissão

Volume 1

Políticas públicas de assistência social:
atenção à saúde coletiva e individual

Solange Lima Simão Bié
Estanislau F. Bié Segundo
Estanislau Ferreira Bié
Maria Saraiva da Silva
Henrique Cunha Júnior
Francisco Gezimaes dos S. Silva
Francisco Sérgio C. Santos
Edivar Barbosa dos Santos
Maria Maise da S. Santos
Aline Maria da Silva
Mariana Lima Simão
Luana Félix Bié
(Orgs.)

A época é de alegria, de aproveitar para ser “brasileiro”. Esta coletânea de artigos foi escrita no ano de copa do mundo “Rússia - 2018”. Neste momento, as atenções ficam voltadas para times, jogos, jogadores, lances e mais uma vez, se deixa para trás necessidades reais. O Brasil, o país do futebol é também um país de desigualdades sociais. O cenário atual nos apresenta a cada dia, mais e mais miséria, injustiça e exploração econômica. Os excluídos vivem em luta constante em busca de bem-estar, assistência à saúde e medidas que priorizem a igualdade entre os brasileiros, independente da classe social que o indivíduo é classificado. Os governos implementam programas e projetos sociais que podem minimizar e diminuir a carência de pessoas menos favorecidas, que no Brasil, são a maioria. A atenção básica à saúde tem deixado muito a desejar. Hospitais sem recursos mínimos são superlotados de cidadãos com necessidades primárias de atendimento. A cultura do brasileiro de estar em enormes filas, já não lhe causa uma dor a mais. A enorme fila já se tornou parte do atendimento. O sistema de ensino atual tenta qualificar jovens para o trabalho visam preparar para um futuro melhor, buscam inseri-los no mercado com qualificação profissional e não atentam para a necessidade pessoal, a cidadania. A juventude está imersa em comunidades abandonadas pelo sistema. O campo, as cidades, os bairros e becos estão facionados e o poder público não consegue ter êxito em suas ações preventivas, pois, querem resolver questões sociais utilizando as forças militares. Diante do sistema capitalista um grupo de profissionais de assistência social, professores e pesquisadores insistem na importância de se olhar para o ser humano. Objetivando a necessidade de criação e implantação de políticas públicas que proporcione cuidados à saúde, o trabalho digno e o bem-estar social. Nesta coletânea serão exibidas pesquisas, análises e novos paradigmas que envolvem o serviço social, saúde e seus dilemas. No momento onde tudo é deixado de lado diante de um evento esportivo, não se pode deixar de lado nosso maior prêmio, o conhecimento, o aprendizado e a aplicação destes de forma eficaz, verdadeira e direcionada ao indivíduo mais necessitado. Os textos aqui disponibilizados lhe farão perceber a importância do profissional de assistentes sociais na busca diária pelo bem-estar físico, psicológico e social dos usuários assistidos pelas políticas públicas.



INSTITUTO SUPERIOR
DE ENSINO SEM
FRONTEIRAS - ISESF



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ



editora fi
www.editorafi.org

Saúde no Brasil
formação acadêmica, práticas e
exercício da profissão

Volume 1

Conselho Editorial Científico

Dr. Alcides Fernando Gussi
Universidade Federal do Ceará — UFC

Dra. Clarice Zientarski
Universidade Federal do Ceará — UFC

Dra. Dawn Duke
University Tennessee/EUA — UT

Dr. Estanislau Ferreira Bié
Universidade Federal do Ceará — UFC

Dr. Henrique Cunha Junior
Universidade Federal do Ceará — UFC

Dr. Ivan Costa Lima
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia
Afro-Brasileira-UNILAB

Dr. João Batista de Albuquerque Figueiredo
Universidade Federal do Ceará — UFC

Dr. João Marcus Figueiredo Assis
Universidade Federal do Estado do RJ - UNIRIO

Dr. Moacyr Gonçalves de Aquino Junior
Universidade de San Lorenzo - UNISAL

Dr. Nardi Sousa
Universidade de Santiago/Cabo Verde — US

Dr. Oséias Santos de Oliveira
Universidade Tecnológica Federal do Paraná — UTFPR

Me. Ana Cláudia Silva Farias
Universidade de Fortaleza — UNIFOR

Me. Maria Saraiva da Silva
Universidade Federal do Estado do RJ — UNIRIO

Me. Samia Paula dos Santos Silva
Universidade Federal do Ceará — UFC

Me. Marlene Pereira dos Santos
Universidade Federal do Ceará — UFC

Me. Maria Socorro Pimentel
Universidade Federal do Ceará — UFC

Me. Theóphilo Michel Á. Cabral Beserra
Universidade Federal do Ceará — UFC

Me. Raul Monte dos Anjos
Universidade Federal do Ceará — UFC

Esp. Francisco Valdemy Acioly Guedes
Universidade Federal do Ceará — UFC

Esp. Solange Lima Simão Bié
Instituto Superior de Ensino Sem Fronteiras — ISESF

Esp. Edivar Barbosa dos Santos
Instituto Superior de Ensino Sem Fronteiras — ISESF

A Coleção ***Saúde no Brasil, Formação acadêmica, práticas e exercício da profissão*** foi avaliada e facultada por colaboração *ad hoc*.

Claudio Pedro Gondim de Alcântara, Estanislau Ferreira Bié, Estanislau F. Bié Segundo, Estanislau F. Bié Terceiro, Felipe Tadeu Beserra de Oliveira, Edivar Barbosa dos Santos, José Cildo Martins, Luana Felix Bié, Manoel Jocélio dos Santos, Marcos Nunes da Silva, Maria Sanders Martins Souza, Solange Lima Simão Bié, Stenio Ferreira Bié
Instituto Superior de Ensino Sem Fronteiras – ISESF

Saúde no Brasil, formação acadêmica, práticas e exercício da profissão

Volume 1

**Políticas públicas de assistência social:
atenção à saúde coletiva e individual**

Organizadores:

Solange Lima Simão Bié
Estanislau F. Bié Segundo
Estanislau Ferreira Bié
Maria Saraiva da Silva
Henrique Cunha Júnior
Francisco Gezimares dos S. Silva
Francisco Sérgio C. Santos
Edivar Barbosa dos Santos
Maria Maise da S. Santos
Aline Maria da Silva
Mariana Lima Simão
Luana Félix Bié
(Orgs.)

φ editora fi

Diagramação: Marcelo A. S. Alves

Capa: Lucas Fontella Margoni

O padrão ortográfico e o sistema de citações e referências bibliográficas são prerrogativas de cada autor. Da mesma forma, o conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade de seu respectivo autor.



Todos os livros publicados pela Editora Fi estão sob os direitos da Creative Commons 4.0
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR



Associação Brasileira de Editores Científicos

<http://www.abecbrasil.org.br>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

BIÉ, Solange Lima Simão; et al (Orgs.)

Saúde no Brasil, formação acadêmica, práticas e exercício da profissão, volume 1: políticas públicas de assistência social: atenção à saúde coletiva e individual [recurso eletrônico] / Solange Lima Simão Bié et al (Orgs.) -- Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2018.

581 p.

ISBN - 978-85-5696-377-2

Disponível em: <http://www.editorafi.org>

1. saúde, 2. formação, 3. práticas 4. Coleção I. Título. II. Série

CDD-371

Índices para catálogo sistemático:

1. Professores, métodos e disciplinas 371

Sumário

Apresentação	11
Os organizadores	
Capítulo 1	13
Os direitos e as garantias da gestante e do bebê na saúde pública no Brasil, sob a perspectiva da assistência social	
Ana Lúcia Xavier; Maria Zeneide Dutra da Silva; Solange Lima Simão Bié	
Capítulo 2.....	39
As políticas sociais de proteção ao idoso em situação de risco	
Maria Zeneide Dutra da Silva; Ana Lúcia Xavier; Solange Lima Simão Bié	
Capítulo 3.....	65
Direitos e questões sociais: o papel do assistente social na atenção básica aos vulneráveis e de risco social	
Patrícia da Silva Ferreira; Estefânia Ferreira Bié; Estanislau F. Bié Segundo	
Capítulo 4.....	83
O papel do serviço social no combate à violência de crianças e adolescentes	
Alexsandra da Silva Lima; Estetiana Sousa Bié; Estanislau F. Bié Segundo	
Capítulo 5.....	107
Assistente social dentro da organização não governamental: centro humanitário de amparo à maternidade (chama)	
Edgleuma Lima. F. de Farias; Francisca Helena. F. França; Estanislau F. Bié	
Capítulo 6.....	131
Serviço social: um olhar apartir do grupo de convivência do idoso	
Roseane Ferreira Lima; Esteliana Ferreira Bié; Estanislau F. Bié Segundo	
Capítulo 07.....	147
A contribuição do assistente social no tratamento do idoso com depressão	
Anna Lúcia Silva; Rita de Cassia de Lima Bié; Solange Lima Simão Bié	

Capítulo 8	165
Violência doméstica à mulher: o papel das políticas públicas e da assistência social	
Clívia Gomes Mendes Viana; Francisca Auri Pereira; Estanislau Ferreira Bié	
Capítulo 9.....	191
O papel da assistência social e das políticas públicas no combate e enfrentamento da violência doméstica à mulher	
Francisca Helena F. França; Edgleuma Lima F. de Farias; Estanislau Ferreira Bié	
Capítulo 10	217
A assistência social nas políticas públicas de combate à fome e à pobreza no nordeste	
Francisca Cremilda R. dos Santos; Ivonete Lopes da Silva; Estanislau Ferreira Bié	
Capítulo 11.....	241
A contribuição do assistente social na estratégia de saúde da família	
Ivonete Lopes da Silva; Francisca Cremilda R. dos Santos; Estanislau Ferreira Bié	
Capítulo 12	257
Reforma psiquiátrica: a evolução da assistência social no Brasil	
Francisca Auri Pereira; Clívia Gomes Mendes Viana; Solange Lima Simão Bié	
Capítulo 13	281
O trabalho do assistente social em abrigos e orfanatos: um olhar sobre o processo de adoção	
Géssica S. Josino; Suyen de A. Augusto; Francisco I. T. Paulino; Estanislau F. Bié	
Capítulo 14	303
Atuação do serviço social na qualidade de vida dos idosos	
Rita de Cassia de Lima Bié; Anna Lúcia Silva; Luana Félix Bié	
Capítulo 15	327
O ostromizado e a atuação do assistente social	
Esteliana Ferreira Bié; Roseane Ferreira Lima; Luana Félix Bié	
Capítulo 16	347
O assistente social na saúde pública	
Estefânia Ferreira Bié; Patrícia da Silva Ferreira; Estanislau F. Bié Segundo	
Capítulo 17	369
Atuação do serviço social: violência contra mulher	
Estetiana Sousa Bié; Alexsandra da Silva Lima; Luana Félix Bié	

Capítulo 18	383
O assistente social e combate a violência contra a mulher	
Maria Evanilda Torres Costa; Suziane Souza Lima Borges; Karine Lima Paulino	
Capítulo 19	403
O serviço social no combate a violência contra o idoso no Brasil	
Suziane Souza Lima Borges; Maria Evanilda Torres Costa; Estanislau Ferreira Bié	
Capítulo 20	421
Famílias em situação de vulnerabilidade social - na perspectiva do serviço de proteção e atendimento integral a família - PAIF	
Suyen de A. Augusto; Géssica S. Josino; Francisco I. T. Paulino; Estanislau F. Bié	
Capítulo 21	441
A fisioterapia e a performance no futebol	
Jefferson F. Rozendo; Sônia Almeida P. Ochotorena; Tamisa A. Mendonça	
Capítulo 22.....	451
Adoecimento por consumo de álcool em uma instituição estadual de Fortaleza: relato de uma experiência	
Maria Girlane Nobre de Souza	
Capítulo 23.....	457
A inserção da pessoa com deficiência no ensino superior do Brasil: avanços e desafios	
Aline Maria da Silva; Estanislau Ferreira Bié	
Capítulo 24	477
O saber-fazer do assistente social em um colégio militar no estado do Ceará	
Maria Girlane Nobre de Souza	
Capítulo 25.....	485
Prevenção e tratamento do câncer do cólon e do reto	
Jefferson F. Rozendo; Sônia Almeida P. Ochotorena; Tamisa A. Mendonça	
Capítulo 26.....	503
A gente quer ter voz ativa e a nossa luta tocar: o encontro das escolas e sua contribuição para o movimento estudantil de serviço social	
Tamiris Gomes Diniz; Aline Maria da Silva	

Capítulo 27.....	519
Precarização do trabalho do profissional assistente social: resistências e sobrevivências	
Marcelo Matos Michiles	

Capítulo 28	543
A especificidade do cras indígena	
Marcelo Matos Michiles	

Capítulo 29.....	565
Políticas sociais de transferência de renda: uma análise do programa bolsa família no Brasil	
Marcelo Matos Michiles	

Apresentação

Os organizadores

A época é de alegria, de aproveitar para ser “brasileiro”. Esta coletânea de artigos foi escrita no ano de copa do mundo “Rússia - 2018”. Neste momento, as atenções ficam voltadas para times, jogos, jogadores, lances e mais uma vez, se deixa para trás necessidades reais. O Brasil, o país do futebol é também um país de desigualdades sociais.

O cenário atual nos apresenta a cada dia, mais e mais miséria, injustiça e exploração econômica. Os excluídos vivem em luta constate em busca de bem-estar, assistência à saúde e medidas que priorizem a igualdade entre os brasileiros, independente da classe social que o indivíduo é classificado.

Os governos implementam programas e projetos sociais que podem minimizar e diminuir a carência de pessoas menos favorecidas, que no Brasil, são a maioria.

A atenção básica à saúde tem deixado muito a desejar. Hospitais sem recursos mínimos são superlotados de cidadãos com necessidades primárias de atendimento. A cultura do brasileiro de estar em enormes filas, já não lhe causa uma dor a mais. A enorme fila já se tornou parte do atendimento.

O sistema de ensino atual tenta qualificar jovens para o trabalho visam preparar para um futuro melhor, buscam inseri-los no mercado com qualificação profissional e não atentam para a necessidade pessoal, a cidadania.

A juventude está imersa em comunidades abandonadas pelo sistema. O campo, as cidades, os bairros e bicos estão faccionados e

o poder público não consegue ter êxito em suas ações preventivas, pois, querem resolver questões sociais utilizando as forças militares.

Diante do sistema capitalista um grupo de profissionais de assistência social, professores e pesquisadores insistem na importância de se olhar para o ser humano. Objetivando a necessidade de criação e implantação de políticas públicas que proporcione cuidados à saúde, o trabalho digno e o bem-estar social.

Nesta coletânea serão exibidas pesquisas, análises e novos paradigmas que envolvem o serviço social, saúde e seus dilemas. No momento onde tudo é deixado de lado diante de um evento esportivo, não se pode deixar de lado nosso maior prêmio, o conhecimento, o aprendizado e a aplicação destes de forma eficaz, verdadeira e direcionada ao indivíduo mais necessitado.

Os textos aqui disponibilizados lhe farão perceber a importância do profissional de assistentes sociais na busca diária pelo bem-estar físico, psicológico e social dos usuários assistidos pelas políticas públicas.

Boa leitura!

Capítulo 1

Os direitos e as garantias da gestante e do bebê na saúde pública no Brasil, sob a perspectiva da assistência social

Ana Lúcia Xavier¹

Maria Zeneide Dutra da Silva²

Solange Lima Simão Bié³

1. Introdução

O período da gestação é uma das maiores transformações que ocorrem com a mulher durante seu período de vida. Conforme Pamplona et al (2012), além da gravidez, outras situações poderão trazer dificuldades para o cotidiano da mulher e alterar as suas atividades, tais como: o parto, o pós-parto, a amamentação e os primeiros meses do bebê.

Este acontecimento que regularmente tem a duração média de 280 dias, ou seja, 40 semanas, seus direitos, já estão previstos na

¹ Graduanda em Serviço Social

² Graduanda em Serviço Social

³ Bacharel em Enfermagem pela FAECE; Pós-graduação *lato sensu* em Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização pela Faculdade Integrada AVM; Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica da UECE; Pós-graduanda em Enfermagem em UTI Pediátrica e Neonatal pela Faculdade Unyleya; Diretora Administrativa do Instituto Superior Sem Fronteiras – ISESF; Organizadora e Membro do Conselho Editorial e Científico das Coleções Saúde no Brasil: Formação Acadêmica, Práticas e Exercício da Profissão; Fazer Educativo; Educação Como Forma de Socialização e Segurança Pública: Direito e Justiça Brasileira. Atualmente Enfermeira Assistencial em Materno Infantil no Hospital Regional UNIMED e Enfermeira Assistencial em Materno Infantil da Secretária Municipal da Saúde de Fortaleza.

legislação brasileira, através do Ministério da Saúde, que aplica e direciona as ações através dos Estados e Municípios, no que dispõe da regulamentação no direito ao atendimento à mulher antes e depois do parto, através das ações do Sistema Único de Saúde – SUS.

Nos últimos anos diversas políticas públicas vêm sendo desenvolvidas para garantir os direitos das gestantes e dos bebês. Ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, através do SUS, em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, o Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê, com informações sobre o pré-natal, o parto humanizado, entre outras ações e promovendo as ações por meio de conselheiros, agentes comunitários, assistentes sociais, postos de saúde, associações comunitárias, etc. (UNICEF, 2011).

Através da elaboração dos Direitos Sociais que compõem o Art. 6º da Constituição Federal de 1988 com a finalidade de melhorar a assistência a população, e nos termos referentes à saúde que está regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), torna obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

A escolha do tema justifica-se, através do exercício da prática da assistência social, que está diretamente vinculada nos termos das leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com o intuito de desenvolver uma prática profissional que viabiliza a participação dos usuários e das equipes multidisciplinares no processo de decisões quanto as ações realizadas no âmbito da saúde, buscando a efetivação de um atendimento mais participativo que, conseqüentemente, fornecerá o exercício da cidadania.

As gestantes, lactantes e portadoras de criança de colo, terão direito ao atendimento prioritário nas unidades de saúde, nos termos da Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, priorizando os aspectos de urgência e emergência. Segundo o Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM nº 1451, de 10/03/1995, o conceito de Urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco

potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. A Emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Os direitos as gestantes, abrangem uma diversidade de aspectos que envolvem a sua saúde, seus direitos sociais e trabalhistas. Nos direitos sociais abrange a prioridade no atendimento em fila de banco, supermercado, anteriormente havia um caixa especial, acesso a porta da frente em lotações e assento preferencial.

A Lei 11.770/2008, institui o programa Empresa Cidadã, que amplia por sessenta dias a duração da licença-maternidade, prevista no inciso XVIII do art. 7º da CF/88, amplia por quinze dias a duração da licença-paternidade, além dos cinco dias já estabelecidos no § 1º do art. 10 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, atualmente disposto na Lei nº 13.257 de 8 de março de 2016.

Os direitos revistos no acompanhamento da gestante inserem no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e estabelece o direito ao atendimento digno e de qualidade, ao direito ao pré-natal adequado, a assistência ao parto a ao puerpério, o recém-nascido tem direito à assistência neonatal, sendo responsáveis pelas garantias dos direitos as autoridades federais, estaduais e municipais, conforme Portaria Nº 569, de 1 de junho de 2000.

Quanto aos objetivos desta pesquisa, é estabelecer a importância do conhecimento e da validação das garantias e dos direitos da gestante e do bebê nos aspectos das leis vigentes brasileiras, nos objetivos específicos é verificar e apresentar a legislação vigente no país que dá as garantias e os direitos da gestante e dos bebês; identificar as responsabilidades na legislação dos entes federativos estaduais, municipais e federais; e apresentar as estatísticas das melhorias e dos investimentos realizados para o atendimento na saúde das gestantes.

O presente trabalho tem como problema de pesquisa: Quais ações estão sendo implantadas para atender os direitos e as garantias da gestante e do bebê na saúde pública no Brasil?

Esta monografia trata-se de uma pesquisa descritiva, documental e bibliográfica, realizada através de um estudo que tem como objetivo apresentar através de uma abordagem qualitativa, as garantias e os direitos da gestante e do bebê nos aspectos das leis vigentes brasileiras e do exercício da prática da assistência social.

O trabalho divide-se em cinco seções: a primeira é a introdução ao assunto, a segunda seção apresenta de forma descritiva os conceitos, teorias e a legislação com base nos estudos da área, a terceira define a metodologia desenvolvida no trabalho, a quarta representa as análises e discussões e por última a quinta seção as considerações finais.

2. Regulamentação da saúde no Brasil

O direito à saúde está previsto na Constituição Federal de 1988, nos artigos de 196 a 200, conforme estabelecido “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”. (CF/88, art. 196).

O Sistema Único de Saúde – SUS, é mantido pelo poder público e abrange um conjunto de serviços e ações prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações.

Conforme o CONAS (2007, p. 169), enfatiza os pilares que requerem reforços especiais na construção do SUS para retomar seu nível de indução inicial como:

- a) a implementação simultânea e articulada dos princípios e diretrizes da Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização, Regionalização e Participação Social, com vistas à construção do modelo de atenção com base nas necessidades e direitos da população local, municipal, regional, estadual e nacional;

- b) o reconhecimento dos limites setoriais na construção do SUS e da saúde da população, e a imperiosidade das articulações com os setores Educação, Previdência Social, Habitação, Trabalho, Segurança Pública, Saneamento, Cultura e outros;
- c) implementação da rede de ações e serviços de atenção básica, acolhedora, resolutiva, com vinculação entre equipes de saúde e grupos familiares e outros, porta de entrada preferencial, e estruturante do sistema;
- d) efetiva regulação do mercado na saúde (saúde suplementar), congruente com o postulado constitucional da relevância pública, com reversão de todas as desonerações das operadoras privadas de planos e seguros às custas dos recursos públicos de saúde;
- e) a retomada das políticas de financiamento e do desenvolvimento dos recursos humanos de saúde, congruentes com os pilares anteriores, e
- f) desconstrução articulada do modelo de atenção centrado nos interesses da oferta: fabricantes dos insumos e parte dos prestadores e profissionais.

A Lei Nº 8.142 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 contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

3. Sistema Único de Saúde – SUS

Conforme o Ministério da Saúde (1990), o Sistema Único de Saúde – SUS, é um novo sistema de saúde implantado no Brasil, com uma nova formulação política e organizacional de atendimento à saúde, com os mesmos princípios organizadores abrangendo todo o território nacional.

A Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da

Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público que constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

Os princípios e as diretrizes do SUS, obedecem ao disposto no art. 7º da Lei Nº 8.080/90 os seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.

Conforme Amaral (2.000, p. 67), para o atendimento as demandas oriundas ao SUS em atenção à saúde, compreende três grandes campos, a saber:

a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;

b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação

de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); e
c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

4. O direito à saúde da gestante, gravidez e pré-natal

Com a evolução da assistência médica e dos atendimentos públicos no país nos últimos anos, e através das necessidades reivindicadas para a ampliação de assistência à saúde da mulher, o direito à saúde passou a ser garantido por forma de lei, como a Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e da promulgação da Constituição Federal em 1988, o sistema único de saúde passaria a ser implantado de forma descentralizada e com instâncias de controle social. (SERRUYA, 2003).

Um programa voltado direto ao cuidado à mulher em todas as etapas de vida foi instituído na década de 80, o PAISM (Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher), assegurando a cobertura e ampliando a melhoria na qualidade das ações do pré-natal, parto e puerpério. (BRIENZA, 2002).

Segundo Santana e Coelho (2005), apesar das propostas conduzidas no PAISM em assistência ao pré-natal, havia questionamentos sobre a condução dos processos, as estatísticas apresentadas e sua implantação, não estabeleceu por completo seu compromisso com o social, conduzindo a diversos problemas discutidos pela ausência das ações praticadas durante as ações.

Criado em meados de 2000 pelo Ministério da Saúde, O SispreNatal-Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, tem por objetivo o desenvolvimento de Ações de Promoção, Prevenção e Assistência à Saúde de Gestantes e Recém-Nascidos, ampliando esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna,

perinatal e neonatal, melhorando o acesso, da cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neo-natal, subsidiando Municípios, Estados e o Ministério da Saúde com informações fundamentais para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. (BRASIL, 2016).

5. Parto Humanizado

O conjunto de demandas estabelecidos que se referem aos direitos fundamentais das mães e da criança, preenche o requisito do termo humanizar. A humanização do atendimento do parto e nascimento privilegia a utilização de toda a tecnologia e técnicas obstétricas disponíveis, tornando os benefícios a serem obtidos maiores que os riscos a serem corridos. (BASILE, 2004).

A Lei 8.080/90 determina que os serviços de saúde são obrigados a permitir a presença, junto à mulher, de um acompanhante de sua escolha durante todo o período do trabalho de parto, durante o nascimento e no pós-parto imediato, em todos os serviços de saúde públicos e particulares. O acompanhante é a pessoa escolhida pela mulher para estar ao seu lado em todos os momentos do parto. Sua presença deve ser garantida, seja mulher ou homem, seja a enfermaria coletiva ou individual. As unidades de saúde precisam ter um aviso, em local visível, informando sobre esse direito, e são obrigadas a cumprir a lei em todas as circunstâncias. (BRASIL, 2015).

Conforme disposto pelo Ministério Público de Pernambuco, através da Cartilha Humanização do Parto, 2015, descreve alguns procedimentos que são realizados de forma rotineira nos partos, mas devem ser evitados, de acordo com as orientações da OMS e do Ministério da Saúde:

- Tricotomia: é a raspagem dos pelos pubianos. É considerada desnecessária.

- Episiotomia (episio ou pique): corte no períneo (região entre a vagina e o ânus) feito com a intenção de facilitar a saída do bebê; é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris atualmente já se sabe que a episiotomia rotineira pode causar mais danos do que benefícios. Por isso, seu uso deve ser limitado.

Quando algum tipo de trauma perineal ocorre, ele pode ser classificado em quatro graus:

Primeiro grau: compreende lesões superficiais, que atingem pele e tecido subcutâneo do períneo ou o epitélio vaginal. Também são consideradas de primeiro grau as lacerações superficiais múltiplas nessas regiões;

Segundo grau: lesões mais profundas que as de primeiro grau, que atingem músculos superficiais do períneo e o corpo perineal;

Terceiro grau: as lesões de terceiro grau mostram-se mais severas, por envolverem músculos perineais e esfíncteres anais, e subdividem-se em:

3a: menos de 50% do esfíncter anal externo afetado;

3b: mais de 50% do esfíncter anal externo afetado;

3c: inclui lesões no esfíncter anal interno;

Quarto grau: além de atingir os tecidos que compreendem o trauma de terceiro grau, o de quarto grau inclui o rompimento do esfíncter anal (externo ou interno ou ambos) e do epitélio anorretal. (DOSSIÊ DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, 2012, Pag 81).

- Enema: é a lavagem intestinal. É incômoda e constrangedora para muitas mulheres, seu uso não traz benefícios para o trabalho de parto. Não deve ser feita. Proibição de ingerir líquidos ou alimentos leves durante o trabalho de parto: segundo a OMS, “o trabalho de parto requer enormes quantidades de energia. Como não se pode

prever a sua duração, é preciso repor as fontes de energia, a fim de garantir o bem-estar fetal e materno”. Em uma gestante de risco habitual, com pouca chance de precisar de anestesia geral, a ingestão de líquidos e alimentos leves deve ser permitida.

- Manobra de Kristeller: é um empurrão dado na barriga da mulher com o objetivo de levar o bebê para o canal de parto. Esta prática pode ser perigosa para o útero e o bebê, não havendo evidências de sua utilidade.

- Soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto: a ocitocina é um hormônio produzido naturalmente pelo corpo da mulher para ajudar no trabalho do parto. É também conhecido como hormônio do amor, importante para a ligação entre mãe e bebê. O uso da ocitocina artificial apenas para acelerar o parto, sem uma indicação correta, não é adequado para a saúde da mãe e do bebê, podendo trazer riscos desnecessários.

- Posição da mulher deitada de barriga para cima durante o parto: é a posição mais desconfortável para a mulher e prejudica o fluxo de sangue e oxigênio para o bebê, além de dificultar o trabalho de parto, aumentando a intensidade da dor durante as contrações e a duração do trabalho de parto. As posições verticais, como ficar em pé, de cócoras, de quatro apoios ou deitada de lado facilitam o nascimento.

- Revisão rotineira, exploração do útero ou lavagem rotineira do útero após o parto: podem causar infecção, traumatismo e choque. Deve-se primeiramente examinar a placenta, para verificar se há alguma anormalidade e só então, caso necessário, realizar a revisão do útero. Mais que isso, a mulher deve ser observada cuidadosamente na primeira hora após o parto, para acompanhar a perda de sangue e a contração uterina.

O parto normal é indicado a todas as mulheres, pois na sua própria natureza sabem parir e não precisam de intervenções desnecessárias. Na hora do parto o bebê sabe sinalizar a hora do seu nascimento assim que estiver pronto para este ato. Neste momento a mulher pode andar, se alimentar e escolher uma posição favorável

para parir, onde deve ser respeitado suas vontades e sua cultura. A recuperação é mais rápida e apresenta menores índices de complicações. (MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO, 2015)

O parto normal é indicado para a gestação de risco habitual, que é aquela que não apresenta características ou situações que aumentam a probabilidade dela e/ou do bebê desenvolverem alguma complicação na gravidez, parto e pós-parto. Dentre estas, tem-se: complicações graves em gestações anteriores, presença de doenças cardíacas, diabetes, HIV/aids etc, e mesmo nas gestações de alto risco, contando que haja um acompanhamento contínuo. (MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO, 2015)

Os partos cesarianas em diversos países teve um grande aumento devido a pedido da própria gestante, desassistindo os critérios indicativos de que este procedimento deveria ser por ordem médica e da necessidade da gestante para no caso de gestação de alto risco, porém o que provém são fatores psicossociais, estéticos, dentre outros, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil. (CURY-FAISAL e MENEZES, 2006).

Segundo a Agencia Nacional de Saúde, 2015, atualmente, no Brasil, o percentual de partos cesáreos chega a 84% na saúde suplementar. Na rede pública este número é menor, de cerca de 40% dos partos. A cesariana, quando não tem indicação médica, ocasiona riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê: aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe. Cerca de 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis no Brasil estão relacionados a prematuridade.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou ano passado uma resolução que estabelece normas para estímulo do parto normal e a consequente redução de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar. As novas regras ampliam o acesso à informação pelas consumidoras de planos de saúde, que poderão solicitar às operadoras os percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico.

Alguns obstetras estão optando por promover as cesarianas, pois um parto normal leva em média 12 horas e sua previsão de acontecimentos poderá ocorrer a qualquer hora do dia, já na opção do parto por cesariana o tempo do parto ocorre em 20 minutos e pode ser marcado de acordo com a conveniência da paciente. Uma análise científica de certidões de nascimento mostra que é mais comum de segunda à sexta das 9 às 17 horas, incluindo também às de emergência. Outra razão seria para evitar ações judiciais. Um estudo mostra que aproximadamente dois terços dos casos em que o bebê faleceu no parto, a razão foi ausência do médico, e quando a enfermeira acionou houve falha na comunicação. (WAGNER, 2006).

Há uma preocupação de todo o sistema de saúde do País quanto ao elevado número de operações cesarianas sem a indicação correta, o que aumenta os riscos para a mulher e o bebê. Atualmente, a maioria dos brasileiros já nasce por cesariana (52%), sendo que este número chega a 88% no sistema privado, enquanto que a OMS recomenda 15% como índice seguro. (ANS, 2015).

São indicações de cesariana: descolamento prematuro da placenta com feto vivo (fora do período expulsivo); prolapso de cordão; quando o bebê está em posição transversal durante o trabalho de parto; gestante soropositiva para HIV; no caso de ruptura de vasa praevia ou ainda herpes genital com lesão ativa no momento em que se inicia o trabalho de parto, dentre outros. Não são indicação de cesariana: cordão enrolado, bebê “grande” ou “pequeno demais”, idade da gestante, seja adolescente ou acima de 35 anos, dentre outros.

6. Parto

Segundo o Ministério da Saúde, toda gestante tem direito de conhecer e se vincular a uma maternidade para receber assistência no âmbito do SUS (Lei nº 11.634/2007). Mulheres e recém-nascidos não podem ser recusados nos serviços e tampouco “peregrinar” em busca de assistência. Se a unidade de saúde não for adequada para

o tipo de atendimento necessário, a gestante deverá ser assistida até que sejam garantidos o transporte seguro e a transferência para outra unidade adequada. Toda transferência deve ser feita após a garantia de um leito, com atendimento prévio e sob os cuidados de um profissional de saúde.

A Lei 11.634, de 27 de dezembro de 2007, dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde no seguinte aspecto:

Art. 1º Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à:

I - maternidade na qual será realizado seu parto;

II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal.

§ 1º A vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal.

§ 2º A maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério.

Art. 2º O Sistema Único de Saúde analisará os requerimentos de transferência da gestante em caso de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade e cuidará da transferência segura da gestante.

Art. 3º A execução desta Lei correrá por conta de recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes suplementares.

O Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições, e Considerando o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento que visa assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania; Considerando que vários estudos da medicina baseados em evidências científicas apontam que o acompanhamento

da parturiente reduz a duração do trabalho de parto, o uso de medicações para alívio da dor e o número de cesáreas, a depressão pós-parto e se constitui em apoio para amamentação.

Considerando a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, resolve:

Art. 1º Regulamentar, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º Para efeito desta Portaria entende-se o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

§ 2º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, cabendo ao gestor a devida formalização dessa autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

§ 3º No valor da diária de acompanhante, estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

Art. 2º Os hospitais públicos e conveniados com o SUS têm prazo de 6 (seis) meses para tomar as providências necessárias ao atendimento do disposto nesta Portaria.

A duração de um parto e o esforço dispendido diferem de mulher para mulher e até na mesma mulher de parto para parto. A duração depende de vários fatores, nomeadamente se se trata do seu primeiro filho ou se já deu à luz anteriormente. Geralmente, um parto pode prolongar-se por doze a catorze horas, no caso do primeiro parto, ao passo que os partos seguintes são, em média, mais curtos. (HOCKELOER, 2005).

O parto pode ser dividido em três fases:

1. Fase da dilatação: Esta fase inicial é a mais longa. O colo do útero da grávida dilata até 9 a 10 centímetros. As contrações são inicialmente pouco intensas e espaçadas entre si;

2. Fase da expulsão: A segunda fase do parto inicia-se assim que o colo do útero se encontra totalmente dilatado e termina com o momento pelo qual esperou tanto tempo: o nascimento do seu bebê;

3. Fase da dequitação: A terceira fase do parto, também chamada de pós-parto, vai desde o nascimento do bebê até à expulsão da placenta e o cessar do sangramento dos vasos que a ligavam ao útero.

A Pesquisa *Nascer no Brasil* (MPPE, 2015, pág. 15) revelou que muitas mulheres não vêm tendo seus direitos respeitados no momento do parto. Muitas até os desconhecem, dificultando a identificação de situações de violação. O resultado da pesquisa é um retrato da assistência ao parto praticada atualmente no Brasil e da necessidade de um esforço conjunto para mudar essa realidade:

- Apenas 25,2% das mulheres tiveram acesso à alimentação durante o trabalho de parto;
- 52% dos nascimentos são por cesariana;
- Apenas 5% das mulheres tiveram partos sem intervenções como cesariana, episiotomia, manobra de Kristeller;
- 53,5% das mulheres sofreram episiotomia;
- 70% das mulheres desejavam dar à luz por parto normal no início da gravidez;
- 91,7% dos partos normais foram na posição deitada (litotomia);
- Apenas 26,6% dos bebês tiveram contato pele a pele com a mãe logo ao nascer;
- 88% dos nascimentos na rede privada são por cesariana;
- Apenas 18,7% das mulheres tiveram garantida a presença contínua de um acompanhante de sua escolha

7. Pós-parto

O Ministério da Saúde lançou uma portaria para regulamentar essa lei. Define como “pós-parto imediato” o período de 10 dias após o parto e dá cobertura para que o acompanhante possa ter acomodação adequada e receber as principais refeições.

Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a Portaria 2.418 de 02 de dezembro de 2005, permite a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS.

No texto regulamentar considera o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento que visa assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania e que vários estudos da medicina baseados em evidências científicas apontam que o acompanhamento da parturiente reduz a duração do trabalho de parto, o uso de medicações para alívio da dor e o número de cesáreas, a depressão pós-parto e se constitui em apoio para amamentação.

Esta resolução não é nova no meio legislativo, em 1983, o hoje extinto INAMPS publicou uma portaria tornando a medida obrigatória em todos os hospitais públicos e conveniados a adoção do alojamento conjunto que é uma das medidas consideradas facilitadoras ao início da amamentação.

A portaria 1.016 de 28 e agosto de 1993 apresenta as características e normas sobre alojamento conjunto considera as necessidades de incentivar a lactação e o aleitamento materno, favorecendo o relacionamento mãe/filho e o desenvolvimento de programas educacionais; a necessidade de diminuir o risco de infecção hospitalar: estimular a integração da equipe multiprofissional de saúde nos diferentes níveis e ainda que o Estatuto da Criança e do Adolescente no capítulo 1, art. 10º, inciso V,

estabelece que: "os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe".

A População a ser atendida são mães - na ausência de patologia que impossibilite ou contraindique o contato com o recém-nascido e recém-nascidos - com boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico, a critério de elemento da equipe de saúde. Considera-se com boa vitalidade os recém-nascidos com mais de 2 quilos, mais de 35 semanas de gestação e índice de APGAR maior que 6 no 5º minuto. Em caso de cesariana, o filho será levado para perto da puérpera entre 2 a 6 horas após o parto, respeitando as condições maternas.

As vantagens de se manter o alojamento conjunto através da permanência do recém-nascido com sua mãe, conforme norma são:

- a) estimular e motivar o aleitamento materno, de acordo com as necessidades da criança, tornando a amamentação mais fisiológica e natural. A amamentação precoce provoca a contração do útero e de seus vasos, atuando como profilaxia das hemorragias pós-parto;
- b) favorecer a precocidade, intensidade, assiduidade do aleitamento materno, e sua manutenção por tempo mais prolongado;
- c) fortalecer os laços afetivos entre mãe e filho, através do relacionamento precoce;
- d) permitir a observação constante do recém-nato pela mãe, o que a faz conhecer melhor seu filho e possibilitar a comunicação imediata de qualquer anormalidade;
- e) oferecer condições à enfermagem de promover o treinamento materno, através de demonstrações práticas dos cuidados indispensáveis ao recém-nascido e à puérpera;
- f) manter intercâmbio biopsicossocial entre a mãe, a criança e os demais membros da família;

- g) diminuir o risco de infecção hospitalar;
- h) facilitar o encontro da mãe com o pediatra por ocasião das visitas médicas para o exame do recém-nascido, possibilitando troca de informações entre ambos;
- i) desativar o berçário para recém-nascidos normais, cuja área poderá ser utilizada de acordo com outras necessidades do hospital.

Para gerar as ações constituídas pela norma regulamentadora do alojamento conjunto, algumas atribuições foram remanejadas para dispoem as equipes de saúde:

- a) preparar a gestante no pré-natal para o sistema de "Alojamento Conjunto";
- b) estimular o contato precoce mãe-filho na sala de parto, ajudando as mães a iniciar o aleitamento na primeira hora após o nascimento;
- c) encorajar o aleitamento sob livre demanda;
- d) não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida, além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico;
- e) não dar bicos artificiais ou chupetas às crianças amamentadas ao seio;
- f) proibir que as mães amamentem outros recém-nascidos que não os seus (amamentação cruzada);
- g) orientar a participação gradual da mãe no atendimento ao recém-nascido;
- h) realizar visita diária às puérperas, esclarecendo, orientando, e dando segurança à mãe quanto ao seu estado e ao de seu filho;

- i) ministrar às mães palestras e aulas abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição;
- j) participar do treinamento em serviço, como condição básica para garantir a qualidade da assistência;
- l) identificar e enfatizar os recursos disponíveis na comunidade para atendimento continuado das mães e da criança, referindo-as ou agendando-as para acompanhamento no serviço de saúde ainda nos primeiros 15 dias.

A Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 da ANVISA, em 3 de junho de 2008, aprovou em junho de 2008 uma resolução que regulamenta o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Também estabelece parâmetros para o funcionamento dos serviços que prestam atendimento a partos e nascimentos. Dentre os temas abordados, contém informações sobre como deve ser a estrutura física, sobre prevenção e controle de infecção para trabalhadores, mulheres e seus acompanhantes, sobre biossegurança, entre outros.

Conforme Finkelman (2002) o sistema de saúde no Brasil, em sua estrutura e funcionamento institucional, apresenta, de um lado, forte participação do setor privado na assistência hospitalar e, de outro, forte participação do setor público na assistência ambulatorial. As entidades privadas de assistência à saúde também participam de forma complementar ao SUS, dando-se preferência, de acordo com diretriz constitucional, às organizações não lucrativas.

8. Violência obstétrica

O parto é um dos momentos mais marcantes na vida da mulher, porém pode tornar-se uma experiência traumática, na qual ela sentiu-se agredida ou violentada por aqueles que deveriam lhe prestar assistência. Este ato entende-se por violência obstétrica, causada pela falta de humanização no atendimento, abuso de ações

intervencionistas ou qualquer outra ação que venha a ferir o princípio da dignidade da pessoa. (JUAREZ et al, 2012).

A violência contra a mulher torna-se uma das mais antigas expressões da violência de gênero. O histórico cultural da sociedade e a forma de expressar sua manifestação religiosa, exprime a replicação do pensamento de que as dores do parto são as punições que as mulheres devem sofrer em forma de castigo por ter cometido o pecado original. (BEZERRA; CARDOSO, 2006).

Casos de violência contra a mulher correm o risco de não serem notificados, por diversos motivos, causando assim falhas nos processos estatísticos e de resolução dos problemas. Nestes aspectos as causas de mortalidade no Brasil as mais frequentes são aquelas consideradas evitáveis como hipertensão, hemorragia, infecção e complicações de aborto (VICTORA et al., 2011).

Apesar de diversos benefícios concedidos e aprovados por forma de lei, manter a presença de um acompanhante para a mulher em trabalho de parto ainda gera situações de proibições e desconforto, das quais ainda impedem a entrada e a permanência de um acompanhante escolhido pela mulher. A privação do direito ao acompanhante durante a cesárea e após a cirurgia é tão recorrente em nosso país que pesquisas denominam a recuperação anestésica como o período de ficar “largada no cantinho” (SALGADO, 2012; LINO, 2010).

Conforme Hockeloer (2005, pág. 65), considera-se descumprimento do direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no pré-parto, parto e pós-parto imediato quando:

1) **houve restrição da escolha da mulher.** Exemplos: “só pode entrar se for uma mulher”, “só pode entrar se for o pai”, “só pode entrar se for da família”, “só pode entrar se for profissional da área médica”

2) **houve restrição do tempo de permanência do acompanhante.** Exemplos: “só pode entrar no pré-parto”, “só pode entrar no

momento do parto”, “só pode ficar durante o pós-parto”, “só pode ficar durante o horário de visitas”;

3) ***houve restrição pelo vínculo com a instituição***. Exemplos: “esse direito só vale para o SUS”, “só pode na ala privada”, “só para quem paga quarto”, “é um direito só para quem tem plano de quarto privativo”, “não pode ficar acompanhante para quem tem acomodação de enfermaria ou quarto coletivo”, “só para o particular”

4) ***houve restrição pelo tipo de parto***. Exemplos: “só pode acompanhante em parto normal”, “só pode acompanhante se for cesárea”.

Outra alegação muito frequente para proibir a entrada de acompanhantes é de que a Lei não cita “bloco cirúrgico” ou “cesárea” no texto. A classificação oficialmente adotada pelo Brasil, o CID-10, classifica cesárea como um subtipo de parto. Essa classificação é de conhecimento de todos os profissionais da área da saúde.

5) ***houve impedimento da entrada ou permanência de acompanhante***. Exemplos de outras alegações: “o médico não deixou”, “é um protocolo do hospital”, “o anestesista não deixou”, “allegaram desconhecer essa lei”, “segurança entrou e retirou o acompanhante de dentro do quarto”, “disseram que iam deixar entrar depois, mas não deixaram”.

9. Metodologia

Quanto aos procedimentos, trata-se de uma revisão bibliográfica, pois conforme Gil (2010), explica que a pesquisa bibliográfica é desenvolvida mediante material já elaborado, principalmente livros e artigos científicos. Apesar de praticamente todos os outros tipos de estudo exigirem trabalho dessa natureza, há pesquisas exclusivamente desenvolvidas por meio de fontes bibliográficas, no caso, citado nesta pesquisa, grandes nomes nacionais do desenvolvimento da pesquisa relativa aos direitos e

garantias da gestante e do bebê, como Cury, Finkelman, Lino, dentre outros.

Conforme a abordagem do problema, deve-se considerar como uma pesquisa qualitativa, pois considera uma relação entre o real e o sujeito, e os aspectos levantados em relação ao papel do poder público e da mãe, criança e família, apresenta-se de forma descritiva e textual, pois conforme Prodanov e Freitas (2013, p. 70), o conceito de pesquisa qualitativa requer o seguinte:

Esta não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. Tal pesquisa é descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem.

10. Conclusões

Quanto ao parâmetro desta pesquisa, teve como foco as questões nos âmbitos sociais e de políticas públicas, em relação aos direitos e garantias da gestante e do bebê, durante todo o processo de gestação, abrangendo ainda o pós-parto e o nascituro. Estas relações de direitos e garantias expostos na legislação foram colocadas de maneira descrita, para que possa observar e utilizar desses direitos, que por muitas vezes são desconhecidos pelas próprias gestante, como também não são resguardados seus direitos pelo poder público ou privado.

Quanto aos objetivos desta pesquisa, além de apresentado nas questões literárias, foi estabelecer a importância do conhecimento e da validação das garantias e dos direitos da gestante e do bebê nos aspectos das leis vigentes brasileiras, abrangendo principalmente a relação quanto ao Sistema Único de Saúde – SUS, SispreNatal – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, tem por objetivo o desenvolvimento de Ações de Promoção, Prevenção e Assistência à Saúde de Gestantes e Recém-Nascidos, ampliando esforços no sentido de reduzir as altas

taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, melhorando o acesso, da cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal.

Outro fator relevante observado, é que através da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Ministério da Saúde, publicou uma resolução que estabelece normas para estímulo do parto normal e a consequente redução de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar, pela alta taxa de mulheres optando pela cesárea, sendo que um parto normal leva em média 12 horas e sua previsão de acontecimentos poderá ocorrer a qualquer hora do dia, já na opção do parto por cesariana o tempo do parto ocorre em 20 minutos e pode ser marcado de acordo com a conveniência da paciente.

Um dos problemas enfrentados pelas gestantes, foi regulamentado através do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento que visa assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério às gestantes e ao recém-nascido, pois estudos apontam que o acompanhamento da parturiente reduz a duração do trabalho de parto, o uso de medicações para alívio da dor e o número de cesáreas, a depressão pós-parto e se constitui em apoio para amamentação.

Quanto aos direitos do nascituro, pode se observar no Estatuto da Criança e do Adolescente no capítulo 1, art. 10º, inciso V, estabelece que: "os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe". Considera-se com boa vitalidade os recém-nascidos com mais de 2 quilos, mais de 35 semanas de gestação e índice de APGAR maior que 6 no 5º minuto. Em caso de cesariana, o filho será levado para perto da puérpera entre 2 a 6 horas após o parto, respeitando as condições maternas.

Estas regulamentações e legislações somam um valor abrangente para uma descrição geral incorporada ao Sistema Único de Saúde, onde toda gestante estará vinculada a maternidade na qual será realizado seu parto e pré-natal, incluindo transferência ou falta de aptidão do local, acarretando com todos os custos, por meio de orçamentos da Seguridade Social, da União, dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios, além de fontes suplementares.

Referências

BASILE, A. L. O & PINHEIRO, M.S. B. Centro de Parto Normal: O Futuro no presente. São Paulo, 2004.

BRASIL. Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação a maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

CURY, A. F.; MENEZES, P. P. Fatores associados à preferência por cesariana. Ver. Saúde Pública. São Paulo, v. 2, n. 40, abr. 2006.

Dossiê da Violência Obstétrica. “Parirás com dor”. Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, 2010.

FINKELMAN, J., org. *Caminhos da saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância -, o Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê, 2011.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar Projetos de Pesquisa. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HOCKELOER, Joachim. Guia nuk da gravidez, São Paulo, 2005.

LINO, Helena da Costa. O bem-estar no parto sob o ponto de vista das pacientes e profissionais na assistência obstétrica. Dissertação (mestrado em saúde pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2010.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO. Cartilha Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos. Comitê Estadual de Estudos de Mortalidade Materna de Pernambuco. - Recife: Procuradoria Geral de Justiça, Ministério Público de Pernambuco 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. ABC do SUS, Doutrinas e Princípios. Brasília, DF. 1990.

PAMPLONA, Vitoria. Mulher, parto e psicodrama. Ed. Agora, p. 104, SP, 2012.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani César de. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. Ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2010.

SALGADO, Heloísa. A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. Dissertação (mestrado em saúde pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2012.

Capítulo 2

As políticas sociais de proteção ao idoso em situação de risco

Maria Zeneide Dutra da Silva¹

Ana Lúcia Xavier²

Solange Lima Simão Bié³

Introdução

Atingir a maturidade já é um grande obstáculo nas condições políticas e sociais em que nos encontramos. Além da própria vulnerabilidade pelas condições físicas da idade, ainda tem que se deparar com as condições impostas pela sociedade, como a discriminação por torná-lo em um conceito de inútil, que não possui autonomia para tomar suas decisões ou ainda o considerando como incapaz.

Nesses mesmos aspectos, Minayo (2004) afirma que o idoso, dentro da sociedade capitalista, é visto como um inútil, tratado como

¹ Graduanda em Serviço Social

² Graduanda em Serviço Social

³ Bacharel em Enfermagem pela FAECE; Pós-graduação *lato sensu* em Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização pela Faculdade Integrada AVM; Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica da UECE; Pós-graduanda em Enfermagem em UTI Pediátrica e Neonatal pela Faculdade Unyleya; Diretora Administrativa do Instituto Superior Sem Fronteiras – ISESF; Organizadora e Membro do Conselho Editorial e Científico das Coleções Saúde no Brasil: Formação Acadêmica, Práticas e Exercício da Profissão; Fazer Educativo; Educação Como Forma de Socialização e Segurança Pública: Direito e Justiça Brasileira. Atualmente Enfermeira Assistencial em Materno Infantil no Hospital Regional UNIMED e Enfermeira Assistencial em Materno Infantil da Secretária Municipal da Saúde de Fortaleza.

algo descartável, dado ao fato de que ele não trabalha e não produz, descaracterizando-se como um sujeito economicamente ativo, tornando-o descartável devido à ausência de sua força no mercado de trabalho. Sendo assim, visto que o ser humano na sociedade é visto pela sua força de trabalho, pelo que é e produz, a partir desse momento de sua vida, ele se torna descartável para a sociedade.

Os mais vulneráveis nesta relação são as camadas sociais mais empobrecidas, e os idosos que se encontram nesta relação passaram a ingressar no Benefício de Prestação Continuada – BPC-LOAS, criado em 2003, um programa de transferência de renda para idosos de 65 anos, como um suporte social de recursos para o sistema de proteção ao idoso, buscando melhorar as expectativas que incluem, junto com a família e a sociedade, os fatores efetivos de inclusão, a sociabilidade, a participação ativa e a relação da construção material de seu patrimônio (Medeiros, Britto & Soares, 2007).

A proteção social ao idoso e fazer valer seus direitos e garantias é papel de todos e dever do Estado. Esta relação jurídica pode ser observada através da criação da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, destinada a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e que, em seu artigo 3º, descreve o seguinte:

É obrigação da família, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no senso realizado segundo pesquisas do PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio (2009), havia no país uma população de 21 milhões de habitantes com mais de 60 anos de idade, tendo um crescimento de 9,1% para 11,3% nos últimos 10 anos (1999 a 2009), e, de acordo com dados relativos, em apenas 25 anos, contaremos com aproximadamente 14% da população envelhecida.

As políticas públicas, por meio da assistência social, intencionam, conforme as diretrizes da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), realizar ações de proteção básica, visando à prevenção das situações em que se encontram os idosos, no contexto de vulnerabilidade e risco. Atentam ainda aos fatores de riscos para a violência doméstica e outros tipos de violência que os mesmos possam sofrer, incluindo em serviços de convivência, e, no caso de violência física, sexual ou psicológica, encaminhar conforme a necessidade do atendimento, policial ou jurídico.

A escolha do tema justifica-se pelo fato de que, apesar da construção das políticas públicas de proteção ao idoso, ainda há um crescente número de ocorrências em relação a maus tratos e abandono. E, devido à população em alguns anos tornar-se um quantitativo maior de idosos, deve-se antecipar a resolução desses problemas e buscar uma forma de prevenção mais efetiva através das políticas públicas e das ações sociais.

Quanto aos objetivos dessa pesquisa, busca demonstrar um quadro sobre como está a situação social dos idosos no país, a história das políticas sociais de proteção e amparo, e, através dos objetivos específicos, apresentar as ações públicas através do assistencialismo, o papel da família, da sociedade e do estado na proteção ao idoso, as estatísticas no país e a classificação dos riscos e a fragilidade dos idosos.

Este trabalho é um estudo descritivo sobre os riscos e a vulnerabilidade dos idosos no país, que usará como fonte de pesquisa a bibliografia de autores e a legislação abrangente no país, sendo abordada também a característica qualitativa da coleta das informações.

2. Vulnerabilidade, risco e violência ao idoso

O idoso, ser social que se encontra em um momento especial e único na sua vida, torna-se uma vítima da sociedade, e esse próprio fato ocorre no lugar onde ele deve ser amparado, que, no caso, é o

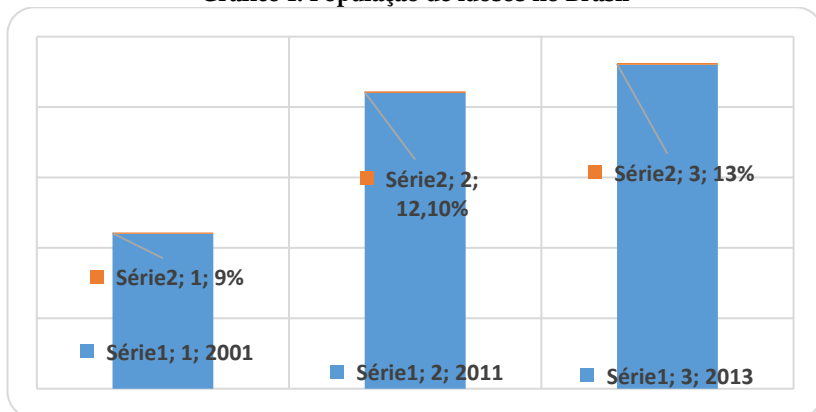
seu lar. A família, principal mentora desta relação, comete diversos crimes com o idoso, comprometendo a sua saúde física e mental, conforme Espinheira (2013, p. 26):

Quando, a este quadro, se associa uma situação de mau ambiente familiar, por existência de conflitos entre os membros, por inexistência de relações de proximidade, por desresponsabilização de alguns, somos confrontados com a rejeição do idoso, tornando-o vítima de momentos de agressividades, negligência ou mesmo maltrato (apud Barreto 2005).

Estes conflitos que são vivenciados dentro ou fora do ambiente familiar trazem consigo relações que proporcionam um grande stress e uma tensão permanente de convivência, pelo fato de os idosos estarem sofrendo um isolamento progressivo do seu meio familiar, a questão do desprezo, da sensação de desconforto e agressão psicológica e, inclusive, física, colocando-os em situação precária de vida (Espinheira, 2013).

É considerado idoso no país as pessoas que possuem mais de 60 anos de idade, conforme estatuto do idoso, e essa população vem crescendo gradativamente nos últimos anos, conforme demonstra o gráfico 1.

Gráfico 1. População de idosos no Brasil



Fonte: IBGE/PNAD (2013). Adaptado

Segundo IBGE, em 2011 o país tinha 15,5 milhões de idosos, representando 9% da população; em 2011 esse número passou para 23,5 milhões, representando 12,1%; e em 2013 para 26,1 milhões, representando 13% da população. Isso demonstra um crescimento de quase 70%.

A Secretaria de Direitos Humanos apresenta dados sobre o envelhecimento no Brasil, e estima-se um crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2020, conforme Tabela 1, estipulando que neste período haverá mais idosos que crianças e que o número de mulheres idosas será maior do que de homens idosos. Por esses aspectos, as políticas públicas voltadas aos direitos do idoso deverão se expandir e buscar atingir com mais propriedade recursos e assistência a esse público em crescimento.

Tabela 1. Cenário de crescimento da população idosa

	2000		2010		2020	
	Masculina	Feminina	Masculina	Feminina	Masculina	Feminina
Proporção de população idosa (60 e mais)	7,80%	9,30%	8,40%	10,50%	11,10%	14,00%
Proporção da população Grupo de idades						
60-64	46,80%	53,20%	46,40%	53,60%	45,60%	54,40%
65-69	45,80%	54,20%	45,20%	54,80%	44,50%	55,50%
70-74	44,80%	55,20%	43,20%	56,80%	42,80%	57,20%
75-79	43,90%	56,10%	40,20%	59,80%	39,90%	60,10%
80 ou mais	39,90%	60,10%	34,70%	65,30%	33,80%	66,20%
População idosa	6.533.784	8.002.245	7.952.773	10.271.470	11.328.144	15.005.250

Fonte: SDH, Estatísticas (2012)

3. Conceito de violência, abuso e maus tratos

A violência contra o idoso é considerada crime, cuja pena máxima poderá chegar a quatro anos, dependendo do tipo de ocorrência gerada ou proferida ao idoso. Como exemplifica Rovinski e Cruz (2009), os tipos mais frequentes são negligência com o idoso, abuso físico, abuso verbal ou psicológico, sonegação de alimentos, confinamento, agressão física ou verbal, sonegação financeira, dentre outros.

Podem-se observar os aspectos legais no estatuto do idoso, por meio da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que qualifica e quantifica as penas cometidas ao idoso, tanto no seio familiar como fora dele, previstos do artigo 93 ao 108, que abrange os aspectos de violência, abuso e maus tratos ao idoso, conforme disposto a seguir:

Art. 96. Discriminar pessoa idosa, impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias, aos meios de transporte, ao direito de contratar ou por qualquer outro meio ou instrumento necessário ao exercício da cidadania, por motivo de idade: Pena - reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

§ 1.º Na mesma pena incorre quem desdenhar, humilhar, menosprezar ou discriminar pessoa idosa, por qualquer motivo.

§ 2.º A pena será aumentada de 1/3 (um terço) se a vítima se encontrar sob os cuidados ou responsabilidade do agente.

Art. 97. Deixar de prestar assistência ao idoso, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, em situação de iminente perigo, ou recusar, retardar ou dificultar sua assistência à saúde, sem justa causa, ou não pedir, nesses casos, o socorro de autoridade pública: Pena - detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Art. 98. Abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência, ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei ou mandado: Pena - detenção de 6 (seis) meses a 3 (três) anos e multa.

Art. 99. Expor a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo, ou sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado: Pena - detenção de 2 (dois) meses a 1 (um) ano e multa.

Art. 100. Constitui crime punível com reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa: I - obstar o acesso de alguém a qualquer cargo público por motivo de idade; II - negar a alguém, por motivo de idade, emprego ou trabalho; III - recusar, retardar ou dificultar atendimento ou deixar de prestar assistência à saúde, sem justa causa, à pessoa idosa; IV - deixar de cumprir, retardar ou frustrar, sem justo motivo, a execução de ordem judicial expedida na ação civil a que alude esta Lei; V - recusar, retardar ou omitir dados técnicos indispensáveis à propositura da ação civil objeto desta Lei, quando requisitados pelo Ministério Público.

Art. 101. Deixar de cumprir, retardar ou frustrar, sem justo motivo, a execução de ordem judicial expedida nas ações em que for parte ou interveniente o idoso: Pena - detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Art. 102. Apropriar-se de ou desviar bens, proventos, pensão ou qualquer outro rendimento do idoso, dando-lhes aplicação diversa da de sua finalidade: Pena - reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos e multa.

Art. 103. Negar o acolhimento ou a permanência do idoso, como abrigado, por recusa deste em outorgar procuração à entidade de atendimento: Pena - detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

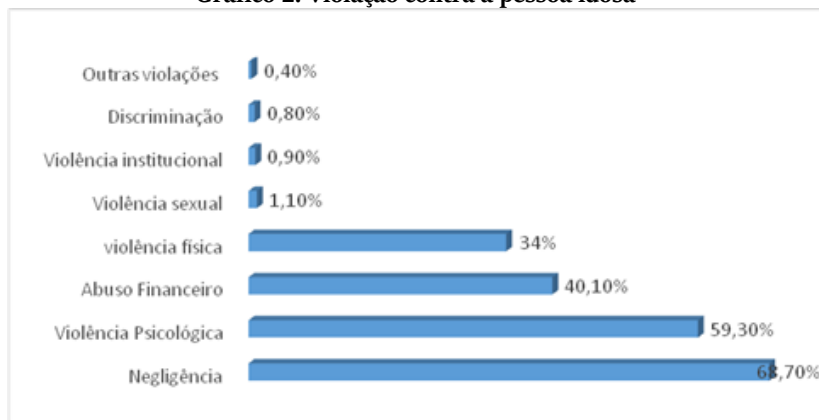
Art. 104. Reter o cartão magnético de conta bancária relativa a benefícios, proventos ou pensão do idoso, bem como qualquer outro documento com objetivo de assegurar recebimento ou ressarcimento de dívida: Pena - detenção de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos e multa.

Art. 105. Exibir ou veicular, por qualquer meio de comunicação, informações ou imagens depreciativas ou injuriosas à pessoa do idoso: Pena - detenção de 1 (um) a 3 (três) anos e multa.

Nesta fase da vida, é comum o processo de envelhecimento e, conseqüentemente, a perda física e psicológica, tornando o idoso mais vulnerável a diversos infortúnios dos quais não consegue defender-se. Zimmerman (2000) caracteriza o idoso como um mais: mais anos de vida, mais doenças crônicas, mais sofre preconceitos, mais experiência.

A velhice é uma condição, que não significa sinônimo de envelhecimento. Segundo Fernandes (2000), um caracteriza a idade, determinando-a; o outro significa um processo. Porém, nestas condições, o idoso está propício a sofrer abusos de diversas ordens por estar mais fragilizado pelo peso da idade. Conforme SDH, por meio da Delegacia de Direitos do Idoso, foram registradas em 2012, totalizando 21.404, denúncias de violências, onde, 68,7% de violações por negligência, 59,3% de violência psicológica, e outros fatores conforme visto no gráfico 2.

Gráfico 2. Violação contra a pessoa idosa



Fonte: SDH, DDH, estatísticas (2012)

As intervenções aos idosos que sofrem maus tratos exigem, além de cuidados especiais, técnicas específicas para que haja uma plena conscientização de ações e conhecimento de realidade, onde consiga inserir da melhor maneira possível o idoso ao seu fator de

consciência e estabilidade emocional e social, com a ajuda da família e especialistas, como explica Potter e Perry (2013, p.197):

Os princípios de orientação para a realidade oferecem diretrizes úteis para se comunicar com indivíduos agudamente confusos. Os principais elementos de orientação para a realidade incluem lembretes frequentes de pessoa, tempo e local; a utilização de ajudas ambientais, tais como relógios, calendários, e pertences pessoais; e estabilidade de ambiente, de rotina, e funcionários. No entanto, não continue a reorientar idosos com comprometimentos cognitivos crônicos. A comunicação é sempre respeitosa, paciente e calma. Responda às perguntas ao idoso de forma simples e honesta, com sensibilidade e uma atitude cuidadosa.

Esta busca por conforto e amparo legal torna o papel do assistente social fundamental nos direitos e garantias de assistência e benefício ao idoso, envolvido dentro das políticas públicas assistenciais, no que tange o direito ao estatuto do idoso e seus amparos legais, buscar as resoluções para os problemas em torno da vulnerabilidade vivida dentro dos aspectos da violência, como define Rovinski e Cruz (2009, p. 72):

Homes e mulheres estão sujeitos à violência, e o agressor tem algum grau de parentesco com a vítima de violência. Os maus tratos podem ocorrer, também, por meio dos cônjuges, sendo que as agressões sofridas pelos homens tendem a ser as mais graves do que pelas mulheres. Em termos de perfil, os idosos, vítimas de maus tratos, têm aproximadamente 75 anos de idade, são pessoas que precisam de muita atenção, não possuem bom relacionamento com a família, estão com a saúde fragilizada e possuem histórico de violência familiar.

Com propostas para melhoria das relações que buscam aprovar direitos e garantias para os idosos no país, propostas prioritárias foram dialogadas e construídas pelos grupos de trabalhos e aprovadas pelos delegados na Plenária Final da 3ª Conferência Nacional dos Direitos das Pessoas Idosas, realizada no dia 23 a 25 de novembro de 2011, em Brasília/DF nas dependências

da Confederação Nacional dos Trabalhadores no Comércio, as quais estabelecem alguns aspectos como:

Alteração da legislação para:

- a) reduzir para 60 anos a idade para acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) (Lei 8742/1993);
- b) alterar a renda per capita do acesso ao Benefício de Prestação Continuada (Lei 8742/1993) - BPC de inferior a $\frac{1}{4}$ salário mínimo para até meio salário mínimo;
- c) não considerar, para efeito de cálculo da renda familiar, os benefícios previdenciários no valor de um salário mínimo, percebidos por outro idoso e pessoa portadora de deficiência;
- d) em caso de falecimento do beneficiário, que o cônjuge tenha direito ao gozo do benefício de “pensão”;

Ampliar e co-financiar a criação de:

- a) Criação da Secretaria Nacional do Idoso;
- b) Centros de Combate à Violência e Maus Tratos contra a Pessoa Idosa;
- c) Centros de Referências;
- d) Delegacias Especializadas, fortalecendo a rede de proteção e defesa das pessoas idosas em situação de violência, buscando a agilidade do Poder Judiciário, com vistas à implementação do Plano de Ação de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa.

4. A intervenção do gerontólogo social

Os aspectos a serem observados nos idosos em relação à perda de autonomia ou independência podem não estar relacionados exclusivamente a um fator orgânico, eles podem também estar associados a fatores sociais, tais como isolamento, maus tratos, abandono, dentre outros. Para assimilar estes comportamentos e trabalhar atividades que contribuam para a acessibilidade e o convívio social, cabe a responsabilidade ao gerontólogo, por meio de terapia ocupacional que atenda a população por meio de atividades culturais, de lazer, planejamento de ambientes, dentre outras (FILHO e KIKUCHI, 2012).

Outro fator importante nesta faixa etária é questão de que a terceira idade é a época mais longa da vida, podendo durar mais de trinta anos, e nesta época é onde as pessoas costumam se sentir mais desvalorizadas, inclusive pela própria sociedade capitalista, visto o fator de produção, privilegiando as pessoas economicamente ativas e seus aspectos econômicos (COSTA, 2007).

Neste conceito nasce a gerontologia, que é a ciência que estuda o envelhecimento e os fatores envolvidos. Esses estudos contribuem para a descoberta de diversos fatores relacionados ao envelhecimento, pois segundo estudos e a contribuição da geriatria, pode-se citar, “o idoso morre gradualmente enquanto ainda vive”. Dentre outros estudiosos que tratam dessas especificações, Silva (2014, p.19) afirma:

Com o avançar da idade, ocorrem alterações estruturais e funcionais características de um envelhecimento normal, denominadas senescência, que nem sempre são decorrentes de morbididades. No entanto, o processo mórbido é denominado senilidade. Uma linha tênue separa esses dois conceitos, os quais têm sido discutidos por vários pesquisadores da área da gerontologia, que questionam a influência de fatores extrínsecos nessas alterações. Acredita-se que, a partir dos 30 anos de idade, perde-se 1% das funções orgânicas a cada ano. Essa perda pode se acentuar com o avançar da idade, provocando sobrecarga funcional. Entretanto, o declínio das funções orgânicas acontece de forma diferente para cada indivíduo, e relaciona-se a fatores extrínsecos que podem contribuir para o aparecimento de várias enfermidades que são mais graves em idosos, quando comparados aos adultos.

Além da relação biopsicossocial, voltada para as dinâmicas relativas aos aspectos culturais e sociais do idoso, a intervenção da gerontologia visa trazer uma preocupação com o aspecto físico do idoso. Devido ao fator do envelhecimento, suas atividades motoras comprometem-se ao longo dos anos, então facilitar a execução de atividades diárias e gerar autonomia e independência é fundamental para o desenvolvimento e desempenho do idoso. Avaliando alguns

pressupostos necessários do ambiente físico e seus seguintes aspectos, Filho e Kikuchi (2012, p.165) discorrem:

- Características físicas e arquitetônicas da residência: tipos de parede, pisos, porta, presença de escadas, número de cômodos, iluminação, ventilação, circulação, e características do mobiliário, como disposição, quantidade e presença de tapetes;
- Acessibilidade: verifica-se se objetos e/ou equipamentos e/ou ferramentas necessários ao desempenho ocupacional do idoso estão em um nível de alcance adequado/confortável, de modo a permitir facilmente sua obtenção. São objetos utilizados nas atividades de vida diária (pente, escova de dentes, telefone, entre outros) e os dispositivos de ajuda como andadores, barras de apoio, sanitário e boxe de banho;
- Segurança: checam-se as condições que predisõem a riscos e acidentes, como quedas, queimaduras, cortes, contusões, intoxicações por substâncias nocivas e choques elétricos; presença de tapetes, principalmente na área de circulação, piso escorregadio e/ou molhado, escadas, corrimãos, sinalização adequada, iluminação insuficiente ou ofuscante, fiação elétrica aparente, mobílias instáveis ou mal dispostas, poltronas e camas com altura inadequada, acondicionamento de produtos de limpeza, medicação ou outras substâncias químicas em local de fácil acesso ou misturadas com produtos de higiene pessoal. Áreas de alto risco como banheiros e escadas devem merecer atenção especial;
- Pistas visuais e auditivas: calendários, relógios, despertadores, ambientes com janelas que permitam identificar se é dia ou noite, marcadores no chão indicando a presença de degraus, rampa ou desnível de um ambiente para outro.

Visto esses pontos, pode-se observar a relação de associação do surgimento da gerontologia à vida humana em sociedade, no caso específico do idoso, com ações em atenção à participação social, nos processos de inclusão, realizados de maneira integradas ao atendimento em equipes, com médicos, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, dentre outros, devido à grande demanda e o desafio profissional, como afirma Silva et al (2014, p.16):

A gerontologia pode ser considerada resultado das relações sociais e da realidade social. O crescimento acelerado da população idosa sugere o aumento de demandas nas áreas de prestação de serviços, pesquisa e políticas públicas, proporcionando o surgimento do profissional da área da gerontologia para que responda aos desafios do envelhecimento com “competência teórico-metodológico e ético-política”. Portanto, o currículo da gerontologia está associado à vida humana em sociedade e se refere ao envelhecimento e à vida do idoso nessa sociedade, sendo esse idoso o resultado do seu curso de vida.

Uma das práticas a serem desenvolvidas como atividades recreativas para os idosos são jogos e brincadeiras, através das dinâmicas de grupo e atividades que estimulem e despertem propriedades cognitivas e busquem incentivar a resoluções de conflitos, atividades corporais, para despertar a liderança, uso da memória, fomentar a integração, dentre outros aspectos, como afirma Carvalho (2009, p.14):

[...] jogos e brincadeiras, no geral, são considerados atividades dinamizadoras que podem estimular as funções cognitivas e a criatividade, ampliar o imaginário e o repertório gestual, bem como liberar emoções, reforçar o autoconceito, a autoestima e a autoimagem, e facilitar a interação entre os participantes. Entre essas possibilidades de estimulação, a ludicidade é uma das mais significativas, porque está relacionada com o prazer de fazer.

Com essas atividades, pode-se observar que os estímulos serão desencadeados e proporcionarão o desenvolvimento cognitivo dos idosos. Essas atividades irão estimular os aspectos biopsicossociais oferecidos através das atividades de dinâmicas, que irão observar alguns aspectos antes de exercer estas práticas com os idosos, tais como: facilidade ou dificuldade de locomoção, não utilizar dinâmicas que requeiram um nível de escolaridade, sendo adequada para todos os idosos.

Outro fator a ser observado é referente às atividades sugeridas, pois geralmente são apresentadas e direcionadas a

grupos de idosos que não apresentam alterações cognitivas e grupos com alterações cognitivas de grau leve. Com isso no quadro 1, serão demonstradas 30 possibilidades de estimulação, relacionadas aos aspectos biopsicossociais oferecidas pela dinâmica, relacionadas juntamente com seus significados, conforme Carvalho (2009, p. 17).

Quadro 1. Estimulação Biopsicossocial

Estímulo	Aspectos relativos
Adaptação	Ajustamento a novas situações experimentais pelo próprio integrante e/ou relacionadas com o meio ambiente.
Atenção	Estado de concentração em determinado ponto ou situação.
Associação de ideias	Relação que se estabelece a partir de ideias, palavras, gestos ou outros estímulos.
Comunicação	Emissão, transmissão e recepção de mensagens verbais e não-verbais.
Contato	Comunicação tátil entre as partes do corpo de uma pessoa, de duas ou mais pessoas.
Cooperativos	Ações conjuntas de colaboração entre duas ou mais pessoas.
Coordenação	Ajustes articulados de movimentos realizados por uma pessoa ou por duas ou mais pessoas entre si.
Criativos	Ações ou contextos que estimulam a capacidade de criar.
Descontração	Desinibição, ausência de constrangimento.
Equilíbrio	Manutenção ou restabelecimento de uma postura estável.
Expressão afetiva	Comunicação de sentimentos e emoções por palavras e/ou gestos.
Expressão gestual	Comunicação por meio de gestos.
Expressão verbal	Comunicação por meio de palavras.
Expressão sonora	Comunicação por meio de sons.
Harmonização	Regulação de atividades físicas e/ou psíquicas.
Inovadores	Inéditos, diferentes dos conhecidos.
Integração grupal	Interação, união entre as pessoas de um grupo.
Lateralidade	Capacidade de conduzir pessoas como líder.
Lúdicos	Divertidos, recreativos, alegres.
Memorização	Capacidade de retenção da memória.
Olhar	Permitir olhar as pessoas e ser olhado por elas.

Polaridade	Liderar e ser liderado, cuidar e ser cuidado.
Prontidão	Resposta rápida e ágil a um determinado estímulo.
Reforço do autoconceito	Fortalecimento do autoconceito.
Reforço da autoestima	Fortalecimento da autoestima.
Reforço da autoimagem	Fortalecimento da autoimagem.
Rítmicos	Coordenação motora.
Sensoriais	Que estimulam os órgãos dos sentidos.
Vitalizadores	Que estimulam a vitalidade, a ativação corporal.

Fonte: Carvalho (2009, p.17). Adaptado.

5. Política Nacional de Saúde do Idoso

As políticas nacionais da pessoa idosa foram dimensionadas em relação ao Sistema Único de Saúde – SUS, direcionando medidas individuais e coletivas a todos os níveis de atenção à saúde, e foi instituída pela Portaria 2528/GM de 19 de outubro de 2006, com princípios de garantir atenção adequada e digna para a população idosa brasileira. (BRASIL, 2006).

As diretrizes da política nacional da pessoa idosa buscam ampliar o acesso à consulta, realização de cursos, estímulos, plano integrado de ações de proteção à pessoa idosa, dentre outros aspectos. Citam-se:

- I. promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- II. atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- III. estímulos às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- IV. a implantação de serviço de atenção domiciliar;
- V. o acolhimento preferencial em unidade de saúde, respeitando o critério de risco;
- VI. provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- VII. fortalecimento da participação social;
- VIII. formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;

- IX. divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- X. promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- XI. apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

No programa de apoio à gestão das políticas nacionais do idoso, podem ser observadas suas matrizes e indicadores, por meio do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso – SISAP, que, em suas políticas, tem os seguintes indicadores propostos por programas:

- Estatuto do Idoso;
- Programa Nacional de Imunizações
- Política Nacional para prevenção e controle do câncer;
- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;
- Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa;
- Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento;
- Convenção sobre direitos das pessoas com deficiência;
- Programa de Assistência aos Portadores de Doença de Alzheimer;
- Política Nacional do Idoso;
- Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

No quadro 2, podem-se verificar aspectos quantitativos de consulta no programa do SISAP, como demonstra a seguir informações a respeito de taxa de mortalidade de causas inevitáveis.

Quadro 2. Consulta ao SISAP relativo aos idosos

BRASIL	Taxa de mortalidade de idosos por causas consideradas evitáveis						
ANO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Taxa	133.13	131.60	131.83	133.08	127.47	129.59	127.86
ANO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Taxa	127.54	126.07	124.81	123.62	118.83	117.57	113.82

Fonte: Sisap idoso, matriz de dimensões estatísticas (2017).

As ações relativas à Política Nacional de Saúde de Pessoa Idosa vieram contribuir por outro aspecto legal, através da Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, considerando a necessidade de que o setor de saúde disponha de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso, com a perspectiva de ampliar o conceito de envelhecimento saudável e qualidade de vida, e outros aspectos como:

- a) desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco;
- b) informar sobre seus direitos, como ser acompanhado por pessoas de sua rede social (livre escolha) e quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;
- c) valorizar e respeitar a velhice;
- d) estimular a solidariedade para com esse grupo etário;
- e) realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos;
- f) realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas;
- g) facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades;
- h) articular ações e ampliar a integração entre as secretarias municipais e as estaduais de saúde, e os programas locais desenvolvidos para a difusão da atividade física e o combate ao sedentarismo;
- i) promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede, nortear e captar experiências;

- j) informar e estimular a prática de nutrição balanceada, sexo seguro, imunização e hábitos de vida saudáveis;
- k) realizar ações motivadoras ao abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção;
- l) promover ações grupais integradoras com inserção de avaliação, diagnóstico e tratamento da saúde mental da pessoa idosa;
- m) reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais dos usuários em seus planos de cuidado, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis;
- n) promover a saúde por meio de serviços preventivos primários, tais como a vacinação da população idosa, em conformidade com a Política Nacional de Imunização;
- o) estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis em indivíduos idosos;
- p) implementar ações que contraponham atitudes preconceituosas e sejam esclarecedoras de que envelhecimento não é sinônimo de doença;
- q) disseminar informação adequada sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde e para toda a população, em especial para a população idosa;
- r) implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o auto-cuidado dos usuários do SUS;
- s) incluir ações de reabilitação para a pessoa idosa na atenção primária de modo a intervir no processo que origina a dependência funcional;
- t) investir na promoção da saúde em todas as idades; e
- u) articular as ações do Sistema Único de Saúde com o Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

6. O papel do serviço social na proteção e amparo ao idoso

O serviço social assume suas atividades na implementação das políticas gerontológicas a partir de 1962, marcando o início das políticas sociais de atenção ao idoso. Com isso, houve a criação de assistência em domicílio e de serviços sociais, com o intuito de promover a socialização das pessoas com mais de 60 anos de idade, e ainda conforme Peixoto e Clavairolle (2005, p. 22):

[...] a finalidade principal era a inserção das pessoas de idade na sociedade através de medidas de prevenção e do adiamento da dependência causada pelo processo de envelhecimento, que onerava os custos de hospitalização, mantendo as pessoas de idade em suas próprias casas e em contato com as gerações mais jovens, evitando uma ruptura brusca nas suas condições de vida. Essa nova lógica de integração ampliava o campo preventivo da política social para toda a população com mais de 60 anos.

A prestação dos serviços sociais de proteção e amparo pode ser reiterada nos serviços de proteção social básica, com a finalidade de atender as pessoas em situação de vulnerabilidade social, através do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e da ampliação do acesso a seus direitos. (BRASIL, 2006).

O conhecimento da realidade social decorre do movimento da interação dos programas sociais, assim como o entrosamento do assistente social na prática de execução e da compreensão de sua totalidade na perspectiva de conhecer os direitos sociais dos idosos e dos vulneráveis, além da exposição de recursos, programas e formas de ajuda e contato para políticas inclusivas e de acompanhamentos, ficando os seguintes aspectos alinhados à sua competência profissional. Conforme Amaro (2015, p.74):

1. o preenchimento menos burocrático e mais crítico, de cadastros e formulários socioeconômicos;
2. a apropriação dos estudos sociais e pareceres como ferramenta de cidadania, no compasso em que se trata por meio destes a

totalidade da situação social de indivíduos e famílias, contextualizando suas reais necessidades e direitos;

3. o acompanhamento sociofamiliar assentado no respeito e na atenção social qualificada, e

4. a efetiva democratização das relações entre usuário/população, profissional e instituições com vistas à efetivação dos direitos sociais pretendidos.

As atividades vinculadas à prestação de serviço do assistente social aparecem na maioria dos casos associadas à coordenação de programas e projetos na assistência e na área de recursos humanos. Quanto à mudança nos paradigmas sociais de trabalho, na atual configuração, a inserção do serviço social é divulgada dentro dos programas e projetos dos quais atuam os profissionais, conforme demonstrado no quadro 3 (Predes, 2002, p.34):

Quadro 3. Programas e Projetos Sociais executados por Assistente Social

Nº	Programas e Projetos	%
1º	Programa e projeto de saúde (execução direta)	23,92%
2º	Programa e projeto de atendimento à infância e adolescência	12,88%
3º	Projeto de geração de renda/qualificação profissional	7,36%
4º	Projeto de RH	6,13%
5º	Programa de projeto e atendimento ao idoso	6,13%
6º	Programa de atendimento à mulher	5,52%
7º	Programa de assistência social (execução direta)	4,29%

Fonte: Predes, (2002, p. 34) adaptado

Pode-se perceber que dos serviços prestados por assistente social, a predominância é sobre os serviços prestados na área de saúde, onde também se enquadra o aspecto do serviço assistencialista, com isso, observa-se o desenvolvimento de atividades em projeto e atendimento ao idoso em 5º lugar nas atividades, representando 6,13% de percentual das atividades desenvolvidas.

7. Metodologia

Essa pesquisa tem como foco apresentar as políticas públicas por meio da assistência social, visando à prevenção das situações em que se encontram os idosos, no contexto de vulnerabilidade e risco, e atenta ainda aos fatores de riscos para a violência doméstica e outros tipos de violência que o mesmo possa sofrer, além das atividades realizadas por assistentes sociais em meio às políticas assistencialistas ao idoso.

A classificação da pesquisa será de maneira descritiva, pois, conforme Gil (2010), busca em um determinado grupo ou situação identificar possíveis relações entre as suas variáveis, estudando suas características, sendo apresentada, no caso, a contextualização dos aspectos legais e das políticas públicas assistencialista ao idoso no Brasil.

Quanto aos procedimentos, foi construída através de uma revisão literária, classificando-se, assim, conforme Gil (2010), como uma pesquisa documental e bibliográfica, sendo apresentados os conceitos a respeito da importância da literatura nas escolas, o desenvolvimento científico e teórico das práticas narrativas, a abordagem quanto ao papel do assistente social nas políticas de combate à violência ao idoso, o confronto com as práticas do estatuto do idoso, dentre outros aspectos legais.

A abordagem será definida como qualitativa, pois, de acordo Martins e Theóphilo (2007, p.135), pesquisas qualitativas “Pedem descrições, compreensões, interpretações e análises de informações, fatos, ocorrências, evidências que naturalmente não são explicadas por dados e números”. São demonstrados nesta pesquisa os direitos e as garantias dos idosos perante as políticas sociais, as estatísticas quanto ao número de idosos e as previsões futuras, os gastos sociais, e o papel do assistente social perante as atividades voltadas para o atendimento ao idoso e as diretrizes nacionais.

8. Conclusões

Os aspectos relevantes às políticas nacionais de proteção e amparo ao idoso tornaram-se crescentes a partir dos anos 90, principalmente depois da Constituição Federal de 1988, da Lei Orgânica de Assistência Social, do Estatuto do Idoso, da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, através das políticas do SUS e do SUAS.

A busca pelos aspectos assistencialistas e de amparo legal de atenção ao idoso faz com que o papel do assistente social passe a ser fundamental nos direitos e garantias de assistência e benefício ao idoso, envolvido dentro das políticas públicas assistenciais, no que tange ao direito ao estatuto do idoso e seus amparos legais.

Estar ambientalizado com essas mudanças e conhecer o desenvolvimento dessas políticas fazem com que o assistente social esteja preparado para um futuro inevitável de crescimento estatístico da população idosa do país, pois, segundo IBGE, em 2011 o país tinha 15,5 milhões de idosos, representando 9% da população. Em 2011, esse número passou para 23,5 milhões, representando 12,1%; e em 2013 para 26,1 milhões, representando 13% da população, o que mostra um crescimento de quase 70%. Estima-se, de acordo com a Secretaria de Direitos Humanos, um crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2020, estipulando que neste período haverá mais idosos que crianças, e que o número de mulheres idosas será maior que dos homens.

Esta pesquisa buscou, quanto aos objetivos, demonstrar um quadro sobre como está a situação social dos idosos no país, a história das políticas sociais de proteção e amparo, e, através dos objetivos específicos, apresentar as ações públicas através do assistencialismo, o papel da família, da sociedade e do estado na proteção ao idoso, as estatísticas no país e a classificação dos riscos e a fragilidade dos idosos.

Com isso, foram observados diversos aspectos de políticas públicas de proteção e amparo ao idoso, tais como: Estatuto do

Idoso; Programa Nacional de Imunizações; Política Nacional para prevenção e controle do câncer; Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa; Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento; Convenção sobre direitos das pessoas com deficiência; Programa de Assistência aos Portadores de Doença de Alzheimer; Política Nacional do Idoso; Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Além dos aspectos das resoluções constitucionais dos programas, pode-se também observar as diretrizes da política nacional da pessoa idosa, que busca ampliar o acesso à consulta, realização de cursos, estímulos, plano integrado de ações de proteção à pessoa idosa, promoção do envelhecimento ativo e saudável, estímulos às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção, o acolhimento preferencial em unidade de saúde, respeitando o critério de risco e o provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.

A prestação de serviço do assistente social aparece, na maioria dos casos, vinculada à coordenação de programas e projetos na assistência e na área de recursos humanos, porém outros fatos foram observados nessas mudanças, dentre eles, a mudança nos paradigmas sociais de trabalho, prestando serviços em outras demandas, ficando as atividades em projeto e atendimento ao idoso em 5º lugar nas atividades, representando 6,13% de percentual.

Por fim, entende-se que as políticas nacionais de proteção ao idoso encontram-se extremamente amparadas em leis vigentes no país e distribuídas por todas as esferas, Federal, Estadual e Municipal, mas o atendimento para essa demanda ainda se constitui em algumas falhas, devido à grande demanda e ao aumento progressivo da população.

O papel do assistente social nas políticas nacionais de atenção ao idoso vem complementar essa formação estrutural das políticas assistencialistas, contribuindo na formação social e na progressão das práticas e do exercício dos direitos assistidos

constitucionalmente, vindo como forma de integração entre os desassistidos socialmente e a interação com as diretrizes e normas que garantem e asseguram uma qualidade de vida e um envelhecimento saudável dos idosos.

Referências

AMARO, S. Dicionário crítico de Serviço Social. Rio de Janeiro: Autografia, 2015.

BRASIL. Casa Civil. Lei 8.742/93, dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. SISAP – Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso. Acesso: <https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/>. Acessado em 10 de set de 2017.

CARVALHO, N. C. Dinâmica para idosos: 125 jogos e brincadeiras adaptados. Petrópolis: Vozes, 2009.

COSTA, R. C. A terceira idade de hoje: sob a ótica do serviço social. Canoas: Ed. ULBRA, 2007.

FERNANDES, P. *A depressão no idoso: Estudo da relação entre fatores pessoais e situacionais e manifestações na depressão*. Coimbra. Quarteto, 2000.

FILHO, W. J.; KIKUCHI, E. L. Geriatria e Gerontologia básica. São Paulo: Elsevier, 2012.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar Projetos de Pesquisa. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. 2010.

- MARTINS, Gilberto de Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas. São Paulo. Atlas. 2007.
- MEDEIROS, M., Britto, T. & Soares, F. Transferência de renda no Brasil. Novos estud. – CEBRAP, 79, 05-21, 2007.
- MINAYO, M. C. de S. Violência contra idoso: o avesso do respeito à experiência e à soberania. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.
- PEIXOTO, C. E.; CLAVAIROLLE, F. Políticas sociais e novas tecnologias. Rio de Janeiro: FGV, 2005.
- POTTER, P.; PERRY, A. Fundamentos de Enfermagem. São Paulo: Elsevier, 2013. 8ª ed.
- PREDES, R. Mercado de trabalho do serviço social: fiscalização e exercício profissional. Maceió: UFAL, 2002.
- ROVINSKI, S. L. R.; CRUZ, R. M. Psicologia Jurídica: perspectivas teóricas e processos de intervenção. 1ª ed. São Paulo: Vetor, 2009.
- SILVA, M. L. N; MARUCCI, M. F. N; ROEDIGER, M. A. Tratado de Nutrição em Gerontologia. São Paulo: Manole, 2014.
- ZIMERMAN, G. L. *Velhice - Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Capítulo 3

Direitos e questões sociais: o papel do assistente social na atenção básica aos vulneráveis e de risco social

Patrícia da Silva Ferreira¹

Estefânia Ferreira Bié²

Estanislau F. Bié Segundo³

Introdução

As políticas sociais, abrangem um grande número da população brasileira, através de um conjunto de ações, das quais podem ser institucionalizadas ou não, onde buscam a proteção da vida humana, que incluem diretamente neste aspecto a assistência aos seus direitos e garantias, e o atendimento das suas necessidades básicas, como forma de proteção e colaboração no exercício social.

Fruto de conflitos e interesses de classes sociais, as políticas sociais podem ser consideradas que partem do princípio que o seu

¹ Graduanda em Serviço Social

² Graduanda em Serviço Social

³ Licenciado em História pelo Centro Universitário INTA – UNINTA; Graduando em Enfermagem pelo Centro Universitário Belo Horizonte – UniGH; Pesquisador do Instituto Superior de Ensino Sem Fronteiras – ISESF; Organizador e Membro do Conselho Editorial e Científico das Coleções Saúde no Brasil: Formação Acadêmica, Práticas e Exercício da Profissão; Fazer Educativo; Educação Como Forma de Socialização e Segurança Pública: Direito e Justiça Brasileira. Atualmente Funcionário Público Estadual do Estado de Minas Gerais lotado na Secretária de Segurança Pública de Minas Gerais – SESP na Função de Agente de Segurança Socioeducativo.

surgimento se deu a partir da revolução industrial e das necessidades dos trabalhadores, como discorre Camargo (2016, p.17), “a proteção social é também produto histórico das lutas do trabalho, na medida em que respondem pelo atendimento de necessidades inspiradas em princípios e valores socializados.

O exercício do assistente social como instrumento de cidadania, permite executar as ações e as garantias mínimas das coberturas das políticas de serviços sociais, contribuindo e fortalecendo as práticas assistencialistas e para efetivação dos considerados excluídos e desassistidos na forma da lei, compreendida como uma ação sócio assistencial, da qual vincula-se nas mudanças políticas, econômicas e sociais dessa população em especial.

A construção dessas ações teve uma crescente nos últimos anos, desde a implementação das políticas sociais através da própria Constituição Federal de 88, a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, da Política Nacional de Assistência Social e o Sistema Único de Assistência Social – SUAS, que contribuem diretamente para a formação do conjunto de ações assistenciais, com a finalidade de reduzir a pobreza e as desigualdades sócias, por meio das políticas assistencialistas, devendo ser observado o seu papel conforme descreve Pereira (2008, p.4):

Diante desse quadro, o assistente social vê-se, institucionalmente, cada vez mais compelido a exercer o papel de “juiz rigoroso da pobreza”. O proclamado “direito do cidadão” é substituído pelo “mérito da necessidade”, cabendo à assistência social privilegiar as situações graves e agudas, na condição de ajuda e de pronto socorro social. Não há preocupação com “a doença, sua cura ou prevenção”, mas com a redução, ainda que precária e imediata do grau de gravidade da situação do doente. Ou seja, não se investiga o porquê daquela demanda, apenas ela é solucionada.

A escolha do tema justifica-se pelo fato de que a participação da construção das políticas sociais e do papel do assistente social, visa contribuir diretamente em políticas efetivas que busca agir

através das políticas públicas e das ações sociais, no exercício dos direitos e das garantias dos desassistidos, promovendo o exercício de direitos e reduzindo as desigualdades sociais.

Quanto aos objetivos desta pesquisa, busca demonstrar as ações do assistente social, através das políticas públicas, no exercício dos direitos humanos aos desassistidos, e através dos objetivos específicos, apresentar as práticas assistencialistas dos programas sociais, o papel do assistente social, da família e do estado na inserção social, e as reflexões do ramo do direito social na valorização da pessoa humana.

Este trabalho é um estudo descritivo sobre as ações do assistente social no que tange o direito aos desassistidos, por meio de uma revisão literária e bibliográfica a respeito do assunto, incluindo a legislação abrangente no país, através de uma abordagem qualitativa, compreendendo os aspectos do relacionados as práticas assistencialistas e os direitos sociais.

O trabalho divide-se em cinco seções: a primeira, a introdução na qual aborda o tema e a justificativa, a segunda seção apresenta de forma descritiva os conceitos, teorias e a legislação com base nos estudos da área, através do referencial teórico, a terceira define a metodologia desenvolvida no trabalho, a quarta demonstra as análises e discussões e por última a quinta seção com as considerações finais.

2. Políticas públicas assistenciais

A construção histórica das políticas sociais no país, vem de longas décadas, porém a inserção social e as políticas assistencialistas passaram a ser emergentes e abrangentes a partir dos anos 90, logo após a CF/88 e o desenvolvimento das políticas assistencialistas no país, através da noção do bem-estar, política social que se difundia em outros países nos anos 80, através do *welfare state*, como descreve Cruz e Guareschi (2017, p.14):

A Constituição Federal de 1988 trouxe uma mudança para a concepção de assistência social no Brasil. Esta passa a constituir juntamente com a saúde e a previdência social, a base da seguridade social, notadamente inspirada na noção de Estado de Bem-Estar Social. Este é um marco histórico que institui o início da transformação da caridade, benesse e ajuda para a noção de direito e cidadania da assistência social apontando para seu caráter de política pública de proteção social articulada a outras políticas voltadas à garantia de direitos e de condições dignas de vida.

Essa construção das políticas sociais estava remediada como uma medida paliativa, com o intuito de reduzir os aspectos da desigualdade social, que foram construídas nos últimos anos, ligados no fator de distribuição de renda e de riquezas, onde parte da população não consegue suprir suas necessidades básicas, conforme descreve Viccari (2008, p.14):

Esta desigualdade é consequência dos modos de produção e reprodução social que orientaram a distribuição dos bens e da riqueza social no Brasil desde a sua descoberta, privilegiando as classes dominantes. É, portanto uma política coexistente com as demais políticas sociais (como de trabalho, saúde, educação, etc.). A assistência social atua como mediadora nas relações de trabalho, não simplesmente fornecendo subsídios para a sobrevivência daqueles que se encontram excluídos do mercado de trabalho, como para aqueles que estão inseridos no trabalho precário, cuja remuneração é insuficiente para a satisfação de suas necessidades sociais básicas.

O assistencialismo social, detêm na sua função o atendimento a diversos grupos sociais, que possuam uma necessidade em comum, e que por alguma intempérie, não possua meios suficientes ou necessários de atender as suas demandas ou necessidades, e neste papel entra o assistente social, que irá promover esta correlação e direcionar as políticas públicas necessárias ao atendimento destas pessoas, como descreve Araújo (2016, p. 261):

Topograficamente, a assistência social está inserida no campo da seguridade social, condensando direitos sociais eminentemente de proteção e é representada constitucionalmente por ações de proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; no amparo às crianças e adolescentes carentes; a promoção da integração ao mercado de trabalho; na habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e, na garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de 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.

3. Garantias sociais legais

As práticas sociais e assistenciais tomaram essas proporções através da LOAS (1993), alterado pela lei nº 12.435 de 2011, que traz consigo em seu artigo primeiro o papel do Estado como agente, por meio de uma política não contributiva, provendo os mínimos sociais, para atender e garantir às necessidades básicas, descrevendo seus objetivos no artigo 2º:

I - a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente:

- a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;
- c) a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e
- e) a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família;

II - a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos;

III - a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais.

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

O Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, instituído através da LOAS, tem como as principais competências normatizar, regularizar e prestar serviços de natureza pública e privada na assistência social, aprovou a Política Nacional de Assistência Social – PNAS, em outubro de 2004, influenciado ainda conforme Simões (2010, p. 309), pela caridade e filantropia, descrevendo ainda:

A PNAS, aprovada pelo CNAS, promove sobretudo, a defesa e atenção dos interesses e necessidades sociais, particularmente das famílias, seus membros e indivíduos mais empobrecidos e socialmente excluídos. Cabe, por isso, a assistência social, segundo esta política, as ações de prevenções, promoção e inserção; bem como o provimento de um conjunto de garantias ou seguranças que cubram, reduzam ou previnam a vulnerabilidade, o risco social e eventos; assim como atendam às necessidades emergentes ou permanentes, decorrentes de problemas pessoais ou sociais dos seus usuários e beneficiários.

Essas deliberações, que surgiram em 2004, a partir das deliberações da IV Conferência Nacional da Assistência Social, que culminou em 2005, com a aprovação e a regulamentação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, unificando as ações da assistência social, em nível nacional e independente de contribuição, tendo como princípios organizativos: a universalidade, gratuidade, integralidade, intersetorialidade e equidade, e descreve como os seus objetivos:

I - consolidar a gestão compartilhada, o cofinanciamento e a cooperação técnica entre a União, os Estados, o Distrito Federal e

os Municípios que, de modo articulado, operam a proteção social não contributiva e garantem os direitos dos usuários;

II - estabelecer as responsabilidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na organização, regulação, manutenção e expansão das ações de assistência social;

III - definir os níveis de gestão, de acordo com estágios de organização da gestão e ofertas de serviços pactuados nacionalmente;

IV - orientar-se pelo princípio da unidade e regular, em todo o território nacional, a hierarquia, os vínculos e as responsabilidades quanto à oferta dos serviços, benefícios, programas e projetos de assistência social;

V - respeitar as diversidades culturais, étnicas, religiosas, socioeconômicas, políticas e territoriais;

VI - reconhecer as especificidades, iniquidades e desigualdades regionais e municipais no planejamento e execução das ações;

VII - assegurar a oferta dos serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social;

VIII - integrar a rede pública e privada, com vínculo ao SUAS, de serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social;

IX - implementar a gestão do trabalho e a educação permanente na assistência social;

X - estabelecer a gestão integrada de serviços e benefícios;

XI - afiançar a vigilância socioassistencial e a garantia de direitos como funções da política de assistência social.

Articulado com outros programas políticos e sociais, o SUAS atende e integra serviços e benefícios sociais como o PAIF, PETI, Programa Bolsa Família, BPC, Projovem, Serviços de Proteção Social Básica para idosos e/ou crianças, Proteção Social Especial – PSE, pessoas em situação de rua, PRONASCI, dentre outros, formando uma rede de proteção e promoção social, conforme a figura 1, dentro das políticas do Ministério do Desenvolvimento Social, que alcança mais de 60 milhões de brasileiros.

Figura 1. Rede de Proteção e Promoção Social

Fonte: Brasil, MDS (2009, p.10)

As concepções da assistência social, têm como outros parâmetros, a seguridade social, que constitui o tripé: saúde, através do Sistema Único de Saúde – SUS, a assistência social de caráter distributivo, de proteção social básica e especial, e a previdência social de forma contributiva, descrevendo o CNAS (2011), em seu artigo 6º A, sobre os tipos de proteção da assistência social:

I - proteção social básica: conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários;

II - proteção social especial: conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos.

Parágrafo único. A vigilância socioassistencial é um dos instrumentos das proteções da assistência social que identifica e

previne as situações de risco e vulnerabilidade social e seus agravos no território."

4. Vulnerabilidade e risco social

O termo carente ou desassistido na esfera pública, está em desuso, nos termos relacionados às políticas de assistência social, tendo como prática em situação de vulnerabilidade e risco social. Contudo, não muda o fato da prestação de serviços sociais atingir em sua maioria, no sentido de provisão, atender ao segmento mais empobrecido da sociedade.

Neste contexto, as políticas assistencialistas clientelistas tornaram-se então nas políticas sociais, que passaram a conduzir a implementação de políticas que promovem a dignidade humana, avançando nos direitos sociais e econômicos, buscando diminuir as distâncias entre as realidades socioeconômicas, de forma mais concreta e objetiva, atendendo de imediato as pessoas que se encontram em vulnerabilidade e risco social.

Para alguns autores a vulnerabilidade e o risco social, comum aos considerados desassistidos ou desamparados, está relacionado com o parâmetro econômico, ou seja, sua classificação de pobreza, está ligada diretamente a falta de recursos financeiros ou inserção no mercado de trabalho, que pode gerar ainda outro grupo social também vulnerável, conforme descreve Janczura (2012, apud Oliveira, 1995, p. 303):

[...] registra que os grupos "indigentes" e "pobres" se constituem nos maiores contingentes vulneráveis da sociedade brasileira, sendo que o mecanismo produtor dessa vulnerabilidade, basicamente, é o mercado de força de trabalho. A diminuição da vulnerabilidade desses grupos está ligada, na opinião do autor, à retomada do crescimento econômico do país dentro de um novo modelo e em níveis que possam ofertar empregos capazes de reempregar quem foi desempregado e empregar os que estão ingressando na idade de trabalhar. Mas, se não ocorrer essa retomada, segundo Oliveira (1995), a concentração da renda

continuará produzindo indigentes do mercado informal de trabalho.

A vulnerabilidade social está ligado à diversos fatores, não necessariamente aos econômicos, pode-se descrever também os aspectos relacionados as minorias, a questão do preconceito e da segregação racial, a violência contra as mulheres, crianças e idosos, as pessoas portadoras de necessidades especiais, homossexuais, população em situação de rua, etnia e outros relacionados a exclusão, sendo observados diversos fatores que colaboram direta ou indiretamente para esta construção da vulnerabilidade e erradicar esse processo necessita de diversas ações, como corrobora Beltrão et al (2014, p. 15):

O grau de vulnerabilidade das pessoas depende de diferentes fatores físicos, econômicos, sociais e políticos, no entanto, podem ser postas em prática medidas para mitigar o efeito desses fatores, ou seja, podem ser criados meios para reduzir os efeitos do perigo de violações de direitos. Entre esses meios está o desenvolvimento de alertas perante as violações e a preparação perante as mesmas, mas também o desenvolvimento de capacidades para recuperação das violações, e para resistir perante as mesmas, e neste âmbito os agentes de direitos humanos têm importância fundamental.

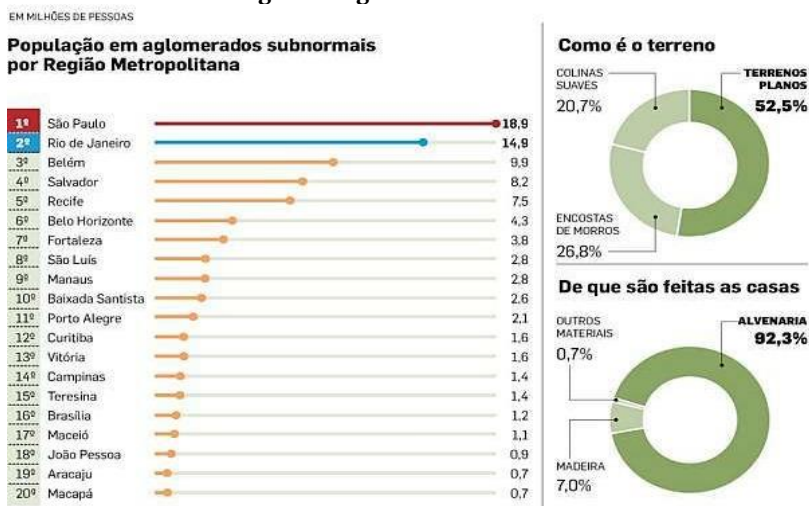
Como citado anteriormente, a condição da vulnerabilidade está relacionada com a pobreza, incluindo ainda os riscos relacionados a drogas, ausência de saneamento básico, favelas e periferias, segurança e violação dos direitos, e buscar soluções para a redução desses problemas na rede assistencialista é um desafio a ser realizado, ficando a cargo do estado a principal fonte de recursos e ação, através de projetos e programas para minimizar esta situação, conforme descreve Lazzari (2014, p. 97):

A fim de minimizar os efeitos da situação tida como vulnerável de um número razoável de pessoas, a proteção social passou a ser referência para a política de assistência social, oferecida por meio de dois tipos de serviços: um voltado para a Proteção Social Básica⁷

(PSB), ligado à prevenção de riscos sociais e pessoais, e o outro voltado para a Proteção Social Especial⁸ (PSE), voltado para famílias e indivíduos que se encontram em risco e para a violação de direitos – ambos oferecidos e executados pelos municípios.

A grande concentração da vulnerabilidade e dos riscos, concentram-se nesse grupo social, dados do IBGE (2017), mostram 50 milhões de pessoas estão vivendo abaixo da linha de pobreza no país, totalizando 25,4% da população, dos quais estes percentuais dividem-se em: 4,2% da população vive com a renda per capita de \$ 85,00, 6,5% com uma renda de \$ 134,00, 12,1% com um quarto do salário mínimo e 29,9% a população com meio salário mínimo, as regiões Norte e Nordeste, concentram-se a maior soma dessa população, no estado do Maranhão concentram-se 52,4% da população dentro dos níveis de pobreza, seguido do Amazonas com 49,2% e Alagoas com 47,4%. No quesito ocupações em favelas e habitações pobres e à margem dos serviços públicos, os estados de São Paulo e Rio de Janeiro lideram esse ranking, conforme demonstra figura 2.

Figura 2. Aglomerados Urbanos



Fonte: Tosta (2013)

Este conjunto de problemas sociais encontrados no país, colaboram diretamente com os riscos sociais, relacionados com a moradia, a violência, ausência de saneamento, desemprego, trabalho infantil, miséria, fome, discriminação, dentre outros fatores que representem na perda da qualidade de vida, como descreve Janczura (2012, p. 306):

A noção de risco implica não somente iminência imediata de um perigo, mas também a possibilidade de, num futuro próximo, ocorrer uma perda de qualidade de vida pela ausência de ação preventiva. A ação preventiva está relacionada com o risco, pois não se trata de só minorar o risco imediatamente, mas de criar prevenções para que se reduza significativamente o risco, ou que ele deixe de existir.

5. O papel do Assistente Social nas políticas sociais

O assistente social, atua diretamente nas políticas de ações assistencialistas, fazendo o elo de ligação entre o desassistido e suas necessidades ao redirecionamento a política social. Contribui assim, com as ações preventivas e corretivas, necessárias ao atendimento das que se encontram vulneráveis ou em estado de risco, assumindo o papel burocrático e os seus aspectos de individualização, como discorre Vasconcelos (2017, p.74):

O assistente social restringe o seu papel ao atendimento às requisições institucionais, situando o profissional no cumprimento da burocracia para o acesso a serviços e recursos institucionais, situando o profissional no cumprimento da burocracia para o acesso a serviços e recursos institucionais, o que não deixa de ser verdade: o assistente social faz estudos sociais, socioeconômicos e/ou aplica critérios para inserir (ou não) indivíduos em programas sociais, utilizar um serviço, ser atingido por uma lei, etc.

O exercício das atividades relacionadas à profissão, não restringe-se apenas a cadastro, encaminhamento e seletividade,

abrange muito mais ações, voltadas exclusivamente na questão da dignidade da pessoa humana, no observar o outro, na busca de soluções para a situação em que se encontra, a necessidade de um encaminhamento, um leito, cirurgia, e principalmente a inserção nos programas sociais dos quais se enquadram pois:

[...] o assistente social é o profissional que possibilita os usuários conhecerem os critérios e através do cadastro inserí-los. Dessa forma, o assistente social é o mediador para a garantia de inclusão do benefício. Tendo como ressalva, que o profissional apenas encaminha para o governo federal, mas é este que inclui o usuário. Assim o profissional esclarece ao usuário quando e como será sua inclusão. (SILVA, 2016, p. 89).

Os termos que regulamentam o exercício da profissão, Lei nº 8.662/93, dispõe sobre as práticas, as ações e as legalidades da função, com a finalidade de construir a relação direta entre as entidades públicas e a população, na forma de interventor, dirimindo atribuições e competências, das quais discorre o artigo 4º:

- I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- IV - (Vetado);
- V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
- VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;

IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;

X - planejamento, organização E administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;

XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Observa-se então, que o profissional intervém na relação direta entre as entidades públicas e privadas de assistência social, na busca de inserir e resolver situações nas quais encontram-se a população considerada vulnerável e em risco, com a finalidade de minimizar ou ainda conseguir resolver aquela determinada situação na qual encontra-se.

6. Metodologia

O estudo deste trabalho é caracterizado como bibliográfico, pois tem como fonte de dados livros e artigos científicos, e também se classifica como uma pesquisa documental através da utilização de legislações e manuais, que retratam a política social no país, como a Constituição Federal, a LOAS, SUAS, SUS, dentre outras.

A pesquisa também se classifica como exploratória pois segundo Gil (2014), define a pesquisa exploratória como a que se obtém um maior conhecimento sobre um determinado problema, o principal objetivo da pesquisa exploratória é o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições, e ainda se classifica como descritivo, pois tem como objetivo descrever características de uma determinada população.

Quanto a sua natureza, conceitua-se como uma pesquisa qualitativa, pois retrata de fenômenos e conceitos de uma determinada população, não condicionando aspectos estatísticos, apenas como referência as condições sociais das quais apresenta-se os grupos considerados vulneráveis e de risco, além das condições

de trabalho e exercício da função do assistente social e das políticas públicas no país.

7. Conclusões

As políticas sociais tiveram sua grande abertura no país, a partir da Constituição Federal de 88, sequencialmente a este fator, outras possibilidades foram sendo constituídas para a construção das políticas sociais e assistencialistas, tidas como formas iniciais de clientelismo. Porém, a partir dos anos 90, outras perspectivas foram sendo condicionadas e construídas, principalmente com o esforço das lutas de classe e das melhorias sociais, constituindo assim pelo governo, a LOAS, SUS, SUAS, CNAS, dentre outras.

Mesmo com as políticas sociais tendo uma ampliação nas normas legais e nos meios abrangentes de programas sociais, há no país um grande número de pessoas que dependem exclusivamente dos programas sociais oferecidos pelo governo, principalmente os que disponibilizam valores em reais para a população, como o Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada – BPC, Seguro Safra, Defeso para os pescadores, dentre outros benefícios.

Contudo, o acesso a esses programas sociais, é de matéria inclusiva dos assistentes sociais, pois o direcionamento aos programas e o processo seletivo estará de acordo com a necessidade social de cada pessoa, cabendo ao assistente constituir o perfil, realizar um atendimento necessário, legítimo e inclusivo, visualizar suas limitações, articulando os serviços e minimizando as burocratizações.

O crescimento das políticas públicas nos últimos anos, fez que abrangesse um maior número de pessoas assistidas socialmente, pois o conceito dessas políticas além de adotar os vulneráveis e os em situação de risco, incluem ainda as minorias e abrange o termo de referência da vulnerabilidade, como os idosos, crianças, mulheres vítimas de violência, dentre outros.

Visto estes fatores, observa-se que é de fundamental importância para a construção das políticas assistenciais, o exercício do assistente social, relacionando e direcionando no atendimento aos vulneráveis e desassistidos, suas garantias e direitos previstos nas leis brasileiras, tornando mais confortável a qualidade de vida dessa população e buscando reduzir ou minimizar os riscos sociais dos quais estão expostos.

Referencias

ARAÚJO, Assistência Social e desenvolvimento: ensaio sobre a função emancipadora das políticas sociais do Estado Brasileiro. Direito & Paz. São Paulo, SP – Lorena. Ano XVIII n. 34, p. 253-276. 1º semestre, 2016.

BELTRÃO, J. F.; FILHO, J. C. M. de B.; GÓMEZ, I.; PAJARES, E.; PAREDES, F.; ZÚÑIGA, Y. Direitos Humanos dos Grupos Vulneráveis. São Paulo: UPF, 2014

BRASIL. Casa Civil. Lei 8.742/93, dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS.

_____. Política Nacional de Assistência Social. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004.

_____. Norma Operacional Básica NOB/SUAS. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005.

_____. Conselho Nacional de Assistência Social. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social.

CAMARGO, M. o trabalho do Assistente Social na atenção primária em saúde o século XXI. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016.

CRUZ, L. R. da; GUARESCHI, N. Políticas públicas e assistência social: diálogo com práticas psicológicas. São Paulo: Vozes, 2017.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

JANCZURA, R. Risco ou vulnerabilidade social? In Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 11, n. 2, p. 301 - 308, ago./dez. 2012.

LAZZARI, M. C. Proteção social, vulnerabilidade e família. PUCSP, Revista Verve, 26: 95-109, 2014.

PEREIRA, V. V. Ensaio sobre uma prática competente. (Re) pensando o Serviço Social. Disponível em: http://repensandooservicosocial.blogspot.com.br/2008/09/ensaio-sobre-uma-prtica-competente_27.html Acesso em: 30 abr 2018.

SILVA, J. F. S. da. Serviço Social: resistência e emancipação? São Paulo: Cortez Editora, 2016.

SIMÕES, Carlos: Curso de direito do serviço social. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

TOSTA, W. Brasil tem mais de 11 milhões de favelados, revela IBGE. O Estado de São Paulo, São Paulo, 06 nov 2013, Caderno Brasil, p. 2. Disponível em <http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-tem-mais-de-11-milhoes-de-favelados-revela-ibge,1093773> Acesso em: 02 mai 2018.

VASCONCELOS, A. M. de. A/O Assistente Social na luta de classes: projeto profissional e mediações teórico-práticas. São Paulo: Cortez Editora, 2017.

VICCARI, S. Entre as exigências sociais e o assistencialismo: a dinâmica do projeto NAF-Rodoviário. 2008. 105f. Trabalho de Conclusão do Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2008. Disponível em: <http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial284687.pdf> Acesso em 30 abr 2018.

Capítulo 4

O papel do serviço social no combate à violência de crianças e adolescentes

Alexsandra da Silva Lima¹

Estetiana Sousa Bié²

Estanislau F. Bié Segundo³

Introdução

A concepção da violência é algo que está inserido dentro das unidades familiares, que vem acompanhada de um aspecto cultural, visando aspectos que se adequem a conceitos de respeito e obediência, prevalecendo a ordem do homem ou da mulher, que é inserida no comportamento do indivíduo e medida por meio da força bruta ou ainda de castigos, sejam de natureza física ou psicológica.

A concepção baseada nestas contradições de comportamento, veio se tornar relevante por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído através da Lei nº 8.069/90, que em

¹ Graduanda em Serviço Social

² Graduanda em Serviço Social

³ Licenciado em História pelo Centro Universitário INTA – UNINTA; Graduando em Enfermagem pelo Centro Universitário Belo Horizonte – UniGH; Pesquisador do Instituto Superior de Ensino Sem Fronteiras – ISESF; Organizador e Membro do Conselho Editorial e Científico das Coleções Saúde no Brasil: Formação Acadêmica, Práticas e Exercício da Profissão; Fazer Educativo; Educação Como Forma de Socialização e Segurança Pública: Direito e Justiça Brasileira. Atualmente Funcionário Público Estadual do Estado de Minas Gerais lotado na Secretária de Segurança Pública de Minas Gerais – SESP na Função de Agente de Segurança Socioeducativo.

seu artigo 5º estabelece que “crianças ou adolescentes não serão objetos de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, aos seus direitos fundamentais”. Portanto o que estabelece o estatuto ainda está longe de ser alcançado.

Sendo estabelecido estes pressupostos legais, pode-se concluir que todo ato ou omissão praticado contra crianças e adolescentes, implica diretamente numa transgressão legal, negando os direitos assistidos legalmente, desconstruindo as questões sociais e a formação cultural desses jovens, de crescerem dentro das condições de respeito, harmonia, afetividade, e todo as condições necessárias que devem conduzir na relação de convivência e proteção da família.

O papel social, dentro dessas políticas, vem construir as condições de natureza humana, relevantes no processo de crescimento e desenvolvimento de crianças adolescentes, dentro de seus aspectos cognitivos e de desenvolvimento físico. A escolha do tema justifica-se, devido fato que o assistente social, no preparo de conscientização, amparo e assistência a esse grupo, vem contribuir diretamente com a alteração desse quadro, mas para isso deve estar preparado e informado sobre todos os aspectos legais de direitos e assistência, agindo de forma direta e indireta, com os objetivos propostos de combate à violência.

Quanto aos objetivos gerais desta pesquisa, buscou demonstrar através das práticas de combate à violência contra crianças e adolescente, o papel das políticas públicas assistencialistas, assim como a importância exercício do serviço social, e quanto aos objetivos específicos apresentar a construção do conceito de violência dentro dos aspectos do ECA e suas características, as formas de condução por meio das leis dentro dos aspectos de combate e as penalidades, e o exercício da assistência social às vítimas de violência infantil.

O desenvolvimento do estudo, tem como aspectos metodológicos, abordar de maneira descritiva todos os aspectos relacionados à violência praticada com crianças e adolescentes, apresentando os fatores e casos abrangentes, por meio de uma

pesquisa bibliográfica e documental de natureza descritiva, que irá abordar de uma maneira qualitativa os aspectos sociais e legais no combate à violência contra crianças e adolescentes.

2. Aspectos conceituais da violência à crianças e adolescentes

A desconstrução da violência, vem acompanhado com um intenso trabalho por meio das políticas públicas, instituições não governamentais, escolas, profissionais, dentre outros. Um dos aspectos é sistematizar o conhecimento de cada forma de violência e o meio de prevenção, pois como cita Paula (2008, p.81), a maior concentração da violência contra crianças e adolescentes, ocorre principalmente dentro do lar:

Na maioria dos casos de violência contra crianças e adolescentes em casa, os agressores são os pais, que agridem os filhos por diversas razões que vão desde a ignorância até o abuso de álcool e drogas. Surras e espancamentos são normalmente justificados como estratégia para educar e disciplinar, mas na realidade são atos violentos que podem ter sérias consequências de ordem física, psicológica e emocional. A criança e o jovem agredidos hoje podem tornar-se agressivos com os outros, inclusive na escola, fora o fato de que pode vir a ser também um adulto agressor. (PAULA, 2008, p.81)

Dados do Ministério da Saúde, afirmam que o mais frequente tipo de violência é aquele denominado estrutural. Esta desconstrução está relacionada diretamente com as condições precárias nos quais se encontram, pois, a pobreza não permite uma relação socioeconômica e política nas questões de desigualdade, inserindo aspectos relevantes nas relações de dominações raciais, étnicas, etária, familiar, de gênero e origem demográfica. A contextualização desse problema reflete-se no próprio desenvolvimento da criança, a qual nesta relação é que mais sofre, pois não há relatos de fato qual seria a melhor escolha a se fazer em relação à proteção e o bem-estar dessa criança, no que diz respeito

ao seu desenvolvimento emocional e protetivo, se tirá-la de seu ambiente familiar colocando em lares adotivos afastando-os de suas famílias ou se as deixarem permanecer em seus lares. Habigzand et al (2009).

Resgatar à infância e a adolescência à frente dos mecanismos legais de proteção e amparo, representa um problema que diz respeito a todos, pois os marcos legais e o exercício do poder público, vem acumulando nos últimos anos conquistas significativas, no sentido de conscientização e mobilização de toda a sociedade para que se forme uma rede de proteção e combate à violência contra crianças e adolescentes.

3. Identificação das formas de violência

A caracterização da violência, é identificado diretamente nas relações que envolvem a cultura e o processo de civilização. Para interpor nesse aspecto, busca-se desconstruir esse conceito de poder e submissão que controla a violência, inserindo por meio de políticas legislativas que caracterize o assunto e crie ações e mecanismos para combate-la, tal qual o artigo 227 da Constituição Federal, e no qual definem os direitos da população infanto-juvenil, descrito no ECA em seu artigo 4º:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referente à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 1990)

A violação desses direitos adquiridos pela criança e ao adolescente, são considerados como uma violência delituosa, que sua descrição pode ser encontrada e definida no Código Penal Brasileiro, e segundo o ECA, em seu artigo 5º:

Art. 5º. Nenhuma criança ou adolescente será sujeito de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. (BRASIL, 1990)

O papel do assistente social e dos gestores, dentro das políticas públicas, é de fato ter a compreensão e o conhecimento dos conceitos de violência e seus aspectos em gerais, para que os mesmos possam realizar e garantir um atendimento adequado às crianças e adolescentes, pois conforme a Organização Internacional do Trabalho – OIT (2012, p. 37), a violência constitui um fenômeno mundial, que diferencia-se dentro dos aspectos sociais, culturais e econômicos, causando morbidade e mortalidade nos grupos mais vulneráveis e conceituando-se da seguinte forma, observado no quadro 1:

Quadro 1. Tipos de Violência à crianças e adolescentes

Tipo de Violência	Conceito
VIOLÊNCIA ESTRUTURAL	- A violência estrutural, responsável pela desigualdade social, contribui com o desenvolvimento da violência interpessoal nos diferentes segmentos sociais, em especial, na dinâmica e no modelo familiar. - Diz respeito às condições socioeconômicas precárias que, torna um grupo social vulnerável, devido à dificuldade de acesso às condições básicas de sobrevivência; sendo considerada a base para outros tipos de violência.
VIOLÊNCIA FÍSICA	- Trata-se do tipo de violência mais frequentemente identificada, causando preocupação entre os diversos segmentos da sociedade, por ser uma prática usual entre pais e responsáveis, com o intuito de disciplinar seus filhos, assim como entre amigos, colegas e namorados; caracterizando aspectos sociais que permeiam as relações sociais verificadas em distintos contextos e grupos populacionais. - Segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde/OMS e da

	International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect /ISPCAN19, considera-se como ABUSO FÍSICO ou CORPORAL qualquer tipo de violência que resulte em danos corporais reais ou potenciais devido a uma interação ou falta de interação que deveria estar sob controle de um dos pais ou da pessoa em posição de responsabilidade, poder ou confiança. Podem existir episódios repetitivos ou um único incidente.
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	- Dentre as modalidades de violência é a mais difícil de ser identificada. Apesar de ser bastante frequente, pode provocar sentimento de desvalorização, de ansiedade ou de adoecimento; situações extremas, como suicídio, fugas, acidentes autoprovocados; podendo ter curta duração ou envolvimento a longo prazo. - É toda ação ou omissão que causa dano à auto-estima, identidade ou ao desenvolvimento. Manifestam-se com discursos, ações e castigos impostos; causando constrangimento, rejeição, depreciação, discriminação, ameaça; com consequente comprometimento da auto-estima e autoconceito e prejuízo do desenvolvimento pessoal, formação da identidade e do potencial criativo.
NEGLIGÊNCIA	- Caracteriza-se por atos de omissão da parte do cuidador em prover as necessidades básicas da criança, resultando em danos ou riscos elevados de danos físicos ou emocionais. Tal definição envolve todas as esferas do desenvolvimento da criança: saúde, educação, nutrição, desenvolvimento emocional-afetivo, abrigo ou condições de vida saudáveis e seguras. Isso inclui o fracasso ou a deficiência na supervisão apropriada e na melhor proteção social possível da criança aos danos potenciais ou reais (exemplo: falta de supervisão na beira de uma piscina ou numa praia). Independente da origem do dano, toda criança necessita de proteção para não ser negligenciada ou ser caracterizado abandono de menor.
BULLYING	- Caracteriza-se por atos repetitivos de controle e de humilhação, opressão e tirania, agressão e dominação de pessoas ou grupos sobre terceiros, subjugados pela força. As principais características são intencionalidade do ato, ocorrência por tempo prolongado e

	desequilíbrio de poder físico, psicológico ou social entre os indivíduos
VIOLÊNCIA SEXUAL	- Envolvimento da criança ou do adolescente em atividade sexual do qual ele/ela é incapaz de dar consentimento informado, ou para a qual a criança não tem preparo, em termos de desenvolvimento, para dar consentimento ou que, viola as leis e os tabus sociais de uma sociedade. O abuso sexual é evidenciado por uma atividade entre uma criança e um adulto, ou entre criança e adolescente, que, por idade ou desenvolvimento, está em relação de responsabilidade, confiança ou poder.

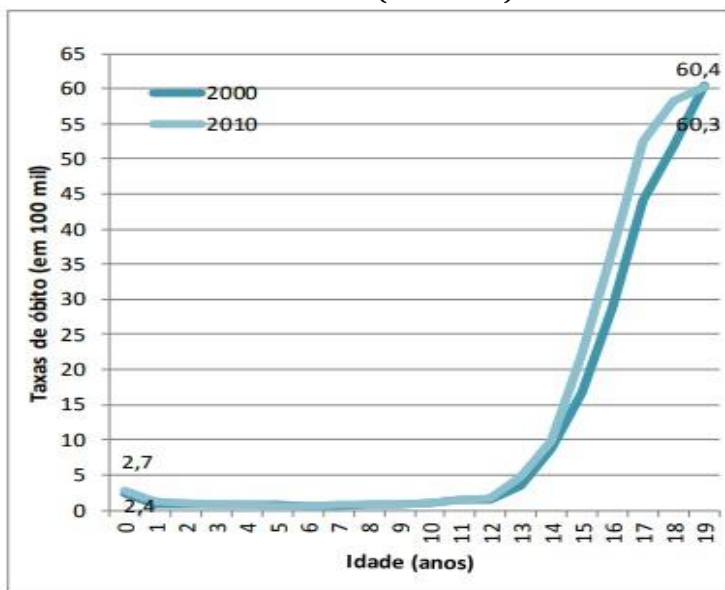
Fonte: Organização Internacional do Trabalho – OIT (2012, p. 37). Adaptado

A violência no qual estão acometidos, prever uma triste estatística, incluindo as causas mortis desses jovens. Diversos aspectos podem ser observados nesta relação de violência, onde a familiar é um dos quadros que mais pontua-se nesta linha, Alberton (2005, p. 105), pontua que nesta realidade, devido a maus tratos e abuso sexual no Brasil, cerca de 30 mil crianças desaparecem anualmente fugidas de seu lar, e pontua os seguintes aspectos da violência doméstica:

- é uma violência interpessoal;
- é um abuso do poder disciplinador e coercitivo dos pais ou responsáveis;
- é um processo de vitimização que às vezes se prolonga por vários meses e até anos;
- é um processo de imposição de maus-tratos às vítimas, de sua completa objetivação e sujeição;
- é uma forma de violação dos direitos essenciais da criança e do adolescente enquanto pessoas e, portanto, uma negação de valores humanos fundamentais como a vida, a liberdade, a segurança;
- tem na família sua ecologia privilegiada. Como esta pertence à esfera do privado, a violência doméstica acaba se revestindo da tradicional característica do sigilo. (ALBERTON, 2005, p. 105)

Nesses contextos de violência, um dos mais alarmantes e que preocupa a sociedade em geral, é a questão dos homicídios de criança e adolescentes, por representar uma grande incidência nos setores considerados vulneráveis, onde esse saldo negativo guarda o ranking de 4º país no mundo com o maior de número de mortes, e esse número veio crescendo nos últimos anos, com um crescimento de 346% entre os anos de 1980 e 2010, com registros no último ano de 24 mortes por dia no ano, totalizando 8.686 crianças assassinadas, conforme visto no gráfico 1.

Gráfico 1. Evolução das taxas de homicídio (em 100 mil) de crianças e adolescentes (2000-2010)



Fonte: Waiselfisz (2012, p. 47), mapa da violência apud MS

4. A violência contra a criança e ao adolescente no contexto familiar

A família é a instituição social que representa a primeira identidade social da criança, explicitando o conjunto de valores e papéis que constitui o núcleo da família, tendo assim a função

educadora redigidas pela figura do pai, irmão ou cuidador, que devem redigir cuidados, proteção, alimentação e outros benefícios usuais e necessários para o desenvolvimento e aprendizado da criança. Porém, estes aspectos vêm mudando os conceitos de proteção e atenção, devido a agressão física e psicológica sofrida dentro do lar, conforme Paula (2008, p.83).

Hoje, está célula deixou de ser compreendida como lugar de proteção e cuidado, pois muitas vezes, é na própria família que as crianças e os adolescentes sofrem suas primeiras experiências de violência, e em muitos casos, o pai biológico é o principal agressor. Enfim, o processo de desagregação familiar com o respectivo enfraquecimento da autoridade paterna não é fenômeno novo, ele é praticamente concomitante com a consolidação da família burguesa nuclear.

A construção familiar, condiz na formação social da união de pessoas, que tem consigo o ato de construir juntos, aspectos de respeito, moral, e outras formações da qual condizem essa união. Porém, trazem consigo, nas suas particularidades, traços culturais ou vivências familiares, que traduzem ao abuso e a violência doméstica praticada à crianças e adolescentes, como explica Faleiros e Faleiros (2008, p. 49)

A estrutura familiar não é uma ilha isolada do contexto histórico, econômico, cultural e social, mas um dos subsistemas em que se encontram presentes e se enfrentam os poderes estruturados e estruturantes da sociedade. Autoritarismo, machismo, preconceitos e conflitos em geral articulam-se com as condições de vida das famílias, e as questões de poder se manifestam nas relações afetivas e na sexualidade. É nesse contexto de poder que deve ser analisada e compreendida a violência de adultos contra crianças e adolescentes. A violência familiar é, pois, uma forma de relacionamento ancorada na história e na cultura Brasileira.

A construção da família, durante os anos veio sendo construída nos aspectos da figura masculina, inferiorizando a

mulher, tal qual visto na Constituição Federal de 1967, sendo a mulher uma simples ajudadora, cujo dever era cuidar da casa e dos filhos. A mudança desse paradigma, só foi possível a partir da Constituição Federal de 1988, igualando os direitos e deveres pontualmente ao homem e a mulher, e a formação da família tendo outra origem que não seja apenas o casamento. Segundo Souza (2015, p. 40) e classifica ainda outros aspectos de família:

Atualmente, convive-se naturalmente com a realidade das várias fazes de família, como nos dizeres de Maria Berenice Dias, "as famílias plurais". Ou seja, são também aquelas recompostas, monoparentais e homoafetivas, não podendo, no atual contexto jurídico e social, sofrerem qualquer espécie de discriminação.

Assim, a efetividade toma a função jurídica, fazendo parte dos princípios e normas básicas do direito da família, destituindo a questão excludente e desigual do aspecto da família matrimonializada e patriarcal, e surgindo o novo evento de igualdade e da inclusão de todos os direitos que prevalecia a legitimidade do casamento. (SOUZA, 2015).

As extensões para o conceito de família, é entendido dentro da linha de benefício social e não especificamente de laços consanguíneos ou de natureza de gênero, ela busca unir em virtude da necessidade do vínculo, nas obrigações das relações, no caráter e na afetividade, tal qual afirma Moraes e Faleiros (2014, p. 35):

Essas concepções ampliam o conceito e possibilitam ver a família como todo o grupo de pessoas com laços de consaguinidade e/ou de aliança e/ou de afinidade, cujos vínculos circunscrevem obrigações recíprocas, organizadas em torno de relações de geração e de gênero. A amplitude destas definições derruba qualquer ideia preconcebida de modelo familiar "normal". Trata-se, portanto, de saber se a família é capaz de realizar as funções de proteção e de socialização.

Não importando o contexto da formação da família, os aspectos legais serão os mesmos nos critérios do processo de

responsabilidade social e educacional da família, não ferindo os preceitos legais, nem suprindo os direitos e as garantias assistidos a crianças e adolescentes, ficando sujeito as medidas pertinentes aos pais ou responsáveis descritos nos artigos 129 e 130 do ECA:

Art. 129. São medidas aplicáveis aos pais ou responsável:

I – encaminhamento a programa oficial ou comunitário de proteção à família;

II – inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;

III – encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico;

IV – encaminhamento a cursos ou programas de orientação;

V – obrigação de matricular o filho ou pupilo e acompanhar sua frequência e aproveitamento escolar;

VI – obrigação de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado;

VII – advertência;

VIII – perda da guarda;

IX – destituição da tutela;

X – suspensão ou destituição do poder familiar¹⁵⁶. Parágrafo único. Na aplicação das medidas previstas nos incisos IX e X deste artigo, observar-se-á o disposto nos arts. 23 e 24.

Art. 130. Verificada a hipótese de maus-tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou responsável, a autoridade judiciária poderá determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia comum.

Parágrafo único. Da medida cautelar constará, ainda, a fixação provisória dos alimentos de que necessitem a criança ou os adolescentes dependentes do agressor. (BRASIL, 1990)

5. Políticas assistências de apoio e combate à violência infanto-juvenil

As políticas de assistência social, buscam na sua origem a prevenção da violência infanto-juvenil, essa junção de políticas vem somando com os profissionais da saúde, educação e os assistentes sociais, para executar as ações já previstas na legislação e ainda conceber novas ações de prevenção e educação contra a violência.

Outros conceitos abordados pela violência física podem ser caracterizados com tapas, chutes, empurrões, queimaduras, dentre outros, que são classificados dentro das seguintes manifestações Silva (2016, p.46):

Síndrome do bebê sacudido: ocasionada por movimentos violentos de bebês pelo braço ou tronco;

Síndrome de Munchausen: por procuração, quando em geral a mãe simula doença na criança;

Castigo corporal: ocasionada por “correção” por um comportamento considerado inadequado.

As ações de prevenção e combate à violência infanto-juvenil, vem através do apoio dos ministérios, para inserirem dentro de suas políticas assistenciais ações que coadunam com esse aporte, tal como no Ministério da Educação, por meio dos Parâmetros Curriculares insiram a consciência e a capacitação por meio de medidas práticas de proteção e recuperação da saúde ao seu alcance, e que os jovens possam compreender os seguintes aspectos:

- 1º compreender o crescimento e desenvolvimento do ser humano;
- 2º contextualizar a saúde no meio físico e sócio-cultural;
- 3º desenvolver o autoconhecimento para o autocuidado;
- 4º identificar fatores de risco à saúde individual e coletiva;
- 5º compreender e aplicar mecanismos de proteção e prevenção aos agravos à saúde mais comuns em seu meio;
- 6º conhecer e utilizar os recursos da comunidade que favorecem a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva;
- 7º agir com responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde coletiva;
- 8º valorizar hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida;
- 9º interferir sobre fatores desfavoráveis à saúde individual e coletiva. (BRASIL, 1998)

Políticas específicas do Ministério da Assistência Social, de combate à exploração e abuso sexual são abordadas no Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI, com a distribuição de uma

Bolsa de Desenvolvimento para capacitar os pais da criança, e outra ação é o Programa Brasil Criança Cidadã, buscando viabilizar a permanência da criança na escola.

Já o Ministério do Trabalho, por meio do Programa Nacional de Centros Públicos de Educação Profissional da Secretaria de Formação e Desenvolvimento do Profissional - SEFOR, realiza políticas para adolescentes voltadas para sua capacitação profissional, e ainda o Programa Nacional de Formação Profissional para Jovens em Situação de Risco Total, pelo Sistema Nacional de Emprego e para o Programa de Geração de Emprego e Renda, os jovens e adolescentes qualificados, tendo como objetivos:

- reestruturar a atual rede de ensino técnico federal, estadual e municipal - pública e privada - para oferecer cursos de educação profissional de curta, média e longa duração a faixas mais amplas da população;
- investir na educação profissional continuada de docentes e técnicos;
- implantar serviços de assessoria a micros, pequenas, médias e grandes empresas, pesquisa e extensão cultural;
- oferecer orientação, intermediação e encaminhamento ao mercado de trabalho;
- valorizar o processo pedagógico do estágio, incluindo a implantação de unidades produtivas;
- estimular busca de interdisciplinaridade. (BRASIL, 1998)

Programas na área da saúde, como o Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD, o Ministério do Turismo, por meio da campanha Exploração do Turismo Sexual Infantil, o Ministério da Justiça, por meio das ações do Centro de Defesa da Criança e do Adolescente – CEDECA, ações em parceria com a UNICEF, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA, por meio do Programa de Prevenção e Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Abuso e Exploração Sexual e de Responsabilização dos Exploradores, e a atenção nas diretrizes do ECA, além das ações de monitoramento do Sistema de Informações

e Proteção à Infância e Adolescência – SIPIA e da Secretaria dos Direitos da Cidadania – DCA, na conjectura dessas ações possuem as seguintes diretrizes:

- Garantir à criança e ao adolescente, vítimas da violência sexual, a sobrevivência digna e o desenvolvimento normal. Não permitindo que sejam eles objetos de repressão ou tutela.
- Consolidar a atuação em rede, que integre vários equipamentos sociais. A atuação interinstitucional, mais do que um princípio é uma necessidade, diante da complexidade do problema. A parceria entre o Estado, a sociedade, aliada a comunidade é fundamental.
- Consolidar um sistema integrado de informações sobre violência sexual contra a criança e o adolescente, no sentido de conhecer o diagnóstico real e propor medidas preventivas adequadas.
- Promover, apoiar e estimular programas de capacitação de recursos humanos, aplicáveis à função de agentes públicos governamentais e agentes não governamentais, que trabalhem especificamente com crianças e adolescentes e se possível, sempre com vistas à atuação multidisciplinar.
- Alocar adequadamente, recursos, inclusive orçamentário, para a implementação das estratégias e medidas no combate à violência sexual contra a criança e o adolescente. (BRASIL, 2006)

Além dessas especificações de combate e prevenção, tem estipulado na legislação, as declarações de direito da criança e do adolescente, a constituição federal, o estatuto e outros aspectos legais, conforme disposto:

Declaração sobre os Direitos da Criança ratificada em 26/9/1923 em Genebra, Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada pela ONU em 1948, Segunda Declaração Universal dos Direitos da Criança, aprovada em 1959, Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989, Declaração de Viena de 1993.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu as plenas garantias do Estado de Direito, definindo a proteção à família e estabeleceu que as crianças e adolescentes são sujeitos de direito (artigos 226 e 227).

O ECA (Lei 8069 de 13 de julho de 1990) detalha os direitos da criança e do adolescente como sujeitos de direitos estabelecendo todo um sistema de garantia de direitos e da proteção integral e integrada da criança e adolescente.

6. Sanções penais

As ações de proteção e defesa da criança e do adolescente, segundo Frota (2002), o órgão de ação e que atua como defensor, é o Ministério Público, que age em torno dos processos judiciais nos quais haja envolvidos os interesses de crianças e adolescentes, e quanto aos menores infratores, a responsabilidade é por conta dos Juizados de Menores, no qual aplica as penalidades administrativas nos casos de infrações, e traz ainda para sua tutela os casos dos menores infratores, para os abrigos, nos quais permaneceram o tempo previsto em lei e de acordo com a infração cometida pelo menor de idade.

Depois da publicação do ECA, sofreu uma alteração no artigo 263, para as penas impostas aos crimes de estupro e atentado violento ao pudor, esta alteração foi possível por meio da homologação da Lei nº 8022 de 25/7/90, e por meio de ações da Secretaria dos Direitos da Cidadania, trazendo a legislação relativa à exploração, abuso sexual e maus-tratos de crianças e adolescentes, conforme exposto no quadro 2.

Quadro 2. Penas relacionadas ao Código Penal e o ECA

TIPO PENAL	CAPITULAÇÃO	PENA
USUÁRIO		
Estupro	CP- Art. 213, Lei 8072/90, art.9º	Reclusão de 10 a 14 anos
Atentado violento ao pudor	CP- Art. 214, c.c. Lei 8072/90, art.9º	Reclusão de 10 a 14 anos
Posse sexual mediante fraude	CP- Art. 215, § único	Reclusão de 2 a 6 anos
Sedução	CP- Art. 217	Reclusão de 2 a 4 anos
Corrupção de menores	CP- Art. 218	Reclusão de 2 a 4 anos

Rapto consensual	CP- Art.220	Detenção de 1 a 3 anos
Formas qualificadas aplicadas aos arts. 213 e 214	CP- Art. 223 e § único	Reclusão de 8 a 12 anos (resultando lesão corporal grave e 12 a 25 anos (resultando morte)
Presunção de violência	CP- Art. 224, “a”	Presume-se a violência quando a vítima não é maior de 14 anos
Atentado ao pudor mediante fraude	CP- Art. 216, § único	Reclusão de 2 a 4 anos
EXPLORADOR		
Mediação para servir à lascívia de outrem	CP- Art. 227, 1	Reclusão de 2 a 5 anos
Favorecimento da prostituição	CP- Art. 228,1	Reclusão de 3 a 8 anos
Casa de Prostituição	CP- Art. 229	Reclusão de 2 a 5 anos
Rufianismo	CP- Art. 230,1	Reclusão de 3 a 6 anos, além da multa
Tráfico de mulheres	CP- Art. 231,1	Reclusão de 4 a 10 anos
Produção de representação pornográfica, utilizando criança ou adolescente	ECA, Art. 240	Reclusão de 1 a 4 anos e multa
Fotografar ou publicar cena de sexo envolvendo criança ou adolescente	ECA, art. 241	Reclusão de 1 a 4 anos
PAIS OU RESPONSÁVEIS		
Maus-Tratos, opressão ou abuso sexual	ECA, art.130	Afastamento do agressor da moradia comum

Fonte: Ministério da Justiça (2017).

7. O papel do assistente social

A rede de proteção formada por todas as instituições governamentais e não governamentais, buscam de maneira direcionada garantir a proteção e a sustentação dos direitos e garantias fundamentais da criança, com isso, o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente/SGDCA instituído na

Resolução 113/CONANDA/2006, em cumprimento ao artigo 227 da Constituição Federal (1988) e Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA/1990 (artigos 88, 90, 91, 260, 261 e 139), sustenta três pilares na rede de proteção: Promoção, Defesa e Atendimento, conforme Costa (2012, p. 52):

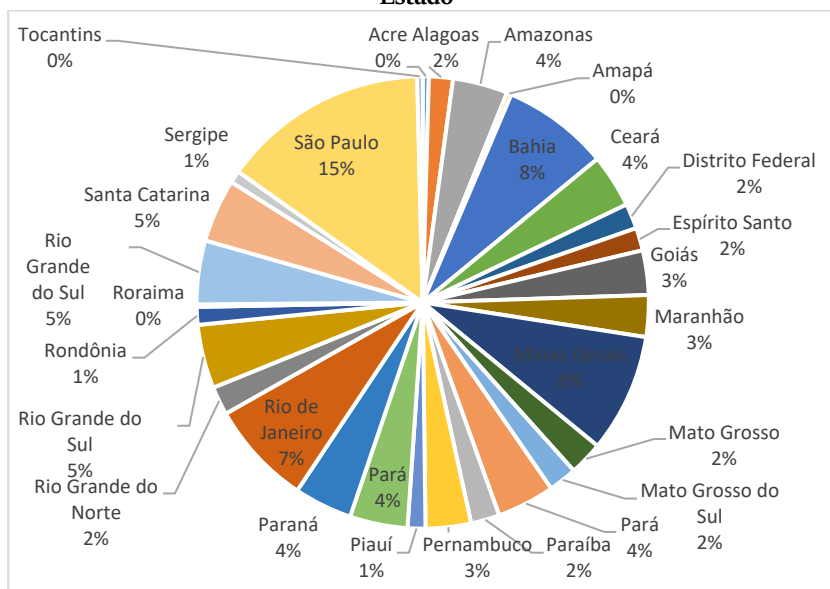
- Na Promoção: as instâncias envolvidas atuam de maneira transversal e intersetorial, conforme as políticas de defesa, garantia de direitos e atendimento, prevista em Lei (ECA - artigo 86), na busca a efetivação dos direitos humanos.
- Na Defesa: instâncias encarregadas da defesa das vítimas, com direitos violados: Vara da Infância e da Juventude, Defensoria Pública, Ministério Público (através da Promotoria), Conselhos Tutelares, Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) e Delegacias Especializadas.
- No Atendimento: atuam os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), Centro de Referência Especializado em Assistência Social/CREAS (especializado em violência), Centro de Referência da Assistência Social/CRAS; Polícias, Instituto Médico Legal/IML e Sistemas de Saúde e de Educação.

Todas essas políticas vêm fortalecer o papel do assistente social na interposição de ajuda de combate à violência e a exploração de crianças e adolescentes. As políticas públicas de uma maneira geral, visam atuar continuamente, com o apoio ministerial e as instituições não governamentais. O papel do assistente social na prevenção e no auxílio requer um amplo conhecimento a respeito dos direitos, deveres e obrigações, quanto ao aspecto da construção familiar e legislativa, pois segundo Ferreira e Azambuja (2011, p.280):

A realização do estudo social nas situações de abuso sexual requer do assistente social rigor quanto ao processo investigativo da situação a ser estudada, clareza com relação a sua finalidade, bem como a utilização de uma fundamentação teórica, ética e técnica.

O exercício da função do assistente social, é de fundamental importância neste processo de instrução e atendimento especializado, por meio das políticas elaboradas do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, do qual segue um modelo de gestão por execução de projetos e benefícios socioassistenciais, e ainda no atendimento pelas vítimas de violência no Sistema Único de Saúde – SUS, direcionadas pela Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos, que no ano de 2016, por meio do disque denúncia, recebeu 16 mil casos de violência sexual na faixa etária de 0 a 18 anos, sendo distribuídos no gráfico 2.

Gráfico 2. Percentual de atendimento de vítimas de violência sexual por Estado



Fonte: Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (2016) adaptado

Nos dados apresentados, os estados que mais apresentam estas estatísticas são: São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Dos crimes mais citados, 72% abuso sexual e 20% exploração sexual, maior parte das vítimas são meninas 67,69%,

meninos 16,52% e não informados 15,79%, 40% dos casos eram crianças de até 11 anos, 30,3% de 12 a 14 anos e 20,09% de 15 a 17 anos de idade.

8. Metodologia

Quanto aos objetivos, o estudo caracteriza-se como pesquisa descritiva, pois busca demonstrar através da literatura, as práticas e conceitos da violência infanto-juvenil, e como objetivo específicos apresentar as políticas nacionais de combate e prevenção, além da legislação direcionada ao combate e prevenção da violência contra crianças e adolescentes. De acordo com Prodanov e Freitas (2010, p. 52), “[...] pesquisa descritiva é quando o pesquisador apenas registra e descreve os fatos observados sem interferir neles. Visa descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis”.

Quanto ao objeto, os dados foram coletados e tratados através de método qualitativo, pois não se utiliza de modelos e técnicas estatísticas no tratamento dos dados. De acordo com Martins e Theóphilo (2007), esse tratamento possibilita que as evidências sejam organizadas, caracterizadas e interpretadas, sem dados específicos, mas baseados nos conceitos e qualificações.

Quanto ao delineamento, os procedimentos de pesquisa foram bibliográficos e documentais. Bibliográficos porque se realizou estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, artigos, teses, monografias, etc. assim também como documental, devido a consulta à legislação brasileiro e seus aspectos que regulam a educação infantil, os direitos da criança e do adolescente, presentes no ECA, CF/88, nas instituições da OIT, DCA, dentre outros.

9. Conclusões

Os direitos e deveres constituídos à criança e ao adolescente, são lutas históricas que consolidaram nos últimos anos, principalmente depois da Constituição Federal de 1988, que posteriormente abriu um leque de termos constitucionais priorizando todos os aspectos de cidadania e dignidade da pessoa humana.

O problema da violência infanto-juvenil, constitui-se de uma natureza cultural negativa, onde prevalece-se os quesitos de poder, e na construção da unidade familiar, observa-se de acordo com as estatísticas, que os aspectos conduzidos da violência física, é habitual por parte do pai, não excluindo o caso da mãe na relação ou de irmãos, avós e tios.

As políticas públicas vieram construir e mobilizar todo um aparato legal, cercado por medidas administrativas e protelares quanto ao caso da violência, no caso do PETI, o Disque 100, o SEFOR, SENAI, CF/88, o ECA, e de outros diversos programas, como o do Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD, o Ministério do Turismo, por meio da campanha Exploração do Turismo Sexual Infantil, o Ministério da Justiça, por meio das ações do Centro de Defesa da Criança e do Adolescente – CEDECA, ações em parceria com a UNICEF, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA, por meio do Programa de Prevenção e Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Abuso e Exploração Sexual e de Responsabilização dos Exploradores, e a atenção nas diretrizes do ECA, além das ações de monitoramento do Sistema de Informações e Proteção à Infância e Adolescência – SIPIA e da Secretaria dos Direitos da Cidadania – DCA.

A colaboração do assistente social nessas políticas são de extrema importância, pois visam a prevenção e a assistência no âmbito dessas políticas públicas, colaborando de forma educacional, e contribuindo nas relações posteriores no atendimento dentro dos centros sociais como o CRAS e até o SUS, para os devidos aspectos

legais que são resguardados dentro da lei de assistência à criança e ao adolescente.

Quanto aos objetivos gerais desta pesquisa, buscou demonstrar através das práticas de combate à violência contra crianças e adolescente, o papel das políticas públicas assistencialistas, assim como a importância do exercício do serviço social, e quanto aos objetivos específicos apresentar a construção do conceito de violência dentro dos aspectos do ECA e suas características, as formas de condução por meio das leis dentro dos aspectos de combate e as penalidades, e o exercício da assistência social às vítimas de violência infantil.

Nesta construção, das políticas sociais e de prevenção, foi visto o aspecto do conceito família, que é entendido dentro da linha de benefício social e não especificamente de laços consanguíneos ou de natureza de gênero, ela busca unir em virtude da necessidade do vínculo, nas obrigações das relações, no caráter e na afetividade, tornando a efetividade na forma de função jurídica, no novo evento de igualdade e da inclusão de todos os direitos que prevalecia a legitimidade do casamento.

Além desses aspectos, o entorno da violência infanto-juvenil encontra-se em sua grande totalidade dentro da unidade familiar, por estes aspectos é necessário o assistente social conhecer o conceito de família, suas responsabilidades sociais, e quais atitudes prevalecer à respeito do caso de violência, pois alguns autores afirmam não especificar o que é melhor para a criança, tirá-la do seio familiar e encaminhar para um abrigo ou deixar ela conviver com essa família onde vive a relação de abuso e violência.

No mapa da violência, houve um crescimento exagerado nos aspectos da violência, as taxas de homicídio no país em 20 anos, com um crescimento de 346%, colocando o Brasil no ranking de 4º país no mundo com o maior de número de mortes, colocando na média de 24 criança assassinadas por dia.

Outro fator relevante nestes dados é que no ano de 2016, o Disque 100, recebeu mais de 16 mil casos de violência sexual,

colocando os estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul nos primeiros lugares da lista. Dos crimes mais citados, 72% abuso sexual e 20% exploração sexual, maior parte das vítimas são meninas 67,69%, meninos 16,52% e não informados 15,79%, 40% dos casos eram crianças de até 11 anos, 30,3% de 12 a 14 anos e 20,09% de 15 a 17 anos de idade.

Ações de combate e prevenção vem sendo desenvolvida com bastante êxito nos últimos anos, porém mudar um aspecto que está inserido de maneira cultural, leva mais tempo. As políticas sociais buscam inserir estes aspectos de mudança dentro nas escolas, que inicia nas séries iniciais o entendimento do que busca para um futuro sem violência, com a ajuda dos educadores, das instituições não governamentais, dos pais, da sociedade e dos assistentes sociais.

Referências

ALBERTON, M. S. Violação da Infância: crimes abomináveis. Porto Alegre: AGE, 2005.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais. Brasília: MEC/SEF, 1998.

BRASIL. Ministério do Trabalho e do Emprego. Plano Nacional de Qualificação do Trabalhador-PLANFOR: reconstruindo a institucionalidade da educação profissional no Brasil. Brasília, 1998.

_____. Constituição Federal, Código Civil, Código de Processo Civil, Código Penal, Código de Processo Penal: Legislação Complementar e sumulas STF e STJ/ organização Editoria Jurídica da Editora Manole. – 5.ed.atual.- Barueri, SP: Manole, 2007. – (5em1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

- _____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 112, de 27 de março de 2006. Dispõe sobre os parâmetros para a formação continuada dos operadores do sistema de garantia dos direitos da criança e do adolescente. Brasília: Diário Oficial [da] República do Brasil; 2006c.
- _____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 113, de 19 de abril de 2006. Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília: Diário Oficial [da] República do Brasil; 2006d.
- _____. [Estatuto da criança e do adolescente (1990)]. Estatuto da criança e do adolescente e legislação correlata [recurso eletrônico]: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. – 12. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014.
- _____. Ministério da Justiça. Fundamentos e Políticas contra a exploração e abuso sexual de crianças e adolescentes. Relatório de Estudo. MJ/CECRICIA, 2017.
- COSTA, M. C. O. Diga não à violência sexual contra crianças e adolescentes no seu município. Organização Internacional do Trabalho – OIT. Universidade Estadual de Feira de Santana: Bahia, 2012.
- FALEIROS, V. P.; FALEIROS, E. S. Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2008, 2ª edição.
- FERREIRA, M. H.; AZAMBUJA, M. R. F. Violência sexual contra crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- FROTA, M. G. da C. A cidadania da infância e da adolescência: da situação irregular à proteção integral. In: CARVALHO, Alysson (org.). Políticas Públicas. Belo Horizonte: Editora UFMG; Proex, 2002.
- MARTINS, Gilberto de Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MORAES, P. J.; FALEIROS, V. P. Adoção e devolução: resgatando histórias. Jundiaí: Paco Editorial, 2015.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO - OIT. Igualdade no trabalho: enfrentando os desafios. Brasília: OIT, 2007. Resumo Executivo do Relatório Global de seguimento à Declaração da OIT sobre os Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho. Relatório do Diretor-Geral.

PAULA, M. R. Combate e Prevenção à violência familiar contra a criança e o adolescente. In Revista Anhangüera v.9 n.1 jan. /dez. p.77-94 2008.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani César de. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. Ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2010.

SILVA, S. K. V. Violência contra crianças e adolescentes, como prevenir?. Novas fronteiras da Psicologia Social: o que nos aprisiona e o que nos liberta. Ensaios. São Paulo: UNISA, 2016.

SOUZA, V. Reprodução humana assistida e família monoparental. Paraná: Silplíssimo, 2015.

WEISELFISZ, J.J. Mapa da violência: crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: CEBELA, 2012.

Capítulo 5

Assistente social dentro da organização não governamental: centro humanitário de amparo à maternidade (chama)

Edgleuma Lima Freitas de Farias¹
Francisca Helena Fernandes França²
Estanislau Ferreira Bié³

Introdução

O desenvolvimento do serviço social vem promovendo diversas ações para buscar diminuir as desigualdades sociais, promovendo e garantindo direitos e deveres fundamentais aos

¹ Graduanda em Serviço Social

² Graduanda em Serviço Social

³ Doutor em Ciências da Educação pela UNISAL - Universidad San Lorenzo; Mestre em Ciências da Educação pela UNISAL; Especialista em Policiamento Comunitário pela UFC - Universidade Federal do Ceará; Especialista em Segurança Pública pela FATE - Faculdade Ateneu; Especialista em Ciências Política Sociedade e Governo pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA/UNIPACE; Especialista em Ciências da Educação pela FACULDADE EVOLUÇÃO - Sociedade Evolução de Educação Superior e Tecnologia Ltda; Especialista em História e Cultura Afro-brasileira e Indígena pela FATE - Faculdade Ateneu; Bacharel em Teologia pelo Centro Universitário UNINTA; Licenciado em Ciências da Religião pelo Centro Universitário UNINTA; Licenciado em História pelo Centro Universitário UNINTA. Diretor Executivo do Instituto Superior de Ensino Sem Fronteiras - ISESEF; Organizador e Membro do Conselho Editorial e Científico das Coleções Saúde no Brasil: Formação Acadêmica, Práticas e Exercício da Profissão; Fazer Educativo; Educação Como Forma de Socialização; Segurança Pública: Direito e Justiça Brasileira e Diretor da Série Conhecimento Afrodescendente. Atualmente professor da Academia Estadual de Segurança Pública do Ceará - AESP/CE, Policial Militar (Oficial da Reserva).

desassistidos e desamparados pela lei. O papel do assistente social nessa construção, vem tornando essas ações possíveis por meio da valorização das políticas de amparo social e das ações realizadas pelas organizações não governamentais.

A construção das ONGs vem configurada por meio de complementação social, instituída através de uma falha na construção das políticas públicas, onde buscam emergir suas ações práticas, voltadas quando necessárias ao atendimento voluntário na provisão de assistência e encaminhamento como agente provedor e institucional, voltado às políticas assistencialistas de amparo social. (PEREIRA, 2003).

Dentro da composição dos Direitos Sociais, dos quais estão dispostos no Art. 6º da Constituição Federal de 1988, possuem como finalidade discricionária, prever a assistência a toda população, principalmente os desassistidos, dentre os quais estes requisitos dispõem o atendimento à saúde e toda sua gratuidade amparados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela Lei Orgânicas da Saúde, onde na ausência desse direito ou na falta de atendimento ou leitos disponíveis, entra o papel das organizações não governamentais.

O assistente social, está disposto em todas as situações das quais considere as práticas voltadas as políticas assistencialistas, seja de origem pública ou privada. Esta ação conforme afirma Matos (2014), são de praxe extremamente viáveis para a construção estatística dos atendimentos como de orientação e encaminhamento dirigíveis ao usuário do serviço social, além do mais, irá tratar especificamente a construção da relação entre família, usuário e a entidade.

Pode-se observar que mediante os aspectos a regulamentações e direitos, as gestantes possuem garantido vários critérios de preferência, tanto nos critérios sociais como trabalhistas, e principalmente à saúde, dentre outros aspectos como atendimento prioritário, assento preferencial, não pegar filas e ser atendida priorizando sua condição especial nos termos de urgência

e emergência, como descritos na Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000.

É dentro destas regulamentações que se justifica a escolha do tema, pois a abrangência da lei no direito à proteção e saúde da gestante, apresenta lacunas em suas garantias, e dentro deste aspecto de proteção e atendimento gratuito que surge a organização governamental CHAMA - Centro Humanitário de Amparo à Maternidade, que atua desde 2011, no município do Eusébio, realizando este atendimento especializado e amparando as gestantes desassistidas pela lei e em questão de vulnerabilidade social.

O objetivo desta pesquisa é demonstrar as ações sociais do CHAMA, no atendimento as gestantes dentro do contexto da vulnerabilidade, e como objetivos específicos, demonstrar o papel do assistente social no amparo social entre as gestantes, e a relação entre as pacientes e a organização.

Os aspectos metodológicos desta pesquisa, está concentrado num estudo descritivo a respeito das ações das políticas sociais e do papel do assistente social, usando da literatura como instrumento de explanação do contexto social e das políticas assistencialistas, e será realizado uma pesquisa semiestruturada com as mulheres atendidas pela organização, com a finalidade de analisar qualitativamente as relações sociais entre elas e a instituição.

2. Assistente social e o atendimento nas ONGs

2.1 O papel do Assistente Social

A atuação do assistente social, trabalha diretamente sob a ordem de uma regulação social, que busca dentro da conjuntura das políticas públicas e sociais, atender a uma demanda na oferta dos serviços sociais, por meio de um atendimento qualificado, e através de uma orientação para dirimir aos desassistidos dentro da melhoria da qualidade de vida da pessoa, conforme conceito do CRESS (2017):

Assistente Social é o/a profissional que concluiu o curso de Serviço Social, devidamente reconhecido pelo MEC e possui inscrição no Conselho Regional de Serviço Social – CRESS. Atualmente a profissão é regida pela Lei Federal 8.662/93 que estabelece suas competências e atribuições. O Conselho Federal e os Conselhos Regionais atuam na normatização e na defesa da categoria, visando a qualidade dos serviços prestados à sociedade.

As atividades características para o atendimento aos desassistidos por meio das políticas públicas e com a atuação do assistente social, pode ser observada na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), com o atendimento priorizado aos que estejam em situação de risco social ou financeiro, cadastrando e visitando as famílias, realizando dentre ambas, um levantamento da situação social e econômica, que pode ser observado dentro da legislação:

Art. 2º A assistência social 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 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

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

Outra legislação de extrema importância para o desenvolvimento das ações do assistente social, é observado através das tipificações específicas para o desenvolvimento dos serviços sociais, descritos por meio da Resolução CNAS 109, de 11 de novembro de 2009, do qual descreve, a classificação do serviço e a

orientação para o beneficiário do programa observando os seguintes aspectos:

I - Serviços de Proteção Social Básica:

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF;
- b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
- c) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.

II - Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade:

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI;
- b) Serviço Especializado em Abordagem Social;
- c) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida - LA, e de Prestação de Serviços à Comunidade - PSC;
- d) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias;
- e) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

III - Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade:

- a) Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades: - abrigo institucional; - Casa-Lar; - Casa de Passagem; - Residência Inclusiva.
- b) Serviço de Acolhimento em República;
- c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora;
- d) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

Dentro dessas observações destaca-se o perfil de atividades e pessoal que deve compor as relações de trabalho do assistente social, pois as suas atividades são definidas em lei, e a colocação em prática do exercício profissional deve obedecer aos parâmetros e regulamentações previstas em lei, assim como os aspectos éticos e morais no atendimento diferenciado a população, sem vícios ocasionais, trazendo condições de melhoria, tal qual descreve Santos et al (2013, p.57):

O papel do assistente social é o de criar condições para que a relação se estabeleça ou restabeleça entre as pessoas e entre estas e a sociedade. Fá-lo, criando espaços de troca de informação, fornecendo ou acedendo a nova informação, atribuindo recursos, providenciando serviços, encaminhando, mobilizando parcerias. E fá-lo de forma formal e informal, mas é sobretudo no quadro institucional e na articulação com os indivíduos, as famílias, redes de apoio, os stakeholders na comunidade, que exerce essa função.

O assistente social, como agente de transformação, deve seguir as condições da construção dos propósitos estruturais da função, adotando aspectos que vai além da construção teórica, buscando modificações e complementações por meio das atividades diárias que confrontam sua formação, e como descreve Piana (2009, p.163) “tem se confrontado com novas exigências para a formação profissional e o exercício da profissão, como a busca de um conhecimento teórico-metodológico consistente, proporcionando aos profissionais uma compreensão clara da realidade social”.

3. O Serviço Social nas ONGs e o papel do assistente social

A Presença do assistente social encontra-se em diversos segmentos de desenvolvimento social e atendimento especializado, e devido a essa característica no papel exercido de maneira social, as organizações não governamentais, enquadram-se perfeitamente nesta característica da função social, pois além de executar atividades de atendimento gratuito ao público, realizam esta ação por meio de convênios geralmente através do poder público, conforme explica Duarte (2010, p.70):

A partir de 1990, as ONGs têm como condição de existência e funcionamento a execução de projetos sociais que se mantêm com verba e apoio financeiro de agências de cooperação internacional, do Estado ou de outras organizações. A capacidade de negociação é outra exigência essencial nesta dinâmica com os financiadores,

além das requisições no campo da pesquisa e da realização de diagnósticos socioeconômicos locais (municípios).

A figura das ONGs passa a exercer funções a partir da falta dos recursos públicos nos seus atendimentos sociais, políticos e econômicos, frisando uma parceria que envolva um conjunto de ações que complementam a função pública social, da qual afirma Ferreira (2009, p.45):

Esse recorte teórico preferencialmente político e excessivamente instrumental dos movimentos sociais e da sociedade civil dificulta a compreensão da crise global que afeta a contemporaneidade e desconsidera o papel desempenhado por inúmeros atores sociais, mesmo que estes sejam independentes e distantes das instituições e dos limites geopolíticos dos Estados nacionais.

Nesta configuração, pode-se observar a relevância do papel do assistente social e da ONG na execução da complementação das tarefas a serem desenvolvidas pelo poder público, intensificando as ações, como afirma Martins (2012), consolidando essa trajetória na relação sócio histórica, e solidificando as ações do serviço social, como ações desenvolvidas no chamado terceiro setor, tal qual afirma Duarte (2010, p.70):

A intensificação da exploração em busca do aumento de produtividade expõe os trabalhadores às situações de polivalência, ao acúmulo de atividades e funções (concentração de atribuições), aos serviços terceirizados (assessorias e consultorias) e à incessante atualização de conhecimentos e informações, a fim de atender “novas e velhas” demandas institucionais. Isso é pertinente para a categoria profissional do Serviço Social nos variados espaços sócio-ocupacionais, inclusive nas ONGs. Exige-se, também, no campo das ONGs, um trabalhador plenamente “adaptado e dinâmico” à reorganização da produção e da reprodução social sob a égide do capital.

4. Os direitos assistidos as gestantes

A assistência gratuita e direcionada a gestante é construída desde a Constituição Federal de 1988, dentro das ações do Sistema Único de Saúde – SUS, e desenvolvidos dentre outros aspectos regulamentados em leis e resoluções que buscam dar um atendimento diferenciado e preferencial que atendam a sua situação física e o risco social ao qual se encontram, o direito a licença maternidade, ao parto humanizado, a assistência ao pré-natal, ao abandono social, a violência doméstica, dentre outros aspectos, como afirma Santana e Coelho (2005).

Estes aspectos também podem ser observados na Lei nº 13.257/16, que em seu título II, dos direitos fundamentais, capítulo I, direito a vida e a saúde, também dispõe sobre os aspectos de proteção à gestante, que descreve em seu artigo 8º:

É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

§ 1º O atendimento pré-natal será realizado por profissionais da atenção primária.

§ 2º Os profissionais de saúde de referência da gestante garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, garantido o direito de opção da mulher.

§ 3º Os serviços de saúde onde o parto for realizado assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção primária, bem como o acesso a outros serviços e a grupos de apoio à amamentação.

§ 4º Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal.

§ 5º A assistência referida no § 4º deste artigo deverá ser prestada também a gestantes e mães que manifestem interesse em entregar

seus filhos para adoção, bem como a gestantes e mães que se encontrem em situação de privação de liberdade.

O Ministério da Saúde, dentro de suas regulamentações e das políticas públicas voltadas para a gestante, dispõe, por meio da Lei 11.634, de 27 de dezembro de 2007, quanto as questões que estabelecem o direito da gestante nos aspectos da vinculação à maternidade e como será estabelecida os quesitos de assistência e suas regulamentações ao que se refere o atendimento à saúde:

Art. 1º Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à:

I - maternidade na qual será realizado seu parto;

II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal.

§ 1º A vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal.

§ 2º A maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério.

Art. 2º O Sistema Único de Saúde analisará os requerimentos de transferência da gestante em caso de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade e cuidará da transferência segura da gestante.

Art. 3º A execução desta Lei correrá por conta de recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes suplementares.

Todos estes aspectos buscam construir políticas públicas de atendimento à gestante, dentre outros programas sociais, como o Sisprenatal, o parto humanizado, e ainda a construção destes direitos exercidos por meio de organizações não governamentais, que ampliam a construção desses direitos.

5. Procedimentos metodológicos

A presente pesquisa, busca demonstrar por meio de uma ação descritiva, as ações da ONG CHAMA, o papel do assistente social, tal qual o papel da organização no amparo às gestantes. E através da literatura, explorar as práticas e conceitos relacionados às ações do serviço social. De acordo com Prodanov e Freitas (2010, p. 52), “[...] pesquisa descritiva é quando o pesquisador apenas registra e descreve os fatos observados sem interferir neles. Visa descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis”.

Quanto ao objeto, os dados foram coletados e tratados através de método qualitativo, sobre uma pesquisa semiestruturada direcionada com as gestantes abrigadas, buscando saber os aspectos de situação social em que se encontram. De acordo com Martins e Theóphilo (2007), esse tratamento possibilita que as evidências sejam organizadas, caracterizadas e interpretadas, sem dados específicos, mas baseados nos conceitos e qualificações. Sendo assim realizado um estudo de caso com as abrigadas, para entender suas relações com a instituição e suas condições de vida e convivência, que segundo Gil (2010, p.73) “o estudo de caso é caracterizado pelo profundo e exaustivo estudo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir conhecimentos amplos e detalhados do mesmo”.

Quanto ao delineamento, os procedimentos de pesquisa foram bibliográficos e documentais. Bibliográficos porque se realizou estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado pela própria instituição CHAMA, suas atividades operacionais, seu público alvo, ações e encaminhamentos direcionados, os atores envolvidos e os serviços de utilidade pública.

6. Ações desenvolvidas pela ONG CHAMA

As ações desenvolvidas pela ONG CHAMA, contribui com os fatores sociais voltados ao atendimento as mulheres gestantes, no

qual desenvolve ações de acompanhamento durante a gestação e no suporte emergencial, principalmente as que encontram-se vulneráveis ou suscetíveis, nos quadros que envolvem uso de entorpecentes e abuso, direcionando o atendimento priorizado pela entidade a este público-alvo, dos quais atendem 14 mulheres, em dormitórios dos quais possuem móveis para suas instalações, assim como banheiros e ventiladores, dos quais destacam-se na tabela 1, os atendimentos realizados.

Tabela 1. Atendimento realizados

Descritivo	Resultado
Admissões de novas internas	18
Visita domiciliar	02
Nascimentos	06
Reinserção familiar	18
Desistência do tratamento	03
Rejeição pós-parto	1
Adoção	0

Fonte: CHAMA (2017) Dados da pesquisa

7. Identificação Organizacional

Razão social: Centro Humanitário de Amparo à Maternidade – CHAMA

Data da Fundação: 10/11/2011

Endereço: Rua Dr. Raimundo Guimarães, nº181, Coité – Eusébio

Responsável legal: Luís Eduardo Grangeiro Girão

Coordenadora Executiva: Larissa Rodrigues Barros

Telefone: (85) 98683.1169

E-mail: abrigochama@gmail.com

Fanpage: CHAMA Centro Humanitário de Amparo à Maternidade
Horário de funcionamento: Segunda a Sexta: 08:00hrs às 17:00hrs
(administração e atividades de promoção) e tempo integral (Casa de Acolhimento);

8. Público-Alvo

O desenvolvimento das atividades da ONG está direcionada exclusivamente às gestantes, da qual possua qualquer faixa etária ou período gestacional, não restringe aspectos de proximidade, atendendo qualquer mulher, não importando onde mora, com pré-requisitos de vulnerabilidades sociais, conflitos domésticos e de relacionamento, fragilidade familiar nos aspectos econômicos, situação de miséria, desabrigada, violência, abuso, entorpecentes ou outros tipos de conflitos sociais que agravem sua condição gestacional.

9. Objetivo Geral

A instituição traz como objetivo principal o direito à vida, através da preservação de uma gestação plena e sadia.

10. Objetivos Específicos

- Acolhimento às gestantes;
- Redução de danos;
- Proteção à maternidade;
- Valorização do vínculo mãe e filho;
- Restabelecimento dos vínculos familiar e comunitário;
- Reinserção e promoção social;
- Desenvolvimento de potencialidades, através de projetos de qualificação;
- Garantia de direitos.

Quadro 1. Aspectos gerais e ações da CHAMA

Aspectos Gerais	Ações
Permanência	As internas podem permanecer no acolhimento pelo período de até sessenta dias após o parto. O objetivo da equipe social é de reinserir mãe e bebê no contexto familiar e/ou buscar programas assistenciais (Bolsa Família, Aluguel Social, BPC, Aposentadoria, etc.) que possam garantir a promoção desta mulher e garantia de direitos da criança.
Atividades Desenvolvidas	Desenvolvendo ações em benefício de gestantes e filhos nas áreas da saúde, educação, proteção social, segurança alimentar e nutricional, agroecologia, atividades socioculturais e educativas, direitos humanos e prática da cidadania. Durante a estadia das gestantes no Centro é promovida a reinserção social das mesmas, através de capacitação para atividades profissionais que gerem emprego ou renda (curso de manicure, artesanato, bijuteria, trufa de chocolate, etc), incluindo o resgate do fortalecimento dos vínculos e competências familiares. Essas medidas visam o bem-estar e a qualidade de vida da mãe e filho após a saída do centro.
Profissionais	A instituição conta com uma equipe multidisciplinar formada por profissionais de diversas áreas (Assistente Social, Psicólogo, Orientador em dependência química, parteira, manicure, artesã, entre outros), sendo estes colaboradores contratados assim como profissionais voluntários.

Fonte: CHAMA (2017) dados da pesquisa

11. Referências Teórico-Prático (Projetos Desenvolvidos)

O CHAMA desenvolve atividades teóricas e práticas com as internas, com vistas à reinserção social, garantia de direitos e reflexão e mudança de vida. A equipe multidisciplinar, assim como profissionais convidados realizam os projetos abaixo descritos:

- **Projeto Afeto de Mãe:** conscientização sobre a importância e benefício do parto natural e da amamentação exclusiva, através de roda de conversa semanal com doulas e parteira.
- **Projeto Ciranda:** realização semanal de rodas de conversa, momento de partilha e orientação com as internas, acerca da dependência química, relações sociocomunitárias, direitos da mulher, entre outros, realizado por profissionais da saúde, psicologia, social, etc.
- **Projeto Farmácia Viva:** implantação de horta medicinal, com o objetivo de integrar as gestantes no cultivo da terra e cuidado com as plantas, assim como possibilidade de tratamento natural de algumas doenças. EM CONSTRUÇÃO.
- **Projeto Beleza Pura:** oficina de beleza realizada semanalmente, com foco no resgate da autoestima feminina e reinserção social, assim como geração de renda através da capacitação e formação para as internas na área da beleza realizado por manicure profissional.
- **Projeto Clique de Vidas:** despertar da maternidade, fortalecimento do vínculo mãe e filho e resgate da autoestima feminina, através do registo fotográfico para confecção de book individual, realizado por profissionais do ramo da fotografia.
- **Projeto Mama Chef:** mensalmente a realização orientação nutricional e incentivo dos hábitos alimentares saudáveis, assim como preparo de receitas nutritivas para gestantes, parturientes e bebês, realizadas por profissional da área alimentar.

- **Projeto Mãe-Me-Quer:** oficinas semanais, com atividades que englobam rodas de conversa, exibição de filmes, palestras e atendimentos individualizados, com foco na manutenção dos vínculos familiares e garantia de direitos (mãe e filho), realizado por profissionais da área social.
- **Projeto Falando com Deus:** com foco no desenvolvimento da espiritualidade, semanalmente é realizada roda de leitura espiritual, com a participação das internas, funcionários e familiares.
- **Projeto Mariana:** realização de rodas de conversa e dinâmicas, mensalmente, com foco no desenvolvimento de potencialidades, nova compreensão do ser humano e o significado do nascimento, com abordagem dos valores humanos através de profissionais de diversas áreas.
- **Mãos Dadas:** realização de rodas de conversa, momento de partilha e exibição de curta-metragem voltado para os familiares, com vistas na manutenção dos vínculos familiares.

12. Encaminhamentos, rede de apoio e parceiros

- Conselho Tutelar
- Hospital e Maternidade Amadeu Sá (Eusébio)
- Secretaria de Desenvolvimento Social
- Secretaria de Saúde
- CRAS
- CREAS
- CENTROPOP (Fortaleza)
- HGF (Fortaleza)
- Escola Maternidade Assis Chateaubrian (Fortaleza)
- Defensoria Pública
- Fórum Clóvis Beviláqua (Fortaleza)

- MOVIDA
- Casa Luz (Fátima)

13. Análise dos resultados

O estudo realizado busca, no seguinte questionário proposto, demonstrar os aspectos da idade da gestante e em que tipo de violação de direitos foram agredidas ou privadas nas suas relações domésticas e afetivas com seus companheiros, a ponto de vir buscar abrigo na ONG CHAMA.

• Entrevistada – A

Idade? 17 anos

Número de filhos? 02 filhos

Estado civil? Solteira

Escolaridade? Ensino fundamental completo

Motivo de estar abrigada? Desentendimento com meu companheiro, fui agredida e o conselho tutelar me encaminhou para o CHAMA.

O que você tem a dizer sobre o acolhimento? Eu agradeço por terem acolhido a mim e ao meu filho com muito amor. A assistente Social está sempre conversando e nos orientando da melhor forma.

• Entrevistada – B

Idade? 27 anos

Número de filhos? 01

Estado civil? Vivo junta com meu parceiro

Escolaridade? 2ª Série do Ensino Fundamental

Motivo de estar abrigada? Usuária de drogas e tinha uma vida desregrada.

O que você tem a dizer sobre o acolhimento? Aqui é muito bom e fui bem recebida, temos tudo o que nossos filhos precisam.

● **Entrevistada – C**

Idade? 37 anos

Número de filhos? 04

Estado civil? Solteira

Escolaridade? 1º Ano do Ensino Médio

Motivo de estar abrigada? Usuária de drogas, vendia tudo que tinha dentro de casa e acabei nas ruas.

O que você tem a dizer sobre o acolhimento? Que tenho a dizer é só coisas boas. A Assistente Social é como uma mãe para nós, e está sempre nos dando toda atenção possível.

● **Entrevistada – D**

Idade? 26 anos

Números de filhos? 04 filhos

Estado civil? Vivo junta com meu parceiro

Escolaridade? 5ª Série do Ensino Fundamental

Motivo de estar abrigada? Usuária de drogas, engravidei e procurei ajuda, por causa do meu filho.

O que você tem a dizer sobre o acolhimento? Aqui é um ótimo lugar, somos bem assistidos em todos os sentidos.

● **Entrevistada – E**

Idade? 24 anos

Número de filhos? 02 filhos

Estado civil? Solteira

Escolaridade? Ensino Médio completo

Motivo de estar abrigada? Fui ao hospital fazer um aborto legal e eles me encaminharam para o projeto.

O que você tem a dizer sobre o acolhimento? Fui bem acolhida e aqui me ajudaram muito no momento em que eu mais precisava. Eles estenderam a mão para mim.

14. Ponderações dos resultados

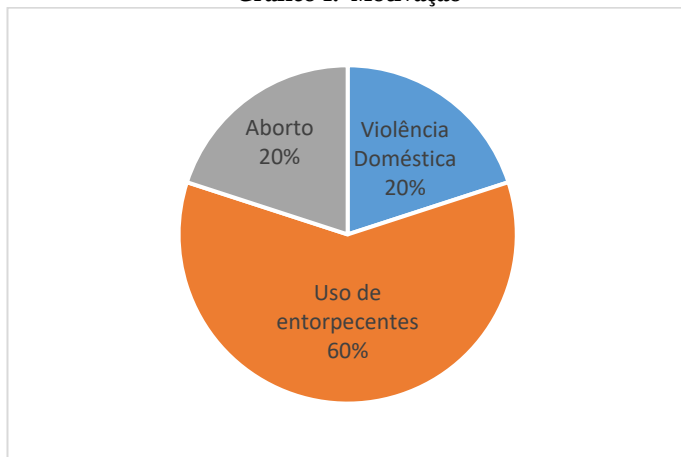
As mulheres atendidas no projeto demonstraram, numa avaliação quantitativa do questionário, menor renda familiar, menor escolaridade e mais sentimentos negativos ao descobrirem a gestação. Essas mulheres não possuíam carreiras ou mesmo emprego, portanto, a função delas exigida pela sociedade é “ser mãe”. Essa identidade forjada as faz replicar muitas vezes o comportamento que suas mães tiveram: se foram geradas quando suas mães eram adolescentes, engravidam na adolescência. Isso reflete na decisão pelo aborto, pois, a mulher não reconhece uma estrutura familiar devido ao desamparo e a exclusão social que sofre. A identidade parental é algo construído socialmente com afeto.

Essas mulheres admitiram que a falta de apoio dos companheiros foi mais determinante do que dificuldades econômicas na escolha por abortar. O que mais surpreendeu a pesquisadora foi o fato de as entrevistadas estarem sempre sozinhas, sem a companhia de parentes ou amigos. Nos depoimentos, constatou-se que a participação dos companheiros é mínima ou inexistente.

A psicóloga Cristina diz que as mulheres são cobradas pela sociedade em demonstrar um instinto nato em ser boas mães, mas algumas são abandonadas, sem apoio financeiro e, principalmente, emocional. A solidão com que enfrentam a interrupção da gravidez pode levá-las a quadros de depressão. “O aborto é um evento traumático, e é algo que a mulher vai carregar consigo” finaliza a psicóloga.

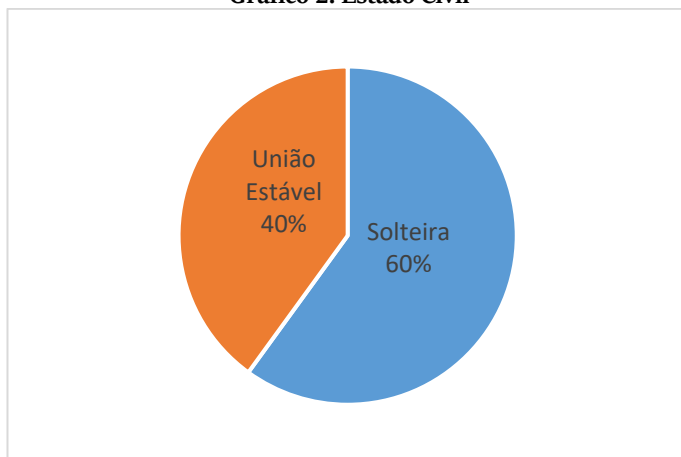
De acordo com o resultado da pesquisa, pode-se observar, que os motivos pelo qual as gestantes buscaram o abrigo na ONG CHAMA, 60% das entrevistadas estão alocadas devido a questões do uso de entorpecentes, quanto as demais 20% por sofre violência doméstica e 20% por motivo de aborto, conforme gráfico 1.

Gráfico 1. Motivação



No gráfico 2, pode-se observar que 60% das entrevistadas são mães solteiras, das quais estão na faixa etária entre 17 e 37 anos de idade, as outras entrevistadas, representam 40% da pesquisa, e vivem em união estável com seus companheiros, encontrando-se nas faixas etárias entre 26 e 27 anos de idade.

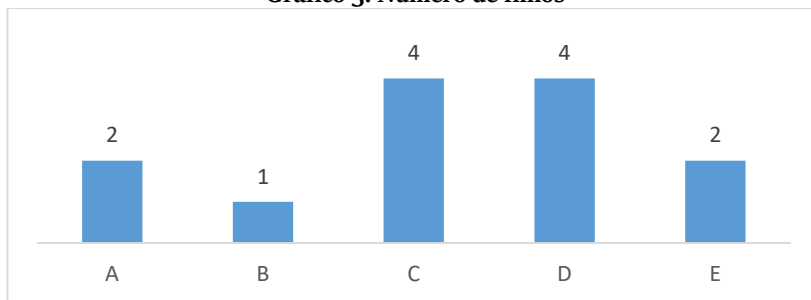
Gráfico 2. Estado Civil



O número de filhos das entrevistadas, podem ser vistas no gráfico 3, onde há uma relação que varia de 1 a 4 filhos das

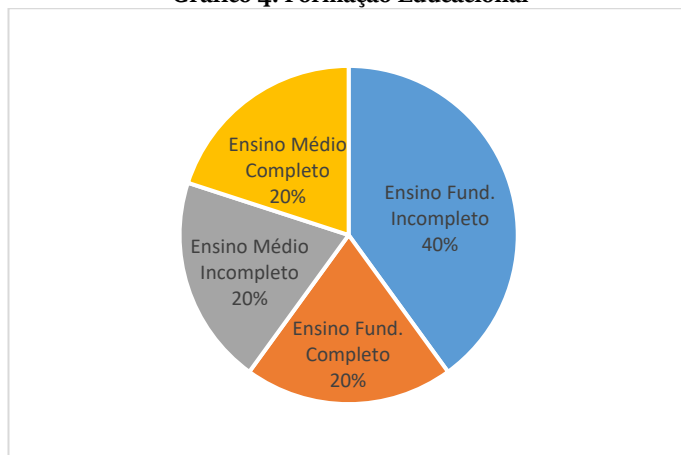
entrevistas, onde as mesmas, não possuem uma relação segura de prevenção à gravidez ou doenças sexualmente transmissíveis, ficando estes aspectos observados durante a realização do pré-natal.

Gráfico 3. Número de filhos



No gráfico 4, pode-se ver a relação com o nível de escolaridade das gestantes que buscam apoio no abrigo, das quais 80% não possuem o nível médio, ficando apenas 20% com a conclusão do ensino, 20% possui o nível médio incompleto, 20% o ensino fundamental completo e 40% o ensino fundamental incompleto, mostrando o quão deficitário é a falta de busca pela instrução das abrigadas no acesso educacional.

Gráfico 4. Formação Educacional



15. Conclusões

O papel social desenvolvido pela instituição CHAMA, traz consigo, a construção de uma formação de políticas públicas voltados às mulheres gestantes, das quais encontram-se em situações de vulnerabilidade e dentro de conflitos sociais, passando por situações das quais colocam em risco sua integridade física e o processo gestacional.

A complementação social desenvolvida pela organização, busca dar continuidade ao trabalho que é para ser desenvolvido pelo setor público, porém nesta carência de números que existe em nosso país, as organizações não governamentais encontram-se disponíveis para realizar esta complementação.

O trabalho desenvolvido na instituição, tem como objetivo desenvolver ações por meio de projetos sociais realizados dentro da instituição e com outras parcerias, que visam conscientizar a importância da gestação, realização de conversas e orientação psicológica, atividades manuais, oficinas de capacitação, orientação profissional e incentivo de hábitos alimentares, envolvendo todos os profissionais da ONG e de instituições parceiras.

O objetivo desta pesquisa é demonstrar as ações sociais do CHAMA, no atendimento as gestantes dentro do contexto da vulnerabilidade, como demonstrado na contextualização de seus programas e no atendimento priorizado ao público, demonstrando também o papel do assistente social no amparo social, o papel do serviço social no amparo as gestantes e a relação entre as pacientes e a organização.

Além destes aspectos, foi realizado uma pesquisa semiestruturada para ver a relação entre as mulheres amparadas pela instituição, com suas relações sociais, afetivas e econômicas, demonstrando como resultado, que as mesmas se encontram em situação de risco social, e na maioria dos casos não possuem instrução qualificada, nem ensino médio completo, além de sofrerem agressões físicas e de serem usuárias de drogas.

O papel da CHAMA é desenvolver atividades sociais voltadas para as gestantes que se encontram em vulnerabilidade, realizando estas atividades em plena função, das quais as mulheres que encontram-se atualmente amparadas na instituição estão adorando as instalações e o atendimento especializado realizado, que vem sendo desenvolvido desde o ano de 2011.

Referências

BRASIL. Casa Civil. Lei 8.742/93, dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS.

_____. Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências.

_____. Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação a maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

_____. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

_____. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de junho de 1990 e dá outras providências.

CHAMA. Centro Humanitário de Amparo à Maternidade. Disponível em: <https://www.facebook.com/CHAMACentroHumanitariodeAmparoaMaternidade/> Acesso em: 20 de outubro de 2017.

CRESS. Assistente Social. Disponível em: <http://cress-org.br/institucional/assistente-social/> Acesso em: 20 de outubro de 2017.

DUARTE, J. L. do N. Cotidiano profissional do assistente social: exigências profissionais, identidade e autonomia relativa nas ONGs. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 1, p. 66 - 76, jan./jun. 2010.

- FERREIRA, L. C. Conflitos sociais contemporâneos: considerações sobre o ambientalismo brasileiro. In Revista Ambiente & Sociedade - Ano II - No 5, p. 35-54, 20 Semestre de 2009.
- GIL, Antônio Carlos. Como elaborar Projetos de Pesquisa. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MARTINS, E. B. C. Educação e Serviço Social: elo para a construção da cidadania [online]. São Paulo: UNESP, 2012. Available from SciELO Books.
- MARTINS, G. de A.; THEÓPHILO, C. R.. Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- MATOS, M. C. Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2014.
- PEREIRA, P. A. A nova divisão social do bem-estar e o retorno do voluntariado. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, v.73, p. 75-100.
- PIANA, M. C. A construção do perfil do assistente social no cenário educacional [online]. São Paulo: UNESP, 2009. Available from SciELO Books.
- PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. Ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2010.
- SANTANA, T. C. F. F.; COELHO, T. C. B.. Planejamento familiar e integralidade em um sistema municipal de saúde. Rev. Baiana de Saúde Pública. v. 29, n. 2, p. 214-225 JUL, 2005.
- SANTOS, C. C.; ALBUQUERQUE, C. P.; ALMEIDA, H. N. Serviço Social: mutações e desafios. Coimbra: IUC, 2013.

Capítulo 6

Serviço social: um olhar apartir do grupo de convivência do idoso

Roseane Ferreira Lima¹

Esteliana Ferreira Bié²

Estanislau F. Bié Segundo³

Introdução

Este estudo teve como objetivo realizar um levantamento na literatura sob a referida temática; de Idosos em Grupos de Convivências, visando à identificação dos limites e avanços no desenvolvimento das suas ações, trazendo como e de que forma A assistente Social pode ser inserida nestes processos.

O interesse pela pesquisa se deu através da prática de estágio em Serviço Social em que a pesquisadora acompanhou durante alguns meses um grupo de convivência de idosos, gerando assim na

¹ Graduanda em Serviço Social

² Graduanda em Serviço Social

³ Licenciado em História pelo Centro Universitário INTA – UNINTA; Graduando em Enfermagem pelo Centro Universitário Belo Horizonte – UniGH; Pesquisador do Instituto Superior de Ensino Sem Fronteiras – ISESF; Organizador e Membro do Conselho Editorial e Científico das Coleções Saúde no Brasil: Formação Acadêmica, Práticas e Exercício da Profissão; Fazer Educativo; Educação Como Forma de Socialização e Segurança Pública: Direito e Justiça Brasileira. Atualmente Funcionário Público Estadual do Estado de Minas Gerais lotado na Secretária de Segurança Pública de Minas Gerais – SESP na Função de Agente de Segurança Socioeducativo.

mesma, algumas inquietações no sentido de fomentar este tema e trazer novas discussões.

Diante desta vivência de campo, a mesma percebeu que o Serviço Social possuía várias atuações específicas nestes espaços. Como exemplo, temos os acompanhamentos periódicos, colaborações no planejamento e organização, discussões de temas citados no grupo, iniciativas na criação de programas de lazer, sócio-educativas, encontros entre grupos, dentro outros. Firmando assim muitas das possibilidades de intervenção destes profissionais junto à esses grupos, onde colaboram de forma direta e interventiva nas realidades vivenciados por esses seres, que muitas são vezes desprezados pela família e pela sociedade. Onde veem estes espaços como um verdadeiro refúgio para novas possibilidades de se inserirem novamente na sociedade e até mesmo continuarem a sonhar.

Em relação às dificuldades da velhice, frisou-se a busca pela efetivação de políticas sociais com eficiência no atendimento deste segmento de indivíduos que precisa de atendimento especializado segundo suas características peculiares, a qual sua autonomia tem que ser levado em conta. (PESSOA, 2010).

Organizou-se este estudo em quatro Capítulos temáticos. O primeiro traz a temática Idoso, com sua conceituação e seus principais direitos conquistados como a Política Nacional do Idoso (PNI), o Estatuto e o Benefício de Prestação Continuada, conhecido popularmente como BPC. Pois é quase impossível tratarmos de assistente social em algum contexto, sem antes falarmos de direitos.

No segundo capítulo entenderemos como se dá o atendimento nos Grupo de convivências de idosos, com suas especificidades.

Já no Terceiro, entenderemos como se dá a introdução do Assistente Social nestes grupos de convivências. E por fim no Quarto capítulo traremos as Considerações Finais adquiridas através da junção do trabalho desenvolvido. Porém em quase todos verificamos as legislações pertinentes ao tema.

Para a construção deste Trabalho de Conclusão de Curso usou-se pesquisa bibliográfica e exploratória do tipo qualitativa.

2. Metodologia

A presente pesquisa trate-se de uma revisão bibliográfica e exploratória com abordagem qualitativa.

A pesquisa exploratória é baseada no desenvolvimento, esclarecimento e transformações dos conceitos e ideias, buscando a formulação de problemas mais específicos ou suposições para pesquisas posteriores.

Já a pesquisa Bibliográfica é realizada a partir de materiais já elaborados como livros ou artigos científicos (GIL, 2008).

Em se tratando de pesquisa qualitativa temos uma definição que é uma abordagem por meio da qual o pesquisador procura produzir conhecimentos através de uma compreensão aprofundada de determinado grupo-fenômeno social, sem inquietar-se com a representatividade numérica da pesquisa. Assim, esse método procura explicar o porquê dos fenômenos, determinando a solução adequada para o problema que afligiu o pesquisador; sem, contudo, valer-se de quantificação, preocupando-se somente com a compreensão e explicação (GOLDENBERG, 1997).

Buscou-se através de sites da internet, livros, revistas e produções científicas, todos os dados que colaborassem com esta pesquisa, de onde a pesquisadora teve uma ampla visão sobre o tema.

De acordo com a metodologia descrita acima se dividiu o tema em Quatro capítulos, para uma melhor organização e entendimento do leitor.

3. Idoso

No Brasil, de acordo com o Estatuto do Idoso, a pessoa acima de 60 anos é considerada idosa, mas de acordo com a vivência e pensamento de cada um, há idosos com mentes de jovens e vice-versa. Pois depende muito da internalização de cada um (COSTA, 1988 apud Oliveira 2009).

A velhice segundo BEALIVOIR é considerada;

Um fenômeno biológico com consequências psicológicas que se apresentam através de determinadas condutas consideradas típicas das ideias avançadas, modifica a relação do homem no tempo e, portanto, seu relacionamento com o mundo e com sua própria história. Por outro lado, o homem nunca vive em estado natural; um estatuto lhe é imposto, também na velhice, ela sociedade a qual pertence (1990, p.15).

Já sobre a preocupação com esse grupo surgiu na década de 1970, época em que a pobreza e as desigualdades sociais no país aumentaram. Assim para DEBERT (1996) p.35 apud SILVA (2004) a velhice vem sendo gradativamente socializada, deixando de ser considerada como uma questão de previdência ou de Associações Filantrópicas, para transformar-se em uma questão pública.

Muito mais que a relevância da idade, é a forma de como esses anos foram vividos. As constituições que se formaram e a maneira como esses idosos se sentem e se veem (NERI, 1995 apud MEDEREIROS E WOLFF, 2011). Logo entendemos que é necessário chegarmos a reflexão sobre o ser idoso e o envelhecimento.

O envelhecer é tido como uma experiência diferente entre homens e mulheres, que são marcadas por trajetórias desiguais de vida (SANTOS, MARINHO, 2016). Já para Moraes (2008) existem vários pontos que integram este estado, um deles é a parte psicológica, de onde percebemos uma notável diferença de comportamentos para cada um, onde a maioria destes idosos perde a sua autonomia e começam a mostrar objeções para se enquadrar a essa nova fase.

Muito mais que a relevância da idade, é a forma de como esses anos foram vividos. As constituições que se formaram e a maneira como esses idosos se sentem e se veem (NERI, 1995 apud MEDEREIROS E WOLFF, 2011). Logo entendemos que é necessário chegarmos à reflexão sobre o ser idoso e o envelhecimento.

Percebemos que as pessoas querem não só apenas aumentar o seu período de vida, mas também se conserva, física e

mentalmente. A ideia da degeneração física produz nas pessoas o temor de envelhecer, porém, mais importante do que o envelhecer, é o problema social e psicológico vivido pelas pessoas idosas, uma vez que se tornam na maioria das vezes solitários, indesejáveis, marginalizados (OLIVEIRA,2003, p.29)

4. Política Nacional do Idoso

Lei nº 8.842, de 04 de janeiro é instituída em 1994 com o objetivo de firmar os direitos sociais desses indivíduos. (BRASIL; 1994 apud DALMOLIN, et. al 2011).

Foi direcionada através das diretrizes da Constituição Federal, onde foi vigorada após tantos anos de lutas pela busca de direitos consolidados.

Esta Lei prevê através de seus artigos, as necessidades dos idosos que em suma deve ser respeitada. Para tanto enfatiza constantemente as palavras proteger, zelar e respeito (BRASIL, 2003). Têm por base a compreensão da necessidade de se respeitar e promover os direitos da população idosa como uma nova possibilidade de respeito a esses processos (MARTINEZ, 2004, p. 14 apud PESSOA, 2010).

Já o artigo terceiro desta mesma lei, preconiza que A Família, a Sociedade e o Estado têm o dever de assegurar aos idosos todos os direitos à cidadania. Também se incluindo as condições para promover sua autonomia, integração e participação direta na sociedade (SILVA, 2004, p.47).

Segundo; RODRIGUES, FERNANDES, CARVALHO (2011),

“O envelhecer dentro do contexto familiar denota várias consequências que resultam do processo de saída do mercado de trabalho, o idoso passa a ser um (co) partícipe da renda familiar. Assumindo um novo papel, não mais como protagonista, mas como coadjuvante no dia-a-dia da família. Muitas vezes, por ser mantenedor econômico não é reconhecido como tal e isso ocorre, psicologicamente falando, em uma vitimização familiar,

fundamentada no discurso de que aquele “velho” tem que contribuir e não faz nada além de suavizar seu fardo involuntário, sendo visto como mais uma boca para alimentar (p.4) ”.

Assim, a luta por direitos dos idosos teve duas grandes conquistas que foram; A Política Nacional e o Estatuto do Idoso, onde foram marcos para os idosos que os tornaram detentores de direitos e terem sua dignidade preservada. É de relevância frisar também que o envelhecimento muda de pessoa para pessoa, de acordo com como viveram sua vida, sua cultura, enfim as relações sociais mantidas(OLIVEIRA, 2003).

Nos subitens abaixo nos aprofundaremos melhor em cada um deles.

5. Estatuto do Idoso

Com a Lei n. 10.741/03 (Estatuto do Idoso), culminou-se o processo legislativo mediante o qual o Governo Federal tentou celebrar a relevância individual e social das pessoas com mais idade (MARTINEZ, 2012, p.13). Ainda segundo este mesmo autor o Estatuto do Idoso é lei ordinária, geral e orgânica, assumindo forma de lei que complementa à Constituição e passou a vigorar em 03.10.2003, tendo eficácia somente 2013(art. 118).

Assim além de se firmar indicação legislativa já existente vem desmembrar os respectivos direitos de forma ampla, determinando ações e procedimentos e criando abertura a um espaço questionável denominado por TEIXEIRA (2008, p. 298) de “mix público privado”. Salienta-se que esta Legislação somente transformará a realidade da população idosa se houver uma participação de toda a sociedade no quesito controle social e fiscalização, ou seja, sozinho o Estatuto dificilmente alcançará os resultados propostos em seus artigos (PESSOA, 2010).

6. Benefício de Prestação Continuada (BPC)

Instituída em 7 de dezembro de 1993, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) cria o Benefício de Prestação Continuada (BPC) que preconizava a garantia de 1 salário mínimo mensalmente às pessoas idosas (para o BPC apenas maiores de 65 anos) ou a portadores de deficiência. Porém é necessário a comprovação de não possuir meios do seu próprio sustento (SILVA, 2004).

Este pode ser recebido mesmo que outros membros da família já obtenham benefícios específicos, não são somados à renda per capita familiar. Já no que diz respeito aos procedimentos administrativos para seu indeferimento ou concessão é de responsabilidade do INSS e seu pagamento da União Federal (PESSOA, 2010, p.131).

A previsão é que cerca de 360 mil idosos a partir de 65 anos estejam sendo contemplados por esse benefício (BARCELLOS, 2009, p.56).

Para a concessão é analisado o conjunto de pessoas que vivem na mesma casa, como cônjuge ou companheiro, pais, filhos, inclusive enteados, menores tutelados e irmãos não emancipados, menores de 21 anos ou inválidos de qualquer idade. (BRASIL, 2002, p.98) apud SILVA (2009).

Com base no que foi exposto até aqui sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC), percebe-se claramente a distorção do que a Constituição Federal (1988) preconiza. Primeiro quanto ao critério da idade para caracterizar a pessoa idosa, visto que a referida Constituição considerava 65 anos e a Política Nacional do Idoso, considera a idade de 60 anos (artigo 2º). Além desta definição, a Lei Orgânica da Assistência Social limitou ainda mais o benefício, quando definiu o que seria a questão de a família não poder manter o seu sustento: renda mensal per capita inferior a 1/4 do salário mínimo. Desse modo, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) distanciou-se do preconizado pela Lei Orgânica da Assistência Social e principalmente pela Constituição Federal de 1988, uma vez que sua

materialização foi orientada por perversa lógica quanto as alterações drásticas nos pré-requisitos para acesso, a seletividade, com caráter de menor elegibilidade, altamente restritivo e excludente em relação ao consignado pela referida Constituição (SILVA, 2009).

Frisa-se ainda que o BPC não se resulta em décimo terceiro salário e nem é acumulativo como benefício previdenciário.

A cada 2 anos o direito passa por uma reavaliação, onde é analisado formalmente a concessão do benefício MARTINEZ (2004) apud PESSOA (2010). Também não gera pensão a herdeiros. Porém os sucessores têm direito a receber casual resíduo que não for recolhido em vida pelo beneficiário. O pagamento do BPC só é cortado se a ocorrida morte do beneficiário ou com somente a morte presumida. Todas declaradas judicialmente. Ressaltamos ainda neste estudo uma questão de relevância, que é o fato que embora o Estatuto do Idoso considere idosa a pessoa com 60 anos, para BPC somente é concedido aos que tenham 65 anos. Neste sentido, muitos idosos entre 61 e 64, que não estão trabalhando, têm suas vidas dificultadas devido à precariedade das condições de financiar seu próprio sustento.

7. Grupo de convivência de idosos

Após a expansão da Política Nacional do Idoso, os Grupos de Convivência para este público, surgiram como uma das estratégias para evitar a sua institucionalização. Resultando na convivência comunitária de todos (BRASIL, 1994).

Além de atuar diretamente com os idosos, o trabalho com grupos aumenta o contato entre eles e os profissionais que atuam neste setor, ajudando a combater preconceitos contribuindo para que os serviços ofereçam atendimento de melhor qualidade à terceira idade do ponto de vista técnico, científico e humano. Para os idosos o convívio com o grupo é um espaço para a troca de experiências com os novos amigos conquistados, permitindo expressarem e

compartilharem amor, solidariedade e confraternização.
(FERREIRA et al, 2011, p.51).

Estes grupos surgiram oficialmente em 1970 na cidade de São Paulo, através do Serviço Social do Comercio (SESC), como uma forma de integração social e ao longo do tempo foi-se passando esta experiência para todo o Brasil (BRASIL; 1994 apud DALMOLIN, et al, 2011).

Assim estes grupos de convivência social de idosos se constituem um conjunto de atividades voltadas a idosos independentes das localizações (OLIVEIRA, 2003).

Lopes (2012) apud SANTOS, MARINHO (2016) dizem que estes espaços geralmente têm como locais de encontro os salões comunitários de associações, igrejas, clubes, dentre outros, sendo organizados em parcerias com órgãos governamentais, ou como as organizações não governamentais (ONGS).

Tal vivência não só trazem independência, como também influem para seu estreitamente de vínculos com sua família e netos, demonstrando certa autonomia perante estes (MEDEIROS E WOLFF, 2011)

As semelhanças nas idades ajudam os idosos a não sentirem constrangimento nesses grupos (MEDEIROS E WOLFF, 2011). Logo, se transformam em um novo espaço de expressão, aprendizagem, troca de experiências, valorização pessoal, social e cultural. Um projeto com caráter preventivo, terapêutico o qual criam oportunidades para que os idosos possam melhorar a sua vida social, exercitando a convivência grupal, cooperação, participação e consequente organização e cidadania, influenciando diretamente na sua qualidade de vida (SILVA, 2004).

Nesta concepção, se alguns deles não forem ativos ou não estão envolvidos em programas, se vive a velhice no isolamento e na doença, se não têm boa aparência é porque teve o comportamento adequado ao longo da vida, recusando a adoção de formas de

consumos e estilos de vida mais favoráveis (SANTOS E MARINHO, 2016, p.8).

É de extrema importância cessarmos a ideia de que idosos servem mais e podemos sim aproveitar suas experiências de vida, seus ensinamentos e conhecimento.

ZIMERMAN e OSÓRIO (1997) completam dizendo que os Grupos de Convivências de idosos são como um campo onde situações de vida concreta se revelam um sistema articulado onde várias experiências se integram. Onde há troca, participação e comunicação entre os participantes.

Uma das formas desses idosos aproveitarem a vida é segundo (VALLA, 1998) as participações grupais onde caminham para um envelhecimento saudável e com qualidade de vida.

Assim o percurso do envelhecimento no mundo hoje em dia é muito complexo, e dificultoso, pois a mudança é rotineiramente. A dificuldade de acompanhar mudanças ajuda a afastar o idoso do convívio social, daí a importância de identificar-se com outros que partilham das mesmas inquietações Morales (2009).

As atividades realizadas por estes grupos de convivência visam em geral a socialização e inclusão desses personagens muitas vezes esquecidos pela família e pela sociedade.

A equiparidade nas idades ajudam os idosos a não sentirem constrangimento nesses grupos (MEDEIROS E WOLFF, 2011).

8. O assistente social nos grupos de convivência de idosos

O Serviço Social é uma área muito extensa, tantos nos espaços privados ou públicos, atuando em programas e projetos de assistência ao idoso, onde toda a sua prática está baseada no projeto de atuação desta profissão (SILVA, 2004), o qual norteia a ação profissional estabelecendo a competência teórica metodológica, técnica-operativa e ético-político da profissão.

O assistente social no atendimento ao idoso deve basear-se principalmente em um atendimento humanizado, que respeite o

momento, para que os resultados sejam construídos em conjunto com os mesmos e seus familiares (SOUZA, 2015). Em se tratando de familiares há uma responsabilidade deles que são preconizadas por Lei para com os idosos, percebe-se que em muitos casos, muitas das famílias não dispõem de estruturas para dar conta para se responsabilizarem, por eles. Assim CARVALHO (2004), resgata que é necessário retomar a família como unidade de atenção das políticas públicas, dirigindo um olhar especial para esta unidade que necessita de cuidados.

Contudo, O Serviço Social nos Grupos de Convivências de Idoso têm como objetivo contribuir para a qualidade de vida dos idosos e seus dependentes, inseridos nestes espaços (SILVA, 2009), pois o Código de Ética desta profissão têm como princípios fundamentais a ampliação e consolidação da cidadania, com objetivo de garantir os direitos sociais, civis e políticos das classes trabalhadores (BRASIL, 1993). Como também a busca pela democracia, equidade, liberdade, defesa do trabalho, direitos sociais e humanos (IAMAMOTO, 2007, p. 12) e ao mesmo tempo tornam o indivíduo livre.

Logo estes centros são considerados para os Assistentes Sociais como espaços de atendimento ao idoso, com benefício de ser em sua comunidade, possibilitando assim a não perda dos seus vínculos familiares. Esta opção de atendimento introduz a participação social, convivência entre grupos, atividades em coletividades, entre outros. Evitando o seu isolamento e lhe dando a chance de exercer o direito à cidadania (OLIVEIRA, 2003).

9. Conclusões

A proposta deste trabalho foi à viabilização de um de maior conhecimento sobre a realidade dos idosos e a atuação do assistente social, junto aos seus Grupos de convivências.

Percebeu-se que os mesmos buscam, não só um espaço para fazer atividades ou ocupar seu tempo, mas um local de compartilhamento, construção de relações e acima de tudo, um local

de respeito como cidadãos e ainda, apesar da elevada idade, sujeitos detentores de direito.

Assim com base no aporte teórico e na discussão promovida salientamos que este estudo viabilizou a fomentação da importância deste profissional estar vinculado a estes espaços institucionais que visam a melhoria na qualidade de vida dos idosos. Buscando ações de fortalecimento desses sujeitos na busca de cidadania e melhorias nas condições de vida.

Dentro desse processo, este também trouxe uma reflexão da intervenção realizada com este público e o repasse de uma nova ressignificação para eles.

Contanto o idoso não é mais parte da logística de produção e trabalho, pois o mesmo não se encontra mais ativo na geração de mais-valia capitalista, pois este chegou a uma idade tida como se não se produz, portanto, não pertencendo mais aos grupos de trabalhadores que se encontram ativos (RODRIGUES, FERNANDES, CARVALHO, 2011, p.2).

Concorda-se com (SILVA, 2009), quando diz que o trabalho reflete e aponta para a necessidade de uma maior valorização da sociedade a estes idosos. Além do poder público, em dar atenção no atendimento como; suporte financeiro para os programas destinados a essa faixa etária, priorização na formação e capacitação dos profissionais que atuam nesta área.

Pois se acredita que mesmo com as políticas públicas dirigidas aos idosos ainda continuam as diversas dificuldades que vão desde as fragilidades de recursos à falta de informação sobre seus direitos (CASSIMIRO, et al.2011).

Já sobre a participação da família, CALDAS (2003), diz que continua sendo um apoio para o idoso, apesar de muitas vezes não possuir condições financeiras e emocionais para um melhor cuidado com estes idosos.

Assim acredita-se que o trabalho do Assistente Social é de extrema relevância nestes grupos de idosos, pois atua de forma direta e ativa na vida destes indivíduos, contribuindo para seu

empoderamento, qualidade devida e inclusão social e entendendo segundo OLIVEIRA (2003), que a situação do idoso no meio social, precisa de análise a partir de um olhar sobre os padrões tidos normais da sociedade em relação a classe apresentada neste estudo.

Indica-se também através deste estudo a necessidade de se dar mais atenção a pesquisas sobre o tema proposto, por se tratar de um espaço de transformação e abertura de novos horizontes para essa este idosos e os profissionais.

Referências

- BARCELLOS, Andreza Tonini. **A efetividade dos direitos fundamentais do idoso: uma análise de caso do município de Vitória-ES**, 2006.
- BEAUVOIR, S.A **velhice**: Rio de janeiro, Nova Fronteira,1990.
- BRASIL. **Lei Orgânica de Assistência Social**. Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993.
- _____. **Política Nacional do Idoso**. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994.
- _____. .. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: Promulgada em 05 de outubro de 1988. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 1990. (Série Legislação Brasileira).
- _____. .. **Estatuto do Idoso**. Lei nº10. 741, de 1ª de outubro de 2003. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004, 44p.
- _____. **Política Nacional do Idoso**. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Programa Nacional de Direitos Humanos. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998.
- _____. **Tudo o que você quer saber sobre a previdência social**. 2ºed.Brasília:2002
- _____. Estatuto do Idoso. (2003). *Estatuto do Idoso: Lei n. 10.741, de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do idoso*. -Brasília: Senado Federal, Secretaria Especial de Editoriação e Publicações: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações.

_____. **Política Nacional de Atenção ao Idoso.** Congresso Nacional, lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm> Acesso em: 29 mar. 2011

BOTH, Agostinho. *Conversas sobre a terceira idade.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

CALDAS, C.P. **Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família.** *Caderno de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.773-781, mai-jun, 2003.

CASSIMIRO, Lourenço Monique. FERREIRA, Maria do Amparo M. Ferreira, MARCHIALTAFIN, Leticia Z. GOMES, Marcia Queiroz de Carvalho. LINS, Leni Teixeira. LIMA, Rosana Lucia S. de. **Avanços e fragilidades na construção da integralidade de atenção aos idosos: relato de experiência no projeto de extensão cuidar,** 2011.

COSTA, Elizabeth M. Sene. **Gerontograma: a velhice em cena – estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade.** São Paulo: Agora, 1998.

CARVALHO, José M. **Cidadania no Brasil: um longo caminho.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

DALMOLIN, Idiana. Sartoni. LEITE, Marines Tambara. HILDEBRANTE, Leila Mareza. SASSI, Marcelo Machado. PERDONSSINE, Leila Georcelei de Brizola. **A importância dos grupos de convivência como instrumento para inserção social do idoso,** 2011.

_____; DEBERT, Guita G. (Org). **A pesquisa em gerontologia no Brasil: análise de conteúdos de amostra de pesquisa no período de 1975-1996. Texto e Contexto,** v.6, n.2, p. 69-105, 1999b.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar.** Rio de Janeiro: Record, 1997

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche. Capital financeiro, trabalho e questão social.** São Paulo: Cortez, 2007.

- LOPES, Marize Amorim. **Pessoas longevas e atividade física**: fatores que influenciam a prática. 253 f. 2012. Tese (Doutorado em Educação Física) - Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
- MARTINEZ, Wladimir Novaes. **Comentário ao estatuto do Idoso**. São Paulo: LTr, 2004.
- MARTINEZ, Wladimir Novaes. **Comentário ao estatuto do Idoso**. 3ª Ed. São Paulo: LTr, 2012.
- MEDEIROS, Eduardo Ponten de. WOLFF, Suzana Hubner. **Velhice e contemporaneidade reflexões psicossociais sobre o aprendizado de informática em um grupo de idosos**. Estudos interdisciplinares em velhice., Porto Alegre, v.16, Ed. especial, p.449-459, 2011.
- MORALES, Maria R. Grupo de Reflexão: Espaço de acolhida escuta e transformação. In: WOLFF, Suzana H. (Org.). Vivendo e envelhecendo: recortes de práticas sociais nos Núcleos de Vida Saudável. São Leopoldo: Unisinos, 2009. p. 171-175.
- MORAIS, Olga Pantoja. **Aspectos Psicológicos: Um olhar sobre a terceira idade**. In: EVELIN, Heliana Baía (Org.), Velhice Cidadã: Um processo em construção. Belém, EDUFPA, 2008.
- NÉRI, Anita L. *Psicologia do Envelhecimento*. Campinas: Papirus, 1995
- OLIVEIRA, Simone Alex de Oliveira. **A importância das relações sócio-familiares na promoção da qualidade de vida do idoso**. 2009
- FERREIRAS, Maria Lucia Carneiro dos Rios, MALTA, Maria Tercia Barroso Pereira. PORTO, Neves Ayres Cristina Marla. CASTANHEIRA, Marcelo. SÁ, Claudiane Monsiores de. DIAS, Heliane Ribeiro Senna. COSTA, Marcia Lima da. MELLO, Regina Celia Marques. PERGENTINO, Felipe Pinheiro. NASCIMENTO, Lucas da Silva. BRAZ, Ludmila Santana. MADRUGA, Paula Barroso Pereira. BRAVO, Rodrigo Vasconcelos. WELITON, Sampaio dos Santos Junior. **Programa interdisciplinar de promoção à saúde e qualidade de vida do idoso- grupo renascer**, 2011.
- PESSOA, Elisângela Maia Pessoa, **A Assistência Social ao idoso enquanto direito de proteção social em município do Rio Grande do Sul**, 2010.

RODRIGUES, M.C, FERNANDES, Marla, CARVALHO, Rosana. R. O papel do idoso na sociedade capitalista contemporânea: uma tentativa de análise. In: V Jornada Internacional de políticas Públicas, São Luiz, MA. 2011.

SANTOS, Priscila Mari dos. MARINHO, Alcyane. **Grupos de convivência para idosos como espaços de lazer (também) para homens: o olhar dos coordenadores em Florianópolis (SC)**, 2016.

SILVA, Izabel da Silva. **O processo de socialização dos idosos nos grupos de convivências em Florianópolis: uma análise da eficácia**, 2004.

SILVA, Vanessa. **Velhice e envelhecimento: Qualidade de vida para os idosos inseridos nos projetos do SESC, Estreito**, 2009.

SILVA, Diego Augusto Santos. JESUS, Karina Passos de. SANTOS, Roberto Jerônimo dos. **Conceito De Saúde e Qualidade de Vida para acadêmicos de Educação Física – um estudo descritivo**. Revista Brasileira de Educação Física, Esporte, Lazer e Dança, v. 2, n. 4, dez. 2007, p. 140-153. Disponível em: http://www.refeld.com.br/pdf/21.12.2007/conceito_formatado_port.pdf. Acesso em: 20 de outubro de 2017.

SOUZA, Aline Pinto. **O trabalho do Assistente Social na equipe de saúde da família em Belo Horizonte: desafios diante do fenômeno da violência contra idosos**. 4º Simpósio Mineiro de Assistência Social, 2015.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento e trabalho no tempo de capital: implicações para a proteção social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008.

VALLA, Victor Valla. **Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, 1998. p. 7-18.

ZIMMERMAN, Davide, E. OSORIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre, 1997. Disponível em: <http://docs10.minhateca.com.br/963873834.BR.o.o.ZIMMERMAN,-David-OS%C3%93RIO,-Luiz-Carlos.-Como-trabalhamos-com-grupos.pdf>. Acesso em 26 de outubro de 2017.

ZIMMERMAN, Guite I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

Capítulo 07

A contribuição do assistente social no tratamento do idoso com depressão

Anna Lúcia Silva¹

Rita de Cassia de Lima Bié²

Solange Lima Simão Bié³

Introdução

O crescimento da população idosa é inevitável, é a condição nata de todo ser vivo, e tem sido crescente nas últimas décadas o aumento desta população, em detrimento aos índices da natalidade que vem diminuindo a cada ano como demonstram os recentes gráficos demográficos das pesquisas populacionais e outros institutos em todo o mundo que fazem referência a este assunto. Devido em partes as mudanças de hábitos e melhor desenvolvimento de tecnologias que proporcionam maior longevidade, alcançando em especial as classes de maior poder

¹ Graduanda em Serviço Social

² Graduanda em Serviço Social

³ Bacharel em Enfermagem pela FAECE; Pós-graduação *lato sensu* em Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização pela Faculdade Integrada AVM; Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica da UECE; Pós-graduanda em Enfermagem em UTI Pediátrica e Neonatal pela Faculdade Unyleya; Diretora Administrativa do Instituto Superior Sem Fronteiras – ISESF; Organizadora e Membro do Conselho Editorial e Científico das Coleções Saúde no Brasil: Formação Acadêmica, Práticas e Exercício da Profissão; Fazer Educativo; Educação Como Forma de Socialização e Segurança Pública: Direito e Justiça Brasileira. Atualmente Enfermeira Assistencial em Materno Infantil no Hospital Regional UNIMED e Enfermeira Assistencial em Materno Infantil da Secretária Municipal da Saúde de Fortaleza.

aquisitivo. Os idosos representam hoje, aproximadamente 14,3% da população total do País, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base no Censo do ano de 2015.

Para ser considerada uma pessoa idosa, existem critérios adotados pelos órgãos de saúde, entre estes órgãos a Organização Mundial da Saúde (OMS), um dos critérios é que a pessoa tenha 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento. Embora tenham tais critérios, o órgão também considera as condições de vida e desenvolvimento de cada país ou região observada, ou seja, assinalam-se as particularidades. Toda via a longevidade, uma das características atuais do idoso em determinados espaços sociais não representa necessariamente velhice saudável, nem tampouco melhoria eficiente da qualidade de vida e da autonomia para grande parte das pessoas nessa classificação etária.

Esse crescimento populacional de idosos é um acontecimento mundial e ocorre em um nível sem precedentes (Pereira, Curioni & Veras, 2003). O próprio IBGE aponta que em 1950, havia cerca de 204 milhões de idosos no mundo. E cinco décadas depois, no ano de 1998, esse quantitativo atingiu o número de 579 milhões de pessoas na condição de idosas; um crescimento aproximado de oito milhões de idosos por ano (IBGE, 2010). Esse fenômeno chama a atenção de pesquisadores, observando-se no mundo, e também no Brasil, uma procura dessas pessoas por assuntos relacionados à qualidade de vida na terceira idade (Freire, 2000).

Partindo da presente discussão, a pesquisa em questão tem a intenção de fazer uma análise acerca da progressão da qualidade de vida da pessoa idosa, contudo observando o paralelo das questões negativas da vida desta população. Para tanto o desenvolvimento do trabalho encontra-se organizado em dois capítulos, em que no primeiro estará disposta uma breve análise histórica do serviço social no Brasil e suas atividades relacionadas ao atendimento do idoso. Como e porque as pessoas idosas buscaram uma maior qualidade de vida? As consequências das mudanças de hábitos e

cuidados com a saúde, até chegarem também os problemas que envolvem a velhice.

Posteriormente no segundo capítulo far-se-á uma revisão literária sobre uma das doenças que mais atingem a população idosa, a depressão, o conceito desse mal-estar físico e mental, cujos estudos tiveram origem, por volta 1660, percebe-se desta forma que não se trata de uma doença do século XXI como muitos pensam. De acordo com GONÇALVES (2007), a depressão é uma doença antiga, marcada por sintomas de profunda tristeza e melancolia, para conceituar esse mal-estar, em meados da metade do século XIX, pesquisadores americanos usaram o termo “depression”, em português “depressão”.

Para a OMS, a depressão é a quarta doença que mais se espalha pelo mundo na atualidade, sem enfretamentos por volta do ano de 2020, ela ocupará a segunda posição entre as doenças que mais matam. Sobre as causas e consequências da depressão na vida do idoso, foram observados os pontos de maior demanda sobre o trabalho do profissional de assistência social, como de fato esse profissional pode contribuir no atendimento e tratamento do idoso com depressão.

Por fim as considerações finais da presente pesquisa abordam a importância de uma atenção para com a vida da pessoa idosa dentro de seus grupos sociais, família, amigos, ambientes que os acolhem a fim de prevenir o aparecimento da depressão e de outras doenças que podem vir a defasar a qualidade de vida destas pessoas. O olhar do profissional do assistencialismo social é concebido como a questão preventiva e sistemática, na defesa do ser humano idoso, pois em diversas situações nessa fase da vida, uma parcela dessa população perde muito do que conquistou durante toda sua vida, ficando assim mais vulnerável ao aparecimento de problemas de saúde.

2. O serviço social

2.1. A formação acadêmica do assistente social

As atividades desempenhadas pelo assistente social (nomenclatura dada ao profissional que atua na área do serviço social) estão relacionadas ao bem-estar dos indivíduos e com suas questões sociais. Os trabalhos atribuídos ao assistencialismo social no Brasil estão baseados no modelo americano, que originou a atividade do serviço social, inicialmente comandado pela igreja católica, que por volta do início do século XIX tinha como um de seus objetivos, a organização da população frente a um novo modelo econômico que viria a dominar o mundo, o capitalismo. Na intenção de manter a população de proletariados em harmonia com as outras classes dominantes emergentes do sistema capitalista. Para Faleiros:

O trabalho social consistia no reforço da moralidade e da submissão das classes dominadas. Era, portanto, o controle social da família operária para adequar e ajustar seu comportamento às exigências da ordem social estabelecida. (FALEIROS, 2001, P.88)

No entanto, pelo decorrer da historicidade do trabalho do assistente social, essa profissão objetivou o trabalho fundamentado na questão social, em diversas vertentes, não mais se atribuindo apenas a assistência às questões sociais geradas pelas disparidades oriundas ao capitalismo. Seu trabalho passou a envolver e incorporar outros enfrentamentos, como por exemplo, as questões relacionadas às políticas públicas, empresariais e da sociedade civil.

No Brasil, de acordo com as observações de (SILVA & SILVA, 2007) quando por volta da década de 1930, surgem às primeiras articulações do trabalho do assistente social, surgem também, gradativamente às possibilidades de engajamento desse profissional no atendimento as pessoas em diversos âmbitos. Na busca em minimizar as diferenças sociais, ou circunstâncias negativas por elas geradas, pode se dizer que o trabalho deste profissional acontece

através de pesquisas e análises da realidade social, na formulação, execução e avaliação de serviços, que buscam a preservação, a defesa e a ampliação dos direitos humanos e a justiça social.

Após anos de luta entre as décadas de 1964 a 1970, período em que o Brasil vivenciou um modelo governamental comandado por militares, vale ressaltar, que tal fato histórico, fez com que cessassem inúmeros trabalhos conquistados e desempenhados pelo então serviço social, que buscava fundamentar-se teoricamente e metodologicamente, na intenção de libertar-se de suas origens que favoreciam a classe burguesa, na ingênua condição de filantropia e caridade, a classe então dominada.

Passado esse tempo de intimidações, medo e retrocesso em todas as esferas da sociedade brasileira, eis que surgem novas ideias a formação do profissional do serviço social, assim como também a formalização do trabalho assistencialista numa visão mais social e benéfica a sociedade como um todo. Sobre isso Iamamoto assinala que:

A gênese do Serviço Social no Brasil, enquanto profissão inscrita na divisão social do trabalho está relacionada ao contexto das grandes mobilizações da classe operária nas duas primeiras décadas do século XX, pois o debate acerca da “questão social”, que atravessa a sociedade nesse período, exige um posicionamento do Estado, das frações dominantes e da Igreja. (IAMAMOTO, 2011, p.

Com isso, aponta-se também uma nova mudança sobre os aspectos de formação do profissional assistente social, quando em meados da década de 1980, avança em sua consolidação acadêmica, baseando-se em estudos e pesquisa de Karl Marx. Para SILVA, 2016 tratou-se de uma questão primordial acerca do significado social da nova profissão frente à sociedade tomada pelo capitalismo.

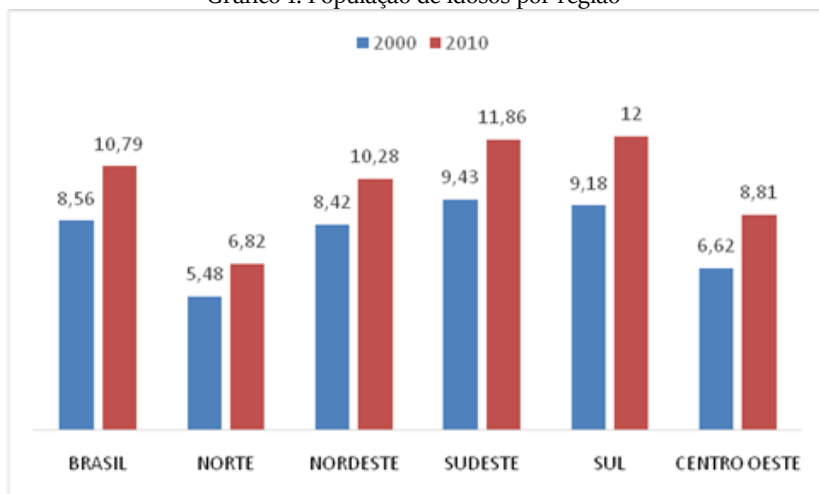
Logo através da Lei 8662/93 de 08 de junho de 1993, a mais recente regulamentação e instituição de instrumentos normativos e fiscalizadores, apresenta a classe um novo estatuto que desencadeará um novo olhar tanto para a formação quanto ao

trabalho, trilhando novos caminhos e possibilidades ao serviço social no Brasil.

3. Exercício da profissão para com a pessoa idosa

Tendo em vista a diversidade da ação do assistente social, tem-se agora a intenção de discorrer acerca do seu trabalho para com a população idosa. De acordo com o Estatuto do Idoso, legislação brasileira aprovada pela Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003, identifica como idoso, a pessoa com idade igual ou superior 60 anos. Diante dessa informação, destaca-se que no Brasil, existem um número superior aos 26 milhões de brasileiros maiores de 60 anos, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/entre os anos de 2000/2010).

Gráfico 1. População de idosos por região



Fonte: IBGE/PNAD (2010)

A partir da análise dos dados pode se observar o crescimento populacional de idosos em todas as regiões do país, um sinal positivo

em se tratando em longevidade e qualidade de vida, ocasionados pelos avanços da medicina e pela busca de atividades no cotidiano do idoso que favorecem uma vida com mais saúde, bem-estar e ocupação do tempo, uma vez que também é perceptível o crescente número de idosos que desenvolvem atividades de trabalho, seja por lazer ou mesmo necessidade financeira.

Na visão de PEREIRA (2006), essa longevidade não transmite somente fenômenos positivos em se tratando da população idosa, uma vez que gera uma imensa demanda de serviços voltados a estes indivíduos principalmente no que diz respeito à questão da saúde, dinamizando uma demanda de novos recursos e estruturas, que na maioria das vezes o setor público não alcança o índice do crescimento da população na faixa etária em debate.

Neste aspecto inicia-se a discussão pretendida pela pesquisa, ao abordar a temática das contribuições do trabalho do assistente social a pessoa idosa. Mas especificamente aquelas acometidas pela depressão. Que geram um dos fatores atribuídos ao problema da saúde pública relacionadas ao idoso no Brasil. Entretanto faz-se importante destacar as áreas de atuação do assistente social junto à pessoa idosa, como por exemplo, o trabalho desenvolvido pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), que “tem por objetivo prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidade e riscos sociais nos territórios, por meio de desenvolvimento de potencialidades e aquisições, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e da ampliação do acesso aos direitos de cidadania. É um serviço de caráter preventivo, protetivo e proativo”. (BRASIL, 2009).

No que diz respeito ao trato com a pessoa idosa, o CRAS na pessoa do assistente social deve zelar pela busca e manutenção de sua qualidade de vida, quando em muitas ocasiões esse idoso, pode encontrar-se marginalizado ou excluído das atividades familiares, tendo outros direitos negados, como assistência médica, lazer ou mesmo já nem faça parte desse grupo, podendo estar alojado em

abrigos. Com isso assinala-se a função do assistente social ao receber um idoso:

Tem a função de apresentar e viabilizar o acesso do idoso ao Programa de Atenção Integral a Famílias (PAIF), que tem como principais objetivos o conhecimento acerca das condições em que as famílias se encontram [...] bem como evidenciar a importância das singularidades encontradas nos mais diversos setores de cada grupo familiar, intensificando o vínculo dentro e fora dos referidos grupos, a fim de potencializar a valorização dos mesmos como unidades de referência”. (BRASIL, 2009, p.37)

Tendo em vista os apontamentos acerca das atuações do assistente social no trabalho destinado ao atendimento do idoso, discute-se posteriormente sobre os transtornos decorrentes do desenvolvimento da depressão na pessoa idosa, assim como as contribuições do profissional em questão para este atendimento.

4. A pessoa idosa

4.1. As causas e consequências da depressão na vida da pessoa idosa

Segundo ALBERTO (1999), a depressão, na linguagem corrente, tem sido empregada para designar um estado afetivo anormal (a tristeza), ou também um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença (s) que atacam as funções físicas e neurológicas da pessoa acometida.

O referido autor assinala que os sentimentos de tristeza e alegria coloreem o fundo afetivo da vida psíquica normal. A tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades. Lembra ainda que essa resposta tem valor adaptativo, do ponto de vista de evolução, pois através do retraimento, poupa energia e recursos para o futuro.

Por outro lado, torna-se um sinal de alerta, para os demais, de que a pessoa está precisando de companhia e ajuda.

As reações de luto, que se estabelecem em resposta à perda de pessoas queridas, caracterizam-se pelo sentimento de profunda tristeza, exacerbação da atividade simpática e inquietude. As reações de luto normalmente podem estender-se até por um ou dois anos, devendo ser diferenciadas dos quadros depressivos propriamente ditos. No luto normal a pessoa usualmente preserva certos interesses e reage positivamente ao ambiente, quando devidamente estimulada. Para as pessoas idosas estas características aumentam por encontrarem-se mais sensíveis as emoções.

As causas mais comuns do quadro de depressão na pessoa idosa, segundo aponta estudos da Associação Psiquiátrica Americana (APA) 1994, relacionam-se ao fato do idoso está numa situação de perdas continuadas, citando:

A diminuição do suporte sócio familiar, a perda do *status* ocupacional e econômico, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas e a incapacidade pragmática crescente são motivos suficientes para um expressivo rebaixamento do humor. Do ponto de vista biológico, durante o processo de envelhecimento é mais frequente o aparecimento de fenômenos degenerativos ou doenças físicas capazes de produzir os sintomas característicos da depressão. Assim, clássicos conceitos de depressão reativa, depressão secundária e depressão endógena se confundem na depressão senil (APA, 1994).

Para trabalhar no atendimento desses idosos é necessário que o assistente social tenha conhecimento acerca de tais fatores desencadeadores, assim como também é preciso conhecer o histórico de vida dessas pessoas, uma vez que a duração e intensidade da doença também se relacionam com a personalidade do indivíduo que a tem e sua situação atual de vida. O ideal são trabalhos e atividades a curto ou longo prazo, dependendo do aparecimento dos sintomas da doença, se está em estágio inicial ou avançado, para que assim sejam desenvolvidas ações preventivas.

Tal processo de atividades deve existir a fim de trabalhar com as consequências oriundas da depressão eminente, entre os casos mais comuns estão a baixa imunidade, o surgimento de outras doenças respiratórias, cardiovasculares e problemas neuropsicológicos devido ao uso concomitante de medicamentos para doenças variadas. Ao assistente social cabe especializar-se em seus conhecimentos para lidar com as situações diversas e múltiplas que podem vir a aparecer durante o acompanhamento deste idoso. Para Stella:

O tratamento da depressão no idoso tem por finalidade reduzir o sofrimento psíquico causado por esta enfermidade, diminuir o risco de suicídio, melhorar o estado geral do paciente e garantir uma melhor qualidade de vida. O tratamento da depressão, como também de outras doenças neuropsiquiátricas no idoso, constitui um desafio que envolve intervenção especializada. (STELLA, 2002, p.94)

Desta forma pode se pensar acerca das atividades preventivas como meio de tratamento anterior ao aparecimento de um grau mais severo de depressão, neste caso o papel do assistente social revela-se como um elemento terapêutico psicossocial. Prevenir constata-se em observar os sintomas e tratá-los precocemente, assim como também proporcionar ao idoso uma qualidade de vida que lhe garanta o mínimo de dignidade e qualidade de vida.

5. As contribuições do assistente social no tratamento da depressão na pessoa idosa

O reconhecimento de que este tema apresenta uma importante discussão para que as pessoas idosas tenham uma melhor assistência dos Órgãos de Serviço Social, que por sua vez, promovem pesquisas e serviços para que estas pessoas tenham uma significativa assistência social, tratamentos e terapias que proporcionem uma saúde física e mental. Um destes Órgãos é O

Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde - OMS que realiza constantemente estudos envolvendo esse tema. A qualidade de vida foi definida por este grupo como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK et al., 2000, p. 179).

Os estudos que apontam resultados significativos, sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice revestem-se de grande importância científica e social (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003). Por exemplo, Santos, Costa Santos, Fernandes e Henriques (2002), mostram que a qualidade de vida do idoso pode estar relacionada aos seguintes componentes: capacidade funcional, estado emocional, interação social e familiar, atividade intelectual e autoproteção de saúde.

Partindo das observações dos autores acima citados, realizou-se uma análise acerca dos percentuais que apontam em ordem decrescente os componentes que prevalecem na opinião dos próprios idosos, no que diz respeito ao que eles consideraram como prioridade em relação a ter e manter um nível positivo de qualidade de vida.

Tabela 1. Porcentagem dos indicadores da qualidade de vida da pessoa idosa

Indicadores	Índices/Análise de 2000 idosos pesquisados
Capacidade Funcional	32,02%
Interação Social e Familiar	25,04%
Autoproteção de Saúde	22,00%
Estado Emocional	11,06%
Atividade Intelectual	9,07%

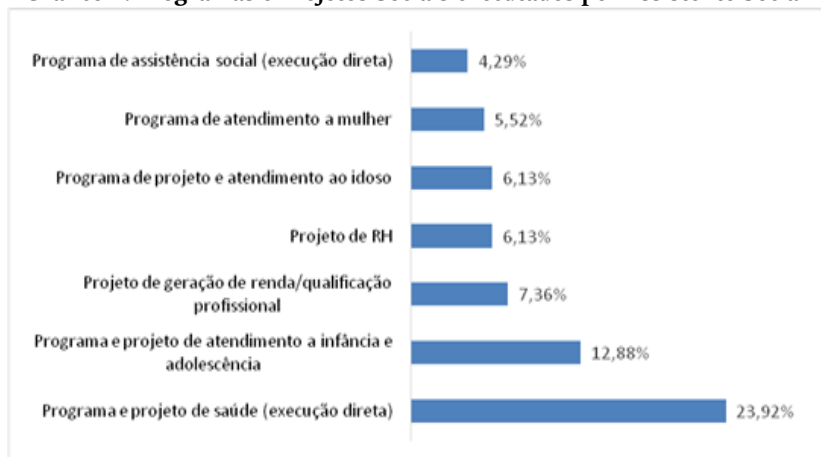
Fonte: Estudo sobre a qualidade de vida do idoso no Brasil/IBGE (2002)

Para Frutuoso (1999) outros estudos fazem referência a um aumento da qualidade de vida e da longevidade em idosos que apresentam vida social intensa como um dos principais fatores contribuintes. Esse componente aparece em segundo lugar no índice

dos elementos da pesquisa apresentada. Desta forma verifica-se a saúde física e patológica, bem como a interação social como determinantes de a busca pela qualidade de vida.

Sobre isso as ações do assistente social contribuem para que estes elementos sejam na medida do possível reais no dia a dia dos idosos. Para tanto a presente pesquisa observou a relevância do trabalho do assistente social em âmbito do serviço público oferecido no Brasil, destacado por PREDES (2002):

Gráfico 2. Programas e Projetos Sociais executados por Assistente Social



Fonte: Predes, (2002, p. 34)

Nesta pesquisa constatou-se um atuante trabalho realizado pelos assistentes sociais em diversas áreas, no tocante a intenção do presente artigo, destaca-se a porcentagem dos idosos atendidos por programas específicos para a população em questão, que configura 6,13% das ações atribuídas ao assistente social no tocante ao trabalho direto com o idoso, mas também é perceptível analisar que os programas relacionados à saúde, que também beneficiam a pessoa idosa, demonstram na pesquisa um percentual de 23,92, sendo o maior índice apontado. Logo se verifica outro aspecto abrangente a atuação do assistente social para com a pessoa idosa.

Ainda sobre o segundo fator apontado como determinante para a qualidade de vida do idoso aponta uma relação direta entre relacionamentos sociais, qualidade de vida e capacidade funcional e uma relação inversa desses fatores com a depressão têm sido apontadas por diversos autores (por ex., Albuquerque, 2003; Fleck et al., 2002; Xavier, Ferraz, Bertollucci, Poyares & Moriguchi, 2001). Esses dados sustentam a importância dos relacionamentos sociais para o bem-estar físico e mental na velhice (Capitanini, 2000) e, conseqüentemente, para uma vida com qualidade.

O comportamento socialmente competente não compreende apenas desempenho aberto (verbais e não verbais) mas também componentes cognitivos de atenção, percepção e processamento de informação. Na interação social eficaz, o indivíduo seleciona, de forma acurada, informações úteis e relevantes de um contexto interpessoal, usa essa informação para apresentar comportamentos apropriados dirigidos a meta e, finalmente, executa os comportamentos verbais e não verbais que maximizam a probabilidade de obter e manter a meta de boas relações com os outros (Beddell & Lennox, 1997; Carmona & Melo, 2000).

Apesar de se reconhecer a importância do repertório social do idoso, a literatura especializada ainda é escassa em estudos de avaliação nessa área, podendo-se, aqui, destacar a pesquisa realizada por Carneiro e Falcone (2004), onde foi utilizada uma entrevista estruturada para investigar as situações nas quais 30 idosos, que freqüentavam uma universidade da terceira idade, apresentavam capacidades e deficiências em interagir de forma socialmente competente. As autoras concluíram que os idosos relataram habilidades em situações que facilitavam a aquisição de apoio social e que não envolviam risco de conflito.

Por outro lado, estes apresentavam déficits naquelas situações que envolviam confronto interpessoal. Esses dados são concordantes com os estudos de Cavalcanti (1995), os quais apontam o treino afirmativo como uma das intervenções mais eficazes no atendimento psicoterápico à terceira idade.

Considerando-se que os idosos dessa amostra já possuíam uma rede de apoio social, pode-se supor que aqueles que carecem desse apoio apresentem um grau maior de deficiências em habilidades sociais, especialmente as que envolvem comportamento assertivo.

6. Conclusões

A depressão é uma condição clínica que vem tornando-se crescente entre as pessoas da chamada terceira idade ou idosos. Em meio a tantas modificações na vida de um indivíduo que passa dos sessenta anos de idade, mudanças na vida profissional, familiar e nos vários contextos sociais em que está inserido, podem vir a acarretar algumas doenças de ordem psicossocial junto àquelas que a pessoa já apresente alguma predisposição.

A existência de um quadro depressivo vem demonstrando-se prevalente na sociedade moderna, e no caso desta pesquisa a discussão acentuou-se no grupo etário mencionado, por se tratar de uma situação em que os pacientes acometidos pela depressão pudessem encontrar na figura do assistente social, uma das condições de tratamento, pois vale ressaltar que a depressão é uma enfermidade tratável, e que também pode haver situações preventivas no trato com os idosos.

Ocupando o quarto lugar no ranking das doenças que mais assolam a humanidade a depressão fora discutida como uma doença antiga, descrita inicialmente por tristeza profunda ou melancolia, se pensa erroneamente tratar-se de uma mazela da sociedade moderna, entretanto foi possível apontar registros remotos da caracterização e possíveis causas do desenvolvimento da depressão no homem.

Do ponto de vista do serviço social a pesquisa baseou-se em referências literárias que apontaram essa trajetória histórica do combate a depressão no sistema de saúde no Brasil e no mundo, observando que tal doença necessitava não apenas de um olhar clínico ou medicamentoso, mas também de questões sociais e

psicológicas a serem trabalhadas, no tratamento assim como na prevenção do desencadeamento da depressão, principalmente entre as pessoas idosas no caso desta pesquisa.

Portanto este artigo científico ocupou-se por destacar que o assistente social pode atuar em ações do tratamento da depressão na pessoa idosa mediante a construção de conhecimentos relevantes a percepção dos primeiros sintomas prevalentes, saber sobre o histórico de vida e saúde do paciente, seus hábitos e costumes, bem como tomar para si o papel de agente preventivo com posse destes conhecimentos.

Os profissionais da saúde que lidam com este grupo etário, especificamente no caso do assistente social que demandam uma função mais dialógica e menos clínica devem ficar atentos aos chamados “sintomas depressivos mascarados”, como dores inespecíficas, adinamia, insônia, perda de peso sem causa óbvia e queixas subjetivas de perda da memória, evitando imputar estas queixas ao envelhecimento fisiológico sem doenças associadas.

Entende-se com tais informações que ao assistente social cabe desenvolver e perpetuar pesquisas no âmbito da vida do idoso acometido por depressão, a fim de criar subsídios para sua atuação no dia a dia para o atendimento desse distinto grupo. Conclui-se este estudo com a intenção de contribuir e ampliar as opções de pesquisas acadêmicas voltadas à saúde do idoso, no cunho do trabalho exercido pelo profissional em questão.

Construir e disseminar conhecimentos acerca dos fatores relacionados à depressão relaciona-se com a intenção de contribuir com a diminuição dos estigmas causados pela doença na vida do paciente. Assim o profissional em assistência social estará empenhado na conquista de uma qualidade de vida no tratamento de seus pacientes, pois nem sempre a longevidade tem a ver com o fato da qualidade de vida, principalmente se tratando dos idosos brasileiros que ocupam em sua maioria ambientes nas classes mais carentes e periféricas.

Referencias

- ALBUQUERQUE, S. M. R. L, Qualidade de vida do idoso. Casa do Psicólogo. SP, São Paulo: 2003.
- ALMEIDA, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em Geriatria (GDS): Versão reduzida. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 57(2), 421-426.
- BARRETT-LENNARD, G. T. (1993). The phases and focus of empathy. The British Psychological Society, 3-13.
- BRASIL. Lei N°. 10.741 de 01 de outubro de 2003, que aprova o **Estatuto do Idoso** e das outras providências. Brasília: 2004.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Orientações Técnicas para o Centro de Referência de Assistência Social- CRAS**, 1ª Ed, Brasília, 2009.
- CAPITANINI, M. E. S., **Solidão na velhice: Realidade ou mito?** In A. L. Neri & S. A. Freire (Eds.), E por falar em boa velhice (pp. 69-89). Papirus. SP, Campinas: 2000.
- CARNEIRO, R. S., et al, **Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais**. UERJ, RJ: Rio de Janeiro, 2006.
- GONÇALVES, Charlisson **Depressão: do transtorno ao sintoma**, 2014. Disponível em < <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/Ao828>. Acesso, 24/09/17.
- EMYLUCY, M.P. P., et. al, **Depressão em Idosos**, UERJ. Rio de Janeiro, RJ: 2011.
- PEREIRA, R.J; et AL. **Qualidade de vida global de idosos**. Revista Psiquiatria RS, v.28, nº1, p.27-38 jan/abril 2006.
- PREDES, R. **Mercado de trabalho do serviço social: fiscalização e exercício profissional**. Maceió: UFAL, 2002.

REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria, vol.21 s.1, maio de 1999.

SILVA & SILVA, M. Ozanira da (Coord.). **O Serviço Social e o popular: resgate teórico metodológico do projeto profissional de ruptura**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Anália Barbosa. **O Serviço Social no Brasil: das origens à renovação ou o “fim” do “início”**. 4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. Disponível em <publicacoes.unigranrio.edu.br/cress-mg.org.br> acesso em 27/10/2017.

STELLA, Florindo. **Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física**. Biblioteca virtual Universidade Estadual Paulista (UNESP). Set/Dez 2002. Vol.8, n.3, P.91 a 98. Disponível em <http://www.mds.gov.br/suas/revisoes_bpc/biblioteca-virtual-do-beneficio-de-prestacao-continuada-da-assistencia-, acesso em 22/09/2017.

Capítulo 8

Violência doméstica à mulher: o papel das políticas públicas e da assistência social

Clívia Gomes Mendes Viana¹

Francisca Auri Pereira²

Estanislau Ferreira Bié³

Introdução

Identificada como uma questão social, a violência está inserida em todas as classes sociais e econômicas, de uma forma ampla e abrangente, que atinge tanto os países desenvolvidos quanto os subdesenvolvidos. É caracterizada por uma cultura idealizada

¹ Graduanda em Serviço Social

² Graduanda em Serviço Social

³ Doutor em Ciências da Educação pela UNISAL - Universidad San Lorenzo; Mestre em Ciências da Educação pela UNISAL; Especialista em Policiamento Comunitário pela UFC - Universidade Federal do Ceará; Especialista em Segurança Pública pela FATE - Faculdade Ateneu; Especialista em Ciências Política Sociedade e Governo pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA/UNIPACE; Especialista em Ciências da Educação pela FACULDADE EVOLUÇÃO - Sociedade Evolução de Educação Superior e Tecnologia Ltda; Especialista em História e Cultura Afro-brasileira e Indígena pela FATE - Faculdade Ateneu; Bacharel em Teologia pelo Centro Universitário UNINTA; Licenciado em Ciências da Religião pelo Centro Universitário UNINTA; Licenciado em História pelo Centro Universitário UNINTA. Diretor Executivo do Instituto Superior de Ensino Sem Fronteiras - ISESF; Organizador e Membro do Conselho Editorial e Científico das Coleções Saúde no Brasil: Formação Acadêmica, Práticas e Exercício da Profissão; Fazer Educativo; Educação Como Forma de Socialização; Segurança Pública: Direito e Justiça Brasileira e Diretor da Série Conhecimento Afrodescendente. Atualmente professor da Academia Estadual de Segurança Pública do Ceará - AESP/CE, Policial Militar (Oficial da Reserva).

dentro do ambiente familiar e fora dele, que geriu a caracterização da expressão da violência como física, sexual, psicológica, familiar, urbana, doméstica, contra a mulher, a criança, o idoso, dentre outras classificações.

Quanto à violência contra a mulher, podemos observar o conceito através da Declaração das Nações Unidas sobre a Eliminação da Violência Sobre as Mulheres (1993):

Constitui violência contra as mulheres todo o ato de violência baseado ao sexo feminino que tenha ou possa ter como resultado o dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher; inclui-se aqui também a ameaça de tais atos, a coação ou a privação arbitrária de liberdade, na vida pública ou na vida privada.

Esta forma crescente de violência doméstica construiu-se de maneira alarmante e presente na sociedade, de tal forma que, para prevenção da ocorrência do fato e da punição dos agressores, houve a necessidade da constituição de leis específicas voltadas para o combate à violência doméstica e à violência contra a mulher, que eram acolhidas dentro do Código Penal Brasileiro de uma maneira abrangente, como agressão física, ou ainda os crimes de adultério e sedução, que posteriormente foram retirados do código através da Lei nº 11.106/05.

Podemos observar, no entanto, que as práticas de violência contra a mulher estão enraizadas na cultura do machismo e da predominação religiosa, no que condiz à submissão da mulher à figura do homem, o provedor do lar. Essa temática vem trazer consigo toda essa imposição social sobre a mulher, tornando-a uma personagem coadjuvante na construção da sociedade, guardando o papel de mãe e cuidadora do lar.

Uma maior repercussão quanto à abordagem do tema de proteção à mulher foi quando se tornou lei vigente no Brasil através da Constituição Federal de 1988, que, em seu artigo 5º, inciso I, trata da igualdade em direitos e obrigações do homem e da mulher e aborda ainda a questão da proteção contra a violência no art. 226, §

8º, que apresenta o seguinte: “O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações”.

Posteriormente, no ano de 2006, destaca-se a Lei nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, visando coibir a violência doméstica, tratando o assunto de maneira direcionada e com mais vigor na sua proposição, pois, além de punir os agressores, tem caráter preventivo e assistencialista à mulher, seja em seu ambiente doméstico, familiar ou conjugal.

A Comissão para Cidadania e Igualdade de Gênero aborda através do Manual Pluridisciplinar as questões sociológicas, psicológicas e jurídicas, quanto à violência doméstica, exemplifica ainda no contexto legal os termos que abrangem e são incluídos na caracterização da violência:

Entende-se que a violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica, quer a que tenha ocorrido na esfera privada - dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal em que o agressor conviva ou tenha convivido no mesmo domicílio que a mulher vitimizada, estando ligados por laços de consangüinidade ou de convivência -, quer a que tenha ocorrido na esfera pública, compreendendo, entre outros, os maus tratos, a violação, o abuso sexual, a tortura; o tráfico de mulheres, a prostituição forçada; o sequestro e o assédio sexual no lugar de trabalho; o uso de linguagem sexista nos meios de comunicação social ou a difusão de imagens estereotipadas sobre os papéis sexuais na publicidade, e até mesmo a que pode ocorrer nos espaços institucionais (serviços de saúde, polícias, escolas,...) através de maus tratos diretos infligidos às mulheres ou da discriminação no acesso aos serviços. (Comissão para Cidadania e Igualdade de Gênero, 2016.p, 22.).

Nestes aspectos, justifica-se a escolha do tema pelo fato de a violência doméstica ser um tema relevante e novo, mas com aspectos tradicionais e culturais na sociedade. No Brasil, a relevância do assunto veio tomar aspectos de maneira protetiva e de natureza assistencialista há pouco mais de dez anos. Nesse sentido, as

políticas públicas de combate e ação devem ser mais compartilhadas e abrangentes para que cheguem a todas as mulheres no país, para que o serviço social consiga firmar este sistema de proteção e ajuda para as mulheres que sofreram e sofrem de violência doméstica.

Quanto aos objetivos gerais desta pesquisa, salienta em demonstrar, através das políticas públicas de combate à violência doméstica, a importância do exercício do serviço social. Quanto aos objetivos específicos, busca apresentar a conceituação de violência e suas características, as leis de amparo e combate à violência doméstica, o papel das políticas públicas e da assistência social.

O presente estudo tem como contexto abordar a violência doméstica no âmbito conjugal, o qual significa apenas uma parte de muitos fatores e casos que abrangem a violência contra a mulher. Por meio de uma pesquisa bibliográfica e documental de natureza descritiva, irá abordar de uma maneira qualitativa a questão da violência doméstica e do serviço social.

2. A violência contra a mulher

A violência, em termos amplos, implica em forçar alguém a fazer aquilo que ela não deseja ou não está com vontade de fazer, pode ser por meio do uso da força física, psicológica, sexual ou intelectual. Essas ações, que comprometem a exposição da mulher ao fator de abuso e exploração, são combatidas por meio da lei nº 11.340 de 2006, que protege a mulher de violência doméstica e familiar. Esses tipos de violência são descritos no quadro 1, conforme Vieira (p. 12).

Quadro 1. Tipos de violência contra a mulher

Tipos de violência	Conceitos
Violência física	É qualquer conduta que ofenda a integridade ou a saúde corporal de alguém.
Violência psicológica	É a conduta que resulta em dano emocional e diminuição da autoestima, que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou com intenção

	de degradar ou controlar as ações, comportamentos, crenças e decisões de alguém, através da ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perturbação contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração, limitação do direito de locomoção ou outra maneira qualquer que prejudique a saúde psicológica e a autodeterminação.
Violência sexual	Configura-se quando ocorrer qualquer conduta que constranja a ver, a manter ou a fazer parte de relação sexual que não tenha desejado, por meio de intimidação, ameaça, coação ou usando força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que viole seus direitos sexuais e reprodutivos.
Violência patrimonial	É a retenção, subtração, destruição parcial ou total dos objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos de vítima, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.
Violência moral	Calúnia, difamação ou injúria.

Fonte: Vieira (2008, p.12). Adaptado.

A violência pode ser descrita por todos estes aspectos, e caracterizada, ainda no caso, como violência de gênero, termo este descrito a partir dos anos 70, por ser a mulher uma das principais vítimas desta violência. As agressões às mulheres estão enraizadas em um ambiente universal, que não descaracteriza classe social ou cor. Diversos países, em pleno século XXI, ainda escravizam mulheres e as punem como se fosse uma legalidade no aspecto cultural, tal como descreve Nascimento (2004, p. 11):

Ainda hoje em muitos países, as mulheres são submetidas a atos abusivos. Isso é considerado uma questão cultural, sendo que

muitas delas acabam morrendo em consequência de tal agressividade, das mutilações que estas sofrem em seus corpos. Estudos realizados em países como Bangladesh, Camboja, Índia, México, Papua Nova Guiné, Tanzânia e Zimbábue, constataram que a violência é frequentemente vista como uma punição física, ou seja, é um direito do marido de "corrigir" uma mulher que cometeu uma transgressão.

3. Caracterização da violência doméstica e de gênero

A construção dos aspectos relacionados à violência doméstica e de gênero está inserida nos últimos anos na Constituição Federal de 1988 e Lei nº 11.340/2006 – Lei Maria da Penha. Nos aspectos da lei, trata-se da configuração da união formada por indivíduos, que amplamente pode ser traduzida não somente pela união entre homem e mulher, como citado no artigo 226, § 3º da CF/88, mas abrange ainda as uniões homoafetivas, como explica Vieira (2008, p.20):

Em outras palavras: a Lei nº 11.340/2006 no seu art. 2º, afirma que toda a mulher independente de orientação sexual goza dos direitos fundamentais da pessoa humana, portanto esta lei assegura a proteção de lésbicas, travestis, transexuais e os transgêneros do sexo feminino que mantêm relação íntima ou de convívio. Ou seja, a lei em estudo protege situações de violência contra o gênero feminino.

A violência que vitima as mulheres vem ocorrendo de maneira múltipla ou ainda se estende durante o longo do tempo de convivência. Nas relações desse tipo, a sociedade contribui de maneira errônea através de estereótipos como: em briga de marido e mulher não se mete a colher; a mulher só é agredida porque não fez nada ou porque merece; bater é sinal de amor; uma bofetada de vez em quando não faz mal a ninguém. Porém, nesta junção de aspectos, o que ocorre é a violência que provoca diversos efeitos físicos ou psicológicos. Dentre os mais comuns, a Comissão para Cidadania e Igualdade de Gênero (2016.p, 41), destaca:

- Danos físicos, corporais e cerebrais, por vezes irreversíveis (e.g., fraturas nas mandíbulas, perda de dentes, lesões óculo-visuais, perturbações da capacidade auditiva, fraturas de costelas, lesões abdominais, infertilidade na sequência de sucessivas infecções e/ou lesões vaginais e uterinas, entre muitas outras; algumas mulheres desenvolvem uma perturbação equivalente à dos lutadores de boxe, em virtude dos danos neurológicos provocados pelas pancadas sucessivas na zona do crânio e face - algo similar, nos seus efeitos, à doença de Parkinson);
- Alterações dos padrões de sono e perturbações alimentares;
- Alterações da imagem corporal e disfunções sexuais;
- Distúrbios cognitivos e de memória (e.g., flashbacks de ataques violentos, pensamentos e memórias intrusivos, dificuldades de concentração, confusão cognitiva, perturbações de pensamento - não é raro as vítimas afirmarem que “estão a enlouquecer”, dado que a sua vida se torna ingerível e incompreensível);
- Distúrbios de ansiedade, hipervigilância, medos, fobias, ataques de pânico;
- Sentimentos de medo, vergonha, culpa;
- Níveis reduzidos de autoestima e um autoconceito negativo;
- Vulnerabilidade ou dependência emocional, passividade, “desânimo aprendido”;
- Isolamento social ou evitamento (resultantes, frequentemente, dos sentimentos de vergonha, autoculpabilização, desvalorização pessoal, falta de confiança que as vítimas sentem);
- Comportamentos depressivos, por vezes com tentativa de suicídio ou suicídio consumado.

Além dos fatores acima citados a respeito da violência doméstica, também podem ser incluídos na lista o estresse, desemprego, baixos salários, filhos não desejados, falta de condições de sobrevivência, abuso de drogas, alcoolismo, problemas psicológicos/psiquiátricos, fanatismo religioso, dentre outros. Esses aspectos são identificados pelas vítimas dos maus tratos, e este número de mulheres agredidas representa um grande percentual da população conforme figura 1. Somente no ano 2016, segundo os dados, no [Dia Internacional da Mulher](#), 22% das brasileiras sofreram ofensa verbal, um total de 12 milhões de mulheres. Além

disso, 10% das mulheres sofreram ameaça de violência física, 8% sofreram ofensa sexual, 4% receberam ameaça com faca ou arma de fogo. E ainda: 3% ou 1,4 milhões de mulheres sofreram espancamento ou tentativa de estrangulamento e 1% levou pelo menos um tiro.

Figura 1. Quadro de amostra dos tipos de violência sofrida por mulheres



Fonte: Revista Exame (2017) Edição eletrônica

4. A justiça em face da violência doméstica

Os extratos sociais apontam que a América Latina se apresenta como uma das regiões mais violentas do mundo, contribuindo com uma taxa de homicídios de quase 30 assassinatos por 100 mil habitantes. Quanto à violência doméstica, quase metade das mulheres sofrem maus tratos psicológicos; quanto à violência física, até duas mulheres entre cinco sofrem esse tipo de violência.

Mesmo através do ordenamento jurídico, ainda é complicado reverter este quadro, assim como afirma Almeida (2012, p.17):

O ordenamento jurídico não é capaz, por si, de coibir completamente a violência. O rearranjo é parte dos esforços da sociedade brasileira em tornar as relações de gênero mais isonômicas. Podemos afirmar que os casos atendidos no âmbito do projeto reforçam a impressão da permanência e até mesmo do aumento da violência contra as mulheres.

Desde os anos 80 e 90, ONGs, instituições e o poder público juntam ações e projetos para a integração dos direitos das mulheres, incluindo a proteção e sua participação social, e principalmente quanto à repressão à violência doméstica, conforme afirma Cavalcanti (2008, p.48):

O sistema de repressão e prevenção à violência doméstica é recente no Brasil. Teve início em 1988, quando a Constituição Federal proclamou a igualdade entre homens e mulheres em direitos e obrigações, art. 5º, inciso I. Evidencia-se também, no §8º do art. 225 que impõe ao Estado o dever de coibir a violência no âmbito da família. Estas normas constitucionais foram ponto de partida para que o legislador ordinário ampliasse a proteção dos direitos das mulheres contra a discriminação e a violência.

Dentro da esfera pública, pode-se mencionar que, segundo Souza e Adesse (2005, p.74), no Anteprojeto de Reforma da parte especial do Código Penal, existem em andamento no Congresso Nacional dez PLs (Projetos de Lei) acerca do tema da violência sexual e doméstica. Dentre os quais se destacam:

- a)** n. 4429/94, CPI2 da Violência Contra a Mulher, que dispõe sobre os crimes contra a liberdade sexual;
- b)** n. 0052/99, que cria o fundo penitenciário nacional, incluindo a manutenção de verbas para as casas-abrigos para mulheres e filhos vítimas de violência doméstica;

- c)** n. 0905/99, que dispõe sobre os crimes de violência familiar, tipificando maus-tratos, estupro de cônjuge, comportamento incestuoso e abuso sexual incestuoso;
- d)** n. 1439/99, que dispõe sobre a violência familiar, com a criação de um pacto de paz familiar homologado por juiz, além da previsão do afastamento da vítima e de seus filhos do lar;
- e)** n. 1.965/99, que determina que os crimes contra a liberdade sexual sejam processados em segredo de justiça;
- f)** n. 5463/01, que altera a Lei n. 9.099/95, para que seja imposta a prisão em flagrante ou a fiança quando ocorrer crime contra a pessoa da mulher cometido por seu companheiro, ou ex-companheiro, marido ou ex-marido, namorado ou ex-namorado;
- g)** n. 5.172/01, que dispõe sobre os efeitos do abandono do lar, excluindo a perda de direitos do cônjuge que abandonar o lar, em virtude de risco iminente à sua integridade física ou moral, ou a de seus filhos;
- h)** n. 2.372/00, que dispõe sobre o afastamento cautelar do agressor da habitação familiar (aprovado nas Casas Legislativas, teve veto presidencial);
- i)** n. 0186/02, que altera a redação da Lei 9.099/95, determinando que os conciliadores sejam anteriormente capacitados, além da inclusão dos autores em programas comunitários, tratamentos médico, psicológico ou psiquiátrico ou de dependência alcoólica ou química;
- j)** n. 04.419/01, que obriga a realização de exame de corpo de delito em vítimas de violência sexual em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, destacam-se dois Projetos de Lei que foram transformados em leis:

- a) Lei n. 10.455/2002, que altera o artigo 69 da Lei n. 9.099/95, incluindo parágrafo único, que, para casos de violência doméstica, o juiz poderá determinar, como medida de cautela, seu afastamento do lar, domicílio ou local de convivência com a vítima;
- b) Lei n. 10.224 /01, que dispõe sobre o crime de assédio sexual.

Com o advento da Lei nº 11.340/2006, a qual estipula ações e mecanismos que visam prevenir e coibir a face da violência doméstica contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, estipulam-se os aspectos que relacionam Convenção para eliminar as formas de violência: a convenção para prevenir, ações para punir e buscar erradicar a todas as formas da violência à mulher, como outros aspectos de natureza internacionais; ações que dispõem sobre a formulação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; como ações de assistência e proteção às mulheres. Podem-se destacar as principais diferenças entre a criação da lei e o que havia de proteção à mulher antes da lei, conforme quadro 2.

Quadro 2. Antes e depois da Lei Maria da Penha

Antes da Lei	Lei Maria da Penha
Não existe lei específica sobre a violência doméstica contra a mulher.	Tipifica e define a violência doméstica e familiar contra a mulher.
Não estabelece as formas desta violência.	Estabelece as formas de violência doméstica contra a mulher como sendo física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.
Aplica a lei dos juizados especiais criminais (Lei 9.099/95) para os casos de violência doméstica. Estes juizados julgam os crimes com pena de até dois anos (menor potencial ofensivo).	Retira dos juizados especiais criminais (Lei 9.099/95) a competência para julgar os crimes de violência doméstica contra a mulher.

Os juizados especiais criminais tratam somente do crime, mas, para a mulher vítima de violência doméstica resolver as questões de família (separação, pensão, guarda de filhos), tem que ingressar com outro processo na Vara de Família.	Serão criados juizados especiais de violência doméstica e familiar contra a mulher, com competência cível e criminal para abranger todas as questões.
A autoridade policial efetua um resumo dos fatos através do TCO (Termo Circunstanciado de Ocorrência).	Prevê um capítulo específico, para o atendimento pela autoridade policial, para os casos de violência doméstica contra a mulher.
A mulher pode desistir da denúncia na delegacia.	A mulher somente poderá renunciar perante o juiz.
É a mulher que, muitas vezes, entrega a intimação para o agressor comparecer em audiência.	É vedada a entrega da intimação pela mulher ao agressor.
A mulher vítima de violência doméstica geralmente não é informada quanto ao andamento dos atos processuais.	A mulher vítima de violência doméstica será notificada dos atos processuais, especialmente quanto ao ingresso e saída da prisão por parte do agressor.
A mulher vítima de violência doméstica, em geral, vai desacompanhada de advogado ou defensor público nas audiências.	A mulher deverá estar acompanhada de advogado ou defensor em todos os atos processuais.
A violência doméstica contra a mulher não é considerada agravante de pena.	Altera o artigo 61 do Código Penal para considerar este tipo de violência como agravante de pena.
A violência doméstica contra mulher portadora de deficiência não aumenta a pena.	Se a violência doméstica for cometida contra mulher portadora de deficiência, a pena será aumentada em 1/3 (um terço).
Não prevê o comparecimento do agressor a programas de recuperação e reeducação.	Altera a Lei de execuções penais, para permitir que o juiz determine o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação.

Fonte: Taquette (2007, p.49).

5. Serviço de apoio e assistência a vítimas

O Governo Federal, por meio da Secretaria das Mulheres, realizou a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM), em julho de 2004, mobilizando cerca de 120 mil mulheres que participaram, diretamente, dos debates e apresentaram as propostas para a elaboração do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres para enfrentar as desigualdades entre mulheres e homens em nosso país e reconhece o papel fundamental do Estado, através de ações e políticas públicas, no combate a estas e outras desigualdades sociais. (Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006).

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2003) é um instrumento de afirmação da cidadania das mulheres e tem como objetivos:

1. a igualdade de gênero, raça e etnia;
2. o desenvolvimento democrático e sustentável, levando em consideração as diversidades regionais com o objetivo de superar as desigualdades econômicas e culturais;
3. o cumprimento dos tratados, acordos e convenções internacionais firmados e ratificados pelo Governo Brasileiro, relativos aos direitos humanos das mulheres;
4. o pleno exercício de todos os direitos e liberdades fundamentais para distintos grupos de mulheres;
5. o equilíbrio de poder entre mulheres e homens, em termos de recursos econômicos, direitos legais, participação política e relações interpessoais;
6. o combate às distintas formas de apropriação e exploração mercantil do corpo e da vida das mulheres;
7. o reconhecimento da violência de gênero, raça e etnia como violência estrutural e histórica, que expressa a opressão das mulheres que precisa ser tratada como questão de segurança, justiça e saúde pública;
8. o reconhecimento da responsabilidade do Estado na implementação de políticas que incidam na divisão social e sexual do trabalho;

9. a construção social de valores, por meio da Educação, que enfatizem a importância do trabalho historicamente realizado pelas mulheres, além da necessidade de viabilizar novas formas para sua efetivação;
10. a inclusão das questões de gênero, raça e etnia nos currículos escolares, além do reconhecimento e busca de formas que alterem as práticas educativas, a produção de conhecimento, a educação formal, a cultura e a comunicação discriminatórias;
11. a inclusão de recursos nos Planos Plurianuais, Leis de Diretrizes Orçamentárias e Leis Orçamentárias Anuais para implementação de políticas públicas para as mulheres;
12. a elaboração e divulgação de indicadores sociais, econômicos e culturais sobre a população afro-descendente e indígena, como subsídios para a formulação e implementação de políticas públicas de saúde, previdência social, trabalho, educação e cultura, que levem em consideração a realidade urbana e rural;
13. a capacitação de servidores(as) públicos(as) em gênero, raça, etnia e direitos humanos, de forma a garantir a implementação de políticas públicas voltadas para a igualdade;
14. a participação e o controle social na formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas públicas, disponibilizando dados e indicadores relacionados aos atos públicos e garantindo a transparência das ações;
15. a criação, o fortalecimento e a ampliação de organismos específicos de defesa dos direitos e de políticas para as mulheres no primeiro escalão de governo, nas esferas federal, estaduais e municipais.

O atendimento profissional e qualificado deve encontrar-se disponível e de fácil acesso, e, ao entrar em contato com as vítimas de violência doméstica (VD) e violência corporal (VC), deve-se ter conhecimento sobre os seguintes aspectos, tal qual explica Guerra e Gago (2016, p.44):

- Afastar/combater crenças e mitos que dificultam ou impedem a intervenção nesta área;
- Ter um conhecimento suficiente sobre os fatores associados à VD e sobre as dinâmicas e processos abusivos utilizados pelo agressor no contexto da VD;

- Conhecer/saber identificar os tipos mais frequentes de atos envolvidos na VD/VC e suas consequências para a vítima;
- Saber reconhecer sinais indiciadores da ocorrência de violência e incentivar a revelação por parte da vítima;
- Conhecer/reconhecer as consequências da VD/VC;
- Saber que a maioria desses atos constitui crimes, como os maus tratos a cônjuge, a coação, o sequestro, a violação, as ofensas corporais, entre outros consignados no Código Penal e aplicáveis em situações de VD/VC;
- Adquirir as competências e estratégias básicas de comunicação/atendimento, seja presencial seja telefônico, estar sensibilizados para esta problemática e para lidar com as especificidades emocionais e comportamentais de vítimas de violência continuada;
- Saber quais os tipos de apoio disponíveis e quais os tipos de encaminhamento e de articulação com outros serviços que podem disponibilizar em cada área de intervenção.

Além dos aspectos citados anteriormente, devem-se abranger os aspectos inseridos na lei nº 11.340/2006, que trata da assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar:

Art. 9º A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso.

§ 1º O juiz determinará, por prazo certo, a inclusão da mulher em situação de violência doméstica e familiar no cadastro de programas assistenciais do governo federal, estadual e municipal.

§ 2º O juiz assegurará à mulher em situação de violência doméstica e familiar, para preservar sua integridade física e psicológica:

I - acesso prioritário à remoção quando servidora pública, integrante da administração direta ou indireta;

II - manutenção do vínculo trabalhista, quando necessário o afastamento do local de trabalho, por até seis meses.

§ 3º A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar compreenderá o acesso aos benefícios decorrentes do

desenvolvimento científico e tecnológico, incluindo os serviços de contracepção de emergência, a profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e outros procedimentos médicos necessários e cabíveis nos casos de violência sexual.

6. Ações públicas de prevenção social e de amparo judicial

A sinalização das vítimas elegíveis para beneficiarem do serviço pode ser feita, junto do Tribunal competente, pelas entidades que diretamente intervêm na problemática da violência doméstica, nomeadamente conforme Guerra e Gago (2016, p.66):

- Forças de Segurança;
- Entidades previstas na rede nacional de apoio às vítimas de violência doméstica - artigo 53º, da Lei nº 112/2009, de 16/99;
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Gênero, quando já se encontra formalizada denúncia pelo crime de violência doméstica e sempre que tal se mostre imprescindível à proteção da vítima.

O recurso à Teleassistência cessa por decisão judiciária, nos termos da legislação em vigor. A CIG e as Forças de Segurança podem propor ao Tribunal competente o cancelamento da TVD, designadamente, nas seguintes situações:

- A vítima iniciar/reatar o contato/convivência com o agressor, excetuando em situações previamente definidas e justificadas;
- Haja incumprimento reiterado das obrigações e deveres da vítima de forma a impedir ou dificultar a prestação do serviço;
- Quando diminuir significativamente o risco de revitimização;
- Quando ao agressor tenha sido aplicada medida de coação de proibição de contatos, com recurso à Vigilância Eletrônica;
- Quando se verifique uma utilização abusiva/inadequada do serviço. O Serviço de Teleassistência a Vítimas de Violência

Doméstica, nos termos do art. 20º, da Lei nº 112/2009, de 16 de setembro, é gratuito. (GUERRA E GAGO, 2016, p.67)

Outro parâmetro de relevância internacional está inserido na resolução 40/34 de 1985 da ONU, que estabelece a Declaração dos Princípios Básicos de Justiça para Vítimas de Delitos e Abuso de Poder, no qual assume a postura de melhorar a qualidade no acesso e no atendimento à justiça, incluindo a assistência social, ressarcimento e indenizações, e estabelece como definição de vítima:

Qualquer pessoa que, individual ou coletivamente, tenha sofrido danos, inclusive lesões físicas ou mentais, sofrimento emocional, perda financeira ou diminuição substancial de seus direitos fundamentais, como consequência de ações ou omissões que violem a legislação penal vigente nos Estados Membros incluídas as que prescrevem o abuso criminal de poder.

O serviço de assistência social é extremamente relevante e definitivo nas ações de acolhimento e encaminhamento das vítimas de violência doméstica, pois, de acordo com a necessidade da pessoa e do tipo de atendimento que ela precisa ter, o profissional irá atuar de imediato nesta relação, e segundo Nascimento apud Silva 2001; MATOS, 2004, p. 36, coloca, como atitudes essenciais dos Assistentes Sociais na realização do atendimento, o seguinte:

- Estar ali por inteiro, presente;
- Demonstrar respeito pelo entrevistado;
- Demonstrar aceitação pelo entrevistado, eximindo-se de atitudes de pré-julgamento;
- Compreender o outro, com o melhor senso de humanidade possível;
- Conseguir empatia — demonstrar a compreensão para com o sentimento do entrevistado, preservando o eu do entrevistado;
- Ouvir, que, segundo Benjamim (1991 apud SILVA, 2001 apud MATTOS, 2004, p. 26), significa "escutar o modo como as coisas estão sendo ditas, o tom usado, as expressões e os gestos empregados. E mais: ouvir inclui o esforço de perceber o que não está sendo dito, o que é apenas sugerido, o que está oculto, o que

está abaixo ou acima da superfície. Ouvimos com nossos ouvidos, mas escutamos também com nossos olhos, coração, mente e vísceras".

Outros aspectos relacionados sobre a prestação de assistência social ficam estabelecidos dentro da Lei 8.742/93, conhecida como a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, que estabelece o seguinte:

Art. 4º A assistência social rege-se pelos seguintes princípios:

III - respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;

Art. 24-A. Fica instituído o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif), que integra a proteção social básica e consiste na oferta de ações e serviços socioassistenciais de prestação continuada, nos Cras, por meio do trabalho social com famílias em situação de vulnerabilidade social, com o objetivo de prevenir o rompimento dos vínculos familiares e a violência no âmbito de suas relações, garantindo o direito à convivência familiar e comunitária. [\(Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011\).](#)

7. O papel do Assistente Social frente à violência doméstica

As atividades do assistente social estão em um amplo aspecto de desenvolvimento, podendo exercer sua função tanto nas unidades operacionais quanto na própria residência da mulher que sofre violência. Nesta relação, é de fundamental importância que esteja preparado e tenha o direcionamento adequado de acordo com a necessidade da pessoa, como afirma Ramos (2007, p. 74):

De forma que as atividades do Serviço Social estão prioritariamente concentradas nos seguintes campos de atividades ou eixos de inserção do trabalho profissional que se relacionam intimamente com as requisições. São elas: ações de caráter emergencial assistencial, educação, informação e comunicação em saúde, planejamento e assessoria, mobilização e participação social.

Para evitar que todas essas formas de violência praticadas contra a mulher sejam mantidas em seu ambiente familiar, é de fundamental importância que o assistente social exerça uma forma de combater essa relação de abuso e direcionar o atendimento especializado, mantendo a relação de intermediação entre a vítima e a assistência a ser deferida, como explica Muszkat (2003, p.134):

Quando propomos a trabalhar com esse instrumental é necessário ter claros a intencionalidade, os objetivos profissionais, sendo preciso definir um roteiro básico para obter informações necessárias e pontos que deverão ser abordados durante a visita. Ao utilizar tal ferramenta, o profissional lança mão de um recurso que fornece um conjunto de ações que o assistente social desencadeia como parte integrante de um atendimento social. Ressaltamos que a utilização dessa intervenção é sempre comunicada com antecedência ao grupo familiar.

Pode-se constituir nesta relação que, em ações de instrução e na relação educativa, o assistente social está habilitado com informação e instruções suficientes para construir uma mobilização social dentro de uma visão crítica e acolhedora das práticas sociais, visando ampliar a rede de atendimento especializado e direcionado respectivamente nas áreas pertinentes, tal qual descreve Martins (2012, p. 154):

[...] a profissão tem um acúmulo teórico referente a diversas questões que envolvem o cotidiano profissional e que são também pertinentes a essa área, ou seja, família, criança e adolescente; dimensão educativa e política da profissão; violência doméstica; questões de gênero, entre outros, subsídios suficientes para qualificar a relação teórico-prática que deve ser viabilizada pelos profissionais.

É importante afirmar, ainda, que a autora explica que o papel do assistente social deve ser construído dentro do processo de formação continuada, seja na educação dos professores, da família,

das pessoas envolvidas, nas escolas e creches, nos programas sociais federais e estaduais, e principalmente os municipais, onde a concentração social de acolhimento é maior:

Em todos os municípios é marcante a contribuição do assistente social no processo de formação continuada dos funcionários e educadores das creches e pré-escolas, especialmente refletindo sobre os temas relacionados à questão social (violência doméstica, drogas, pobreza) e aos instrumentos jurídicos e políticos que orientam o atendimento desse segmento populacional [...] (MARTINS, 2012, p. 152).

8. Metodologia

Quanto aos objetivos, o que se define no delineamento desta pesquisa é buscar a construção científica, através da literatura, uma abordagem a respeito da conceituação de violência e suas características, as leis de amparo e combate à violência doméstica, o papel das políticas públicas e da assistência social.

Para o desenvolvimento da pesquisa, quanto aos fins, foi realizada uma pesquisa exploratória e descritiva e, quanto aos meios de investigação, foram realizadas pesquisas bibliográficas e documental. Segundo LIMA e MIOTO (2007, p.1), a pesquisa bibliográfica:

Apresenta-se como um procedimento metodológico que se oferece ao pesquisador como uma possibilidade na busca de soluções para seu problema de pesquisa.... Postula que trabalhar com a pesquisa bibliográfica significa realizar um movimento incansável de apreensão dos objetos, de observância das etapas, de leitura, de questionamentos e de interlocuções crítica com o material bibliográfico. (LIMA; MIOTO, 2007, p.1).

Houve a exploração de vários autores propostos para a concepção dos conceitos referentes à construção dos aspectos relacionados à violência doméstica e de gênero, e que estão inseridos nos últimos anos na Constituição Federal de 1988 e Lei nº

11.340/2006 – Lei Maria da Penha, dentre outras referências nacionais e internacionais, incluindo a Organização das Nações Unidas.

A pesquisa quanto à abordagem foi definida como qualitativa, pois engloba a coleta de diversos materiais empíricos – história de vida, artefatos, leis e textos observacionais – que retratam momentos e significados que englobam a vida dos indivíduos (LIMA; MIOTO, 2007). Deste modo, segundo os autores acima, a pesquisa bibliográfica não se baseia apenas numa repetição do que foi pesquisado, mas um caminho a conclusões inovadoras. Diz respeito às questões da evolução das leis que reprimem a violência doméstica, dentro dos aspectos legais, assim como o direito que assiste as vítimas desta violência.

9. Conclusões

As questões abordadas a respeito das práticas de violência contra a mulher, historicamente, apresentam-se enraizadas na cultura do machismo, inserida na predominância religiosa, no que condiz à submissão da mulher à figura do homem, o provedor do lar, além de contribuir de maneira errônea através dos estereótipos como: em briga de marido e mulher não se mete a colher, a mulher só é agredida porque não fez nada ou porque merece, bater é sinal de amor, uma bofetada de vez em quando não faz mal a ninguém.

Maiores repercussões quanto à legislatura foram observadas por meio da abordagem do tema de proteção à mulher, como: através da Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 5º, inciso I, trata da igualdade em direitos e obrigações do homem e da mulher, e aborda ainda a questão da proteção contra a violência no art. 226, § 8º; e, posteriormente, no ano de 2006, através da Lei nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, visando coibir a violência doméstica, tratando de maneira direcionada e com mais vigor na sua proposição, que, além de punir os agressores, tem

caráter preventivo e assistencialista à mulher, seja em seu ambiente doméstico, familiar ou conjugal.

Quanto às políticas públicas de combate à violência doméstica, pode-se observar o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres que é um instrumento de afirmação da cidadania das mulheres, e tem como objetivos: o pleno exercício de todos os direitos e liberdades fundamentais para distintos grupos de mulheres; o equilíbrio de poder entre mulheres e homens, em termos de recursos econômicos, direitos legais, participação política e relações interpessoais; o reconhecimento da violência de gênero, raça e etnia como violência estrutural e histórica, que expressa a opressão das mulheres que precisa ser tratada como questão de segurança, justiça e saúde pública.

Outros aspectos residentes na legislação estão incorporados através: da Lei n. 10.455/2002, que altera o artigo 69 da Lei n. 9.099/95, incluindo parágrafo único, em que, para casos de violência doméstica, o juiz poderá determinar, como medida de cautela, seu afastamento do lar, domicílio ou local de convivência com a vítima; e da Lei n. 10.224 /01, que dispõe sobre o crime de assédio sexual.

Além disso, ressalta-se o advento da Lei nº 11.340/2006, denominada Lei Maria da Penha, a qual cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, que tipifica e define a violência doméstica e familiar contra a mulher e estabelece as formas de violência doméstica contra a mulher como sendo física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. Prevê ainda a assistência das vítimas de violência doméstica e familiar, permitindo o acesso e permitindo os benefícios que incluem os serviços de contracepção, a profilaxia de doenças como as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a AIDS, além de outros procedimentos que se enquadram nos casos da violência sexual.

A importância do exercício do serviço social quanto à assistência e amparo às vítimas desponta por meio das ações dos profissionais que precisam estar preparados para as ações de

acolhimento e encaminhamento das vítimas de violência doméstica, reiterado das obrigações e deveres da vítima, por meio do auxílio à mulher que sofreu violência doméstica e violência familiar, prestando esta assistência de forma articulada na qual atenderá os princípios e as diretrizes os quais estão previstos na Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, no Sistema Único de Saúde - SUS, no Sistema Único de Segurança Pública - SUSP, entre outras normas e ações voltadas para as políticas públicas de proteção de combate à violência doméstica.

A violência doméstica deixou de ser um tabu para ganhar espaço dentro da legislação e das mídias em defesa e proteção à mulher. A evolução e o crescimento da sociedade não foram suficientes para abolir esse tipo de comportamento masculino e a lei com todo seu rigor ainda não é suficiente para extinguir essa prática de abuso cometida dentro da unidade familiar.

Esse problema social é encontrado em todas as classes sociais e gêneros e atua por todo o mundo, ganhando um infeliz destaque na América Latina, incluindo principalmente o Brasil, onde estatísticas do ano de 2016 apresentam que 22% das brasileiras sofreram ofensa verbal, um total de 12 milhões de mulheres. Além disso, 10% das mulheres sofreram ameaça de violência física, 8% sofreram ofensa sexual, 4% receberam ameaça com faca ou arma de fogo. E ainda: 3% ou 1,4 milhões de mulheres sofreram espancamento ou tentativa de estrangulamento e 1% levou pelo menos um tiro.

Com essa realidade o papel da assistência social torna-se relevante para ajudar as mulheres que sofrem violência doméstica, atendendo e amparando dentro dos princípios que constituem a LOAS e a legislação brasileira, e que consiga assistir e garantir todos os seus direitos e garantias para que possa ter o resgate à sua dignidade.

Referências

ALMEIDA, B. V. et al. Violência doméstica e linhas de vida. Belo Horizonte: D'placido Editora, 2012.

BRASIL. Casa Civil. Constituição Federal de 1988.

_____. Casa Civil. Lei 8.742/93 dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS.

_____. Casa Civil. Lei n. 10.455/2002. Modifica o parágrafo único do art. 69 da Lei n. 9.099, de 26 de setembro de 1995.

_____. Casa Civil. [LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006](#). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional integral à saúde da mulher. Brasília 2004.

_____. PROGRAMA DE PREVENÇÃO, ASSISTÊNCIA E COMBATE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER. Plano Nacional, 2003.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Pacto nacional de enfrentamento à violência contra a mulher. Brasília, 2006.

CAVALCANTI, S. V. A violência doméstica contra a mulher e a atuação do Ministério Público após o advento da Lei Maria da Penha. MPMG Jurídico, Edição Especial 20 anos da Constituição Federal. Salvador: Juspodivm, 2008.

COMISSÃO PARA CIDADANIA E IGUALDADE DE GÊNERO. Violência doméstica: implicações sociológicas, psicológicas e jurídicas do fenômeno. Manual Pluridisciplinar. Centro de Estudos Judiciários, Lisboa, 2016.

DECLARAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE A ELIMINAÇÃO DA VIOLÊNCIA SOBRE AS MULHERES. Conferência Mundial sobre Direitos Humanos. ONU, Viena, 1993.

GUERRA, Paulo e GAGO, Lucília. Impacto e consequências traumáticas na vítima de violência doméstica. Manual Pluridisciplinar. Centro de Estudos Judiciários, Lisboa, 2016.

LIMA, T.C.S de; MIOTO, R.C.T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. Katál, Florianópolis, v.10, spe, 2007.

MARTINS, E. B. C. Educação e Serviço Social: elo para a construção da cidadania [online]. São Paulo: UNESP, 2012. 277 p. Available from SciELO Books.

MUSKAT, M. Mediação de conflitos: pacificando e prevenindo a violência. São Paulo: Summus, 2003.

NASCIMENTO, P. C. Violência doméstica contra a mulher: Serviço Social no espaço do CEVIC. UFSC – 2004, 75f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis- SC.

RAMOS, K. D. C. *Violência Doméstica: Um estudo de caso sobre a policial da polícia militar do Pará*. Santa Catarina: Clube dos Autores, 2007.

RESOLUÇÃO 40/34 DE 1985. ONU - Declaração dos Princípios Básicos de Justiça Relativos às Vítimas da Criminalidade e de Abuso de Poder – 1985

REVISTA ELETRÔNICA. Disponível em: <http://exame.abril.com.br/brasil/os-numeros-da-violencia-contramulheres-no-brasil/> Acesso em: 20 de agosto de 2017.

SOUZA, C. M.; ADESSE, L. Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 188p.

TAQUETTE, S. R. Mulher adolescente/jovem em situação de violência. Propostas de intervenção para o setor de saúde. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.

VIEIRA, L. S. A violência doméstica e familiar contra a mulher perante a Lei 11.340/06. UNIVALI – 2008, 111f. Monografia (Graduação em Direito) – Universidade Vale do Itajaí – Biguaçu- SC.

Capítulo 9

O papel da assistência social e das políticas públicas no combate e enfrentamento da violência doméstica à mulher

Francisca Helena Fernandes França¹

Edgleuma Lima Freitas de Farias²

Estanislau Ferreira Bié³

Introdução

Um dos grandes problemas enfrentados ainda hoje, está relacionado com a violência, apesar de toda evolução social e tecnológica, ainda se depara com esta questão social, que se encontra presente em todas as classes sociais e econômicas, e este

¹ Graduanda em Serviço Social

² Graduanda em Serviço Social

³ Doutor em Ciências da Educação pela UNISAL - Universidad San Lorenzo; Mestre em Ciências da Educação pela UNISAL; Especialista em Policiamento Comunitário pela UFC - Universidade Federal do Ceará; Especialista em Segurança Pública pela FATE - Faculdade Ateneu; Especialista em Ciências Política Sociedade e Governo pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA/UNIPACE; Especialista em Ciências da Educação pela FACULDADE EVOLUÇÃO - Sociedade Evolução de Educação Superior e Tecnologia Ltda; Especialista em História e Cultura Afro-brasileira e Indígena pela FATE - Faculdade Ateneu; Bacharel em Teologia pelo Centro Universitário UNINTA; Licenciado em Ciências da Religião pelo Centro Universitário UNINTA; Licenciado em História pelo Centro Universitário UNINTA. Diretor Executivo do Instituto Superior de Ensino Sem Fronteiras - ISESF; Organizador e Membro do Conselho Editorial e Científico das Coleções Saúde no Brasil: Formação Acadêmica, Práticas e Exercício da Profissão; Fazer Educativo; Educação Como Forma de Socialização; Segurança Pública: Direito e Justiça Brasileira e Diretor da Série Conhecimento Afrodescendente. Atualmente professor da Academia Estadual de Segurança Pública do Ceará - AESP/CE, Policial Militar (Oficial da Reserva).

fenômeno negativo vive presente principalmente dentro do lar das famílias, onde ocorre a caracterização da violência doméstica.

A demanda da violência doméstica está atrelada a um fator denominado cultural e pela própria falta de punição dos agentes ou mesmo da falta de denúncia das vítimas, que passa anos sofrendo o abuso por medo de represália ou ainda por vergonha. Na própria legislação brasileira, havia de fato no Código Penal, penalidades previstas para o fato de violência cometidas em geral a homens, mulheres, crianças, na perspectiva de ser física ou psicológica, porém havia a necessidade de políticas voltadas para o combate da violência doméstica e da violência contra a mulher, no qual posteriormente conheceríamos como a Lei Maria da Penha.

A violência que vitima as mulheres, ainda é vista de maneira errônea ou estereotipada pela própria sociedade, que conduz os aspectos da violência de maneira natural, onde pode-se destacar de maneira visual as formas de agressão por meio dos danos físicos corporais ou alterações na própria imagem corporal ou problemas de natureza psicológica, como distúrbios, disfunções cognitivas, alterações no sono e na personalidade, sentimento de medo, vergonha, culpa dentro dos aspectos de sua vulnerabilidade.

A participação das políticas públicas, numa esfera federal, veio a tomar efeitos a partir da Secretaria das Mulheres, onde realizou a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM), em julho de 2004, mobilizando cerca de 120 mil mulheres que participaram, diretamente, dos debates e apresentaram as propostas para a elaboração do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres para enfrentar as desigualdades entre mulheres e homens em nosso país e reconhece o papel fundamental do Estado, através de ações e políticas públicas, no combate a estas e outras desigualdades sociais. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (2006).

Após estas repercussões de união de força ao combate da violência doméstica no Brasil, no ano de 2006, foi instituída a Lei nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, que trouxe um novo

aspecto legal para combater e coibir a violência doméstica, abrangendo diversos aspectos legais e direcionando as penalidades para os casos de agressão em todos os seus aspectos, físicos ou psicológicos, seja em seu ambiente doméstico, familiar ou conjugal, com ações de caráter preventivo e ainda de assistência às vítimas.

Combater todos estes aspectos que estão enraizados nos aspectos culturais de uma sociedade machista, ainda é difícil, pelo próprio resultado das estatísticas observadas. Conscientizar as famílias sobre estas práticas de agressão e políticas de combate é fator necessário para a mudança deste quadro, trazendo a informação e prevenção de caráter normativa por meio da lei, tomando de forma as políticas assistencialistas e o exercício prático do assistente social dentro destas ações de conscientização e prática por meio das políticas públicas, justificando assim a escolha do tema.

Quanto aos objetivos gerais desta pesquisa, buscou demonstrar através das práticas de combate à violência doméstica, o papel das políticas públicas assistencialistas, assim como a importância do exercício do serviço social, e quanto aos objetivos específicos apresentar a construção do conceito de violência doméstica e suas características, as formas de condução por meio das leis dentro dos aspectos de combate e as penalidades, e o exercício da assistência social às vítimas de violência doméstica.

O desenvolvimento do estudo, tem como aspectos metodológicos, abordar de maneira descritiva todos os aspectos relacionados à violência doméstica apresentando os fatores e casos que abrangentes, por meio de uma pesquisa bibliográfica e documental de natureza descritiva, que irá abordar de uma maneira qualitativa os aspectos sociais e legais no combate à violência doméstica.

2. Aspectos gerais da violência contra a mulher

Os aspectos relacionados a violência contra mulher abrange aspectos que hoje estão caracterizados dentro das formalidades da

lei, onde a mesma não se preocupa com a causa e sim com a expressão “qualquer ação ou omissão”, fitando na lógica dos fatos o efeito morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico ou danos morais que estão incididos dentro da lei Maria da Penha, conforme Vieira (2008, p.27):

Nos termos da Lei nº 11.340, de 7-8-2006, configura violência doméstica e familiar contra a mulher, qualquer forma de violência, por ação ou omissão, baseada no gênero e praticada no âmbito familiar, do convívio doméstico ou de ralação íntima de afeto, atual ou pretérita, ainda que ausente a coabitação, que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (art. 5º e 7º).

Essa construção partiu de um processo lento, que deu seus primeiros passos no país a partir dos anos 70, onde as mulheres e uma pequena parcela da sociedade passou a exigir questões de igualdade e políticas públicas em defesa da mulher. Outros aspectos legais vieram surgir nos anos 80, com o surgimento da primeira delegacia especializada de apoio à vítimas femininas, os aspectos legais da Constituição Federal de 1988, e a mudança de paradigmas da sociedade, como explica Almeida et al (2015, p.34):

A naturalização da violência estabelece-se progressivamente, emergindo de hábitos, crenças e valores construídos anteriormente. A partir daí a mulher fragilizada encontra o Estado, quando este se afirmar dever protege-la. Com a criação das delegacias especializadas, a de Belo Horizonte data de 1987, gerou-se a possibilidade de ressignificar o cotidiano da violência. Nem sempre foi assim. Nesse encontro com o estado, a vítima muitas vezes foi novamente lançada no circuito da violência contra a mulher, em um cenário estigmatizante e que pouco propiciou o empoderamento necessário ao combate à violência. A natureza sexual do estigma manteve as imagens da mulher como objeto, posse ou produtora de sedução maléfica.

Estes aspectos contidos no estigma da violência condiz com uma cultura secular, que está inserida dentro dos aspectos

antropológicos da sociedade, condiz até mesmo dentro das questões da religião, que a mulher deve ser submissa ao homem, ajudando a construir um conceito de superioridade, reduzindo a mulher a figura de uma escrava, tal qual afirma Magalhães (2005, p.39):

[...] verificamos que desde a antiguidade a mulher é, em certa medida, nivelada ao escravo. Essa afirmação fica mais nítida ainda quando se toma como referência a noção de família que, para os gregos, está associada à noção de família que, para os gregos, está associada à noção de espaço (*oikós*) e de um dono (*despótes*). O chefe da família possui uma autoridade pessoal e arbitrária sobre todos os membros que habitam o *oikós*.

Ramos (2009, p.72) também compactua dos mesmos aspectos que conduzem a questão da violência à mulher a referências antropológicas e religiosas, configurando a figura feminina como promissora de culpa de fatores acerca de transcritos bíblicos e culturais como da cultura grega:

Ainda deve-se destacar como sendo causa da marginalização feminina a questão da má interpretação religiosa acerca dos inscitos bíblicos, onde manifestamente o que se faz e mostrar como sendo culpada a Eva por ter seduzido a Adão em desobedecer ao ordenamento divino. Porém deve-se salientar que não é essa a interpretação devida e sim a da culpa mútua e deveria ser mostrada dessa forma, pois se assim não for, o cristianismo em nada se diferenciaria da mitologia grega, essa mostrando como culpada por todos os males da terra, a mulher.

A autora Vieira (2008, p. 12), constitui em sua pesquisa, a exposição da questão feminina a diversos tipos de violência sofrida e maneiras que podem ser combatidas de forma legal ou através do apoio social por meio das políticas públicas e das atividades da assistente social, e exemplifica ainda com base na lei nº 11.340 de 2006, que protege a mulher de violência doméstica e familiar, os seguintes conceitos de violência:

Violência física:

É qualquer conduta que ofenda a integridade ou a saúde corporal de alguém

Violência psicológica:

É a conduta que resulta em dano emocional e diminuição da autoestima, que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou com intenção de degradar ou controlar as ações, comportamentos, crenças e decisões de alguém, através da ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perturbação contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração, limitação do direito de locomoção ou outra maneira qualquer que prejudique à saúde psicológica e à autodeterminação

Violência sexual:

Se configura quando ocorrer qualquer conduta que constranja a ver, a manter ou a fazer parte de relação sexual que não tenha desejado, por meio de intimidação, ameaça, coação ou usando força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que viole seus direitos sexuais e reprodutivos.

Violência patrimonial

É a retenção, subtração, destruição parcial ou total dos objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos de vítima incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.

Violência moral

Calúnia, difamação ou injúria.

3. Aspectos conceituais da Violência doméstica

Conforme exposto nos conceitos anteriores, pode-se observar que a violência se caracteriza como uma questão social grave e delicada, e está situada dentro de todos setores sociais, incluindo

também em outros países, tanto nos aspectos desenvolvidos quanto subdesenvolvidos, pois está relacionando na figura da unidade familiar, que abrange a figura dos casais heterossexuais e homossexuais, conforme Nascimento (2004 apud AZEVEDO, 1985, p. 19):

Violência é toda iniciativa que procura exercer coação sobre a liberdade de alguém, que tenta impedir-lhe a liberdade de reflexão, de julgamento, dedicação e que, termina por rebaixar alguém a nível de meio ou instrumento num projeto, que a absorve e engloba, sem trata-lo como parceiro livre e igual. A violência é uma tentativa de diminuir alguém, de constranger alguém a renegar-se a si mesmo, a resignar-se à situação que lhe é proposta, a renunciar a toda a luta, abdicar de si.

O esforço contínuo das políticas de ações governamentais e não governamentais na desconstrução do aspecto da violência ou ainda de políticas de combate e amparo, constitui de forma ampla a construção da Lei nº 11.340, que trouxe como marco principal a luta incessante de uma vítima da violência doméstica, a cearense Maria da Penha, que sofreu diversos tipos de violência do seu companheiro, tanto física quanto psicológicas, deixando-a inclusive de cadeira de rodas, na qual a devida lei abrange o seguinte aspecto:

Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.

A crescente preocupação com o tema traz a luz a preocupação com os índices estatísticos que demonstra o quadro da violência doméstica em todas as regiões do país. No estudo realizado por Weiselfiz (2015), pode-se observar que as cidades de Vitória, Maceió,

João Pessoa e Fortaleza, são as cidades que apresentam as taxas mais elevadas de homicídios contra as mulheres, possuem acima de 10 homicídios por 100 mil habitantes, caracterizando a região Nordeste como a que comete mais violência contra as mulheres, principalmente na cidade de Fortaleza, no qual através do censo realizado, em 2003 representava 4,0 para cada 100 mil, passando para o ano de 2013 de 10,4 para cada 100 mil, um crescimento de 250%, conforme tabela abaixo:

Tabela 1. Taxas de homicídio de mulheres (por 100 mil), por capital e região. Brasil. 2003/2013

Capital/região	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Δ% 2003/13	Δ% 2006/13
Belém	3,7	3,6	4,1	4,0	2,0	5,1	4,1	4,9	4,5	6,5	5,6	52,2	40,4
Boa Vista	3,6	2,6	4,1	2,4	5,7	4,8	9,5	5,6	3,4	5,3	9,1	152,5	280,3
Macapá	6,8	6,0	6,6	5,3	4,1	3,8	3,7	6,4	3,9	3,3	6,5	-4,8	21,4
Manaus	3,6	4,4	4,5	3,7	4,3	5,2	5,1	5,2	5,9	7,6	6,5	81,9	75,9
Palmas	3,5	3,3	1,0	0,9	0,8	3,1	5,0	1,7	8,4	5,7	9,5	173,2	951,6
Porto Velho	7,9	7,7	8,0	8,9	4,1	5,2	11,8	6,2	9,3	8,7	9,5	20,3	6,7
Rio Branco	8,5	4,9	3,8	9,3	7,8	7,1	7,6	6,4	5,1	6,7	8,8	3,2	-5,5
Norte	4,5	4,4	4,6	4,5	3,7	5,1	5,6	5,2	5,5	6,7	7,0	53,7	54,0
Aracaju	7,0	4,6	5,7	5,2	5,5	3,1	5,8	5,9	7,1	7,6	6,6	-6,6	26,5
Fortaleza	4,0	3,9	4,4	5,1	3,9	3,9	3,6	5,8	6,2	7,1	10,4	158,9	104,8
João Pessoa	3,9	4,7	7,7	5,6	6,1	6,5	8,9	12,4	11,3	12,9	10,5	169,9	87,5
Maceió	5,3	6,1	6,3	9,7	6,8	8,4	8,9	11,9	12,2	10,3	10,7	100,5	11,2
Natal	2,0	0,2	2,4	3,8	3,1	3,5	4,7	6,3	5,4	4,2	6,6	228,0	73,9
Recife	9,1	12,4	10,8	10,2	11,4	11,8	10,8	7,6	8,2	6,1	5,5	-39,8	-46,6
Salvador	2,8	3,2	4,9	5,2	6,0	6,3	6,2	8,3	9,3	9,1	7,9	181,4	53,4
São Luis	4,7	3,8	3,5	3,4	1,8	4,2	3,9	6,3	4,9	4,0	7,3	56,8	116,5
Teresina	3,3	2,7	4,1	3,8	3,2	4,7	3,3	3,2	2,3	5,9	5,4	65,1	43,2
Nordeste	4,5	4,8	5,5	5,9	5,5	6,1	6,1	7,4	7,6	7,5	8,1	79,3	38,4
Belo Horizonte	8,2	9,3	7,3	8,1	7,4	6,0	6,5	6,2	8,0	8,5	5,9	-27,6	-26,2
Rio de Janeiro	6,0	6,7	5,0	6,1	3,7	4,1	4,7	3,9	3,9	3,6	3,4	-44,1	-45,2
São Paulo	7,2	5,5	4,2	4,4	2,9	3,1	2,8	2,8	2,0	2,6	2,8	-61,5	-36,8
Vitória	10,0	13,0	19,9	14,9	10,6	12,5	8,9	13,2	10,3	10,2	11,8	17,8	-21,0
Sudeste	7,0	6,5	5,1	5,5	3,8	3,9	3,9	3,7	3,5	3,7	3,5	-50,3	-37,3
Curitiba	5,7	5,4	5,6	5,5	5,5	7,9	9,0	10,4	6,3	7,4	6,2	7,8	13,1
Florianópolis	2,1	6,2	3,9	1,9	1,4	3,9	3,8	3,2	3,2	3,6	4,0	88,4	107,5
Porto Alegre	4,2	5,9	5,9	5,0	6,5	7,1	6,0	6,6	5,3	6,8	4,2	0,7	-15,1
Sul	4,7	5,7	5,5	4,9	5,4	7,1	7,3	8,0	5,5	6,7	5,1	9,1	5,5
Brasília	6,6	5,1	4,7	4,4	5,3	5,4	6,2	5,8	6,1	5,6	5,6	-14,2	27,3
Campo Grande	4,1	3,0	4,9	3,8	5,7	3,1	3,6	5,4	6,1	3,6	5,0	20,9	31,1
Cuiabá	8,4	9,1	6,2	3,6	5,9	8,5	7,0	3,5	5,6	10,4	6,6	-22,4	82,5
Goiania	6,3	3,9	3,8	6,9	5,1	7,1	6,5	6,8	11,5	10,2	9,6	52,0	39,8
Centro-Oeste	6,3	4,9	4,7	4,9	5,4	5,8	6,0	5,8	7,4	7,0	6,6	4,6	36,6
BRASIL	5,9	5,6	5,1	5,4	4,5	5,1	5,2	5,4	5,3	5,6	5,5	-5,8	2,6

Fonte: Mapa da violência contra a mulher (2015, p.19)

Com todos estes fatores, e a crescente demanda dos aspectos da violência contra a mulher, foi sancionada em março de 2015 a Lei 13.104/2015, denominada como a Lei do Feminicídio, que passa classificar como crime hediondo e com maiores agravantes quando acontece em situações específicas de vulnerabilidade (gravidez, menor de idade, na presença de filhos, etc.), tal qual descrito:

Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.

Feminicídio

VI - contra a mulher por razões da condição de sexo feminino:

§ 2º - A Considera-se ~~que há~~ razões de condição de sexo feminino quando o crime envolve:

- I - violência doméstica e familiar;
- II - menosprezo ou discriminação à condição de mulher.

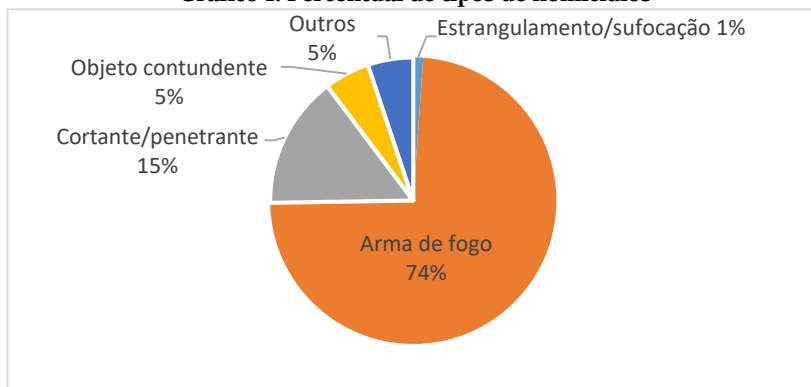
Aumento de pena

§ 7º A pena do ~~feminicídio~~ é aumentada de 1/3 (um terço) até a metade se o crime for praticado:

- I - durante a gestação ou nos 3 (três) meses posteriores ao parto;
- II - contra pessoa menor de 14 (catorze) anos, maior de 60 (sessenta) anos ou com deficiência;
- III - na presença de descendente ou de ascendente da vítima.” (NR)

Segundo estudos realizados pelo mapa da violência realizado em 2015, as causas mortis geradas nos homicídios causados pelo homem, apresenta-se em primeiro lugar o uso da arma de fogo, representando 73,2% dos casos, seguidos por objetos cortantes/penetrante como uso de facas, representando um percentual de 14,9%, conforme demonstrado no gráfico 1.

Gráfico 1. Percentual de tipos de homicídios



Fonte: Mapa da Violência 2015. Homicídio de mulheres no Brasil. Adaptado

Além das questões vistas nos aspectos da legislação brasileira, outras instituições entram com buscas similares para a construção das políticas de igualdade de gênero e o combate à violência doméstica, como pode ser observado através da Comissão para Cidadania e Igualdade de Gênero (2016.p, 41), que dentro de sus conceitos, destaca-se:

- danos físicos, corporais e cerebrais, por vezes irreversíveis (e.g., fraturas nas mandíbulas, perda de dentes, lesões óculo-visuais, perturbações da capacidade auditiva, fraturas de costelas, lesões abdominais, infertilidade na sequência de sucessivas infeções e/ou lesões vaginais e uterinas, entre muitas outras; algumas mulheres desenvolvem uma perturbação equivalente à dos lutadores de boxe, em virtude dos danos neurológicos provocados pelas pancadas sucessivas na zona do crânio e face - algo similar, nos seus efeitos, à doença de Parkinson);
- alterações dos padrões de sono e perturbações alimentares;
- alterações da imagem corporal e disfunções sexuais;
- distúrbios cognitivos e de memória (e.g., flashbacks de ataques violentos, pensamentos e memórias intrusivos, dificuldades de concentração, confusão cognitiva, perturbações de pensamento -

não é raro as vítimas afirmarem que “estão a enlouquecer”, dado que a sua vida se torna ingerível e incompreensível);

- distúrbios de ansiedade, hipervigilância, medos, fobias, ataques de pânico;
- sentimentos de medo, vergonha, culpa;
- níveis reduzidos de autoestima e um autoconceito negativo;
- vulnerabilidade ou dependência emocional, passividade, “desânimo aprendido”;
- isolamento social ou evitamento (resultantes, frequentemente, dos sentimentos de vergonha, auto-culpabilização, desvalorização pessoal, falta de confiança que as vítimas sentem);
- comportamentos depressivos, por vezes com tentativa de suicídio ou suicídio consumado.

4. A violência doméstica nos aspectos jurídicos

Os aspectos legais de prevenção e combate à violência no país, dentro do ordenamento jurídico, tem sua história recente. Um dos grandes passos iniciais nas políticas públicas de repressão e prevenção legal, pode ser observado através da Constituição Federal proclamou a igualdade entre homens e mulheres em direitos e obrigações, apresentando o seguinte aspecto:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I - homens E mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

§ 8º O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações.

Nota-se que de fato a partir da esfera constituída pelos aspectos federais, outros projetos de lei vieram para complementar as ações desenvolvidas por meio de projetos de reforma do Código Penal Brasileiro, por meio de Projetos de Leis – PLs, que iriam contribuir nas práticas e ações de combate a violência sexual e doméstica, conforme pode ser observado nas citações de Souza e Adesse (2005, p.74):

- a) n. 4429/94, CPI2 da Violência Contra a Mulher, que dispõe sobre os crimes contra a liberdade sexual;
- b) n. 0052/99, que cria o fundo penitenciário nacional, incluindo a manutenção de verbas para as casas-abrigos para mulheres e filhos vítimas de violência doméstica;
- c) n. 0905/99, que dispõe sobre os crimes de violência familiar, tipificando maus-tratos, estupro de cônjuge, comportamento incestuoso e abuso sexual incestuoso;
- d) n. 1439/99, que dispõe sobre a violência familiar, com a criação de um pacto de paz familiar homologado por juiz, além da previsão do afastamento da vítima e de seus filhos do lar;
- e) n. 1.965/99, que determina que os crimes contra a liberdade sexual sejam processados em segredo de justiça;
- f) n. 5463/01, que altera a Lei n. 9.099/95, para que seja imposta a prisão em flagrante ou a fiança quando ocorrer crime contra a pessoa da mulher cometido por seu companheiro, ou ex-companheiro, marido ou ex-marido, namorado ou ex-namorado;
- g) n. 5.172/01, que dispõe sobre os efeitos do abandono do lar, excluindo a perda de direitos do cônjuge que abandonar o lar, em

virtude de risco iminente à sua integridade física ou moral, ou a de seus filhos;

- h) n. 2.372/00, que dispõe sobre o afastamento cautelar do agressor da habitação familiar (aprovado nas Casas Legislativas, teve veto presidencial);
- i) n. 0186/02, que altera a redação da Lei 9.099/95, determinado que os conciliadores sejam anteriormente capacitados, além da inclusão dos autores em programas comunitários, tratamentos médico, psicológico ou psiquiátrico ou de dependência alcoólica ou química;
- j) n. 04.419/01, que obriga a realização de exame de corpo de delito em vítimas de violência sexual em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com todas essas especificações de políticas de combate a violência, pode ser citado outros projetos de lei que foram passados pelo Congresso Nacional e transformaram-se em leis específicas, como a Lei n. 10.455/2002, que altera o artigo 69 da Lei n. 9.099/95, incluindo parágrafo único, que para casos de violência doméstica, o juiz poderá determinar, como medida de cautela, seu afastamento do lar, domicílio ou local de convivência com a vítima; e a Lei n. 10.224 /01, que dispõe sobre o crime de assédio sexual.

Considerando os aspectos legais, o atendimento as vítimas serão ordenadas a cada ciclo de vida, considerando suas características das situações violentas, as circunstancias em que ocorreram, e suas definições legais, como: 1 a 11 anos: criança (ECA); 12 a 17 anos: adolescente (ECA, Sinase); 18 a 29 anos: jovem (Estatuto da Juventude); 30 a 59 anos: adulto; 60 anos e mais: idoso (Estatuto do Idoso). Conforme tabela 2, pode-se observar o número e o percentual de atendimentos por violência doméstica, sexual e/ou outras violências registradas no Sinan, em 2014.

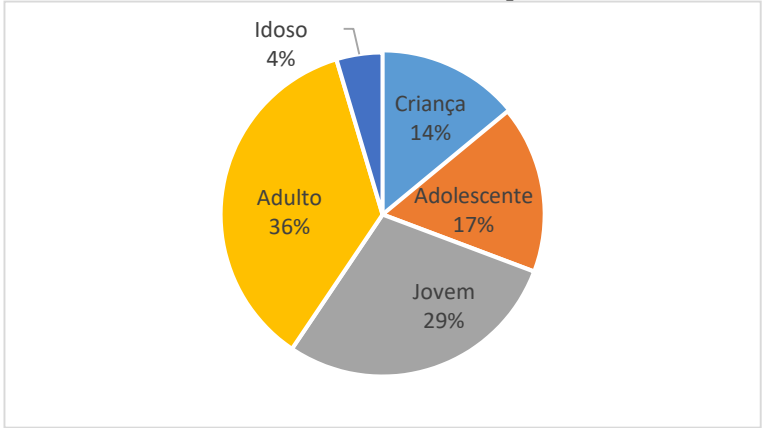
Tabela 2. Número, distribuição por sexo (%), estrutura (%) e taxas de atendimento (por 10 mil) por violências no SUS, segundo etapa de vida e sexo.

Etapa	Número				Sexo (%)			
	Fem.	Masc.	S/D	Total	Fem.	Masc.	S/D	Total
Criança	20.707	17.411	130	38.248	54,1	45,5	0,3	100,0
Adolesc.	24.708	13.248	9	37.965	65,1	34,9	0,0	100,0
Jovem	42.442	18.213	16	60.671	70,0	30,0	0,0	100,0
Adulto	52.979	21.264	13	74.256	71,3	28,6	0,0	100,0
Idoso	6.855	5.800	1	12.656	54,2	45,8	0,0	100,0
Total	147.691	75.936	169	223.796	66,0	33,9	0,1	100,0

Fonte: Mapa da violência contra a mulher (2015, p.42)

Observando os dados da pesquisa, percebe-se um grande percentual de atendimento a violência na fase adulta, onde o sexo feminino apresentou um total de 52.979 atendimentos na rede pública de saúde, seguido da fase jovem com 42.442 atendimentos, de um total de 147.691 atendimentos, totalizando praticamente o dobro do quantitativo para o público masculino, sendo observado nos aspectos femininos os dados apresentados em percentuais, conforme o gráfico 2.

Gráfico 2. Percentual de atendimento por faixa etária



Fonte: Mapa da Violência 2015. Homicídio de mulheres no Brasil. Adaptado

Além desses fatores, pode-se observar nos estudos realizados por Taquette (2007), elenca alguns fatores que diferenciam estes

aspectos de funcionamento do ordenamento jurídico antes e depois da Lei Maria da Penha, tal qual cita que não havia uma lei específica sobre a violência contra a mulher, o juizado tratava apenas do crime outra vara ficava responsável pelas questões de separação, guarda e pensão, a vítima não era informada quanto ao andamento do processo, não considerava os agravantes em relação à vítima, como no caso de portador de necessidades especiais, dentre outros aspectos.

5. Políticas assistencialista de apoio às vítimas e o papel do assistente social

Os parâmetros a serem utilizados para as políticas públicas que vem como contrapartida nos aspectos da mulher que sofre violência doméstica, pode-se destacar as ações que se enquadram dentro da Lei nº 11.340/06, no Capítulo II, que trata da assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar:

Art. 9º A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso.

§ 1º O juiz determinará, por prazo certo, a inclusão da mulher em situação de violência doméstica e familiar no cadastro de programas assistenciais do governo federal, estadual e municipal.

§ 2º O juiz assegurará à mulher em situação de violência doméstica e familiar, para preservar sua integridade física e psicológica:

- i.- acesso prioritário à remoção quando servidora pública, integrante da administração direta ou indireta;

- ii.- manutenção do vínculo trabalhista, quando necessário o afastamento do local de trabalho, por até seis meses.

§ 3º A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar compreenderá o acesso aos benefícios decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico, incluindo os serviços de contracepção de emergência, a profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e outros procedimentos médicos necessários e cabíveis nos casos de violência sexual.

Os planos de assistência à mulher vítima de violência, veio ter outras definições a partir da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) criada em 1º de janeiro de 2003, com coordenação e articulação de políticas que promovam a igualdade entre mulheres e homens. Através desta nova política, o governo por meio da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM), em julho de 2004, trouxe propostas para a elaboração do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, com os seguintes aspectos:

Igualdade e respeito à diversidade – mulheres e homens são iguais em seus direitos. A promoção da igualdade implica no respeito à diversidade cultural, étnica, racial, inserção social, situação econômica e regional, assim como os diferentes momentos da vida das mulheres;

Equidade – a todas as pessoas deve ser garantida a igualdade de oportunidades, observando-se os direitos universais e as questões específicas das mulheres;

Autonomia das mulheres – o poder de decisão sobre suas vidas e corpos deve ser assegurado às mulheres, assim como as condições de influenciar os acontecimentos em sua comunidade e seu país;

Laicidade do Estado – as políticas públicas voltadas para as mulheres devem ser formuladas e implementadas independentemente de princípios religiosos, de forma a assegurar

os direitos consagrados na Constituição Federal e nos instrumentos e acordos internacionais assinados pelo Brasil;

Universalidade das políticas – as políticas públicas devem garantir, em sua implementação, o acesso aos direitos sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais para todas as mulheres;

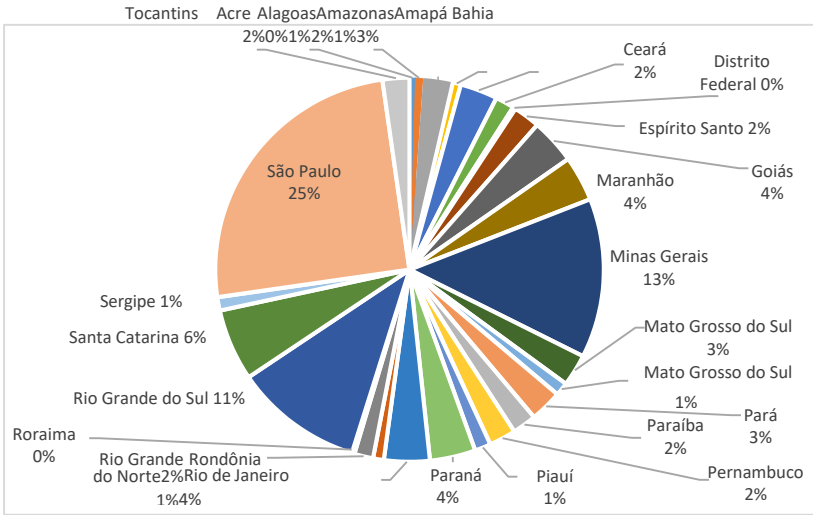
Justiça social – a redistribuição dos recursos e riquezas produzidas pela sociedade e a busca de superação da desigualdade social, que atinge de maneira significativa às mulheres, deve ser assegurada;

Transparência dos atos públicos – o respeito aos princípios da administração pública, tais como legalidade, impessoalidade, moralidade e eficiência, com transparência nos atos públicos e controle social, deve ser garantido;

Participação e controle social – o debate e a participação das mulheres na formulação, implementação, avaliação e controle social das políticas públicas devem ser garantidos e ratificados pelo Estado brasileiro, como medida de proteção aos direitos humanos das mulheres e meninas.

Com estas ações, as ações de infraestrutura, na construção de delegacias com atendimento às vítimas, totalizando 499 distritos policiais especializados, distribuídos por 447 cidades em todo o país, dividindo-se em 368 DEAM (Delegacia Especial de Atendimento à Mulher) e 131 são núcleos especiais, postos ou departamentos funcionando dentro de delegacias comuns da Polícia Civil, os percentuais podem ser visualizados no gráfico 3, onde a maior concentração é em São Paulo contém 112 unidades e no estado do Ceará apenas 7 unidades.

Gráfico 3. Delegacias Especializadas em atendimento às vítimas de Violência



Fonte: Plano Nacional de Política para as Mulheres, 2016

As ações que orientam as práticas do serviço assistencial por meio do exercício das autoridades judiciárias, serviços especializados e do assistente social, é visto pelo atendimento multidisciplinar dentro dos artigos 29 a 32 da Lei 11.340, que assim o descreve:

Art. 29. Os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher que vierem a ser criados poderão contar com uma equipe de atendimento multidisciplinar, a ser integrada por profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e de saúde.

Art. 30. Compete à equipe de atendimento multidisciplinar, entre outras atribuições que lhe forem reservadas pela legislação local, fornecer subsídios por escrito ao juiz, ao Ministério Público e à Defensoria Pública, mediante laudos ou verbalmente em audiência, e desenvolver trabalhos de orientação, encaminhamento, prevenção e outras medidas, voltados para a ofendida, o agressor e os familiares, com especial atenção às crianças e aos adolescentes.

Art. 31. Quando a complexidade do caso exigir avaliação mais aprofundada, o juiz poderá determinar a manifestação de profissional especializado, mediante a indicação da equipe de atendimento multidisciplinar.

Art. 32. O Poder Judiciário, na elaboração de sua proposta orçamentária, poderá prever recursos para a criação e manutenção da equipe de atendimento multidisciplinar, nos termos da Lei de Diretrizes Orçamentárias.

6. Violação dos Direitos e outros amparos sociais

Outros aspectos relacionados sobre a prestação de assistência social ficam estabelecida dentro da Lei 8.742/93, conhecida como a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, que estabelece os seguintes aspectos:

Art. 4º A assistência social rege-se pelos seguintes princípios:

III - respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;

Art. 24-A. Fica instituído o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif), que integra a proteção social básica e consiste na oferta de ações e serviços socioassistenciais de prestação continuada, nos Cras, por meio do trabalho social com famílias em situação de vulnerabilidade social, com o objetivo de prevenir o rompimento dos vínculos familiares e a violência no âmbito de suas relações, garantindo o direito à convivência familiar e comunitária. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011).

A política social, por meio do trabalho do assistente social, mostrou-se uma verdadeira aliada no aspecto de prevenção e combate a essas práticas de violências encontradas na sociedade, e este processo inserido nas políticas educacionais, onde o assistente

esteja presente e tendo contato com a população infantil, podem observar e ajudar a prevenir esta prática e ajudar a preveni-las, tal como cita Martins (2012, p.200):

[...] dessa forma, os assistentes sociais conquistaram espaço na área da Educação intervindo sobre a questão da violência doméstica tanto no aspecto preventivo, orientando os educadores para detectar sinais de violência doméstica nos alunos, orientando também os pais no sentido de prevenção, quanto intervindo nas situações em que já ocorreu, acompanhando a família e o aluno, vítima da violência doméstica, para as providências necessárias.

O amparo às vítimas podem ser realizados através do serviço visto anteriormente, como também por outros segmentos de atendimento da prestação de serviço de acolhimento e intervenção na problemática da violência doméstica, como cita Guerra e Gago (2016, p.66), Forças de Segurança; Entidades previstas na rede nacional de apoio às vítimas de violência doméstica - artigo 53º, da Lei nº 112/2009, de 16/99; Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, quando já se encontra formalizada denúncia pelo crime de violência doméstica e sempre que tal se mostre imprescindível à proteção da vítima.

Dentro desses atendimentos correlacionados as políticas de combate à violência, pode-se citar a resolução 40/34 de 1985 da ONU, que estabelece a Declaração dos Princípios Básicos de Justiça para Vítimas de Delitos e Abuso de Poder, no qual assume a postura de melhorar a qualidade no acesso e no atendimento a justiça, incluindo a assistência social, ressarcimento e indenizações, e estabelece que:

Qualquer pessoa que individual ou coletivamente, tenha sofrido danos, inclusive lesões físicas ou mentais, sofrimento emocional, perda financeira ou diminuição substancial de seus direitos fundamentais, como consequência de ações ou omissões que violem a legislação penal vigente nos Estados Membros incluídas as que prescrevem o abuso criminal de poder.

7. Metodologia

A metodologia desenvolvida nesta pesquisa, trata quanto aos objetivos, buscar demonstrar de maneira descritiva, as diversas abordagens acerca do tema das políticas sociais de combate à violência doméstica, e incluindo ainda através da literatura, os conceitos sobre violência, os tipos de violência, físicas ou psicológicas, as maneiras de proteção às vítimas advindas dos órgãos governamentais ou não governamentais, tal como o acesso a esses serviços e o papel do assistente social dentro dessas políticas.

Quanto aos procedimentos, foi construída através de uma revisão literária, classificando assim, conforme Gil (2010), como uma pesquisa documental e bibliográfica, sendo apresentado os conceitos a respeito da violência doméstica, e buscando por meio das ações legais, através da legislação, explicitar o que condiz a norma.

A exploração de vários autores propostos para a concepção dos conceitos referentes a construção dos aspectos relacionados a violência doméstica e de gênero, e que estão inseridos nos últimos anos na Constituição Federal de 1988 e Lei nº 11.340/2006 – Lei Maria da Penha, dentre outras referências nacionais e internacionais, incluindo a Organização das Nações Unidas.

A pesquisa quanto a abordagem será definida como qualitativa, pois de acordo Martins e Theóphilo (2007, p.135), pesquisas qualitativas: “Pedem descrições, compreensões, interpretações e análises de informações, fatos, ocorrências, evidências que naturalmente não são explicadas por dados e números”. Trazendo ao conhecimento geral os aspectos legais, penalidades, práticas e ações correspondentes às políticas sociais de combate à violência doméstica.

8. Conclusões

A violência doméstica, é um amargo cultural, que sempre esteve presente nas relações sociais, e dentro das unidades

familiares, tendo como aspectos negativos o crescente número de casos de violência nos últimos anos, mesmo após a aprovação de lei específica de combate e prevenção a essas práticas, conhecida como a Lei Maria da Penha.

Combater esta prática está dentro das ações das políticas públicas e sociais, com apoio legislativo, judiciário, e órgãos não governamentais, assim como pelo exercício do assistente social e pela colaboração da própria sociedade.

Mesmo com todas estas informações e a colaboração da sociedade, o grau de violência continua em crescimento no país, conforme dados apresentados. O Nordeste, assume essa característica triste de estatística, ficando os estados Vitória, Maceió, João Pessoa e Fortaleza, são as cidades que apresentam as taxas mais elevadas de homicídios contra as mulheres, possuem acima de 10 homicídios por 100 mil habitantes.

Com estes fatos atualmente possui um quadro totalizando 499 distritos policiais especializados, distribuídos por 447 cidades em todo o país, dividindo-se em 368 DEAM (Delegacia Especial de Atendimento à Mulher) e 131 são núcleos especiais, postos ou departamentos funcionando dentro de delegacias comuns da Polícia Civil. Quanto aos objetivos gerais desta pesquisa, buscou demonstrar através das práticas de combate à violência doméstica, o papel das políticas públicas assistencialistas, assim como a importância exercício do serviço social, e quanto aos objetivos específicos apresentar a construção do conceito de violência doméstica e suas características, as formas de condução por meio das leis dentro dos aspectos de combate e as penalidades, e o exercício da assistência social às vítimas de violência doméstica.

O papel das políticas sociais, são de grande contribuição para o desenvolvimento de combate às vítimas de violência doméstica, com isso teve o início através da Constituição Federal de 1988, seguidamente com a lei direcionada para esses casos através Maria da Penha, nº 11.340/06.

O assistente social, na execução das atividades de amparo e orientação, traz consigo as resoluções das políticas sociais por meio dos processos legislativos, inclusive educacionais, e adiciona ainda os aspectos previstos na LOAS, que diz respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade.

Com todas essas ações, pode-se observar que as políticas públicas e sociais, estão desenvolvendo ações e projetos dentro da expectativa do amparo e proteção das vítimas de violência doméstica, e o que precisa de concreto, é que os indivíduos reduzam essa prática cultural e negativa em relação a violência, precisa educar a sociedade, principalmente na educação infantil, com a ajuda inclusive do assistente social, para que ela cresça com a consciência social e evite qualquer tipo de violência.

Referências

ALMEIDA, B. V. et al. Violência doméstica e linhas de vida. Belo Horizonte: D'placido Editora, 2012.

BRASIL. Casa Civil. Constituição Federal de 1988.

_____. Casa Civil. Lei 8.742/93, dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS.

_____. Casa Civil. Lei n. 10.455/2002. Modifica o parágrafo único do art. 69 da Lei n. 9.099, de 26 de setembro de 1995.

_____. Casa Civil. LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres [...].

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional integral à saúde da mulher. Brasília 2004.

_____. PROGRAMA DE PREVENÇÃO, ASSISTÊNCIA E COMBATE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER. Plano Nacional, 2003.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Pacto nacional de enfrentamento à violência contra a mulher. Brasília, 2006.

Comissão para Cidadania e Igualdade de Gênero. Violência doméstica: implicações sociológicas, psicológicas e jurídicas do fenômeno. Manual Pluridisciplinar. Centro de Estudos Judiciários, Lisboa, 2016.

Declaração das Nações Unidas sobre a Eliminação da Violência Sobre as Mulheres, Conferência Mundial sobre Direitos Humanos. ONU, Viena, 1993.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar Projetos de Pesquisa. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUERRA, P. e GAGO, L. Impacto e consequências traumáticas na vítima de violência doméstica. Manual Pluridisciplinar. Centro de Estudos Judiciários, Lisboa, 2016.

MAGALHÃES, B. As marcas do corpo contando a história: um estudo sobre a violência doméstica. Maceió: UFAL, 2005.

MARTINS, E. B. C. Educação e Serviço Social: elo para a construção da cidadania. São Paulo: UNESP, 2012. 277 p. Available from SciELO Books.

MARTINS, Gilberto de Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas. São Paulo. Atlas. 2007.

NASCIMENTO, P. C. Violência doméstica contra a mulher: Serviço Social no espaço do CEVIC.UFSC – 2004, 75f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis-SC.

RAMOS, K. D. C. Violência Doméstica: um estudo de caso sobre a policial da Polícia Militar do Pará. Belém: Clube dos Autores, 2009.

Resolução 40/34 de 1985. ONU - Declaração dos Princípios Básicos de Justiça Relativos às Vítimas da Criminalidade e de Abuso de Poder – 1985

SOUZA, C. M.; ADESSE, L. Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 188p.

TAQUETTE, S. R. Mulher adolescente/jovem em situação de violência. Propostas de intervenção para o setor de saúde. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.

VIEIRA, L. S. A violência doméstica e familiar contra a mulher perante a Lei 11.340/06.

UNIVALI – 2008, 111f. Monografia (Graduação em Direito) – Universidade Vale do Itajaí – Biguaçu-SC.

Capítulo 10

A assistência social nas políticas públicas de combate à fome e à pobreza no nordeste

Francisca Cremilda R. dos Santos¹

Ivonete Lopes da Silva²

Estanislau Ferreira Bié³

Introdução

Nos últimos anos, as chamadas políticas assistencialistas, vem ganhando cada vez mais espaço no cenário político e na legislação do país, apesar de que sempre esteve presente a cultura da prestação de serviço e assistência aos desamparados. Mas, historicamente a Constituição Federal de 1988, apresenta-se como a mais cidadã e

¹ Graduanda em Serviço Social

² Graduanda em Serviço Social

³ Doutor em Ciências da Educação pela UNISAL - Universidad San Lorenzo; Mestre em Ciências da Educação pela UNISAL; Especialista em Policiamento Comunitário pela UFC - Universidade Federal do Ceará; Especialista em Segurança Pública pela FATE - Faculdade Ateneu; Especialista em Ciências Política Sociedade e Governo pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA/UNIPACE; Especialista em Ciências da Educação pela FACULDADE EVOLUÇÃO - Sociedade Evolução de Educação Superior e Tecnologia Ltda; Especialista em História e Cultura Afro-brasileira e Indígena pela FATE - Faculdade Ateneu; Bacharel em Teologia pelo Centro Universitário UNINTA; Licenciado em Ciências da Religião pelo Centro Universitário UNINTA; Licenciado em História pelo Centro Universitário UNINTA. Diretor Executivo do Instituto Superior de Ensino Sem Fronteiras - ISESF; Organizador e Membro do Conselho Editorial e Científico das Coleções Saúde no Brasil: Formação Acadêmica, Práticas e Exercício da Profissão; Fazer Educativo; Educação Como Forma de Socialização; Segurança Pública: Direito e Justiça Brasileira e Diretor da Série Conhecimento Afrodescendente. Atualmente professor da Academia Estadual de Segurança Pública do Ceará - AESP/CE, Policial Militar (Oficial da Reserva).

social, em relação as anteriores, construindo os direitos e deveres do povo brasileiro.

Atualmente, por meio do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome – MDS, desenvolve políticas e programas sociais, que permitem a implantação de políticas de combate à fome e a pobreza, acompanhando ações, identificando problemas e apontando soluções, através do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, estabelecido por meio da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS.

Um dos critérios de avaliação das características relativas a pobreza no Brasil, ainda é predominantemente utilizado a renda, mas como afirma Santos (2007), existem outras características econômicas que merecem ser pautadas e incluídas nessas características, pois deve-se observar as necessidades básicas, pois a população carente, não consegue atingir e nem ter acesso a uma série de bens denominados primários, dos quais estes irão atender necessidades elementares, tal como esgoto, energia elétrica, água encanada, saneamento básico, dentro outros.

As políticas assistencialistas, buscam considerar o desenvolvimento regional, ao considerar as relações sociais e político-econômicas na relevância da sociedade civil, buscando um equilíbrio e a sustentabilidade a longo prazo, pois os fatores tratam da complexidade do desenvolvimento econômico, e da capacidade de criar mecanismos e de modificar a estrutura regional, pois com esses fatores é possível combinar a liberdade social do indivíduo com o desenvolvimento econômico. (PUTNAM, 1996).

Para nortear os princípios de construção das políticas e dos programas de combate à fome e a pobreza, afirma que é necessárias mudanças estruturais e profundas na organização social e que a desigualdade deve ser apreciada com a diminuição das desigualdades, visando identificar os instrumentos mais adequados e que tipos de políticas públicas devem ser utilizadas para a finalidade de garantir o fim dos problemas de fome e de miséria no

país. Nestes aspectos a desigualdade social e a falta de renda, podem ser traduzidos pelo conceito de pobreza. (HENRIQUES, 2000).

Azevedo e Burlandy (2010, p. 207), para a concepção de justiça, as políticas sociais devem focar direcionada em seu objetivo, para criar uma rede de proteção mínima e residual, com uma visão de justiça e que mantenha a eficiência, e define ainda que:

Essas ações complementaríamos políticas públicas universais, “corrigindo” injustiças passadas de desigualdades de recursos e capacidades. Necessárias principalmente em sociedades onde a pobreza é muito extensa, plural e estratificada como a nossa. Não obstante, para que as políticas se aproximem do ideal de direitos universais a algum nível decente de realização, a focalização seria um requisito para a universalização de direitos efetivos.

Observados estes aspectos, e a preocupação de uma solução para a resolução dos problemas relacionados a pobreza e a miséria no país, o exercício da assistência social, vem colaborar e somar com a efetividade desses programas e o acompanhamento das ações por meio das políticas públicas, justificando-se assim a escolha do tema.

Esta pesquisa visa demonstrar, através dos objetivos gerais, demonstrar as políticas públicas assistenciais de combate à fome e a pobreza no Nordeste, e busca ainda por meio de objetivos específicos apresentar os conceitos de vulnerabilidade, apresentar os programas sociais, os conceitos dos especialistas, e o exercício prático da legislação na abordagem do assunto.

Quanto ao desenvolvimento da metodologia da pesquisa, será apresentada de maneira descritiva e explicativa, através de consulta bibliográfica e documental, que irá trazer a relação dos aspectos das políticas sociais e o retrato da sociedade vulnerável brasileira, por meio de aspectos qualitativos que apresentará o assunto de forma conceitual.

2. Características das políticas públicas e assistenciais de combate à fome e a pobreza

2.1 Conceito de pobreza e desigualdade social

De acordo com Miranda e Costa (2007, p. 66), afirma que a causa principal da pobreza reside nas desigualdades sociais, na forma de distribuição da renda e dos serviços sociais básicos. Porém, os aspectos da economia e seu crescimento irão contribuir para que haja um declínio na pobreza, mas essa diminuição não será suficiente, havendo a necessidade de políticas públicas e sociais que contribuam nos aspectos de um desenvolvimento econômico-social que afete inclusive os aspectos culturais da sociedade.

O desenvolvimento local e o nível de pobreza, este como parte daquele, dependem da postura da própria sociedade e das características sócio-culturais que definem as respostas sociais aos desafios e circunstâncias históricas. Dadas essas condições, e diante do desempenho da economia e das políticas públicas, cada comunidade reage e atua de forma diferenciada – da passividade e dependência a iniciativa e inovação – com diferentes resultados no nível de pobreza.

A preocupação com os aspectos de pobreza e desigualdade são necessários, porém constituem-se em práticas de políticas de assistência, pois essas políticas resumem-se a políticas públicas redistributivas, como saúde, educação, habitação, entre outros, abrindo mão da igualdade por políticas de combate à pobreza extrema. Estes custos não firmam esse desconforto social, e acabam sendo vistos como eventos eleitorais ou prioridades de governos, consumindo boa parte dos recursos dos gastos sociais, como explica Miranda e Costa (2006, p. 69):

No Brasil, ao contrário do que se costuma pensar, são realizados vultuosos gastos sociais com saúde, assistência, habitação e urbanismo, educação e cultura, trabalho. Esses gastos consomem

aproximadamente 22% (vinte e dois por cento) do orçamento da União, sem considerar as despesas com a previdência social. Se a previdência social (INSS) for considerada como gasto social, parcela relevante da qual, efetivamente, tem um caráter de assistência social no Brasil (distribuição de renda sem cálculo atuarial), o percentual dos gastos sociais no orçamento da União sobe para mais de 54% (cinquenta e quatro por cento).

Portanto, pode-se concluir que a pobreza é um conceito resultante de um modelo de desenvolvimento econômico, social e político, fundamentado pela desigualdade social, onde considera uma relação medida através de resultados econômicos, elencados por meios das necessidades sociais, estando relacionados diretamente a desigualdade social, tratando de aspectos do não acesso e da não inclusão, estando essa parcela da população à mercê dos programas assistencialistas, assim como esclarece Predes et al (2002, p. 106):

[...] assistência social como uma política pública cuja missão é garantir os mínimos sociais aos cidadãos que não conseguem atingi-los pelas condições adversas postas pelo capital/estado/sociedade. Esta política reúne um conjunto complexo de ações na garantia de mínimos sociais.

Bulla et al (2004, p.40), explica que as questões sociais, nos termos de desigualdade e pobreza, não se afirmam apenas ao fato da redução dos postos de trabalho ou da evolução tecnológica, que em sua construção contribuem para isso, mas também a quebra dos direitos sociais, nos quais foram construídos durante muitos anos e que configuraram a vida social, e que foram desmontadas suas proteções e garantias, abrindo assim os aspectos da exclusão social, conforme exposto abaixo:

A exclusão se manifesta, portanto, pela perda do lugar conquistado na responsabilidade pública social e pela discriminação quando da não realização do direito à diferença. Assim sendo, a ideia de exclusão social se constitui no contraponto da concepção de

universalidade e dos direitos sociais, configurando-se como “negação da cidadania”.

2.2 Políticas de combate à pobreza no país e no Nordeste

As políticas de combate à pobreza no país, vem tendo uma amplidão desde os anos 90, posterior à Constituição Federal de 1988, que trata especificamente dos direitos e garantias fundamentais individuais e coletivas. Estas concepções, veio juntar-se com as estratégias mundiais de combate à pobreza, e para o fortalecimento da economia da população de baixa renda, principalmente voltados aos critérios de renda e financiamento, de maneira redistributiva e de alívio da pobreza (VIANNA, 2008).

Neste período, as políticas de combate à pobreza começaram a desmitificar e a tratar aspectos de maneira regionais e locais, criaram o Conselho Nacional de Segurança Alimentar – Consea em 1993, em 1995 o Comunidade Solidária, para favorecer os municípios mais pobres, esses programas atuavam como universais e contínuos, e outros emergenciais, desses pode-se destacar o Arranjo Produtivo Local – APL, que segundo Filho e Carrillo (2011, p.222) explica que:

De maneira simplificada podem-se conceituar Arranjos Produtivos Locais (APLs) como concentrações territoriais de firmas, associações e outras unidades engajadas num mesmo ramo de atividade ou atividades correlatas que sirvam de suporte a um setor ou setores de determinado local, podendo desse modo gerar vantagens para particulares e pequenas empresas a partir da existência de economias de aglomeração, competição, cooperação e da ênfase em ligações internas com o engajamento de instituições locais fazendo, desse modo, com que firmas ou associações ganhem mercado e possam inclusive se colocar no mercado internacional saindo do local para o global.

Estudos realizados neste período, mostram que os aspectos encontrados nos arranjos produtivos locais, faz com que haja um

desenvolvimento econômico melhor nos municípios, alterando positivamente os dados do Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, o coeficiente de Gini, que é utilizado para medir a desigualdade social, e uma variação na renda apropriada pelas pessoas mais pobres da região, conforme observados na tabela 1, na qual demonstra resultados apresentados pelo PNAD na região Noroeste do Ceará, no período de 1991 a 2000.

Tabela 1. Taxa de Variação de indicadores selecionados de 1991 a 2000 (%)

Indicadores	Noroeste Cearense – municípios sem APLs identificados	Frecheirinha	Marco
IDH	12,97	19,80	29,41
Média de anos de estudo	30,00	51,76	63,27
Analfabetos	-33,19	-18,88	-28,80
Renda familiar <i>per capita</i>	37,23	14,56	46,95
Gini	3,21	15,09	22,00
Proporção de indigentes	-15,01	-11,28	-15,06
Proporção de pobres	-8,95	-6,47	-16,14
% renda apropriada pelos 40% mais pobres	-20,83	54,11	-46,97
População residente	16,71	21,93	-1,34

Fonte: Filho e Carrillo (2011, p.229)

Nestes mesmos aspectos, programas de inserção produtivas foram inseridos para trabalhadores desempregados, como o Plano Nacional de Educação Profissional – Planfor em 1996, para qualificar o trabalhador e elevar o nível de escolaridade, estimulando a geração de emprego e renda. Outros programas também no mesmo sentido foram iniciados com o mesmo propósito, como o Programa de Geração de renda – Proger, o Programa Nacional de Apoio à Agricultura familiar – Pronaf, o Programa de Crédito para a Reforma Agrária – Procerá e o Programa Crédito Produtivo Popular do BNDS (AZEVEDO e BURLANDY, 2010).

Outros programas relacionados à fome e a saúde também foram introduzidos na mesma época como Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI, em 1996, o Programa Comunidade Ativa – PCA, em 1999, e outros posteriores também surgiram, como o de Redução da Mortalidade Infantil, Agentes

Comunitários de Saúde, Saúde da Família e programas de Microcrédito, Programa de Incentivo ao Combate as Carências Naturais – ICCN, Política Nacional de Alimentação e Nutrição, vinculados ao Ministério da Saúde e a Pastoral da Criança, além da distribuição de renda através do Bolsa Alimentação e do Bolsa Escola, como Belik et al (2001, p. 124):

O Bolsa-Escola federal, criado em fevereiro de 2001 e implantado pelo Ministério de Educação, visa fornecer a quantia de R\$ 15,00 por mês para cada criança matriculada na escola, com no máximo R\$ 45,00 por família, através de recursos previstos de R\$ 1,7 bilhão, provenientes do Fundo de Combate à Pobreza.

Diversos programas foram construídos a partir deste período para uma concepção de combate à pobreza e a fome no país, principalmente no âmbito federal, como o Bolsa Escola do Ministério da Educação, o Bolsa Alimentação do Ministério da Saúde e o Auxílio gás do Ministério de Minas e Energia, além de abranger outros programas também assistenciais como o Benefício de Prestação Continuada - BCP. Em 2003, há uma unificação desses programas federais de transferência de renda no Programa Bolsa Família, com a viabilidade de alcançar todas as famílias abaixo da linha de pobreza (AZEVEDO e BURLANDY 2010).

Esta visão e ação de combate à pobreza, não traduz a compreensão e a expansão do que se intitula a pobreza, ela vai além dos aspectos econômicos, e essa concepção equivocada que o problema seria solucionado com programas pontuais e emergenciais, para as autoras, existem outras características como as fisiológicas, sociais e culturais, que vão além da ordem financeira, e exterioriza ainda que a definição de pobreza abrange:

Entender a pobreza como um problema multidimensional, condicionada por diversos determinantes para além dos exclusivamente econômicos, é considerar que serviços desmercantilizados como escola, creche, esgoto sanitário, água encanada, saúde são dimensões intrínsecas e primordiais de uma

política de combate à pobreza. (AZEVEDO e BURLANDY 2010, p. 206).

Todas essas ações politizam práticas de combate à fome e a pobreza em todo o país, porém outros aspectos podem ser variados nestas ações como o aspecto específico das políticas voltadas para o combate à seca e a fome no nordeste do país. O principal instituto de ações, foi instituído pelo Decreto 7.619/1909, criando o Departamento Nacional de Obras Contra a Seca – DNOCS, e os aspectos voltados para a área rural devem ser observados alguns fatores como explica Miranda e Costa (2007, p.88):

[...] para executar ações/projetos de combate à pobreza rural incorre-se em custos de naturezas diversificadas (equipamentos, treinamento de mão-de-obra, benfeitorias, etc) que devem redundar em benefícios, diretos e indiretos para as comunidades/famílias/indivíduos beneficiários... podem ser diretos como o aumento da renda associada ao aumento da área cultivada, proporcionada pela aquisição de um trator para atender à comunidade; ou indiretos, como os benefícios múltiplos decorrentes da oferta de água em regiões semiáridas.

Além dos aspectos de combate à fome e à pobreza, tem os esforços de combate à desertificação e de mitigação dos efeitos da seca, que as conjunturas dessas ações fazem parte do Programa de Convivência com o Semiárido, que inclui o fortalecimento da agricultura familiar, trabalhando aspectos de convivência dos módulos fundiários combatível com a convivência do semiárido, nesta composição o programa compreende os seguintes aspectos:

- A descentralização das políticas e dos investimentos, de modo a permitir a interiorização do desenvolvimento, em prol dos municípios do semiárido.
- A priorização de investimentos em infraestrutura social (saúde, educação, saneamento, habitação, lazer), particularmente nos municípios de pequeno porte;

- Maiores investimentos em infraestrutura econômica (transporte, comunicação e energia), de modo a permitir o acesso da região aos mercados;
- Estímulos à instalação de unidades de beneficiamento da produção e empreendimentos não agrícolas;
- A relação dos investimentos públicos de beneficiamento da produção e empreendimentos não agrícolas; e
- A regulação dos investimentos públicos e privados, com base no princípio da harmonização entre eficiência econômica e sustentabilidade ambiental e social. (NEVES et al 2014, p.35)

Exemplos práticos de ações conjuntas de políticas de combate a pobreza e a convivência com o semiárido, podem ser visualizadas no quadro 1, que é articulado suas dinâmicas por meio de duas organizações de sociedade civil (ASA Brasil e Federação de Agricultura e Pecuária do Estado da Bahia – FAEB) e duas governamentais, uma da esfera federal (Banco do Nordeste do Brasil – BNB) e outra estadual (Secretaria de Desenvolvimento Agrário do Estado do Ceará – SDA/CE), que trazem como aspecto políticas para o desenvolvimento da agricultura familiar.

Quadro 1. Políticas e Ações de convivência com o Semiárido

Proponente	Linha de Ação	Contexto/Objeto
Asa Brasil	Programa de formação e mobilização social para convivência com o semiárido	Programa Uma Terra e Duas Águas, Programa Um Milhão de Cisternas, Ações desenvolvidas em vários estados nordestinos
BNB	Incentivo à utilização de tecnologia de convivência com a seca	Elaborada no âmbito das diretrizes da política do banco de apoio à agricultura familiar.
FAEB	Programa “Viver Bem no Semiárido”. Lançado em 2012	Com o propósito de se tornar a maior ação de convivência com a seca já feita na Bahia, objetiva atuar em propriedades rurais que sejam disseminadoras e multiplicadoras de ações e tecnologias de convivência. Na primeira fase, vai

		atender 220 propriedades em 11 municípios.
SDA/CE	Projetos de práticas agrícolas de convivência com o semiárido	Objetiva fortalecer a agricultura no semiárido. Exemplo de projetos: a) reforma e modernização das casas de farinha em seis municípios: Milagres, Redenção, Crato, Ararendá, Itarema e Ocara; b) entrega de 43 kits de medidores horosazonal às famílias de pequenos produtores/irrigantes. O equipamento garantiria a redução na conta de energia elétrica em até 73%; c) implantação de práticas agrícolas mecânicas e edáficas vegetativas e agroecológicas para o armazenamento de água no solo; e d) implantação de minifábricas de biocompostagem orgânica, junto com cinco associações de produtores, localizadas nos municípios de Carnaubal, Santa Quitéria, Jaguaratama, Icó e Itapajé, para a produção do composto orgânico do Biodiesel (mamona e girassol).

Fonte: NEVES et al 2014, p. 50

2.3 Serviço de apoio social aos desassistidos e o papel do assistente social

As políticas públicas voltadas para a assistência social de combate à pobreza e a seca, foram construídas ao longo dos anos, e através da inserção de diversos programas sociais. A legislação atual que se aplica com essa regulamentação pode ser vista através da lei n. 8.742 – Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, que regulamente e estabelece normas e critérios para organização da assistência social, que inclui os projetos de enfrentamento da pobreza, e descreve:

Art. 25. Os projetos de enfrentamento da pobreza compreendem a instituição de investimento econômico-social nos grupos populares, buscando subsidiar, financeira e tecnicamente, iniciativas que lhes garantam meios, capacidade produtiva e de gestão para melhoria das condições gerais de subsistência, elevação do padrão da qualidade de vida, a preservação do meio-ambiente e sua organização social.

Art. 26. O incentivo a projetos de enfrentamento da pobreza assentar-se-á em mecanismos de articulação e de participação de diferentes áreas governamentais e em sistema de cooperação entre organismos governamentais, não governamentais e da sociedade civil.

Os aspectos característicos da LOAS são vistos como referenciais para execução de benefícios sociais, porém outros programas abrangem características específicas que necessitam de cadastro no CadÚnico, estejam em situação de risco social ou financeiro, dentre outros aspectos particulares de cada programa, dentre os quais, esse papel é desenvolvido pelo Assistente Social, cadastrando e visitando as famílias, realizando levantamento da situação social e econômica, dentro dos aspectos da lei, tal qual descreve a LOAS:

Art. 2º A assistência social 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 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

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

O Assistente Social, é o profissional, que irá realizar a mediação entre os desassistidos e os programas sociais, realizando visitas técnicas e cadastrando nos devidos programas aos quais serão destinados conforme suas necessidades e os critérios a serem adotados, como a questão da extrema pobreza, miséria, fome, desnutrição, falta de recursos básicos de saneamento, água, esgoto, dentre outros, do qual ele estará habilitado para possibilitar o acesso devido a sua finalidade social, dentre os programas de governo, assim afirma Stechi (2013, p.172) que o assistente social dentro dos programas assistencialistas atua na seguinte condição:

[...] tem buscado superar a visão de pobreza baseada apenas na ausência ou precariedade de renda e/ou em atendimentos a segmentos isolados e parcializados, dirigindo a atenção às famílias, bem como, a suas necessidades. Neste sentido, aponta que há expectativas em relação ao trabalho social com famílias, por meio de práticas socioeducativas alternativas, dirigidas ao protagonismo das mesmas.

Uma série de programas sociais para superar a fome, reduzir a pobreza e as desigualdades sociais, são aplicadas e programadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. As ações envolvem as políticas de renda e cidadania, assistência social, segurança alimentar e nutricional e geração de oportunidades para a inclusão. Pode-se observar no quadro 2, os programas sociais vigentes do Governo Federal.

Quadro 2. Programas Sociais de combate à fome e à seca

Programa	Ações beneficentes
Bolsa Família	O Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades que beneficia famílias com renda mensal por pessoa de até R\$120,00. O benefício financeiro é pago diretamente às famílias, preferencialmente às mulheres, por meio de cartão magnético.

	Para serem incluídas no Programa, as famílias devem estar inscritas no Cadastro Único - CadÚnico para Programas Sociais. Para receber os benefícios, devem manter seus filhos nas escolas, com frequência mínima de 85%, e fora do trabalho infantil, manter a vacinação em dia, realizar pré-natal e acompanhar o crescimento e o desenvolvimento das crianças.
Programa do Leite	O Programa do Leite, também conhecido como Leite Fome Zero, é uma das modalidades do Programa de Aquisição de Alimentos - PAA. Implementado desde dezembro de 2003, seu objetivo é diminuir a vulnerabilidade social com ações de combate à fome e à desnutrição, assim como contribuir para o fortalecimento da agricultura familiar. Mas o trabalho é feito em parceria com nove estados da região Nordeste e o estado de Minas Gerais. É possível garantir que o agricultor familiar possa vender a sua produção ao Governo Federal até o limite de R\$ 3,5 mil por semestre. O Governo Federal, por meio do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS, distribui o leite adquirido às famílias de baixa renda, escolas, entidades e organizações de Assistência Social. Existem dois grandes beneficiados no processo: o agricultor que garante a sua renda e as famílias em situação de vulnerabilidade alimentar e nutricional que recebem os alimentos.
Cisternas	O Programa Cisternas, que faz parte do Fome Zero, é realizado por meio de convênios firmados com governos estaduais e municipais e com a Associação Programa Um Milhão de Cisternas. O objetivo é possibilitar à população o acesso a uma estrutura simples e eficiente de captação de água da chuva e de aproveitamento sustentável de recursos pluviais, bem como fomentar a formação e a capacitação para a convivência sustentável com o Semi-Árido. De 2003 a agosto de 2007, no âmbito do Fome Zero, foram construídas mais de 200 mil cisternas, com investimentos de mais de R\$ 263 milhões do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS. Com isso, 1 milhão de pessoas têm acesso à água potável, marca atingida em 2007.
Restaurantes populares	Os Restaurantes Populares integram as ações do Fome Zero em municípios com mais de 100 mil habitantes e asseguram ao cidadão brasileiro o direito à alimentação saudável.

	Trabalhadores formais e informais de baixa renda, idosos, estudantes, desempregados e populações em risco social nos centros urbanos têm a oportunidade de fazer pelo menos uma refeição completa e balanceada todos os dias a um preço acessível. É uma ação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS em parceria com os estados, municípios e o Distrito Federal que melhora a qualidade alimentar e nutricional de milhares de famílias em todo o Brasil.
Banco de Alimentos	As entidades que arrecadam alimentos e distribuem para as instituições contam com um importante programa do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS: o Banco de Alimentos, uma ação do Fome Zero. Primeiro, os alimentos são doados por empresas do setor alimentício (indústrias, supermercados, varejões, feiras, centrais de abastecimentos e outros). Depois, os produtos são recebidos, selecionados, separados em porções, processados, se necessário, embalados, e distribuídos gratuitamente para as entidades e organizações de Assistência Social, de forma a complementar as refeições diárias.
Agricultura urbana	A Agricultura Urbana faz parte do Fome Zero e permite a produção de alimentos de forma comunitária, com uso de tecnologias de bases agroecológicas em espaços urbanos e periurbanos ociosos. A mobilização comunitária, em parceria com a prefeitura, implementa hortas, lavouras, viveiros, pomares, canteiros de ervas medicinais, unidades de processamento/beneficiamento, feiras e mercados públicos populares. E ainda constrói sistemas coletivos de produção. Os alimentos produzidos são destinados para autoconsumo, abastecimento de Restaurantes Populares, Cozinhas Comunitárias, Rede de Proteção Social e venda de excedentes no mercado local.
Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar - PAA	O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS, em parceria com a CONAB, estados e municípios, compra os alimentos produzidos pela agricultura familiar, com dispensa de licitação, desde que os preços não sejam superiores aos praticados nos mercados regionais. Isso garante renda às famílias dos agricultores com o limite de compra de até R\$ 3.500,00/ano civil. Os alimentos comprados são destinados às

	entidades da rede socioassistencial que atendem pessoas em situação de vulnerabilidade social.
Distribuição de cestas de alimentos	A Distribuição de Alimentos a Grupos Populacionais Específicos é uma ação emergencial e atende famílias em situação de insegurança alimentar e nutricional, tendo como público específico as comunidades remanescentes de quilombos, comunidades de terreiros, povos indígenas e famílias acampadas que pleiteiam o Programa de Reforma Agrária, atingidos por barragens, e famílias vítimas de calamidade pública, em municípios que estejam em situação de emergência reconhecida pelo Ministério da Integração Nacional (Secretaria Nacional de Defesa Civil).
Benefício de Prestação Continuada – BPC	O Benefício de Prestação Continuada - BPC é um direito Constitucional da Política de Assistência Social, integrante do SUAS, que garante segurança de renda às pessoas idosas (a partir de 65 anos de idade) e às pessoas com deficiência incapazes para a vida independente e para o trabalho, em qualquer idade. Em ambos os casos, devem possuir renda familiar por pessoa inferior a 25% do salário mínimo.
Transposição das águas do rio São Francisco	O projeto é um empreendimento do Governo Federal, sob responsabilidade do Ministério da Integração Nacional – MIN. A obra prevê a construção de mais de 700 quilômetros de canais de concreto em dois grandes eixos (norte e leste) ao longo do território de quatro Estados (Pernambuco, Paraíba, Ceará e Rio Grande do Norte) para o desvio das águas do rio. Ao longo do caminho, o projeto prevê a construção de nove estações de bombeamento de água. [1]. Mais tarde aventou a possibilidade do chamado eixo sul, abrangendo a Bahia e Sergipe e eixo oeste, no Piauí.

Fonte: MDS – Cartilha de Programas Sociais, 2017. Adaptado

Dentro destas políticas sociais, pode-se observar que o desenvolvimento das atividades do assistente social, estará estabelecido através da Resolução CNAS 109, de 11 de novembro de 2009, descrevendo suas complexidades determinando o tipo de aquisição para o beneficiário por meio das políticas públicas e suas tipificações dentro do artigo primeiro da resolução, descrevendo os seguintes aspectos:

I - Serviços de Proteção Social Básica:

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF;
- b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
- c) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos.

II - Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade:

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI;
- b) Serviço Especializado em Abordagem Social;
- c) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida - LA, e de Prestação de Serviços à Comunidade - PSC;
- d) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias;
- e) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

III - Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade:

- a) Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades: - abrigo institucional; - Casa-Lar; - Casa de Passagem; - Residência Inclusiva.
- b) Serviço de Acolhimento em República;
- c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora;
- d) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

2.4 Aspectos negativos da pobreza e falhas nos programas sociais

As características da pobreza não estão relacionadas exclusivamente ao aspecto financeiro e renda dos indivíduos, este conceito vai além dessa concepção, fatores sociais, culturais e condições de saúde, nas taxas de analfabetismo, no Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, também contribuem para este conceito, assim como afirmam Destremau e Salama (2011, p. 82):

A pobreza possui muitos rostos e vai bem além da pouca renda. Ela se reflete também nas más condições de saúde e de educação, na falta de acesso ao saber e às possibilidades de comunicação, na impossibilidade de se exercer direitos políticos e de fazer valer os

direitos da pessoa humana, na ausência de dignidade, de confiança e de respeito próprio. É preciso acrescentar a degradação do meio ambiente e o empobrecimento de países inteiros, nos quais a quase totalidade da população vive na pobreza.

Muitas vezes, essas questões sociais, buscam construir um público alvo de referência, não abrangendo de maneira coletiva que abrace um conjunto de ações que interfira diretamente o problema social, no entanto há uma equalização de investimentos e ações básicas e universais, de fato estas ações de combate a pobreza, limitam-se a um conjunto de estratégias isoladas, sem uma concepção clara de médio ou longo prazo, conforme explica Azevedo e Burlandy (2010, p. 207).

O que se busca alcançar, sem sombra de dúvidas, é uma universalização com concepção espessa de justiça social. Próxima ao que Esping-Andersen (1991) chamou de processo de “desmercantilização”, ou seja, a atitude de elevar a responsabilidade pública acima da dinâmica mercadológica e da tradição familiar na provisão dos bens e serviços dos seus sistemas de proteção social. Para isto, é preciso ofertar uma larga quantidade de benefícios e serviços sociais visando uma qualidade de vida universal a todos os cidadãos, sem qualquer tipo de distinção.

Um dos grandes problemas encontrados nos aspectos dos gastos públicos, ainda estão envolvidos com a falta de publicidade e de esclarecimento das contas, além do fato de que as despesas com gastos em programas sociais por exemplo, não tem a definição clara e objetiva de resultados, tem somente de alcance estatístico, tirar alguém da extrema pobreza não significa que foi resolvido seus problemas sociais, tal como mostra BELIK et al (2001, p.123), em relação aos custos sociais no país.

Embora tenha havido crescimento dos gastos ao longo desse período, esse foi muito inferior ao crescimento dos gastos do governo. Enquanto a taxa anual de crescimento dos gastos com a agricultura cresceu 4,22%, as despesas gerais tiveram um

crescimento médio de 12,21% ao ano. Vale ressaltar ainda que. Mais de 50% do gasto público estão pulverizados em ações sobre as quais o governo não tem o menor acompanhamento ou controle.

Outros aspectos negativos nos programas sociais, está vinculada a falta de fiscalização e objetivação do programa, pois não basta distribuir recursos, deve-se acompanhar os resultados específicos, inserção no mercado de trabalho, objetivos tangíveis alcançados, acompanhar o desenvolvimento social dos beneficiários, tal qual afirma Santos (2007, p.45):

[...] (2004) um estudo feito pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, o IPEA, em 53 municípios nordestinos, mostra que as informações do cadastro único dos pobres não são confiáveis. 20% das famílias pesquisadas apareciam no cadastro como tendo renda zero, quando de fato isto só acontece em 2% dos casos. Metade das famílias afirmou no cadastro que seu consumo por pessoa é nulo, quando na verdade, todas as famílias pesquisadas apresentam o que se chama consumo positivo, isto é, as mesmas consomem algo.

3. Metodologia

Quanto aos objetivos, o estudo caracteriza-se como pesquisa descritiva, pois busca demonstrar através da literatura, as práticas e conceitos das atividades de assistência social à fome e à pobreza no país, e como objetivo específicos apresentar os conceitos de vulnerabilidade, apresentar os programas sociais, os conceitos dos especialistas, e o exercício prático da legislação na abordagem do assunto. De acordo com Prodanov e Freitas (2010, p. 52), “[...] pesquisa descritiva é quando o pesquisador apenas registra e descreve os fatos observados sem interferir neles. Visa descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis”.

Quanto ao objeto, os dados foram coletados e tratados através de método qualitativo, pois não se utiliza de modelos e técnicas estatísticas no tratamento dos dados. De acordo com Martins e

Theóphilo (2007), esse tratamento possibilita que as evidências sejam organizadas, caracterizadas e interpretadas, sem dados específicos, mas baseados nos conceitos e qualificações.

Quanto ao delineamento, os procedimentos de pesquisa foram bibliográficos e documentais. Bibliográficos porque se realizou estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, artigos, teses, monografias, etc. assim também como documental, devido a consulta à legislação brasileiro e seus aspectos que regulam a assistência social, os direitos e garantias dos indivíduos, os programas sociais de combate à fome e a seca.

4. Conclusões

Como observado no contexto histórico da pesquisa, foi constatado que as políticas públicas voltadas para a assistência social no Brasil, teve sua ascensão após a Constituição Federal, assim como a Lei Orgânica de Assistência Social, despontando suas políticas desde o início dos anos 90, onde passou a adotar uma contextualização de políticas mundiais de combate à fome e à pobreza no mundo.

No contexto político/social, a pobreza passa a ser um problema de causas relacionadas com as desigualdades sócias, que disponibiliza esta relação através dos conceitos de distribuição de renda e dos serviços sociais básicos. De acordo com Miranda e Costa (2007, p. 66), os aspectos da economia e seu crescimento irão contribuir para que haja um declínio na pobreza, mas essa diminuição não será suficiente, havendo a necessidade de políticas públicas e sociais que contribuam nos aspectos de um desenvolvimento econômico-social que afete inclusive os aspectos culturais da sociedade.

No período de 1990 a 2000, foi observado que através de diversas políticas públicas contribuíram para que este número deficitário viesse a reduzir, e diminuísse o número de pessoas na extrema pobreza no país. Nos anos seguintes, programas sociais de distribuição de renda foram unidos e tornaram-se a principal fonte

de renda de milhares de brasileiros, alegando o governo de retirar dessa maneira milhares de brasileiros da extrema pobreza.

As políticas voltadas para o combate à seca no nordeste, não foram eficientes até a presente data, porém alguns programas podem ser destacados para que haja renda, alimentação, água potável, financiamento e outras políticas sociais voltadas para o homem do campo, com apoio institucional como o Banco do Nordeste do Brasil, Secretaria de Agricultura, projetos como o Pronaf, Programa de Aquisição de Alimentos, distribuição de cisternas, carros pipas, cestas básicas, distribuição de grãos de qualidade e manivas para plantação, assim como a compra destes produtos do produtor rural para serem inseridos na alimentação escolar.

A legislação atual que se aplica com essa regulamentação pode ser vista através da lei n. 8.742 – Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, que regulamente e estabelece normas e critérios para organização da assistência social, que inclui os projetos de enfrentamento da pobreza, traz em suas ações, as políticas públicas voltadas para a assistência social de combate à pobreza e a seca, assim como outras ações desenvolvidas pelo Ministério da Educação, da Cultura, Planejamento, Saúde, dentre outros, que foram construídas ao longo dos anos, e através da inserção de diversos programas sociais.

O papel da assistente social dentro deste processo operacional, é desenvolver ações e colocar em prática os aspectos legislativos e dos projetos de assistência de social, pois os problemas encontrados ainda são muitos, e grande parte da população brasileira é beneficiária dos programas sócias, seja ele de qualquer esfera, Federal, Estadual e Municipal, cabendo além da inserção, qualificar as pessoas e enviá-las para o enquadramento dentro da sociedade.

A redução ou o fim dos programas sociais, é um quadro longe de alcançarmos, pois precisa de políticas mais eficientes de combate à fome e à seca, que não possua uma característica imediata na qual limitam-se a um conjunto de estratégias isoladas, sem uma concepção clara de médio ou longo prazo, mas uma política que

tenha um projeto de início, meio e fim, partindo do princípio que este problema será resolvido de vez, ou pelo menos tenha um resultado de proporções satisfatórias.

O estudo delineado nesta pesquisa, buscou demonstrar, através dos objetivos gerais, as políticas públicas assistenciais de combate à fome e a pobreza no Nordeste, e busca ainda por meio de objetivos específicos apresentar os conceitos de vulnerabilidade, apresentar os programas sociais, os conceitos dos especialistas, e o exercício prático da legislação na abordagem do assunto.

Com estes aspectos, foi possível visualizar os impactos sociais abrangidos pelo programa, e as vantagens que eles trazem para os desassistidos socialmente. Os problemas relacionados à seca, são ainda mais graves, pois precisa de muitos investimentos e projetos de grande impacto, como a transposição das águas do rio São Francisco.

Todas essas ações para serem atingidas um nível de grande abrangência e resultados, precisa um esforço de todos os setores e classes, envolvendo gestores públicos, instituições não governamentais, agentes financiadores, assistentes sociais, e principalmente, o esforço da sociedade para construir em conjunto com as políticas públicas as ações que mude o quadro da fome, pobreza e da seca no país.

Referências

- AZEVEDO, D. C. de. e BURLANDY, L. Política de combate à pobreza no Brasil, concepções e estratégias. *Rev. Katál. Florianópolis* v. 13 n. 2 p. 201-209 jul./dez. 2010.
- BELIK, W.; SILVA, J. G.; TAKAGI, M. Políticas de combate à fome no Brasil. *Revista Perspectiva*, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 119-129, 2001.
- BRASIL. Casa Civil. Constituição Federal de 1988.
- BRASIL. Casa Civil. Lei 8.742/93, dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS.

- _____. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.
- BULLA, L. C.; MENDES, J. M. R.; PRATES, J. C. (Orgs). As múltiplas formas de exclusão social. Laboratório Internacional Universitário de Estudos Sociais. Série América Latina 1. Federação Internacional de Universidades Católicas. Porto Alegre: Edipucrs, 2004.
- DESTREMAU, B.; SALAMA, P. O tamanho da pobreza. Economia política da distribuição de renda. São Paulo: Garamond, 2011.
- FILHO, J. A. e CARRILLO, J. Trajetórias de desenvolvimento local e regional. Uma comparação entre a Região Nordeste do Brasil e a Baixa Califórnia, México. Rio de Janeiro: e-papers, 2011.
- HENRIQUES, R. Desigualdade e pobreza no Brasil. Rio de Janeiro, Ipea, 2000.
- MARTINS, Gilberto de Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- MIRANDA, C.; COSTA, C. (Orgs). Ações de combate à pobreza rural: metodologia para avaliação de impactos. Brasília: Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura, 2007.
- NEVES, D. P.; GOMES, R. A.; LEAL, P. F. Quadros e programas institucionais em políticas públicas. Campina Grande: EDUEPB, 2014, 260p. Scielo Books.
- PREDES, R. CARNEIRO, R. M. S.; BORGES, V.; ROCHA, J. A. Serviço Social: temas em debate. Maceió: Ed. UFAL, 2002.
- PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani César de. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. Ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2010.
- PUTNAM, Robert. Comunidade e Democracia: a experiência da Itália Moderna. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

SANTOS, L. M. N. Pobreza como privação de liberdade: um estudo de caso na favela do Vidigal no Rio de Janeiro. 191 p. Monografia (Conclusão de Pós-Graduação em Economia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

SANTOS, S. I. Bolsa família: concepções, aspectos positivos e Negativos deste programa de transferência de Renda com enfoque no assistencialismo. 59p. Monografia (Graduação em Ciências Econômicas) – Universidade Federal da Bahia: Salvador, 2007.

STECHI, T. de O. O Programa Bolsa Família a partir do território: o trabalho social com as famílias beneficiárias. SERV. SOC. REV., LONDRINA, V. 16, N.1, P. 167-192, JUL./DEZ. 2013

VIANNA, M. L. W. A nova política social no Brasil: uma prática acima de qualquer suspeita teórica? *Revista Praia Vermelha*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 120-145, 2008.

Capítulo 11

A contribuição do assistente social na estratégia de saúde da família

*Ivonete Lopes da Silva*¹

*Francisca Cremilda R. dos Santos*²

*Estanislau Ferreira Bié*³

Introdução

A implantação do Sistema Único de Saúde impõe mudanças ao modelo de assistência à saúde até então predominante, centrado no indivíduo doente, no hospital, na intervenção médica, na demanda espontânea, desconsiderando a base epidemiológica e a diversidade das realidades locais. Neste contexto o Programa de Saúde da Família, criado em 1994, transformado em 1997 em

¹ Graduanda em Serviço Social

² Graduanda em Serviço Social

³ Doutor em Ciências da Educação pela UNISAL - Universidad San Lorenzo; Mestre em Ciências da Educação pela UNISAL; Especialista em Policiamento Comunitário pela UFC - Universidade Federal do Ceará; Especialista em Segurança Pública pela FATE - Faculdade Ateneu; Especialista em Ciências Política Sociedade e Governo pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA/UNIPACE; Especialista em Ciências da Educação pela FACULDADE EVOLUÇÃO - Sociedade Evolução de Educação Superior e Tecnologia Ltda; Especialista em História e Cultura Afro-brasileira e Indígena pela FATE - Faculdade Ateneu; Bacharel em Teologia pelo Centro Universitário UNINTA; Licenciado em Ciências da Religião pelo Centro Universitário UNINTA; Licenciado em História pelo Centro Universitário UNINTA. Diretor Executivo do Instituto Superior de Ensino Sem Fronteiras - ISESF; Organizador e Membro do Conselho Editorial e Científico das Coleções Saúde no Brasil: Formação Acadêmica, Práticas e Exercício da Profissão; Fazer Educativo; Educação Como Forma de Socialização; Segurança Pública: Direito e Justiça Brasileira e Diretor da Série Conhecimento Afrodescendente. Atualmente professor da Academia Estadual de Segurança Pública do Ceará - AESP/CE, Policial Militar (Oficial da Reserva).

Estratégia, apresenta características próprias para o Sistema Único de Saúde (SUS) e aponta possibilidades de adesão e articulação com as forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes. Isto possibilita integração e organização da saúde em território definido. A finalidade é dar condições ao enfrentamento e a resolução de problemas notados, pela interligação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos do conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos.

Assim os fazeres profissionais do Serviço Social foram desenvolvidas de acordo com os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na saúde, ficando longe do trabalho administrativo, onde é possível evidenciar qual papel este têm na dinâmica do trabalho em equipe, assim como, sua importância para a viabilização do acesso dos usuários aos serviços e capacitação da equipe para ações coletivas e de mobilizações da unidade e comunidade.

Esse trabalho foi desenvolvido objetivando entender e esclarecer o papel do Assistente Social, sua importância e contribuição na Estratégia de Saúde da Família (ESF), demonstrando sua intervenção e influência nos fenômenos socioculturais e econômicos através da busca pela eficácia dos programas que prestam serviços em saúde, bem como desenvolvem estratégias, políticas públicas e garantem a efetivação dos direitos sociais previstos, constitucionalmente através do compromisso com as lutas sociais.

Neste contexto, no primeiro capítulo procurou-se trazer um apanhado histórico da profissão do Assistente Social, suas atribuições e campo de atuação.

No capítulo dois trouxemos a luz o foco desta contribuição profissional que é A Estratégia de Saúde da Família (ESF), desde seu surgimento através do Programa de Saúde da Família à sua transição para Estratégia.

No terceiro capítulo tratamos da contribuição do profissional nesta Estratégia e sua importância para uma concreta melhora na realidade dos assistidos para além dos debates acadêmicos

Por fim nas Considerações Finais procurou-se trazer a realidade encontrada pela autora.

Já como objetivo principal objetivou-se mostrar que o Profissional de Serviço Social é de extrema importância junto as ESF e pode contribuir de diversas formas para sua eficácia.

O interesse pelo tema surgiu após a pesquisadora, que é membra de uma equipe básica desta estratégia, inserida como Agente Comunitária de Saúde (ACS) ter percebido a importância do profissional Assistente Social, como membro desta mesma equipe, potencializando seus conhecimentos teóricos e metodológicos intervindo de maneira ética e profissional nas várias expressões da questão social, apresentadas nos espaços da atenção básica à saúde.

Assim esta pesquisa subsidia elementos que enriquecem a participação e atuação do profissional de Serviço Social na Estratégia de Saúde da Família (ESF) bem como contribui para a inserção desse profissional na equipe básica.

2. Metodologia

A presente pesquisa trate-se de uma revisão bibliográfica, com caráter exploratório, sobre a contribuição do Assistente Social na equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A pesquisa exploratória é baseada no desenvolvimento, esclarecimento e transformações dos conceitos e ideias, com busca na formulação de problemáticas mais precisas ou suposições para pesquisas subsequentes. Estas pesquisas são desenvolvidas com o intuito de propiciar visão geral com ênfase na aproximação de determinado tema. E são feitas a partir de materiais já elaborados como livros e artigos científicos (GIL, 2008). MALHEIROS (2010), completa que este tipo de pesquisa sobressai o conhecimento disponível na área, permitindo que o pesquisador seja apresentado as teorias

produzidas, analisando-a e tirando suas contribuições para compreender ou explicar o objeto da investigação.

No que se refere ao levantamento bibliográfico desta pesquisa, houve busca em textos que abordassem o tema através de consultas em sites da internet, livros, revista, produções científicas e manuais do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Serviço Social, propiciando a pesquisadora uma visão geral sobre o assunto.

Tomando como referência o método proposto acima se dividiu o tema proposto em três capítulos, com o intuito de uma melhor assimilação e compreensão do leitor.

3. O assistente social

O Serviço Social surgiu no Brasil na década de 1930 simultaneamente às Leis Sociais (leis trabalhistas da Era Vargas) por iniciativa da Igreja Católica diante da precária situação dos trabalhadores e suas famílias que viviam em cortiços amontoados e eram sujeitos a excessivas jornadas de trabalho e baixos salários. Nesse contexto o Estado viu-se obrigado criar regras que regulassem as relações de trabalho e implantasse a atividade dos agentes sociais no controle social dos trabalhadores. (ALBERNAZ E SILVA, 2009), assim essa iniciativa da Igreja se baseava no recrutamento de Agentes Sociais que atuavam junto as mulheres e crianças, e as ensinavam atividades domésticas, sobre higiene, moral e valores da doutrina e ideologia cristã. Durante os anos seguintes foram criados Institutos onde os estudos eram direcionados para ações de cunho social e serviço social que promoviam educação em ação social, resultando em 1957, na edição da Lei nº 3.252 que passou a regulamentar a profissão.

O Serviço Social se institucionaliza como profissão na sociedade brasileira, como um dos recursos mobilizados pelo Estado, pelo capital, com o apoio decisivo da Igreja, informado pela sua doutrina social, para atuar perante a “questão social”. Nos anos 30, reconhecidas as tensões de classe que acompanham o processo de

constituição e consolidação do mercado capitalista de trabalho, o Serviço Social se institucionaliza como um tipo de ação social, que, no âmbito das relações Estado/Sociedade civil, tem como alvo a situação do proletariado urbano e do exército industrial de reserva, no sentido de atenuar as seqüelas materiais e morais derivadas do trabalho assalariado. (IAMAMOTO, 1992, p.174).

Logo como consequência das profundas alterações na sociedade Brasileira no fim dos anos 70 e início dos 80 e das lutas em prol da democracia e dos direitos sociais surgiu questionamentos acerca do trabalho social e seu caráter simplesmente assistencialista sem alterações concretas e significativas da realidade dos assistidos, resultando no processo de renovação do Serviço Social e na publicação da Lei nº 8.662, de 07/06/1993. (BRAZIL, 2006). Ainda segundo este mesmo Autor essa lei abriu novas atribuições para o Serviço Social, prevendo a presença desse profissional em instituições públicas de todos os entes da federação, instituições filantrópicas e privadas, ONGs, organizações populares, bem como Instituições de ensino e pesquisa em Serviço Social.

As atribuições e competências do assistente social sejam na saúde ou em qualquer outra área de atuação são norteadas pelo Código de Ética da Profissão, que teve conquistas teóricas e práticas, revelando um universo profissional mais crítico (LIMA, SILVA, PEREIRA, 2006). Seu texto foi aprovado em 13/3/1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994, 293/1994, 333/1996 e 594/2011. Esse código tem como escopo nortear a prática dos profissionais assentada na dignidade da pessoa humana, além da ampliação da atuação e das novas possibilidades de intervenção trazidas pela lei regulamentadora da profissão. Após a publicação da nossa Carta Magna, a Assistência Social passou a compor a política de seguridade social, firmando-se como política pública com orçamento e tendo como objeto de trabalho a questão social que vêm da *disparidade econômica, política e cultural das classes sociais, mediadas por relações de gênero, étnico e racial* (IAMAMOTO, 2001). Assim este centro da atuação desse

profissional, traduz-se na realidade de vidas das pessoas e sua qualidade de vida, exteriorizando-se através das precárias condições de trabalho, da pobreza, desemprego, índices de violência, acesso à educação, alimentação e saúde (entendida não só como ausência de doença, mas como bem-estar social, disposição física e mental), nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais. (ALBERNAZ E SILVA, 2009).

Para melhorar a situação de vida dos assistidos, a Assistência Social atua, como dito, na elaboração e execução de projetos e políticas públicas, exercendo também um papel crucial nas lutas sociais visando ampliar os direitos sociais, torná-los efetivos na prática, reduzir as desigualdades, garantir o exercício da cidadania pelos usuários e a igualdade de oportunidades, bem como a pacificação social mediação de conflitos entre classes sociais.

Já no que se refere aos percalços para o Serviço Social neste contexto, a introdução destes profissionais nos processos de trabalho é mediada pelo reconhecimento social da população e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública dar-se no Brasil (COSTA, 1998), que também cita que esta profissão intervinda nos níveis de atenção à saúde, vem construindo um importante marco teórico e metodológico, como por exemplo na atenção Básica a saúde onde se é executada a ESF.

4. Entendendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como precursores o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

Em 1991, diante da necessidade de reorganizar a saúde no Brasil por orientação do Banco Mundial, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o PACS com a priorização da família na atenção primária, mudando o foco que era centralizado no indivíduo, ao institucionalizar a prática de área de cobertura por família com o

intuito de enfrentar a mortalidade infantil e materna nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, que foi regiões que deram início à este programa. (BRASIL, 2006.)

Já o PSF, criado em 1994, consolida como seu objetivo de estabelecer vínculos e laços de compromisso e corresponsabilidade entre os trabalhadores e a população ao trazer a família para o centro da atuação do profissional de saúde na AB. Diante da transferência do objeto da atenção do indivíduo para a família, o PFS altera a forma de atuação da AB, reorganizando seus serviços e a prática assistencial, trazendo novas bases e critérios para sua atuação. (BRASIL, 1997)

Como inspiração para a criação do PSF surgiu do Programa Médico da Família em países como Cuba, Canadá e Suécia. A ideia era conceber um programa pautado no nível básico da saúde orientado pelos direcionamentos do SUS e não paralelo a este. Assim, o PSF se propôs a atuar de forma inter e multidisciplinar e se desenvolve sob a ótica dos princípios da vigilância à saúde, territorialização, vinculação da população e ênfase na promoção da saúde por meio do fortalecimento das ações intersetoriais; responsabilizando-se integralmente sobre a população residente em determinada vinculada ao território abrangente daquela unidade. (BRASIL, 2006). Ainda segundo o mesmo autor, além dos princípios mencionados, o PSF orienta-se também pelo princípio da universalização, descentralização, integralidade e garantia de integral idade na atenção, trabalho conjunto e estímulo à participação da comunidade.

O PSF se estruturou com equipes multiprofissionais a fim de desenvolver ações de promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde da comunidade e na família. Essa reorganização, como dito anteriormente, não se deu só no objeto como também na forma de atuação. Assim, o médico deixou de ser o protagonista da prática da assistencial, passando a assistência ser prestada por toda a equipe, tendo cada integrante uma função específica e essencial.

Esta equipe foi desenvolvida para ser composta obrigatoriamente de médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um número variável de agentes comunitários. O MS incentiva também a inclusão de odontólogos. Contudo, outros profissionais como Assistentes Sociais, Farmacêuticos e Psicólogos podem integrar as equipes ou formar equipes de apoio a depender das necessidades da população.

Com início em 1997, o Programa de Saúde da Família (PSF) passou por uma reestruturada e passou a ser pautado nos princípios da Política de Atenção Básica (PNAB), assumindo então a posição de Estratégia sendo renomeado ESF. Verificou-se então uma significativa adesão da ESF pelo Brasil, concretizada através do aumento expressivo de equipes, cabendo destacar que a quantidade de ESF saltou de 328 em 1994 para 26.650 em 2006, marcando presença em 5.560 municípios. (BRASIL, 2006). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1978), à Atenção Básica é o primeiro nível de aproximação das pessoas, das famílias e das comunidades com o SUS, levando a saúde para mais próximo, onde elas estão. A Política Nacional de Assistência Básica (PNAB) têm como foco a saúde da família como sua prioridade para a expansão e afirmação da AB e é responsável por desenvolver as ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde (BRASIL, 2012).

Assim definimos que a Estratégia de Saúde da família (ESF) veio para aumentar a proposta do até então, PSF.

As ESFs responsabilizam-se por, no máximo, 4000 pessoas, devendo ser levada em consideração a equidade para essa definição e o grau de vulnerabilidade das famílias da área atendida pela equipe. Ou seja, de acordo que o grau de vulnerabilidade aumenta, menor deve ser a quantidade de pessoas atendidas pela equipe (PNAB, 2012). Formadas as equipes são incumbidas de um território de referência (área coberta), atendendo sempre os usuários pertencentes a esse território onde se cultiva um vínculo que vai da

equipe ao paciente, além de estabelecer uma continuidade nos cuidados e atendimentos.

5. Contribuição do assistente social na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Através da reestruturação do Programa de Saúde da Família (PSF) e da nova ótica trazida pela ESF entendendo a saúde pelo seu aspecto positivo de bem-estar físico e mental, percebemos que a finalidade da atenção passa a ser a realização da integralidade do cuidado.

O assistente social insere-se nesse contexto para *"atender às necessidades imediatas e mediatas da população, onde infere e forma mecanismos que incidem sobre as principais contradições do SUS no Brasil"* (COSTA, 2000) Seu objetivo, então, é trabalhar no sentido de superar as desigualdades e concretizar as políticas sociais, visando à qualidade do sistema de saúde, valendo-se da análise das demandas para conhecer a realidade social, onde e como se manifestam. Desta maneira, o profissional demonstra qual o seu papel e sua importância no campo de trabalho e tem autonomia para atuar diante dos problemas enfrentados e conseguir negociar com a equipe e com a gestão os recursos necessários ao desenvolvimento da sua prática e assim promover mudanças positivas para o foco de sua intervenção que são os usuários (HOFFMANN, 2007)

O AS na ESF vem abrir discussões que evidenciam três fatores: a ampliação da reforma da AB como ponto de estrutura do bem-estar de saúde (CAMPOS E ALBUQUERQUE, 1999); a necessidade de reestruturação de atualização das ações em saúde (NOGUEIRA; MIOTO, 2006), o terceiro é a falta de resolutividade do social no desenvolvimento de alguns programas de saúde em exercício de caráter nacional.

Percebe-se que o processo de ajuda do AS para a ESF, está ilusa em um conjunto de habilidades, saberes e fazeres específicos

que ao se juntarem fazem com que o “bem-estar” do indivíduo em um sentido pequeno (CARVALHO, ALVES, ARAÚJO, 2007, P.3 e 4)

A área da saúde ainda é a que mais emprega os assistentes sociais. A ampliação dos postos de trabalho veio com a implantação do SUS, que passou a precisar de um profissional capaz de atuar na perspectiva da universalização dos direitos, na formulação dos serviços públicos, na defesa das políticas públicas de saúde, e na luta pela emancipação dos sujeitos, em busca de uma sociedade mais justa e igualitária (BORGES, 2012, p.58).

Assim, são várias as contribuições que este profissional pode dispor dentro destes espaços, porém todos baseados nas suas atribuições e competências, dentre elas destacamos segundo (CFESS, 2009)

- Elaborar, junto com a equipe de saúde, a organização e realização de treinamentos e capacitação do pessoal técnico-administrativo com vistas a qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao usuário tais como a marcação de exames e consultas, e a convocação da família e/ou responsável nas situações de alta e óbito;
- Incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento, tendo por base os interesses e demandas da população usuária;
- Criar junto com a equipe, uma rotina que assegure a inserção do Serviço Social no processo de admissão, internação e alta hospitalar no sentido de, desde a entrada do usuário/família na unidade, identificar e trabalhar os aspectos sociais da situação apresentada e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face as suas condições de vida;
- Realizar em conjunto com o médico, o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, cabendo ao assistente social o apoio necessário para o enfrentamento da questão e, principalmente,

esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente tais como, os relacionados à previdência social, ao mundo do trabalho (licença) e aos seguros sociais (DPVAT) bem como informações sobre sepultamento gratuito, traslado (com relação a usuários de outras localidades), entre outras garantias de direitos;

- Participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações sócio-educativas nos diversos programas e clínicas, como por exemplo: no planejamento familiar, na saúde da mulher, da criança e do idoso, na saúde do trabalhador, nas doenças infectocontagiosas (DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outras), e nas situações de violência sexual e doméstica;
- Planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;
- Participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada;
- Realizar a notificação, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos já explicitados anteriormente, as autoridades competentes bem como a verificação das providências cabíveis.
- Desenvolver atividades nas salas de espera com o objetivo de socializar informações e potencializar as ações sócio-educativas;
- Elaborar e/ou divulgar materiais sócio-educativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;
- Participação na formação profissional através da criação de campo de estágio, supervisão de estagiários, bem como a criação e/ou participação nos programas de residência multiprofissional e/ou uniprofissional;
- A articulação com as unidades de formação acadêmica é fundamental para o desenvolvimento destas atividades, à política de saúde tanto nas instituições como nas outras esferas;

- Participar ativamente dos programas de residência, desenvolvendo ações de preceptoria, coordenação, assessoria ou tutoria, contribuindo para qualificação profissional da equipe de saúde e dos assistentes sociais, em particular;
- Garantir a educação permanente da equipe de serviço social na instituição e demais trabalhadores, bem como participar dos seus fóruns;
- Participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos e pesquisas realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde (CFESS)

Já para Iamamoto (2002) atribuir as funções e atribuições profissionais, é partir do princípio de aprender e explicar o que o assistente social faz na realidade, enunciando os fundamentos do trabalho e seu real sentido social no seu processo de reproduções das relações sócias.

As demandas do SS são as mais diversas possíveis, por conta disso é relevante tomar cuidado para que não caia em uma rotina pobre de conteúdo teórico-reflexivo, sendo necessário que este mantenha uma constante reflexão sobre a prática, buscando apreender a realidade institucional e também dos usuários (COSTA, 2000, p. 54).

Meus com tantas possibilidades de contribuição profissional, o Assistente Social não componha a equipe mínima exigida pelo MS na ESF, mesmo este sendo demasiado necessário nos níveis de atendimento do SUS, sendo essencial no contexto da saúde elaborando intervenções e estratégias de atendimento e satisfação das demandas sociais imediatas. Esse trabalho é feito através das ferramentas que possibilitam a democratização do acesso e responsabilização social do SUS, diminuição das desigualdades sociais, garantindo a eficácia dos programas de prestação de serviços que atuam na promoção, proteção e recuperação de saúde. De forma

interdisciplinar com o fito de assegurar a satisfação a todas as necessidades da população assistida através da mediação dos interesses dos usuários e do Estado.

6. Conclusões

Com este trabalho concluímos que a introdução do Assistente Sociais nas Equipes de Saúde da Família, têm ficado cada dia mais imprescindível, tendo em vista ser este profissional baseado na expectativa de garantias ao ingresso a saúde e a efetivação dos direitos sociais dos usuários destes serviços.

Segundo IAMAMOTTO;

O assistente social é um trabalhador coletivo partícipe da divisão sociotécnica do trabalho, que não realiza seu trabalho individualmente, pois faz parte de um projeto profissional coletivo. No entanto não detém todos os meios de trabalho, pois depende dos recursos financeiros, técnicos e humanos disponibilizados pelas instituições empregadoras, públicas ou privadas. (IAMAMOTO, 2001).

Sua intervenção tem se ampliado e se consolidado diante da concepção de que o processo de construção da saúde é determinado socialmente, e reforçado pelo conceito de saúde que passa a considerar o atendimento das demandas do setor sob o enfoque relevante das condições sociais (LIMA, SILVA, PEREIRA, 2006 p.04)

Ao fim deste artigo, apontou-se com a ajuda de (HOFFMANN, 2017, p, 119) alguns velhos e novos desafios postos ao assistente social na política de saúde e PSF como;

- Assumir a defesa da política de saúde, integrante da seguridade social, como direito do cidadão e dever do Estado, ou seja, fortalecimento dos princípios da Reforma Sanitária e do SUS;
- Refletir de forma crítica sobre a atenção integral à saúde, considerando a precariedade e inoperância do setor diante de uma política econômica que reproduz desigualdades e exclusão social;

- Ter uma postura interdisciplinar buscando problematizar as questões levantadas nas equipes no sentido de contribuir com a troca de saberes e experiências, explorando os espaços que contemplem a saúde e a qualidade de vida dos usuários;
- Articular meios de viabilização dos direitos sociais contemplando o espaço de mobilização comunitária, fortalecendo a luta coletiva;
- Fazer parte dos Conselhos de Saúde de forma crítica e participativa para a garantia de direitos;
- Estimular uma política de recursos humanos e capacitação de profissionais da área e de conselheiros;
- Discutir e propor a ampliação das equipes de PSF;
- Empenhar-se por um orçamento mais condizente com a realidade social na qual está inserido através da mobilização da comunidade; estar comprometido com a qualificação permanentemente(HOOFFMANN,2007,p.119)

Porém tendo claro que o seu trabalho incide no campo dos valores comportamentos e reflete diretamente na vida cotidiana dos usuários, de modo a fortalecer mecanismos de resistências às desigualdades sociais.

Concomitante a isso o AS encontra nesta plítica espaço entre as profissões necessárias para intervenção junto aos fatores que desencadeiam esse processo, bem como na recuperação e promoção da saúde.

Conclui-se também, que algumas contradições presentes no processo de reorganização do SUS, formam o principal vetor das demandas ao Serviço Social. Sobre este assunto Costa (1998) apud SOUSA (2016) enfatiza que as necessidades da população se confrontam com o conteúdo e a forma de organização dos serviços.

Referências

ALBERNAZ, Ana Cristina Nascimento Peres. SILVA, Valéria Gonçalves da Costa. Assistente social: um profissional a serviço dos Direitos, da cidadania e da justiça social. Revista da Católica, Uberlândia, v. 1, n. 1, p. 166-175, 2009.

BRASIL, T. P. SOCIAL E SAÚDE: **A importância do assistente social na Estratégia de Saúde da Família. O desafio da integralidade no cuidado.** Florianópolis, SC. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** BRASIL, Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Programa Nacional de Educação e Qualificação profissional na Saúde, Brasília, fev.1997.

CAMPOS, F. E.; ALBUQUERQUE, E. **As especificidades contemporâneas do trabalho no setor da saúde: notas introdutórias para uma discussão.** Revista Economia Contemporânea. V. 3, n. 2. P. 97-123. Rio de Janeiro, 1999.

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Grupo de trabalho Serviço Social na Saúde. – Brasília: CFESS, 2009. 42p. (Publicação: Conselho Federal de Serviço Social- CFESS Acessado em <http://www.cfess.org.br>).

CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.** Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. 76op. (Publicação: Conselho Federal de Serviço Social- CFESS,)

CARVALHO, R. N.; ALVES, C. S.; ARAÚJO, R. C. X. S. **Política de Saúde e Serviço Social: Programa Saúde da Família como elemento de debate para o assistente social.** São Luís/MA, 2007.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais.** Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 62, p35-72, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6.ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

HOFFMANN, E. **O Trabalho das assistentes sociais no Programa Saúde da Família – PSF na região norte do estado do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo no serviço social: Ensaaios críticos**. São Paulo: Cortez, 1992.

_____, Marilda Villela. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____, Marilda Villela. O **serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____, Marilda Villela. Projeto **profissional, espaços ocupacionais e trabalho do Assistente Social na atualidade**. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS. Em questão. Atribuições privativas do (a) Assistente Social. Brasília: CFESS, 2002.

LIMA, F. E. B . C . **Controle Social no contexto do Programa Saúde da Família em Campina Grande- PB**: um estudo acerca das concepções dos profissionais. Dissertação (Especialização em Saúde da Família). Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campina Grande, 2006.

MALHEIROS, M. R. T. L. Pesquisa na Graduação. Disponível: www.profwillian.com/_diversos/download/prof/marciarita/Pesquisa_na_Graduacao.pdf.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais**. Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional, v. 1, p. 218 – 241, 2006.

SOUSA, S. P.; ARAÚJO, B. A. **Saúde Pública e sua relação com o serviço social: um estudo bibliográfico**. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/saudepublica-e-sua-relacao-com-o-servico-social-um-estudo-bibliografico/32618/>. Acesso: 08 de julho de 2016.

Capítulo 12

Reforma psiquiátrica: a evolução da assistência social no Brasil

Francisca Auri Pereira¹
Clivia Gomes Mendes Viana²
Solange Lima Simão Bié³

Introdução

No Brasil, o tratamento do doente mental sempre foi visto como um sinal de exclusão, asilo ou reclusão, e esta realidade é presente até os dias atuais, porém, com a evolução da medicina, da assistência social e de novos conceitos e tratamentos, esta perspectiva de comportamento da sociedade está tornando-se mais consciente. Nestes termos, a partir do século XVIII, é que a loucura é tratada como doença e a psiquiatria vista como uma especialidade médica, iniciando assim uma nova maneira de tratar os indivíduos no país. (BEZERRA, 1995).

¹ Graduanda em Serviço Social

² Graduanda em Serviço Social

³ Bacharel em Enfermagem pela FAECE; Pós-graduação *lato sensu* em Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização pela Faculdade Integrada AVM; Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica da UECE; Pós-graduanda em Enfermagem em UTI Pediátrica e Neonatal pela Faculdade Unyleya; Diretora Administrativa do Instituto Superior Sem Fronteiras – ISESF; Organizadora e Membro do Conselho Editorial e Científico das Coleções Saúde no Brasil: Formação Acadêmica, Práticas e Exercício da Profissão; Fazer Educativo; Educação Como Forma de Socialização e Segurança Pública: Direito e Justiça Brasileira. Atualmente Enfermeira Assistencial em Materno Infantil no Hospital Regional UNIMED e Enfermeira Assistencial em Materno Infantil da Secretária Municipal da Saúde de Fortaleza.

A psiquiatria introduzida no Brasil por Juliano Moreira no início do século XX permite uma ruptura na mudança dos discursos da psiquiatria, introduzindo no país um novo modelo assistencial baseado na psiquiatria alemã, que traduz outros conceitos e novos enfoques da psiquiatria, rejeitando a compilação das teorias francesas da escola de Pinel, introduzidas pelos textos de Esquirol, os quais serviram de modelo para a criação do primeiro hospício do Brasil, o chamado Hospício Dom Pedro II, tal qual nos demonstra Portocarrero (2002, p.13):

Tal descontinuidade se estabelece no âmbito tanto do saber como da prática, sobretudo a partir do surgimento do conceito de anormal como uma forma de psicopatologia, no final do século XIX, que fará a psiquiatria abranger não somente a doença mental propriamente dita, como ocorreu até Juliano Moreira, mas todo e qualquer desvio do comportamento normal, como o dos degenerados, epiléticos, criminosos, sífilíticos e alcoólatras.

Neves (2010, p.32), em sua obra sobre a construção do corpo psiquiátrico, afirma que a psiquiatria pode ser considerada como a primeira especialidade médica, deflagrando a loucura como uma força não dominada e que assumia quatro formas: furioso, mania sem delírio, mania, monomania ou melancolia. E esse processo de trabalho e acompanhamento com os pacientes era realizado dentro dos chamados asilos pela utilização de instrumentos nada convencionais e não administrados por médicos ou especialistas, tal qual nos afirma:

Até fins do século XVII os asilos não eram cuidados por médicos. A partir desse período, principalmente após a Revolução Francesa, o médico passa a comandar o asilo. A marcação médica nesse local se faz e então pela “presença física do médico”; há uma “assimilação do espaço asilar ao corpo” do alienista/psiquiatra. “O asilo é o corpo do psiquiatra, alongado, distendido, levado às dimensões de um estabelecimento, estendido a tal ponto que seu poder vai se estender como se cada parte do asilo fosse uma parte de seu próprio corpo, comandada por seus próprios nervos”.

Os novos aspectos das propostas para uma reforma psiquiátrica no país vêm sendo tratados através de uma desospitalização, por meio de profissionais e da família, com aspectos de adequar uma ressocialização dos indivíduos, para serem atendidos por outros mecanismos que não sejam no leito hospitalar, mas que também não sejam entregues à sorte, à família ou cuidadores em casa ou em confinamentos. O que se propõe é o resgate da cidadania, sem a centralização da ideia de uma cura, mas sim o respeito a suas condições e suas peculiaridades, com enfoque a reintegrá-lo à família e à sociedade.

A construção deste novo cenário na psiquiatria no Brasil vem através de diversos dilemas por meio da reforma constitucional e dos aspectos literários e científicos vividos pelos médicos e especialistas. O papel da família vem colaborando com essa construção, pois passa a exigir e exercer de forma contínua uma presença intensa na formação das políticas públicas assistenciais voltadas para os pacientes psiquiátricos.

Através dessas novas construções e de novos cenários, e por meio de suas complicações pelas questões da saúde pública, infraestrutura e das políticas assistenciais, a escolha deste tema justifica-se pelo fator decorrente de uma triste realidade presente em nosso país, viva dentro da sociedade, mas que se encontra pouco conhecida pela população. Os manicômios brasileiros, como são denominados atualmente, enfrentam diariamente uma realidade de desassistência e falta de políticas direcionadas à família e ao paciente, e ainda por questão de abandono dos pacientes pelos entes familiares.

Os objetivos desta pesquisa visam demonstrar a construção da história da psiquiatria no Brasil e de suas reformas durante o longo dos anos, e busca ainda, por meio de objetivos específicos, apresentar: o contexto da prática psiquiátrica adotada no sistema de saúde pública nacional, os conceitos dos especialistas, a reforma

psiquiátrica e os papéis das políticas públicas e assistenciais, como também o papel da família.

Quanto aos aspectos metodológicos, a pesquisa será desenvolvida através de uma pesquisa bibliográfica e documental, que irá apresentar a reforma psiquiátrica no Brasil ao longo dos anos, de natureza descritiva, e de aspectos qualitativos que trarão a temática numa abordagem conceitual e explicativa.

2. A evolução da psiquiatria no Brasil: conceitos e políticas

Durante a construção do Brasil, até o século XIX, a população urbana sempre permaneceu menor que a população rural, pois nessa época a economia no país era ainda essencialmente baseada no latifúndio e nas atividades agrícolas. Mesmo a chegada da família real em 1808 e a Independência em 1822 não foram suficientes para estimular o desenvolvimento da zona urbana.

Algumas décadas depois, através do desenvolvimento industrial e o crescimento das cidades por meio do êxodo rural, começou uma maciça migração para ocupação dessas áreas, trazendo consigo diversos tipos de problemas sociais oriundos da aglomeração de pessoas, da falta de higienização, locais adequados de moradia, polícia e saúde, e surgimento de enfermidades, crimes, dentre outros aspectos.

Com isso, Oda e Dalgalarondo (2004) afirmam que, pela falta do desornamento público da época devido a essa junção de pessoas, o destino dado a vadios e loucos, assim como no caso de desarranjo mental, era serem levados em alguns casos para prisão e em outros para as enfermarias dos hospitais da Irmandade de Misericórdia, pois, na época, não havia nenhum tipo de tratamento psiquiátrico.

Ainda nessa fase, o local direcionado para a guarda dos indivíduos e a assistência dada eram extremamente precários: os hospitais dos centros urbanos, assim como a Santa Casa de Corte e a Santa Casa da Capital Imperial. E os termos como asilo, hospício ou hospital eram sinônimos, pois se destinavam àqueles que

dependessem da caridade pública, como mendigos, alienados, órfãos, os lázaros, etc. Ainda nesta relação, Oda e Dalgalarrrondo (2004 apud Moreira, 1905 p. 54) expõem os seguintes aspectos ao comportamento social e econômico da época:

Através de todo o período colonial, os alienados, os idiotas, os imbecis foram tratados de acordo com suas posses. Os abastados e relativamente tranquilos, eram tratados em domicílio e às vezes enviados à Europa (...). Se agitados punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, de acordo com a intensidade da agitação. Os mentecaptos pobres, tranquilos vagueavam pelas cidades, aldeias ou pelo campo (...). Os agitados eram recolhidos às cadeias onde barbaramente amarrados e piormente alimentados muitos faleceram mais ou menos rapidamente.

O primeiro hospício construído no Brasil foi através do Decreto nº 82 de 18 de julho de 1841, fundado pelo Imperador Dom Pedro II, anexo ao Hospital de Santa Casa de Misericórdia da Corte e inaugurado em 1852, com a finalidade de atender privativamente os alienados. O recurso à época para a construção do edifício foi levantado por Clemente Pereira, o provedor da Santa Casa, através de dotações públicas, dinheiro de loteria e de nobiliários em troca de doações para a obra (Oda e Dalgalarrrondo, 2004).

A partir do século XIX e início do século XX, a psiquiatria no Brasil começou a ganhar novos rumos, adotando como traços o desenvolvimento do atendimento e pesquisas pela teoria de Kraepelin e contestando a escola francesa, a qual era adotada anteriormente. Assim, a ciência e o saber médico passaram a adotar novas posturas, conforme afirma Portocarrero (2002, p.34).

O médico, devido a seu conhecimento das causas sociais da doença, afirma sua função de auxiliar na manutenção do equilíbrio da sociedade. Da mesma forma, a medicina mental atua 'cientificamente' sobre as causas da doença mental e da anormalidade mental e moral como a delinquência, o alcoolismo etc., lutando contra a ameaça que os doentes e deficientes mentais

constituem para o desenvolvimento moral e econômico da sociedade brasileira.

Os psiquiatras brasileiros começam a participar dos debates científicos no estágio em que se encontram na Europa em fins do século XIX, estudando seus novos conceitos e suas novas formas de institucionalização. No Brasil, como na Europa, os alienistas esforçam-se para escapar ao dilema da causalidade moral ou orgânica, da descrição dos sintomas ou busca de uma sede, para estabelecer uma inteligibilidade escondida da doença em função de sua evolução e não mais da descrição de seus sintomas. O conceito de loucura circular, que faz de cada sintoma um signo que reenvia, com outros signos, a uma inteligibilidade escondida da doença desenvolvida numa duração, permite passar de uma sintomatologia para uma semiologia, pela qual a doença adquire um sentido subjacente e um potencial evolutivo.

O desenvolvimento, no início do século, baseava-se em intervenções em alguns modelos, porém não concretos. No que diz respeito ao tratamento dos pacientes, esses modelos podiam variar por medicação, comportamento ou mecânico, nos quais não se comprometiam a uma cura da doença, mas buscavam amenizar tais manifestações, utilizando componentes biológicos e técnicas de cura, como: ópio, hospício, clinoterapia, banho, bromo, laborterapia, Malarioterapia, Cardiazol, insulina, eletrochoque, lobotomia - para os substantivos emergentes - Clorpromazina, Reserpina. E explica ainda Pereira (2012, p. 245):

A finalidade do controle engloba um conjunto variado de intervenções de diversos modelos - medicamentosas, comportamentais ou mecânicas - que não se compromete propriamente com a cura da doença, mas com a amenização de suas manifestações mais aberrantes e a transformação dos comportamentos. Incluem-se nesse grupo a imobilização (Clinoterapia 4 e celas fortes), as medicações sedativas, os tônicos, as repreensões, as ameaças, a estimulação, a educação, a imposição de limites, a laborterapia. Entra-se aqui no território das dificuldades imediatas que inadequações comportamentais como a agressividade, a sujeira, a expansão afetiva, o definhamento e a

sexualidade impudica impõem tanto aos agentes do trabalho, na internação, quanto à convivência familiar e social fora do hospital.

Em seus textos sobre a psiquiatria, Foucault (1978, p. 500) explica sobre as bases nas quais repousa a experiência moderna da loucura, através dos avanços do novo conhecimento na Europa, conforme apresentado no quadro abaixo:

Quadro 1. Conceitos da experiência moderna da loucura

Formas de liberação	Estruturas de proteção
1 Supressão de um internamento que confunde a loucura com todas as outras formas do desatino.	1 Designação, para a loucura, de um internamento que não é mais terra de exclusão, porém lugar privilegiado onde ela deve encontrar sua verdade.
2 Constituição de um asilo cujo único objetivo é de caráter médico.	2 Captação da loucura por um espaço intransponível que deve ser ao mesmo tempo lugar de manifestação e espaço de cura.
3 Aquisição, pela loucura, do direito de exprimir-se, de ser ouvida, de falar em seu próprio nome.	3 Elaboração ao redor e acima da loucura de uma espécie de sujeito absoluto que é totalmente um olhar, e que lhe confere um estatuto de objeto puro.
4 Introdução da loucura no sujeito psicológico como verdade cotidiana da paixão, da violência e do crime.	4 Inserção da loucura no interior de um mundo não coerente de valores, e nos jogos da má consciência.
5 Reconhecimento da loucura, em seu papel de verdade psicológica, como determinismo irresponsável.	5 Divisão das formas da loucura segundo as exigências dicotômicas de um juízo moral.

Fonte: Foucault (1978, p.500)

3. História da Psiquiatria no Brasil

Depois da criação do primeiro asilo no país, outras mudanças vieram fazer retomada para a construção da nova psiquiatria, a criação de um novo sistema de assistência que não se limita ao doente mental nem ao asilo fechado. Essas novas mudanças vieram

após a ruptura da formação, ainda no século XIX, da cultura francesa no país e chegando ao século XX com um novo aspecto sobre os pacientes com desvios mentais, combatendo no caso a doença propriamente dita, assim como cita Portocarrero (2002, p.13), nessa nova construção da psiquiatria no país:

Juliano Moreira representa o primeiro esforço de elaboração de um corpo teórico científico no Brasil, ao rejeitar a simples compilação das teorias psiquiátricas francesas. Ele introduziu, no início do século XIX, o modelo teórico e assistencial baseado na psiquiatria alemã, representado pelo eminente psiquiatra Emil Kraepelin. Juliano Moreira ocupou, de 1903 a 1930, o cargo de diretor geral da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal. Conseguiu a promulgação de uma lei de reforma da assistência a alienados. Remodelou o antigo Hospício de Pedro II (retirada das grades, abolição dos coletes e das camisas de força), onde instalou um laboratório. Criou, em 1911, a Colônia de Engenho de Dentro. Instaurou a admissão voluntária de insanos e assistência heterofamiliar. Em 1919, inaugurou o primeiro Manicômio Judiciário do Brasil.

Figura 1. Hospital Psiquiátrico de Barbacena (O Colônia)



Fonte: Foto de internos publicada em 1961 pela revista O Cruzeiro (Redação Vejabh, 2014)

A primeira lei no país que trata especificamente a questão dos alienados foi por meio do Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de

1903, que reorganiza a assistência a alienados e trata dos seguintes aspectos:

Art. 1º O individuo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados.

§ 1º A reclusão, porém, só se tornará effectiva em estabelecimento dessa especie, quer publico, quer particular, depois de provada a alienação.

§ 2º Si a ordem publica exigir a internação de um alienado, será provisoria sua admissão em asylo publico ou particular, devendo o director do estabelecimento, dentro em 24 horas, communicar ao juiz competente a admissão do enfermo e relatar-lhe todo o occorrido a respeito, instruindo o relatorio com a observação medica que houver sido feita.

Art. 2º A admissão nos asylos de alienados far-se-ha mediante requisição ou requerimento, conforme a reclame autoridade publica ou algum particular.

Após essa criação por meio de Decreto, outras ações foram incrementadas para compor e construir a história da psiquiatria no Brasil. Diversos segmentos passaram a associar o problema a ser enfrentado da saúde mental e a questão do asilo criado no século anterior onde se encontravam pacientes em situações deploráveis, sem nenhuma proposição de cura. Sendo assim, seguem estas outras proposições, conforme o Ministério da Saúde:

1905 - Juliano Moreira edita os “Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal”.

1907 - Criada, no Rio de Janeiro, a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal.

1911 - O Decreto nº 8.834, de 11 de julho, cria a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, destinada a mulheres.

1912 - A Psiquiatria torna-se uma especialidade médica autônoma.

1921 - Inaugurado, por Heitor Carrilho, o Manicômio Judiciário, que se encarrega dos doentes mentais que cometem delitos.

1923 - Criada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) por Gustavo Riedel.

1924 - Inaugurada, em 29 de março, a Colônia de Psicopatas – Homens, conhecida também por Colônia de Alienados de Jacarepaguá, que em 1935 passa a se chamar Colônia Juliano Moreira.

1927 - Os Decretos nº 5.148-A, de 10 de janeiro e nº 17.805, de 23 de maio, transformam a Assistência de Alienados do Distrito Federal em Assistência a Psicopatas. Dispõem sobre profilaxia e higiene, equiparam os psicopatas aos demais doentes.

1934 - O Decreto nº 24.559, de 3 de julho, reforma a Lei de Assistência aos Doentes Mentais no Distrito Federal.

1937 - O Serviço de Assistência aos Doentes Mentais é ampliado, transformando-se na Divisão de Assistência aos Doentes Mentais, que estende a ação federal para os vários estados da Federação.

1941 - O Decreto-Lei nº 3.171, de 2 de abril, cria o Serviço Nacional das Doenças Mentais, com seus órgãos centrais: Centro Psiquiátrico Nacional, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário.

1956 - Projeto de Lei de 10 de julho cria o Departamento Nacional de Saúde Mental.

1965 - Criado o Hospital Philippe Pinel (IPP), em substituição ao Hospital de Neurosífilis.

1987 - Criado, em São Paulo, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) Luiz Cerqueira.

1987 - Realizada, no Rio de Janeiro, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), na qual é lançado o lema “Por Uma Sociedade Sem Manicômios”.

1991 - Portaria nº 189 do Ministério da Saúde viabiliza a remuneração dos atendimentos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

1992 - Portaria nº 224 do Ministério da Saúde regulamenta e normaliza os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2001 - Sancionada a Lei nº 10.216, de 6 de abril, originalmente apresentada pelo Deputado Paulo Delgado, que trata dos direitos dos usuários dos serviços de Saúde Mental e retira o manicômio do centro do tratamento.

2003 - A Lei nº 10.708, de 31 de julho, institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado “De Volta Para Casa”, sob coordenação do Ministério da Saúde.

2004 - Instituído, pela Portaria GM nº 52/04, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS, visando a uma nova pactuação na redução gradual de leitos, com uma recomposição da diária hospitalar em psiquiatria.

2006 - Inaugurado, dia 18 de dezembro, em Fortaleza, CE, o milésimo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil.

2007 - Portaria GM/MS nº 2.759, de 25 de outubro, estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o respectivo Comitê Gestor.

2008 - Instituída a Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), recomendando a inclusão de profissionais de Saúde Mental na Atenção Básica.

4. Manicômios e Centros de Assistência Psicossocial

Segundo dados do Ministério da Saúde, até o ano de 2015 houve uma considerável redução do número de leitos ocupados por

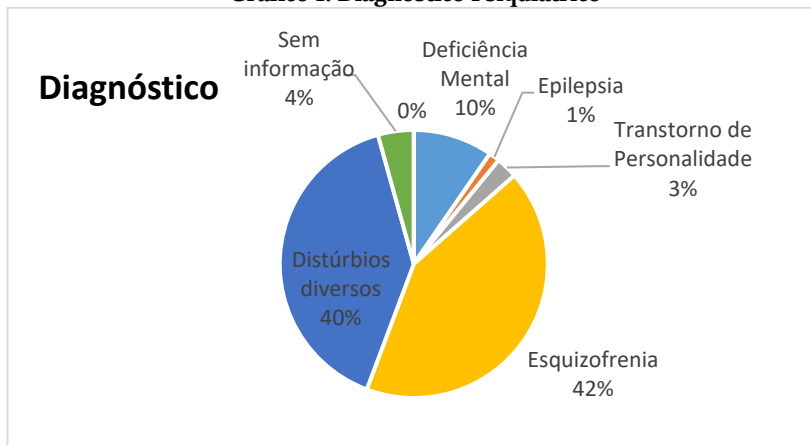
pacientes nos hospitais psiquiátricos no país, saindo de um número de 51.593 para 25.009, distribuídos nas unidades psiquiátricas do país, contando com 163 unidades, localizadas em 113 municípios de 23 estados.

Muito se tem trabalhado por meio de luta e reivindicações por melhorias e tratamento adequado nos hospitais psiquiátricos e pelo fim dos manicômios. Desde os anos 70, sociedades organizadas e médicos vêm buscando uma forma justa e apropriada para resolver essa situação. A mudança de maior significado veio por meio da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que trata dos direitos dos usuários dos serviços de Saúde Mental e retira o manicômio do centro do tratamento.

Além desses aspectos, pode-se citar também a problemática dos manicômios judiciais no país, conhecidos como hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, pois apresentam as mesmas dificuldades e situações vividas pelos demais, com um agravante maior ainda: os pacientes, no caso, são infratores da lei, cometeram algum tipo de agravante para estar inseridos neste ambiente.

Pesquisa realizada pelo Ministério da Justiça, inédita no país, nos manicômios judiciais da Bahia e Minas Gerais, que abrigam 228 internos, e publicada pelo Instituto Vozes da Voz, mostra que: 35% dos internados do manicômio não voltam à liberdade; 25% estão há mais de 15 anos presos; 85% não tinham antecedentes criminais; 14% têm decisão expressa determinando a libertação, sendo 11% do público feminino e 89% masculino; 45% da população é parda, 30% branca, 18% negro e 7% não identificada; dentre outros dados apresentados nos gráficos a seguir:

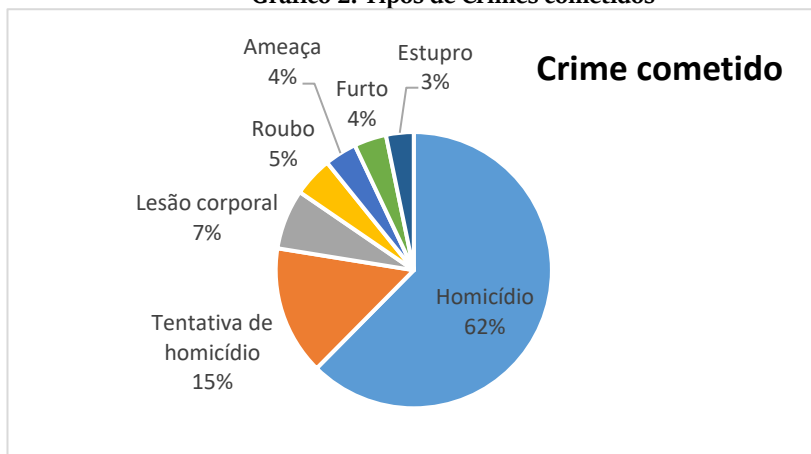
Gráfico 1. Diagnóstico Psiquiátrico



Fonte: Ministério da Justiça (Vozes da Voz, 2012)

Dados apontam no gráfico 1 que quase metade dos internados, 42% da população, é diagnosticada com esquizofrenia e a menor parcela dos internatos, representando 1%, apresenta o quadro de epilepsia, além disso, no estudo realizado, 65% dos pacientes não se encontravam com nenhum exame que atestasse o fim da periculosidade.

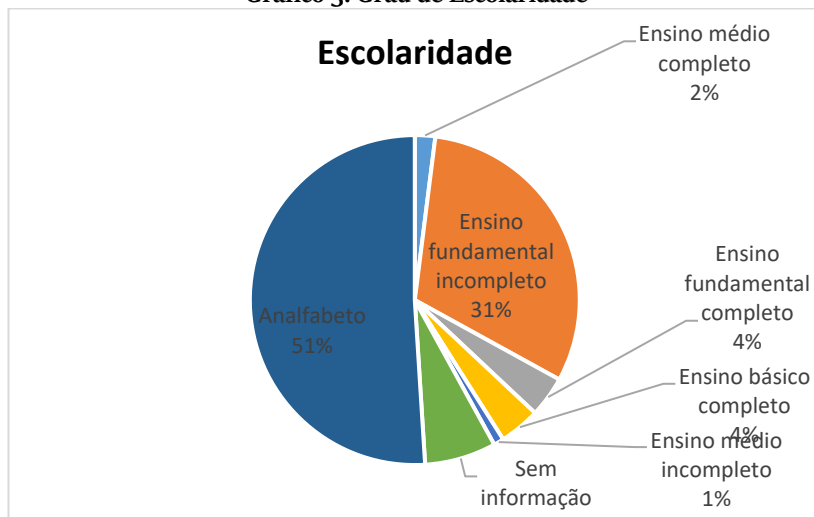
Gráfico 2. Tipos de Crimes cometidos



Fonte: Ministério da Justiça (Vozes da Voz, 2012)

No gráfico 2, observa-se os tipos de crimes cometidos pela população carcerária, ficando nos casos registrados a maior parcela no crime de homicídio, representando 62% da população, seguida de 15% por tentativa de homicídio. No caso dos homicídios, as vítimas geralmente são pessoas próximas como cônjuges ou familiares, geralmente a pessoa a qual cuida do doente mental.

Gráfico 3. Grau de Escolaridade



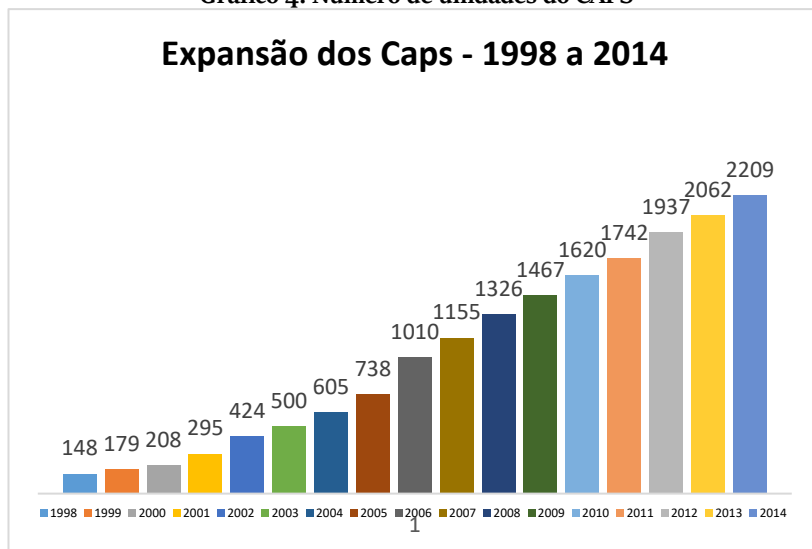
Fonte: Ministério da Justiça (Vozes da Voz, 2012)

Outro dado observado na pesquisa, demonstrado no gráfico 3, é sobre a escolaridade da população carcerária, um número consideravelmente grande de analfabetos, representando 51% da população, seguido do ensino fundamental completo com 31%. Esse dado demonstra o caso do papel da família e do estado, através das políticas públicas de oferecer ao portador de necessidades especiais uma formação acadêmica, seja por meio das instituições de ensino ou mesmo nos hospitais psiquiátricos.

O movimento da reforma psiquiátrica no país iniciou-se nos anos 70, e o processo de reforma divide-se em duas fases: 1978 a 1991, compreendendo o modelo hospitalocêntrico e a segunda fase a

partir de 1992. Com isso, foi criado o CAPS, através da Portaria GM 224/92, definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população descrita e definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (Ministério da Saúde, 2004).

Gráfico 4. Número de unidades do CAPS



Fonte: Ministério da Saúde (2017)

Os CAPS visam:

- Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- Gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- Promover a inserção social dos usuários através de ações Inter setoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;

- Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

5. A relação entre a família, o paciente e as políticas assistenciais

O principal problema na relação com o doente mental é a característica peculiar de seu comportamento, principalmente quando envolve o caso de agressividade. E outro fator importante é a relação entre o atendimento psicossocial e a família.

A participação dos usuários e seus familiares não se dá, no entanto, somente nas instâncias previstas pelas estruturas do SUS. É no cotidiano dos serviços da rede de atenção à saúde mental e na militância, nos movimentos sociais, na luta por uma sociedade sem manicômios, de forma geral, que usuários e familiares vêm conseguindo garantir seus direitos, apoiar-se mutuamente e provocar mudanças nas políticas públicas e na cultura de exclusão do louco da sociedade. Afinal, o grande desafio da Reforma Psiquiátrica é construir um novo lugar social para os “loucos”. (M.S. 2005, p. 40).

As políticas públicas, através de suas resoluções, expõem as ações da política da saúde mental, e, nestas atividades, o que a sociedade espera é que não seja tratado como uma desospitalização, a extinção dos manicômios e a falta da devida assistência, no processo de cura, reabilitação e ressocialização, assim como afirma Gonçalves e Sena (2001, p. 51):

O que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital,

“confinando-o” à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade.

6. Metodologia

O desenvolvimento desta pesquisa, quanto aos objetivos, caracteriza-se como pesquisa descritiva, pois busca demonstrar através da literatura as práticas e conceitos históricos e atuais a respeito da reforma psiquiátrica no país, além das suas relações de lutas e buscas por direitos. De acordo com Prodanov e Freitas (2010, p. 52), “[...] pesquisa descritiva é quando o pesquisador apenas registra e descreve os fatos observados sem interferir neles. Visa descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis”.

Quanto ao objeto, os dados foram coletados e tratados através de método qualitativo, pois não se utiliza de modelos e técnicas estatísticas no tratamento dos dados. De acordo com Martins e Theóphilo (2007), esse tratamento possibilita que as evidências sejam organizadas, caracterizadas e interpretadas, sem dados específicos, mas baseados nos conceitos e qualificações.

Quanto ao delineamento, os procedimentos de pesquisa foram bibliográficos e documentais. Bibliográficos porque se realizou estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, artigos, teses, monografias, etc.; assim também como documental, devido à consulta à legislação brasileira e seus aspectos que regulam os direitos que resguardam os pacientes mentais, assim como a relação entre família e o paciente.

7. Conclusões

Quanto aos aspectos da psiquiatria no Brasil, ainda não vivemos uma realidade contemporânea do que regulamenta a legislação, a busca por uma reforma que prevaleça e estabeleça esta relação de tratamento e acompanhamento dos pacientes mentais ainda se encontra sem uma devida solução. O tratamento evoluiu nos aspectos clínicos, mas os sociais e as relações entre família x pacientes x hospitais ainda são um problema.

Através da legislação e das políticas nacionais de saúde, foi criado os CAPS, através da Portaria GM 224/92, definidos como unidades de saúde locais/regionalizadas que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, substituindo o modelo antigo de hospital psiquiátrico no Brasil.

As novas políticas públicas referendadas aos atendimentos a pacientes mentais ficam a critério desse novo sistema, o CAPS, que desde a sua implantação até os dias atuais já conta com mais de duas mil unidades implantadas, oferecendo atendimento em regime de atenção diária, projetos terapêuticos, cuidado clínico eficiente e personalizado, promovendo a inserção social dos usuários através de ações Inter setoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas.

A história da psiquiatria no país não é recente, suas primeiras construções tratam ainda do século XVIII, onde o primeiro hospício construído no Brasil foi através do Decreto nº 82 de 18 de julho de 1841, fundado pelo Imperador Dom Pedro II, anexo ao Hospital de Santa Casa de Misericórdia da Corte e inaugurado em 1852, com a finalidade de atender privativamente os alienados. Muitos aspectos vieram sendo implantados desde a sua criação, porém as principais colaborações científicas só vieram realmente a partir da ruptura da formação, ainda no século XIX, da cultura francesa no país,

chegando ao século XX com um novo aspecto sobre os pacientes com desvios mentais.

Através do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria 2012/2014, considerando o previsto na Portaria nº 251/GM/MS, de 31 de janeiro de 2002, o seu sistema de avaliação resolve:

Art. 1º Esta Portaria dispõe sobre a homologação do resultado final do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria 2012/2014, nos termos dos seus Anexos I e II, realizado em conformidade com o disposto na Portaria nº 251/GM/MS, de 31 de janeiro de 2002.

Art. 2º Os hospitais psiquiátricos que obtiveram índice inferior a 40% e os que não alcançaram o índice mínimo de 61% do PNASH, após a sua reavaliação, são indicados para descredenciamento do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. Os hospitais psiquiátricos indicados para descredenciamento, constantes do Anexo II a esta Portaria, permanecem nas Classes em que se encontram, conforme o constante da Portaria nº 404/SAS/MS, de 19 de novembro de 2009, e da Portaria nº 560/SAS/MS, de 29 de junho de 2015, até o seu descredenciamento pelo gestor de saúde municipal ou estadual.

O PNASH dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Nessa relação, promovem-se os dispositivos do Sistema Único de Saúde, e as concepções a respeito do credenciamento e descredenciamento dos hospitais psiquiátrico, no caso aqui em Fortaleza, o Hospital de Saúde Mental de Messejana (Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto) e o Instituto Espírita Nosso Lar, que estão entre os dez melhores hospitais psiquiátricos do país, conforme quadro 2.

Quadro 2. Hospitais Psiquiátricos –Classificação PNASH

Col .		MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	TIPO DE GESTÃO	NATUREZA JURÍDICA
1º	C	RIO BRANCO	HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL DO ACRE	ESTADUAL	PÚBLICO
2º	L	ARAPIRACA	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO TEODORA ALBUQUERQUE	MUNICIPAL	PRIVADA
3º	L	MACEIÓ	HOSPITAL PORTUGAL RAMALHO	ESTADUAL	PÚBLICO
4º	L	MACEIÓ	CASA DE SAÚDE MIGUEL COUTO/Razão Social: Santa Juliana	MUNICIPAL	PRIVADA
5º	L	MACEIÓ	CASA DE SAÚDE E CLÍNICA DE REPOUSO ULYSSES PERNAMBUCANO	MUNICIPAL	PRIVADA
6º	M	MANAUS	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EDUARDO RIBEIRO	DUPLA	PÚBLICO
7º	L	ARAPIRACA	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO TEODORA ALBUQUERQUE	MUNICIPAL	PRIVADA
8º	E	FORTALEZA	HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL DE MESSEJANA	MUNICIPAL	PÚBLICO
9º	E	FORTALEZA	INSTITUIÇÃO ESPÍRITA NOSSO LAR	MUNICIPAL	PRIVADA
10º	F	TAGUATINGA	HSVP	ESTADUAL	PÚBLICO

Fonte: CONASS -PORTARIA Nº 1.727, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2016

Esta pesquisa buscou, quanto ao seu objetivo, demonstrar a construção da história da psiquiatria no Brasil e de suas reformas durante o longo dos anos. Pode-se constatar no levantamento bibliográfico o difícil processo de transição para os aspectos processuais e de tratamento clínico dos pacientes, da dissolução dos manicômios brasileiros, das transformações dos hospitais psiquiátricos e das construções dos CAPS.

Outro foco abordado foi o contexto da prática psiquiátrica adotada no sistema de saúde pública nacional, os conceitos dos especialistas, apresentando a reforma psiquiátrica e os papéis das políticas públicas e assistenciais, como também o papel da família, ficando por assim identificada uma construção histórica dos Decretos do Ministério da Saúde desde 1905 até datas atuais, no que se refere ao contexto da construção da reforma psiquiátrica no Brasil.

Essas principais construções de luta pela reforma psiquiátrica no país vieram engrandecer suas ações, principalmente a partir dos anos 60, quando a sociedade começou a reclamar por direitos e atenção aos problemas dos manicômios no país, os quais continuavam como depósitos de gente, sem estruturas adequadas, com sujeira, falta de iluminação e ventilação, sem tratamentos adequados para os pacientes, apenas isolando estas pessoas do meio do convívio da sociedade e afastados também de suas famílias.

Outro fato que se assemelha ao mesmo caso são os manicômios judiciários no país, onde os problemas físicos e estruturais acentuam-se na mesma proporção dos hospitais psiquiátricos. Recentemente uma pesquisa demonstrou que 35% dos internados do manicômio não voltam à liberdade, 25% estão há mais de 15 anos presos, 85% não tinham antecedentes criminais, para 14% há decisão expressa determinando a libertação, sendo 11% do público feminino e 89% masculino.

O resultado positivo a respeito da reforma psiquiátrica no Brasil não atingiu ainda seus méritos, pois diversos problemas são identificados e apontados para que haja uma solução e resolução

desse problema. A assistência social e as políticas públicas continuam desempenhando seus papéis em busca de melhorar e colocar numa situação mais favorável os profissionais que acompanham diariamente esses pacientes e as famílias – como os assistentes sociais, médicos e psiquiatras –, procurando atender à exigência da legislação e os aspectos humanitários, mas devido à lotação e à falta de condições encontra-se ainda deficitário.

A busca por um atendimento de qualidade e locais apropriados para o exercício de atendimento a pacientes psiquiátricos vem sendo aos poucos realizada no país, e esta forma gradativa melhorou alguns aspectos, mas esta proposição só será finalmente resolvida por meio de políticas públicas mais sérias e direcionadas ao sistema de saúde no país.

Referências

BEZERRA, B. Jr. **Saúde mental ou psiquiatria. Anais do 4º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e 3º Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica**; 1995; Ribeirão Preto; SP. Ribeirão Preto: EERP-USP; 1995.

BRASIL, Centro de Cultura do Ministério da Saúde. **Memória da Loucura**. <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/retrato6.html> Acesso em: 27 de julho de 2017.

_____. Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903. **Reorganiza a Assistência aos Alienados**.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.727, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2016 **Dispõe sobre a homologação do resultado final do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria 2012/2014**.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 251 de 31 de janeiro de 2002. **Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências**.

- _____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 224 de 29 de janeiro de 1992. **Coordenação à Saúde Mental, do Departamento de Programas de Saúde, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas.**
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- _____. Ministério da Justiça. **Um outro olhar sobre a loucura.** Vozes da Voz, 20012. <https://vozesdavoiz.wordpress.com/2012/11/27/pesquisa-mostra-que-35-dos-internos-de-manicomios-nao-voltam-a-liberdade/> Acesso em 27 de agosto de 2017.
- FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica.** São Paulo: Editora Perspectivas, 1978.
- GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. de. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família.** Rev. Latinoam Enfermagem 2001 março; 9(2): 48-55.
- MARTINS, G. de A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas.** São Paulo. Atlas. 2007.
- NEVES, A.C. – **O emergir do corpo neurológico: neurologia, psiquiatria e psicologia em São Paulo a partir dos periódicos médicos (1889-1936).** Editora Companhia Ilimitada, 2010.
- ODA, A. M. G. R.; DALGARRONDO, P. **O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria.** Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. VII, 1, 128-141. Ano VII, n. 1, mar/2004.
- PEREIRA, L. M. F. **História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica** / André Mota e Maria Gabriela S.M.C. Marinho. (Org.) -- São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC, Universidade federal do ABC: CD. G Casa de Soluções e Editora, 2012.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2. Ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2010.

Revista eletrônica Veja BH. Disponível em:
<http://vejabh.abril.com.br/materia/cidade/livro-detalha-horrores-hospital-psiquiatrico-barbacena/> Acesso em 23 de julho de 2017.

Capítulo 13

O trabalho do assistente social em abrigos e orfanatos: um olhar sobre o processo de adoção

Géssica Soares Josino¹

Suyen de Araújo Augusto²

Francisco Ismael T. Paulino³

Estanislau Ferreira Bié⁴

Introdução

O mundo globalizado e interligado por tantos recursos midiáticos e tecnológicos desenvolvidos pela inteligência humana, em

¹ Graduanda em Serviço Social

² Graduanda em Serviço Social

³ Graduando em Serviço Social

⁴ Doutor em Ciências da Educação pela UNISAL - Universidad San Lorenzo; Mestre em Ciências da Educação pela UNISAL; Especialista em Policiamento Comunitário pela UFC - Universidade Federal do Ceará; Especialista em Segurança Pública pela FATE - Faculdade Ateneu; Especialista em Ciências Política Sociedade e Governo pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA/UNIPACE; Especialista em Ciências da Educação pela FACULDADE EVOLUÇÃO - Sociedade Evolução de Educação Superior e Tecnologia Ltda; Especialista em História e Cultura Afro-brasileira e Indígena pela FATE - Faculdade Ateneu; Bacharel em Teologia pelo Centro Universitário UNINTA; Licenciado em Ciências da Religião pelo Centro Universitário UNINTA; Licenciado em História pelo Centro Universitário UNINTA. Diretor Executivo do Instituto Superior de Ensino Sem Fronteiras - ISESF; Organizador e Membro do Conselho Editorial e Científico das Coleções Saúde no Brasil: Formação Acadêmica, Práticas e Exercício da Profissão; Fazer Educativo; Educação Como Forma de Socialização; Segurança Pública: Direito e Justiça Brasileira e Diretor da Série Conhecimento Afrodescendente. Atualmente professor da Academia Estadual de Segurança Pública do Ceará - AESP/CE, Policial Militar (Oficial da Reserva).

muito colabora para a aproximação entre as pessoas, para a resolução de problemas, para procurar, vender, comprar. Na era da informação digital em que tudo está ao alcance das mãos quase que imediatamente, ainda é possível perceber relações humanas dilaceradas por intolerâncias, divergências de opiniões e preconceito. Com esse trecho tem-se a intenção de demonstrar a potencialidade da capacidade humana, mas que ainda se deixa banalizar diante das causas que deveriam ser vistas como as principais.

As questões do comportamento humano em muito influenciaram a disseminação do processo da informação na atualidade, tudo que se quer saber, tem-se a resposta num simples apertar de um botão. Entretanto a humanidade vem se esquecendo das relações reais, familiares, aquelas mais duradouros, e assim muitos outros aspectos negativos se manifestam com maior força e de forma corriqueira.

Violência urbana, no trânsito, na escola, em casa, não existe mais lugar para se deparar com atos desumanos, embora se destaquem como problemas da sociedade moderna, acontecimentos dessas naturezas são notícias há décadas. Mas o tempo passa e parece que só o hoje está ao alcance da percepção de cada indivíduo.

Com essa vida frenética, muitos profissionais têm ganhado espaço no mercado, por trabalhar com a saúde social, psicológica e mental. Um desses profissionais é o Assistente social, que atende uma esfera de pessoas que cresce a cada dia. Nos hospitais, centros de tratamentos, instituições públicas, entre outros ambientes infestados de pessoas que buscam amparo e conforto que amenizem as situações que estão vivendo.

Diante desse mundo digital, modernizado, em que cada vez mais o homem é o centro de sua própria existência, onde o outro parece não ter vez, a presente pesquisa tem a intenção de discutir sobre o trabalho do Assistente social, suas contribuições para o bem-estar social da população, mas especificamente, tratando de suas ações mediante a situação das crianças abandonadas, aquelas que vivem em abrigos e orfanatos. Seriam essas crianças vítimas de uma

evolução social desregrada? Ou o abandono infantil se trata de um fator histórico da humanidade? Partindo destes questionamentos a pesquisa encontra-se norteadada na estrutura de pesquisa bibliográfica, tendo como objetivo geral:

- Observar o processo de construção da identidade do profissional do Serviço Social, verificando sua história e seus campos de atuação.

E como objetivos específicos:

- Conhecer a trajetória da construção da profissão do Assistente Social;
- Identificar os campos de atuação nesta profissão, verificando as mudanças que ocorreram nesta atuação ao longo do tempo;
- Discutir sobre as contribuições do trabalho do profissional de assistência social durante o processo de adoção.

Baseando-se em estudos sobre a formação inicial do assistente social no curso de graduação em Serviço social, até a caminhada aos estudos especializados, nessa trajetória apresenta-se a organização do presente artigo científico, da seguinte forma:

No capítulo um apresenta-se uma breve explanação histórica da luta pelo espaço profissional e acadêmico dos profissionais do serviço social, desde sua origem até as conquistas trabalhistas e da emancipação conservadora imposta pelo fomento religioso sob o qual o assistencialismo se fundamentou. Discuti-se ainda acerca dos ambientes em que atuam os assistentes sociais na sociedade moderna e suas contribuições para a construção de uma sociedade com menos desigualdades e mais justiça para com a população já historicamente prejudicada.

Já no capítulo dois apresenta-se o texto que justifica uma temática da pesquisa, que é a existência e o funcionamento dos abrigos e orfanatos no Brasil, sua organização e trabalhos

desenvolvidos com as crianças que vivem nesses locais. Serão debatidas algumas colocações sobre como as crianças chegam a esses locais e que tipo de atendimento elas recebem.

Posteriormente no capítulo três dá-se continuidade ao assunto tema da pesquisa, que se trata das questões que envolvem as crianças disponíveis para adoção e das famílias que esperam receber uma destas crianças, o que ocorre para que essa conta não feche, visto que o número de famílias querendo uma criança é maior que o número de crianças nos abrigos. Conclui-se, pois o estudo do presente artigo científico fazendo as observações acerca do trabalho realizado pelo profissional do serviço social, ou seja, o assistente social durante o processo de adoção destas crianças. Verificando assim as contribuições do mesmo para a realização deste evento tão memorável que é adotar uma criança.

O estudo foi finalizado com as devidas considerações frente à realização da pesquisa e suas contribuições para a formação do futuro assistente social e seus ideais de desenvolvimento profissional.

2. Breve histórico sobre o assistencialismo social no Brasil

Sob os moldes do trabalho assistencial desenvolvido nos Estados Unidos estruturado a partir das organizações religiosas, mais precisamente da Igreja Católica esse serviço chegou ao Brasil na década de 1930 trazendo consigo a objetividade de trabalhar com as questões sociais das classes menos favorecidas, mas também arraigada a uma nova situação social eminente, o desenvolvimento do capitalismo como modelo econômico dominante, instituindo a divisão da sociedade em classes, determinadas por detentores do poder e dos bens e os proletariados, ou seja, parte da população submetida às condições criadas pela classe dominante, os capitalistas.

O berço do assistencialismo americano tratou de defender os interesses da população de proletariados, pois se criou uma disparidade entre as classes, os abusos e injustiças sociais, trabalhistas e até das condições de vida desta parcela da população

precisava ser vista e assistida, prioritariamente para evitar o caos iminente visto a insatisfação popular.

Para tanto uma das missões sociais da igreja, seria disseminar a paz entre as classes, com o intuito de apaziguar tais conflitos, desencadeados pela exploração e desigualdade oriunda ao capitalismo. Para ESTEVÃO, (1985) a justificativa para a criação do assistencialismo era o cumprimento dos deveres para com os mais pobres, que posteriormente revelou-se como estratégia para lidar com os desajustes nas relações sociais e minimizar os agravamentos dos problemas sociais.

No entanto a classe dominante favoreceu-se de muitas destas ações realizadas pela igreja, pois segundo FALEIROS, (2001) a classe dominante se aproveitava de tais situações, propagando a ideia de que a culpa pelas más condições de vida e insucesso do povo, nada mais era do que suas próprias escolhas e decisões.

Durante sua trajetória histórica o serviço social assim como outros acontecimentos marcantes na história humana, sofreu mudanças, entre elas o perfil do assistencialismo deparou-se com um processo evolutivo, desvinculando-se dos primórdios de origem, para tratar mais precisamente das questões sócias de forma humanizada e independente dos preceitos religiosos que davam ao trabalhador social uma visão de caridade e filantropia diante da função desempenhada.

Pois antes como o serviço não era uma profissão regulamentada, a organização partia dos interesses vindos das organizações de caridade, muitas delas regidas por damas da alta corte de Londres, onde no ano de 1869, fundou-se oficialmente o serviço social. Não havia uma identidade profissional, na qual o trabalhador pudesse se basear no desempenho de sua função. Sobre esse olhar filantrópico, FALEIROS (2001) aponta que ao desempenhar seu trabalho, o assistente social dos tempos fundamentados pelo regime religioso fundamentava sua profissão sob um olhar ingênuo e maniqueísta, manipulando a eles próprios:

Ingênua porque pressupunha a solução dos problemas globais partindo de cada um deles isoladamente. “Maniqueísta porque dividia o mundo entre bons e maus, abusadores e não-abusadores, rebeldes e integrados” (FALEIROS, 2001, p. 89)

Já nos tempos contemporâneos o serviço social, com uma nova roupagem desenvolve suas funções, baseando-se no acontecimento que marcou o surgimento da profissionalização do serviço social, quando em 1899, na cidade de Amsterdã é fundada a primeira Escola de Serviço Social no mundo. Muitos foram os movimentos para dar forma e teor a essa nova profissão, fundamentada em estudos da sociologia, a teoria dos estudos assistencialistas separou-se de vez da marca da filantropia e da caridade.

Relacionando as mudanças ocorridas no serviço social desde sua origem até os dias atuais, a busca pela profissionalização e aperfeiçoamento do serviço, comentada por ESTEVÃO (1985), assinala outro acontecimento que marcou a história do assistencialismo “a necessidade de criar instituições que se encarregassem de formar pessoas especificamente para realizar as tarefas de assistência social e colocar em pauta a institucionalização do Serviço Social” (ESTEVÃO, 1985 p. 14).

A trajetória vivenciada pela construção desta profissão no Brasil também se baseou no que acontecia em outros países, estudos e pesquisas para a consolidação do Serviço Social com fundamentos científicos e sociológicos. No período de 1930 a 1937 o Brasil vivenciava grandes mudanças, principalmente nas organizações e movimentos políticos, com isso crescem o número de instituições como sindicatos e associações, que acabavam por originar diversos partidos políticos.

Por volta de 1936 com a formação da primeira turma de Assistentes sociais considerando o contexto socioeconômico, político e cultural, o objeto de intervenção da profissão se configurava a partir da moral, da higiene e da boa conduta, numa perspectiva de manter a ordem advinda das pressões da sociedade que se

encontrava. Contudo para a classe burguesa o trabalho assistencialista ainda pairava sob a manutenção da ordem vigente:

A função dessa profissão deve seguir na direção de amenizar conflitos, uma vez que se alicerça tanto no processo conservador de manutenção da ordem como no processo renovador [...] de mudança do comportamento em função das normas de higiene social, controle biopsíquico, recuperação dos indivíduos. (FALEIROS, 2005 p. 13).

Na perspectiva de expansão e consolidação política e diante das crises econômicas e sociais ocasionadas pela repressão capitalista, surge no cenário histórico, outra questão que neutraliza as ideias do serviço social. Quando em meados 1964 a ditadura militar se estabelece como regime político. “Essa forma organizacional de governo causou retrocesso não só na profissão, mas em todos os segmentos da sociedade” (FREIRE, 2013, p.351).

As intimidações em todos os âmbitos da sociedade causados pelo novo governo representam uma pausa nos trabalhos realizados, mesmo que ainda não fosse o ideal filosófico que estivesse em prática, a chegada da ditadura, barrou as intervenções que tentavam fazer do serviço social um trabalho que atuasse nas relações estado/sociedade. Portanto neste período viu-se um afastamento desse serviço, por ordem do governo vigente:

Os anos 60, ao longo dos quais se processou um agravamento do quadro político nacional, encontravam o Serviço Social recuado do cenário histórico, produzindo e reproduzindo práticas incapazes de se somarem aos esforços de construção e prevenção de espaços democráticos em uma sociedade oprimida por uma ditadura militar (MARTINELLI, 2005, p. 142).

Tratou-se de um período de incalculáveis prejuízos no que diz respeito ao desenvolvimento teórico/metodológico do serviço social, um episódio de total retrocesso, em que livros eram queimados, proibidos de circular ou serem impressos. Pessoas influentes da

área, assim como tantas outras, foram exiladas, perseguidas, torturadas e até mortas. Tantos transtornos só vieram a ser minimizados depois das primeiras décadas de 1970.

Diante das possibilidades de um novo contexto político e social, o serviço social, sentia a necessidade de rever as condições de formação e de trabalho de seus profissionais. Logo foi vista a proposta de fundamentar-se e aliar-se a outras bases de profissionais atuantes no mercado da ação social e da educação. Baseando-se no método dialético de análise social de Karl Marx (1818-1883), a classe do assistencialismo pretendia enraizar suas novas metodologias na sociedade contemporânea.

A fim de que se tornasse possível a atualização e a adequação do projeto ético-político do Serviço Social aos novos tempos. “Sem abrir mão de seus compromissos com a construção da cidadania, a defesa da esfera pública, o cultivo da democracia, parceria da equidade e da liberdade, princípios fundamentais do Código de Ética do assistente social de 1993.” (FREIRE, 2013, p.361).

Essa nova compreensão e disseminação dos fundamentos históricos, teóricos e metodológicos do Serviço Social oportunizaram um relevante processo de construção da identidade não apenas no que diz respeito à formulação das reais intenções do trabalho a ser desenvolvido, mas eminentemente a construção da identidade individual do assistente social e seus ideais de futuro na profissão.

Desde então o compromisso com as ações desenvolvidas pelo assistente social, nas diversas instituições em que atua, bem como em sua formação profissional estão cada vez mais conectados na intencionalidade do atendimento às melhorias nas condições de vida e da cidadania de sua clientela.

3. As contribuições do profissional assistente social na sociedade moderna

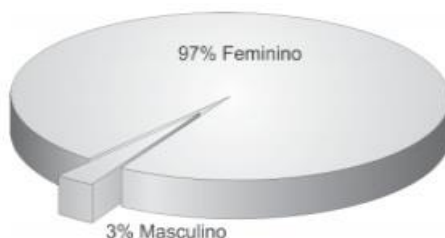
A modernidade e o advento tecnológico trouxeram inúmeras mudanças nos hábitos e cultura da população. Diante disso e de todo

o processo vivenciado pelo setor de serviço social em sua trajetória histórica, na sociedade moderna a busca pela qualidade do padrão teórico/metodológico e de atuação no trabalho no setor do serviço social não para.

Atuando principalmente no setor público, no desenvolvimento e aplicação de projetos sociais que buscam uma estruturação mediante a desigualdade sócia econômica vigente em nosso país, oriundo de uma história repleta de mazelas e disparidades desencadeadas pela má distribuição de renda, concentração do poder e da corrupção.

Uma estatística que se mantem no decorrente a formação e ao trabalho da figura do assistente social, é a predominância das mulheres no exercício da profissão. De acordo com dados de uma Pesquisa coordenada pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2004/2005) no Brasil, mostra que 97% dos assistentes sociais do Brasil são mulheres.

De acordo com outros estudos que mostram a predominância feminina na profissão e analisam às consequências de tal fato para o Serviço Social. IAMAMOTO (1998, p.104) afirma: "Com tal perfil (feminino), o assistente social absorve tanto a imagem social da mulher, quanto às discriminações a ela impostas no mercado de trabalho [...]".



Dados de Maio/2004

A partir das observações da estatística, discorre-se agora das contribuições do trabalho do profissional e seus principais locais de atuação. Através da luta de classes e das alianças com outros

profissionais da área da ação social, na atualidade o assistente social presta seu serviço em ambientes variados, podendo trabalhar junto a outras categorias: profissionais da psicologia, da educação, da enfermagem, do direito, dentre outras.com objetivos específicos as necessidades de cada público. Os principais locais de trabalho são elencados pelo (CFESS, 2013).

Apontando que em inúmeras instituições públicas e privadas encontram-se assistentes em ministérios, autarquias, prefeituras, governos estaduais, em empresas privadas, hospitais, escolas, creches, unidades de saúde, centros de convivência, movimentos sociais em defesa dos direitos da mulher, da classe trabalhadora, da pessoa idosa, de crianças e adolescentes, de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), negras e indígenas, em organizações não governamentais, em universidades públicas e privadas e em institutos técnicos.

De acordo com a legislação trabalhista brasileira as competências e atribuições privativas dessa categoria profissional estão previstas nos artigos 4º e 5º da Lei 8.662/1993 e do Código de Ética destes profissionais também baseado na presente lei. Com isso destaca-se que as contribuições do assistente social a sociedade moderna, relacionam-se a realização de um trabalho que rompe historicamente sua ação a vontade do poder centralizador do capitalismo dando lugar ao desenvolvimento de políticas públicas empenhadas com a cidadania e o bem-estar social da população. Sobre isso GOMES (2016) aponta que:

Inaugura-se, portanto, uma nova etapa para a profissão que se posiciona em favor da classe trabalhadora, em favor da equidade e justiça social, na defesa dos direitos humanos, e construção de uma nova ordem societária. Assim, o Assistente Social idealizado e “adestrado” pela ordem burguesa em favor dos interesses capitalistas, rebela-se contra “seu criador” buscando sua emancipação profissional, o que torna possível na atualidade, discutir propostas para emancipar também o usuário de seus serviços. Seu objeto de estudo – as contradições entre capital e trabalho – e seu foco de trabalho – o empoderamento do cidadão –

vão delineando novos contornos à identidade profissional.
(GOMES, 2016, p.06.)

Conclui-se, pois o presente tópico observando a evolução e emancipação social e política pela qual tanto lutou a categoria em questão. Engrenando-se pelos caminhos da busca pela justiça e cidadania daqueles injustiçados historicamente, mas que com a luta incessante de tantos trabalhadores, entre eles, o assistente social, vê-se no cotidiano contemporâneo, novas possibilidades de atuação e sucesso no mercado de trabalho para o profissional do serviço social.

4. Abrigos e orfanatos no Brasil, como funcionam?

Frente ao assunto a ser debatido em relação a um dos campos de atuação do assistente social, discorre-se neste tópico sobre a configuração de abrigos e orfanatos no Brasil, na perspectiva da compreensão do funcionamento e da organização nas áreas administrativas e sociais. Tal apresentação faz-se necessária, visto tratar-se de um campo de atuação do serviço social de ampla necessidade no país.

Acerca de trinta anos atrás o Brasil ainda não tinha uma legislação específica que atendesse a população infanto-juvenil, sendo essa uma das razões pelas quais também não havia instituições que abrigassem ou amparassem crianças em situação de abandono. Até bem pouco tempo antes da implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei federal nº8069/90 o que existiam eram internatos e orfanatos que trabalhavam em moldes de asilos. Tais ambientes tinham uma visão segregativa, de que as crianças recebidas eram problemáticas, delinquentes e por isso as famílias não as aceitava.

Embora se saiba das irregularidades, da existência de abrigos clandestinos e até dos casos de adoção que acontecem ilegalmente, hoje pode se dizer que há uma normatização nos órgãos denominados abrigos ou orfanatos, bem como constituiu-se a partir

do ano de 2004 uma nova secretaria baseada na assistência social, sendo a mesma integrada ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, ficando então responsável por desenvolver “Ações referentes à execução do atendimento em instituições, bem como ao suporte técnico e financeiro para os programas na área da infância e da adolescência. As ações voltadas ao atendimento a crianças e adolescentes em situação de abandono e vítimas de maus tratos e ou violência”. (BERGER, 2005, p.173).

Dentre tais ações desenvolvidas em cenário federal na área de assistência social, uma das mais exitosas trata-se da Rede de Serviços de Ação Continuada-SAC, que compreendia entre outras realizações, da criação de abrigos para crianças e adolescentes, sendo estes vinculados a nova secretaria acima citada. Essa Rede tem como intuito maior a melhoria de vida da população, com prioridade a infância em situação de risco pessoal e social.

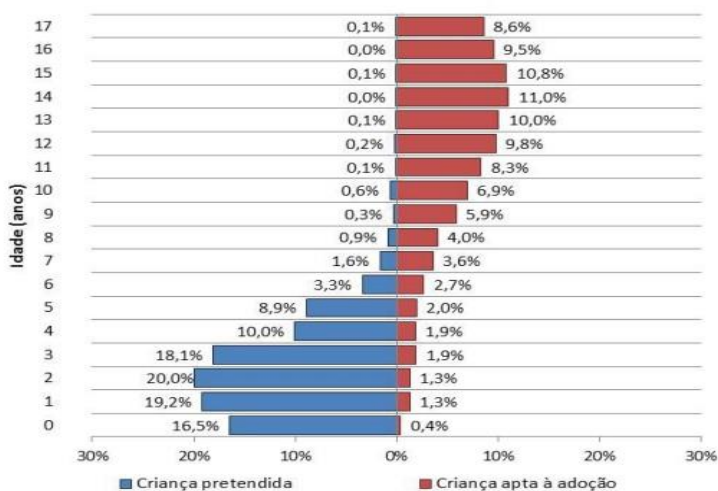
Desta forma são observáveis as melhorias no que diz respeito aos abrigos e orfanatos no Brasil, uma legislação contribuinte e que se alia a outras esferas de atuação social. Portanto salienta-se que atualmente estes abrigos, trata-se de ambientes mais acolhedores com pessoas qualificadas para lidar com as demandas oriundas a chegada da criança ao local. Chamadas de Casa Lar são lugares que remetem a uma residência, onde as crianças dispõem sobretudo de educadores denominados pais sociais que trabalham com o ideal de oferecer aos moradores um ambiente inspirado no acolhimento de um lar, proporcionando a elas condições de um desenvolvimento integral e saudável.

5. Perfil das crianças a espera de adoção

Mesmo diante das melhorias e condições ampliadas ao atendimento, cuidados e educação prestada às crianças residentes em abrigos, uma preocupação gira em torno destes lares dia após dia. A espera da adoção pode durar toda uma vida, e nem mesmo chegar a acontecer, pois a sociedade vive numa equação que não

fecha no que diz respeito ao processo de adoção. As inúmeras disparidades entre crianças/famílias adiam ou tornam ainda mais tardias a proporção de dar um lar e uma família a tantas crianças em situação de abandonado.

No tocante a disparidade, cita-se o expressivo contingente de cerca de 80 mil crianças e adolescentes vivendo em abrigos no Brasil, assim aponta a recente pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Logo é de forma gradual e lenta, é possível enxergar uma mudança nos pré-requisitos anunciados pelos futuros pais ao buscarem uma criança para adoção, porém a dinâmica ainda gira em torno de crianças inexistentes em detrimento a tantas outras disponíveis:



Fonte: Conselho Nacional de Justiça (Elaboração: Departamento de Pesquisas Judiciárias)

Os números presentes no gráfico acima apontam para a realidade brasileira, sobre a expressão das crianças que são desejadas àquelas que estão aptas a adoção de acordo com o Cadastro Nacional de Adoção do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Em análise feita pelo CNJ, assinala-se que “nacionalmente, verifica-

se que o perfil das crianças e adolescentes cadastrados no Cadastro Nacional de Adoção – CNA é destoante quando comparado ao perfil das crianças pretendidas, fato que reveste a questão como de grande complexidade”. (CNJ, 2012, p.27)

Diante das informações verifica-se a necessidade da criação de novas políticas públicas no âmbito dos procedimentos de adoção, mas também um trabalho que amplie as questões da consciência da população que deseja essa adoção, no que diz respeito a repensar, não a escolha pelo ato da adoção, mas a especulação diante da idealização de ser humano. Entretanto essa condição da criança ideal, ainda é considerada um dos fatores que mais dificultam o andamento da fila do cadastro de crianças a espera de adoção no Brasil.

As implantações de novas políticas poderiam trabalhar pela minimização dos fatores que travam as saídas destas crianças dos abrigos. Ações pensadas no todo, na família adotante, na criança adotada e na assistência dispensadas a ambas, sabe-se que programas dessa natureza já existem, mas parecem pouco eficientes. De acordo com GURGEL, (2014, p.05) “adequar os perfis às possibilidades é algo delicado, mas bastante trabalhado pela equipe psicossocial da adoção das Varas da Infância e da Juventude em todo Brasil”.

6. Perfil das famílias na fila da adoção

Num breve olhar as recorrentes reportagens sobre adoção vinculadas na mídia, vê-se com clareza a situação inversa, do somatório de famílias que esperam por uma criança, frente à enorme fila de crianças aptas a serem adotadas. Tal configuração está entorno de aspectos culturalmente construídos e idealizados pela maior parte das famílias que pretendem adotar.

O número destoante impacta a todos, uma vez que o Brasil é um exemplo de nação no que diz respeito ao desenvolvimento das leis e ações de ordens sociais e jurídicas no âmbito do atendimento a questões que envolvem crianças e adolescentes. No entanto na

realidade vivida pelas crianças em situação de abandono, tais legislações parecem ainda não oferecer o suporte necessário para que elas saiam da estatística da fila de espera. Incorporando o também insuficiente número de adoções tardias, e aumentando o índice daqueles que permanecerão em abrigos até a maior idade.

Na intenção de compreender essa situação e analisar os números referentes a essas famílias, pois se sabe da importância da família como instituição social e afetiva, na colaboração do desenvolvimento e formação da criança. Para WINNICOT (2005), a construção da boa ou a má formação dos vínculos afetivos e sociais da criança dependem da dedicação constante daquele que cuidará dela. Entretanto a questão relacionada à idade da criança é um dos fatores que mais interferem na escolha da criança.

Visto que inúmeras famílias acreditam que uma criança de certa idade, não aprenderá ou se moldará ao estilo de vida e princípios dessa família. GURGEL (2014) assinala a questão da faixa etária como complexa e decisiva na escolha familiar, pois para os futuros pais:

Acreditam que não podem moldar o comportamento delas, uma vez que elas têm um passado, uma história e, assim, mais consciência dos traumas vivenciados, além de personalidade mais definida. Em contrapartida, a maioria das nossas relações é com pessoas de criações diferentes e, dessa forma, crescemos e aprendemos com elas. Os candidatos a pais alegam também que evitam a adoção tardia pela adaptação à família poder ser mais difícil e trabalhosa. (GURGEL, 2014, p.03)

Ainda sobre os fatores preponderantes a escolha da criança, a motivação para o ato de adoção para MAUX E DUTRA (2010) relaciona-se principalmente a questões de infertilidade:

Em uma pesquisa realizada por Weber (2006) envolvendo famílias de vários estados do país, 50% dos entrevistados trouxeram como motivação para a adoção o fato de não terem os próprios filhos (incluindo-se aí aqueles que desejavam escolher o sexo da criança

ou problemas de infertilidade para gerar o segundo filho). Para aqueles que não possuíam filhos biológicos, a infertilidade foi apresentada como motivação por mais de 80% dos respondentes. (MAUX e DUTRA, 2010, p.03)

Diante dos dados obtidos, é compreensível que exista um número maior de crianças na fila de espera do que de pais em busca de adoção, compreender não necessariamente significa a aceitação do fato, porém também não se pode impor a uma família que adote a criança X ou Y, existem nesse contexto outras especificidades que vão além de dados estatísticos. Cabe aos estudos e atuações do serviço social proporcionar nesse campo de atuação uma melhor convivência e atendimento a esse grupo formado pelas famílias e pelas crianças.

7. Processo de adoção no Brasil na atualidade

Historicamente a adoção no Brasil está relacionada a questões sociais e culturais que aconteciam em meados da época colonial, se davam por conta do abandono de crianças concebidas fora do casamento ou filhos de jovens brancas e solteiras de famílias de classe média alta. Dada a informação histórica, é ainda notório que mesmo diante da evolução humana e social, inúmeros problemas que rodeiam os indivíduos parecem parados no tempo, como se não houvesse um processo ascendente para tais situações. CHUAIRI, (2001) assinala que embora tenhamos vivido grandes momentos de desenvolvimento científico e tecnológico, os problemas referentes à saúde, habitação, educação e violência, continuam na sociedade de forma expressiva.

Concordando com a colocação da autora e relacionando a questão do abandono infantil, a história não trouxe mudanças positivas, pois ainda existe um alto contingente de abandono, assim como outros maus tratos infanto-juvenis. A recorrência é tão perceptível quando a notoriedade das notícias anunciadas diariamente.

Na atualidade o processo de adoção no Brasil recebeu recentemente no ano de 2009, uma nova roupagem em sua normatização, a fim de proporcionar um caminhar mais suave e propício a conclusão das adoções, mesmo assim as demais barreiras culturais ainda travam as batalhas por um lar para as crianças e de um filho para as famílias no Cadastro Nacional de Adoção, visto que o mesmo é o único meio legal de adoção no Brasil.

Na vasta literatura acerca da adoção é possível se deparar com variadas colocações a respeito da conceituação do ato, assim como as concordâncias e discordâncias entre autores e teorias, apontando a adoção por vertentes de ordem afetiva, social, biológica, social, entre outras. No presente trabalho prefere-se fazer uso das colocações de DINIZ acreditando que:

Mais do que suprir as necessidades de casais impossibilitados de gerar filhos biológicos, a adoção é um “instituto de solidariedade social” onde há “simbiose”, entre adotante e adotado, “um auxílio mútuo, um meio de repartir por maior número de família os encargos de prole numerosa. DINIZ, (2002, p.156)

Com um olhar na mesma linha de pensamento ao acima mencionado, Wald (1999) assinala que a adoção trata-se de:

Dar filhos àqueles a quem a natureza negou e, por outro lado, uma finalidade assistencial. Assim, em ambos os autores, a adoção também figura como meio de resolução dos problemas socioeconômicos vividos pela população de baixa renda. WALD(1999, p.449)

8. O trabalho do assistente social no processo de adoção

Partindo das concepções acima, e acreditando em suas formulações, pois se relacionam assertivamente com o que acontece no Brasil, pode-se dizer que ainda há um misto de sentimentos, razões e desejos que permeiam a adoção. Contudo destaca-se que a com a nova lei 12.010.09, que trata da questão da adoção, combinada

com as adequações no Estatuto da Criança e do Adolescente, seu surgimento se dá com o objetivo de desburocratizar o processo de adoção no Brasil.

Para tanto uma das discussões que vieram à tona após a aprovação da nova lei, foi de que se houveram avanços, foram insuficientes. Constatou-se ainda que os maiores problemas frente ao processo de adoção continuam a dificultar as ações de adoção. Seriam tais problemas a burocracia e a falta de estrutura de atendimento jurídico paralelo as destoantes demandas de famílias/crianças.

Portanto configura-se que mesmo diante das tentativas de melhorias no processo de adoção no Brasil, a realidade encontra-se idêntica a dos tempos passados, assim como foi mencionado anteriormente. Do que adiantam avanços tecnológicos, modernização dos sistemas, se o fator principal não for à benignidade da vida humana.

Diante das discussões feitas até aqui, presenciou-se o marco da constituição da profissão do assistente social, suas ações pelo tempo histórico, suas lutas e conquistas. Abordou-se uma das mais debatidas questões da sociedade moderna, o abandono infantil e as demandas do processo de adoção na atualidade. A partir de então se discorre sobre as contribuições do trabalho do assistente social durante tal processo.

Em âmbito jurídico, em que ocorre todo o procedimento da adoção, A intervenção do assistente social baseia-se em dar suporte à família pretendente, oferecendo-lhes todas as informações sobre os trâmites do processo. Deverá desempenhar tarefas de acolhimento, encaminhando a grupos de adoção, fazendo indicação de filmes ou livros sobre o tema e avaliando se a família está apta a assumir os cuidados para com o novo membro que a família receberá.

Frente a tantas ações, existe uma que pode ser vista como a mais importante, ou seja, a avaliação da família. Essa avaliação social é o primeiro contato da família com o serviço social, nela constarão todos os esclarecimentos e serão dadas as principais orientações, no tocante a realidade de todas as fases da adoção.

Nesse tramite a atenção e a imparcialidade dispensadas ao trabalho devem ser a marca das ações prestadas pelo assistente social. De acordo com Rampazzo (2012, p.15) “O profissional deve se aproximar da vida pessoal dos adotantes, conhecer sua realidade levando em conta o histórico de vida desde a infância, seu processo de socialização, os valores que traz consigo, a dinâmica familiar e contexto social que está inserido”. Sobre tais atuações o Manual de Procedimentos Técnicos aponta que:

O assistente social judiciário deve ter em mente que precisam buscar a imparcialidade evitando pré-julgamento. Necessitam ter clareza do poder que a situação de avaliação que o lugar institucional lhe confere, buscando estabelecer uma vinculação positiva com os atendidos. O clima deve ser amistoso e proporcionar um espaço que facilite as reflexões, o que gerará provavelmente maior disponibilidade para revelações e reais motivações. Recomenda-se que os profissionais apurem suas escutas e a observação em relação a como os pretendentes à adoção lidam com as suas relações sociofamiliar e afetivas, pois elas trarão elementos significativos para a avaliação. (2006, pg. 156)

Diante de tantas ocupações e contribuições ao longo do processo, a assistente social ainda organizará visitas as famílias pretendentes, fará observações e entrevistas na intenção de construir a identidade da família que receberá a criança. Todos os pontos devem ser esclarecidos nesse período, todas as dúvidas devem ser sanadas. O profissional será um elo direto entre as partes. Deste modo estudos, pesquisas e compromisso serão elementos fundamentais a excussão de um trabalho tão importante e sensível quanto este.

9. Conclusões

As abordagens discutidas na presente pesquisa apontaram para as mudanças na legislação e construção da profissão do assistente social, bem como sobre as mesmas questões envolvendo

a adoção no território brasileiro. Em ambas as ocasiões as alterações ocorreram na busca por melhorias para a sociedade como um todo.

Ainda não foi possível discutir considerando apenas os aspectos benéficos de ambos os temas, porém viu-se um crescente desenvolvimento, hora em âmbito político, hora em âmbito social e humano, que destoam em diversos períodos e acontecimentos históricos.

Sobre tudo as percepções acerca da profissão na carreira do serviço social foram possíveis construir um processo de identidade do trabalhador, suas atuações na sociedade e a benignidade de suas ações, principalmente nas políticas públicas e programas de assistência. A notoriedade a ascensão e planos futuros para a carreira também foram pautas neste artigo.

Uma das demais intenções da pesquisa esteve relacionada a compreender a situação dos abrigos e orfanatos no Brasil seu funcionamento e atendimento as crianças e adolescentes que neles habitam. Bem como discutir sobre o processo de adoção, que mesmo diante de novas normatizações ainda trava uma luta cultural e histórica, devido a amplitude das demandas, frente a disparidade de família/crianças e outros aspectos particulares que envolvem a adoção.

Com a instituição da nova lei da adoção no ano de 2009, objetivou-se a desburocratização e a melhor estruturação dos atendimentos no setor jurídico, por onde acontece todo o certame. A iniciativa trouxe alguns recentes resultados, embora ainda tímidos. Pois mesmo diante de uma lei, não há como modificar os perfis presentes no Cadastro Nacional de Adoção. Diante da nova lei percebeu-se um trabalho envolvido em técnicas que favorecessem a situação para ambos.

Como por exemplo, o trabalho dispensado ao assistente social prestando a família todo o apoio necessário a compreensão do processo e suas fases. Assim conclui-se a pesquisa com a intenção de contribuir para a formação acadêmica e científica dos profissionais em destaque, observando que a este cabe as ações de buscar

alternativas práticas, teóricas e metodológicas para realizar da melhor forma possível sua função no processo de adoção.

Pois é sabido que o trabalho direto com indivíduos não é uma tarefa fácil. Mediante a tantas subjetividades humanas, esse profissional ainda encontra tais meios de exercer sua missão e contribuir para o andamento positivo das funções as quais se propôs desempenhar.

Referências

- BRASIL. ECA (1990). **Estatuto da Criança e do Adolescente**: promulgada em 13 de Julho de 1990. Brasília: Biblioteca digital da Câmara dos Deputados, 2010. 226p. 7^o Ed.
- BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social de Combate à fome Secretaria Nacional de Assistência Social**. Política Nacional de Assistência Social. Brasília, 2004.
- BRASIL. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 9. Ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, 2011.
- BERGER, Maria Virginia Bernad. GRACINO, Eliza Ribas. **Aspectos históricos e educacionais dos abrigos de crianças e adolescentes: a formação do educador e o acompanhamento dos abrigados**. Revista HISTEDBR Online, Campinas, n.18, p.170-185. 2005. Disponível em: <http://pedagogiaaopedaletra.s3.amazonaws.com/wpcontent/uploads/2012/08/ASILO.pdf/> acesso em 25/10/2017.
- CHUAIRI, Sílvia Helena. **Assistência jurídica e serviço social: reflexões interdisciplinares**. In Revista Serviço Social e Sociedade. n. 67, p. 124-144, São Paulo, 2001.
- _____. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL CFESS (org.). **Assistentes Sociais no Brasil: Elementos para o estudo do perfil profissional**. Universidade Federal de Alagoas – UFAL, 2005. Disponível em< www.cfess.org.br/pdf/perfilas_edicaovirtual2006.pdf> acesso em 24/10/2017.

DINIZ, Maria Helena. **Código Civil anotado**. São Paulo: Saraiva 2002.

_____. **ENCONTROS E DESENCONTROS DA ADOÇÃO NO BRASIL**: uma análise do Cadastro Nacional de Adoção do Conselho Nacional de Justiça. Disponível em: www.cnj.jus.br/judiciarias/publicacoes acesso 25/10/2017

ESTEVÃO, Ana Maria Ramos. **O que é Serviço Social**. 3 ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Saber profissional e poder institucional**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FREIRE, Abraão dos Santos. **Uma análise da origem do serviço social no Brasil**. Revista Eletrônica da Faculdade José Augusto Vieira- ano VI- nº08, setembro de 2013. Disponível em <fjav.com.br/revista/Downloads/edicao08/Artigo_348_364.pdf> acesso em 23/10/2017.

IAMAMOTO, Marilda V. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 2. ed. São Paulo/Lima: Cortez/Celats, 1998.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MAUX, A. A. B e Dutra, E. **A adoção no Brasil: algumas reflexões**. Disponível em: <<http://www.revipsi.uerj.br/v10n2/artigos/html/v10n2a05.html>> Acesso 27/10/2017.

SÃO PAULO (Estado). Corregedoria Geral da Justiça. Núcleo de Apoio Profissional de Serviço Social e Psicologia. **Atuação dos Profissionais de Serviço Social e Psicologia – infância e juventude: Manual de procedimentos técnico**. São Paulo, 2006.

WALD, Arnoldo. **O novo direito de família**. 12. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

WINNICOTT, Donald Woods. **A família e o desenvolvimento individual**. Trad. Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Editora Martins, 2005.

Capítulo 14

Atuação do serviço social na qualidade de vida dos idosos

Rita de Cassia de Lima Bié¹

Anna Lúcia Silva²

Luana Félix Bié³

Introdução

O desenvolvimento desta pesquisa, aborda uma temática bastante debatida na atualidade brasileira, da qual denomina-se sobre o tema da qualidade de vida do idoso, usando como subsídio os recursos da assistência social, devido à crescente demanda da população idosa no país, assim como a prolongação da expectativa de vida.

A escolha do tema justifica-se pelo fato de que envelhecer no país, abrange uma certa dúvida quanto as políticas assistenciais e o futuro incerto da reforma da previdência social. Com essas perspectivas, delimita-se este estudo nos conceitos sociais e nas características deste grupo no município de Fortaleza- Ceará.

¹ Graduanda em Serviço Social

² Graduanda em Serviço Social

³ Bacharel em Serviço Social pelo Centro Universitário INTA - UNINTA; Graduada em Secretariado Empresarial pela FATE - Faculdade Ateneu; Graduanda em Design de Moda no Centro Universitário Estácio do Ceará. Atualmente Líder na empresa Katsu Dance Group; Pesquisadora do Instituto Superior de Ensino Sem Fronteiras - ISESF e Organizadora das Coleções: Saúde no Brasil: Formação Acadêmica, Práticas e Exercício da Profissão e Educação Como Forma de Socialização.

O objetivo geral da pesquisa visa relatar os aspectos relativos as políticas públicas sociais que abrangem os benefícios, garantias e direitos da pessoa idosa, e como objetivos específicos, apresentar a construção histórica das políticas assistenciais relativas ao idoso no país, assim como as direcionadas em Fortaleza, e a colaboração profissional do assistente social diante desta busca.

O procedimento metodológico traz um estudo pautado na abordagem quantitativa, descritiva e exploratória, com o objetivo principal de trazer novas informações e aprimoramento de dados e conceitos, conforme Gil (2010), no caso dispõe sobre as particularidades dos idosos residentes de Fortaleza.

O estudo deste trabalho é caracterizado como bibliográfico, pois tem como fonte de dados livros e artigos científicos, e também se classifica como uma pesquisa documental através da utilização de processos históricos e políticas públicas voltado a esse público e sobre melhorias na vida além de relatar as contribuições profissional do assistente social.

2. Relatos históricos

Tudo se inicia no nascimento e se encerra com a morte. Neste espaço de tempo passamos por várias fases. E cada uma dessas fases apresenta características físicas, e/ ou psicológicas diferentes, isso acontece para formação do caráter humano. Na infância começamos a aprender muitas coisas, tudo é novo começamos a descobrir o universo e interagir com o meio. Na adolescência acontece a transição entre infância e idade adulta. É nela que acontecem as maiores transformações tanto no corpo quanto na mente. Na fase adulta as responsabilidades aumentam as pessoas geralmente ficam mais estabilizadas e algumas independentes financeiramente.

A Terceira Idade/Melhor Idade/ Velhice/Idoso período mais avançada da existência humana nela começa-se a mudar a fisionomia a pele fica enrugada, os músculos ficam debilitados e

alguns problemas de saúde iniciam. A vida humana é pautada de limitações, pois enquanto humanos somos limitados. A sabedoria nos permite aceitar cada uma das fases que temos de passar e acolher os frutos que nos é permitido usufruir. O nosso melhor é a família nela temos sustento durante nossa caminhada. Ele deve ter um olhar de gratidão por ter chegado até essa fase, visto que quantas vidas são ceifadas durante sua trajetória.

Como pode-se observar na Carta magna de 1988, diz que terceira idade/ melhor idade/velhice começa aos 65 anos, e o Código Penal Brasileiro cita 70 anos. Ambos são incoerentes com o limite de (60 anos) como consta na Política Nacional do Idoso.

Quadro 1. Geriатras, no atendimento biológico, dividem as idades em:

Divisão	Período etário
Primeira idade	0-20 anos
Segunda idade	21- 49 anos
Terceira idade	50- 77 anos
Quarta idade	70-105 anos

Fonte: PNI (2006). Adaptado

O gerontólogo francês Huet, foi o criador do terno “terceira idade” cujo início cronológico coincide com aposentadoria (de 60 - 65 anos) antes, porém, o termo utilizado ao mencionar a essa fase de vida eram envelhecimento/velho/idoso.

A expressão terceira idade surgiu na França em 1960. O gerontólogo francês Huet em 1962 propôs a designação terceira idade, materializada com a implantação nos anos 1970, da Universidade para a Terceira Idade, popularizando-se no vocabulário mundial (TEIXEIRA, 2008).

Só em 1961 inicia-se no Brasil o interesse pela geriatria, cria-se a (SBG) Sociedade Brasileira de Geriatria, posteriormente designada (SBGG) Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Nos anos 70 Universidades, começam a atender idosos doentes. Já nos anos 80, esses serviços proliferam e inauguram a sistematização desse atendimento. O Século XX foi o século da revolução das

mulheres, já o Século XXI será o da revolução dos velhos. É o que defende a antropóloga Mirian Goldenberg, autora do livro *A Bela Velhice* em que contesta mitos do envelhecer. Muitas mudanças já aconteceram e, na opinião da autora, outras estão por vir.

“Envelhecer é uma possibilidade de realização de cumprimento da missão durante a passagem pela vida. Pois é somente com o tempo que se pode nutrir o fruto da experiência, que se pode modificar as direções e perspectivas, ou até mesmo uma trajetória. (Monteiro 2003).”

Nesta mesma relação, pode ser observado nos descritos por Pessanha (2016, p. 1), onde a mesma relata os aspectos da evolução histórica do idoso no mundo oriental, do qual o comportamento apresentado pelas diferentes sociedades, demonstra o quão é importante aprendermos com outras civilizações para podermos melhorar os nossos aspectos sociais e culturais em relação aos cuidados com os idosos.

A humanidade sempre esteve às voltas com o assunto envelhecer através dos tempos e em diferentes culturas. O processo em si é objeto de estudos e reflexões. Nas sociedades primitivas, os velhos eram objetos de veneração. Os jovens a eles recorriam à procura de seus conselhos, eram respeitados, e lhes confiavam negócios. Na Antiga China o filósofo Confúcio pregava que os integrantes de uma família deveriam obedecer aos mais velhos.

Em geral as sociedades da antiguidade, consideravam a fase de velhice dignificante e adotavam como sábio aquele que atingia essa etapa. Tornou-se importante papel de ancião, época terminal da vivência e aos que nela ingressava era reservado um papel de imensa atuação nos destinos políticos dos grupos sociais e nas decisões importantes.

Com a evolução e progressão em andamento e, fruto da revolução industrial, ocorre uma inversão de valores em vez de sabedoria, passa-se a julgar o homem pela capacidade de produção

muito mais próxima do jovem e, ao idoso começa a restar um lugar de exclusão e marginalização.

Em 1991 a (ONU) instituiu o dia 1º de outubro como Dia Internacional da Terceira Idade em todo mundo, visando sensibilizar a sociedade quanto à necessidade de proteger e cuidar da população mais idosa, muitas vezes esquecida pelo governo. A Lei 10.741/2003 que tornou vigente o Estatuto do idoso e passou-se a comemorar o dia do idoso em 1º de outubro porque até então se comemoravam no dia 27 de setembro. Conforme dados (OMS) o Brasil ocupará o 6º lugar em quantidade de idosos no mundo até 2025, com aproximadamente 32 milhões delas com 60 anos ou mais de idade.

A referida lei o envelhecer da população é uma conquista e um triunfo da humanidade no Século XX, ocasionado pelo sucesso das políticas de saúde públicas e sociais. Portanto, envelhecer não poderá ser considerado um problema, entretanto para as nações desenvolvidas ou em desenvolvimento o envelhecer da população poderá transformar-se em problema, caso não sejam elaborados e executados políticas e programas que promovam o envelhecimento digno e sustentável e que contemple os direitos, as necessidades, as preferências e a capacidade das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. O envelhecimento ativo, que adicione melhoria na vivência, fortalece as políticas e programas de promoção para população inclusiva e coesa para todas as faixas etárias. Assim, o reconhecimento do direito à vida, à dignidade e à longevidade deve ser objeto da agenda oficial dos governos.

A população idosa deverá superar a população menor de quatorze anos em 2050, conforme as projeções da (ONU). Essa inversão na pirâmide populacional demonstra o novo papel vivido pela pessoa idosa com a imposição na promoção da expansão de sua independência e autonomia na sociedade.

Longe de serem frágeis, muitas pessoas idosas mantêm-se em boas condições físicas, realizam as tarefas diariamente e contribuem com suas famílias.

3. Processo histórico e as políticas públicas

As políticas públicas no país, passa por um processo de adaptação lento e cercado de dificuldades, no que diz respeito as execuções e o atendimento aos idosos, fato este deve-se se associar ao crescente número da população idosa dependente, consequência do aumento da expectativa de vida na população, que vitaliza na cooperação mútua e cooperativa entre os entes federativos (estado, município e união).

Porém, historicamente, a partir dos anos 30, as construções políticas e sociais voltadas aos sistemas de início das políticas assistencialistas começaram a ser sustentadas no país. Neste período foram criados pelo Ministério do Trabalho, anos depois a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e programas voltados ao pagamento de pensões e aposentadorias para diversas profissões.

Durante a ditadura o povo brasileiro teve muitos direitos civis, sociais e políticos retirados pelo governo militar. Criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o (FGTS) Fundo de Garantia por Tempo de Serviço. E nos anos 70 o Ministério da Previdência que atuava no ramo da saúde e social.

No entanto estas medidas e programas voltados à população eram baseados no assistencialismo, na corrupção e na ineficiência desses processos. Recursos para manter essas políticas públicas havia, mas, eram desviados e se passava a investir mais no sistema privado (por exemplo educação e saúde privada). O Brasil em 1988 passou a investir menos nessa área, devido à dependência internacional, a crescente desigualdade social, da pobreza e exclusão. Com isso As atuais políticas públicas brasileiras não conseguem reverter à desigualdade e investem, em pequenos grupos sociais. São criadas políticas de compensação para a população com intuito de “distrair” para os verdadeiros problemas.

Deveriam ser criados programas para distribuir de forma igualitária os recursos de caráter individual e social. Onde melhores

condições, seriam ofertadas de maneira agradável e digna. Entretanto, para ter essa qualidade é importante diversos fatores, como moradia, vestuário, educação, saúde, segurança e lazer.

Como no Brasil tais implantações não costumam ser tão debatida por parlamentares do país, não é feito um estudo aprofundado do assunto como esses processos poder ser implantados de maneira mais dinâmica e eficiente. Muitas vezes essas políticas públicas são confundidas como prestação de serviço aos cidadãos. Elas afetam determinados grupos da sociedade permitindo que ações do governo realizadas ou não atinjam pessoas de diversos grupos.

Através da Constituição de 1988 veio a possibilidade da participação efetiva do povo no desenvolvimento dessas políticas, através dos conselhos partidários, e colaborou para garantir a elaboração de diversas leis, que vieram atender as expectativas demandadas pelos diversos segmentos sociais. Assim, ela foi um marco para ampliar os olhares desse público para novas perspectivas que são apresentadas enquanto cidadãos.

Política Nacional do Idoso foi instituída com a, Lei Federal nº 8.842/94 com o objetivo assegurar direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, como é estabelecido em seu artigo 1º.

A Lei Federal nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 da (LOAS) Lei Orgânica de Assistência Social diz em seu artigo 1º que a Assistência social, direito do cidadão e dever do estado, é política de seguridade social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e social, na garantia do atendimento às necessidades básicas. E estabeleceu no art.20 o Benefício de Prestação Continuada (BPC) com o valor de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais, e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem a ter provida por sua família.

Ela trabalha o social e preconiza ações onde o Assistente Social pode auxiliar nos programas direcionados aos idosos. Em janeiro de 1994 o Congresso Nacional decretou a Lei 8.842/94 federal referente à Política Nacional do Idoso (Diário Oficial, 1994). Na seção 2, o artigo 4º constitui diretrizes e na V relata a capacitação e a reciclagem em recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços.

O idoso precisa ser analisado, completamente visto que hoje está surgindo um novo idoso, mais participativo, mais ativo, valorizado, que conhece seus direitos e deveres como cidadão. O ano tido como Ano Internacional do Idoso foi 1999, em virtude da importância e preocupação com essa faixa etária, porém pouco foram os avanços em práticas significativas para essas pessoas na valorização pela sociedade.

Em 2003 o idoso foi contemplado pela Campanha de Fraternidade “Fraternidade e Pessoa Idosa” ressaltando a urgência de maiores pesquisas nesse campo.

Segundo dizem autores como Salgado (1991), Fernandes (1997), Oliveira (1997) e Palma (2000), a problemática envolvendo o envelhecimento não é nova principalmente no Brasil. A carta magna de 88 no artigo 230 frisa o dever da Família, da Sociedade e do Estado em amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. Aqui a educação faz o velho sentir-se objeto fora de uso, visto que aqui a tendência é valorizar aquilo que é novo e desprezar o velho.

Com isso faz-se, necessários programas alternativos que garantam melhoria na realidade dessas pessoas. A preocupação não deve ser só da sociedade política, como também da civil que necessita se conscientizar do envelhecer da humanidade. A sociedade política assumiu sua responsabilidade à frente desse novo panorama demográfico no Brasil, elaborou Leis como Estatuto do Idoso, para preservar os direitos, evitar que sofram discriminação e sejam marginalizados pela sociedade.

O envelhecer nem sempre é encarado naturalmente todos querem viver por muito tempo, mas não querem envelhecer, essa contradição se reflete de forma pessimista, da situação que a se atribui ao idoso. Valorizá-lo é ponto central para inserção e participação do mesmo na sociedade

Uma tutela específica para ele surgiu em 1994, com a Lei 8842/94 que estabelece várias reivindicações feitas pela sociedade em meados de 1970, principalmente através do documento Política da Terceira Idade nos anos 90, produzida pela Associação Nacional de Gerontologia - ANG estabelecendo um rol de recomendações sobre a situação dos mesmos. A Lei referida foi promulgada para assegurar direitos ao idoso possibilitando condições na promoção de autonomia, participação e integração na sociedade.

Se fosse proporcionado aos cidadãos mais velhos pela sociedade brasileira o tratamento e a consideração dispensada aos adultos eliminar-se-ia, os estatutos especiais para esse público, afirma Fernandes (1997). As leis existem para regular o comportamento da população estabelecendo seus direitos e deveres; porém, necessário se faz maior atenção para essa categoria devido à exclusão deste da sociedade produtiva. Deste modo, segundo o Autor, tornou-se essencial criar a Lei 10.741/203, que veio resgatar, os princípios constitucionais que garantem aos cidadãos idosos direitos que preservem a dignidade da pessoa humana, sem discriminação de origem, raça, sexo, cor e idade.

Omissão na vontade política, acusação feita por estudiosos e profissionais responsáveis quanto aos vinte anos de expectativas de atitudes governamentais em favor do público idoso, sendo colocado como prioridade por alguns apenas em suas campanhas eleitorais.

Flagra-se no Brasil um discurso favorável ao idoso, porém inserido em uma realidade prática incompatível, ora reforçado pelo paternalismo, ora pelo assistencialismo, ora potencializando essa categoria, mas sem oferecer um real espaço social.

Tal lei veio resgatar os princípios constitucionais que garantem aos cidadãos os direitos de promover o bem de todos, sem

preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação conforme o artigo 3º IV da Constituição de 88.

A imagem positiva da velhice contemporânea, segundo afirma Lopes (2000, p.28) parece ter contribuído para o interesse que a população brasileira passou a nutrir pelo tema, estimulando e efetivando, programas com distintos perfis econômicos, o que também “[...] confirmam a probabilidade da velhice, ser vivida com uma imagem positiva.

Trad (2010), explica que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, reconhece a importância das evoluções históricas e sociais alcançadas e a funcionalização e parceria das tarefas profissionais, e estimula através dos conceitos da própria legislação que traz consigo a busca pela qualidade de vida da pessoa idosa, abrangendo em si através da Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, os seguintes aspectos:

- a) desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco;
- b) informar sobre seus direitos, como ser acompanhado por pessoas de sua rede social (livre escolha) e quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;
- c) valorizar e respeitar a velhice;
- d) estimular a solidariedade para com esse grupo etário;
- e) realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos;
- f) realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas;
- g) facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de

saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades;

h) articular ações e ampliar a integração entre as secretarias municipais e as estaduais de saúde, e os programas locais desenvolvidos para a difusão da atividade física e o combate ao sedentarismo;

i) promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede, nortear e captar experiências;

j) informar e estimular a prática de nutrição balanceada, sexo seguro, imunização e hábitos de vida saudáveis;

k) realizar ações motivadoras ao abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção;

l) promover ações grupais integradoras com inserção de avaliação, diagnóstico e tratamento da saúde mental da pessoa idosa;

m) reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais dos usuários em seus planos de cuidado, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis;

n) promover a saúde por meio de serviços preventivos primários, tais como a vacinação da população idosa, em conformidade com a Política Nacional de Imunização;

o) estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis em indivíduos idosos;

p) implementar ações que contraponham atitudes preconceituosas e sejam esclarecedoras de que envelhecimento não é sinônimo de doença;

q) disseminar informação adequada sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde e para toda a população, em especial para a população idosa;

r) implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o auto-cuidado dos usuários do SUS;

s) incluir ações de reabilitação para a pessoa idosa na atenção primária de modo a intervir no processo que origina a dependência funcional;

t) investir na promoção da saúde em todas as idades; e

u) articular as ações do Sistema Único de Saúde com o Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

4. Qualidade de vida dos idosos de Fortaleza

A (OMS, 1995) define melhoria de vida como “a percepção do homem em qualquer que seja seu estágio vital no contexto dos sistemas culturais e dos valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e conceitos”. Essa definição refere-se à saúde física, estado psicológico, aspirações pessoais, relações e interações com o meio, traduzindo o homem como um todo.

Combinação de condições objetivas, avaliação subjetiva e de valores pessoais, confirmando a definição da OMS trouxe também reflexões sobre seis domínios para essa melhoria são eles, domínio: de bem-estar físico, material, social, produtivo, emocional e cívico, e ainda admite a influência externa (NERI, 2002).

Segundo o conceito de Araújo (apud MEDEIROS 1999, p.32) melhoria de vida é: “uma variável resultante do desenvolvimento pessoal e coletivo, dependente de múltiplos fatores, que determinam nossa capacidade de produzir resultados, ser feliz e ser saudável”.

Conforme o Dicionário da Qualidade (PRAZERES, 1993, p. 339), entende-se como melhoria de vida:

A avaliação qualitativa das situações de vida dos seres humanos e dos animais, bem como a satisfação das necessidades e expectativas do cidadão. O conceito associa-se ao bem-estar, à segurança, à expectativa de vida, à paz de espírito e ao desfrute das condições essenciais que o cidadão deve ter ao seu alcance (água, luz, higiene, telefone, etc.). Esse conceito difere do desenvolvimento e progresso como é aplicado rotineiramente, que está centrado na realização material e no faturamento.

Um dos modelos mais conhecidos na melhoria de vivência foi desenvolvido por Lawton (1983, apud Benevides, 2003), que a define como resultado da avaliação multidimensional referenciada a critérios sócio-normativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente. O modelo descreve quatro dimensões conceituais. Dentre elas pode-se citar:

- a) Competência comportamental: avaliação do funcionamento do indivíduo no tocante à saúde, a funcionalidade física, à cognição, ao comportamento social e à utilização do tempo, referenciada a parâmetros clínicos, bioquímicos e comportamentais;
- b) Condições ambientais, que são relativas ao contexto físico e ao construído pelo homem e têm relação direta com a competência comportamental;
- c) Qualidade de vida percebida: a avaliação subjetiva que cada pessoa faz sobre seu funcionamento em qualquer domínio das competências comportamentais é o conteúdo primário da qualidade de vida percebida;
- d) Bem-estar psicológico: este domínio reflete a avaliação pessoal sobre o conjunto e a dinâmica das relações entre as três áreas precedentes.

As expectativas de vida das pessoas segundo pesquisas indicam está crescendo cada vez mais, porém de nada adianta valorizar os anos a mais se eles não possuírem uma boa qualidade de vida. Identificar os fatores que assegurem uma boa qualidade de vida na velhice deve ser primordial tanto para os idosos quanto para profissionais que lidam com esses idosos. A qualidade de vida na velhice implica em diversos fatores segundo NERI (1993, p.10)

Múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sócio-estrutural implicam em avaliar a qualidade de vida na velhice. Vários elementos são apontados como determinantes de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, controle cognitivo, competência social, produtividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares e

ocupacionais e continuidade de relações informais em grupos primários.

A autora conclui que a especulação acerca deste tema reflete multiplicidade de critérios e de indicadores, ressalta que para ter uma boa qualidade de vida, esta excede aos limites da responsabilidade individual, devendo ser percebida como um caráter sociocultural nesta sociedade que vive em mudanças.

(BALTES; BALTES apud NERI, 1993, p.10) afirmam que a longevidade tem implicações importantes para a qualidade de vida, ocorrem perdas e modificações significativas, como a suscetibilidade para certas doenças e perdas afetivas, podendo ocasionar diferentes graus de ansiedade, dependendo da história pessoal, do nível social e dos valores de cada um. “Uma velhice satisfatória é largamente mediada pela subjetividade, e referenciada ao sistema de valores que vigora num período histórico determinado, para uma dada unidade sociocultural. ” (BALTES; BALTES apud NERI, 1993, p. 10)

(SAYEG, 1998) defende que estilo de vida deve ser alicerçado em hábitos saudáveis: atividade física, controles médicos etc. O meio ambiente e determinante sociais podem contribuir com várias facilidades: ausência de poluentes e infra-estrutura adequada.

“Chegar à velhice com saúde é privilégio de poucos, devido ao somatório de situações desgastantes ao longo da vida. Daí ser ela relacionada com a doença, com a degeneração, com a pluripatologia”é o que aborda Fraiman (1995, p.30)

Na opinião de Neri (1993, p. 11) “a satisfação na velhice dependeria da capacidade de manter ou restaurar o bem-estar subjetivo justamente numa época da vida em que a pessoa está mais exposta a riscos e crises de natureza biológica, psicológica e social. ”

Muitas vezes, envelhecer bem, traduz-se, pela ideia de que é essencial o convívio social, a participação, os cuidados preventivos, os hábitos de vida saudáveis. Mas, para cada indivíduo envelhecer com qualidade de vida pode significar diferentes fatores, como explicita Paschoal (2000, p. 24)

Segundo (Paschoal 2001) A natureza abstrata do termo qualidade explica porque “boa qualidade” tem significados diferentes, para pessoas, em lugares e ocasiões diferentes. Existem inúmeras conceituações de qualidade de vida; cada indivíduo tenha seu próprio conceito.

Finalmente, melhoria na vivência humana pode ser vista e compreendida diferentemente, por este público, que passam por limitações inúmeras nesta fase. Conforme pode-se perceber figura 1, através do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, realizadas no senso de 2000 e 2010, a população idosa de Fortaleza cresceu consideravelmente, isso requer uma atenção maior no bem-estar dessas pessoas da parte dos governantes.

**Figura 1. População de Idosos - Fortaleza
IBGE - Pirâmide**



Fonte: IBGE (2000 – 2010) Dados Estatísticos

Infelizmente não é só o governo que está deixando a desejar, mas principalmente muitas famílias que abandonam seus entes queridos em hospitais, asilos, casas de repouso e outros, delegando a outras pessoas deveres que cabem a elas. O amor dos filhos aos

pais nesta etapa de sua trajetória torna-se essencial assegurando-lhes maior proteção e segurança, compreende uma das mais sublimes ações do homem para consigo mesmo e para com os de sua espécie.

Pode ser observado em outros trabalhos acadêmicos, a distinção de políticas públicas sociais aplicadas ao idoso no Município de Fortaleza, com o objetivo de gerir ajuda, proteção e acolhimento, como descrito por Almeida (2013, p.38), pode-se encontrar alguns espaços de efetivação de políticas para promoção na melhoria da existência destes seres, como descrito no quadro 2:

Quadro 2: Políticas e ações de ajuda e proteção ao idoso

Local	Especialidade	Fonte
Alô idoso: Central telefônica	Reclamações, denúncias e informações sobre maus tratos abandono e negligencias	Governo do estado do Ceará
Centros comunitários	Atividades lúdicas e de entretenimentos com grupos	Prefeitura de Fortaleza, www.fortaleza.ce.gov
Centro de cidadania CSU's (antigos centros sociais urbanos)	Esportes como ginástica e hidroginásticas	Jornal "O povo" de 06/12/2012
CIAPREVI (centro integrado de atenção e prevenção à violência contra o idoso)	Acolhimento, orientação e acompanhamento jurídico, psicológico e social em casos de violência contra o idoso	MDS (Ministério do Desenvolvimento Social)
CRAS (Centro de Referência de Assistência Social)	Convivência e fortalecimento de vínculos	MDS (Ministério do Desenvolvimento Social)
Lar Torres de Melo	Abrigo de longa permanência não governamental	

Promotoria do idoso	Repressivo da discriminação e violência ao idoso, parceiro para inclusão social da pessoa idosa	MS (Ministério Público)
PSBS (Projeto Saúde Bombeiro Sociedade)	Práticas de ginásticas	Jornal diário do Nordeste 22/04/2012
(SESC) Serviço Social do Comércio	Grupos, esportes, lazer e oficinas	Site do Sesc www.sesc.com.br/portal
Unidade de abrigo de idosos mantido pelo governo e pela MDS	Abrigam idosos abandonados e idosos que apenas participam de grupos como visitantes	STDS (Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social)
Universidade para Terceira Idade	34 cursos sem fronteira	Jornal O povo on-line
Vilas olímpicas	Lazer e culturas	Secretária do esporte do Ceará

Fonte: Almeida (2013, p.38). Adaptado

Conforme notícia do jornal O Estado, em Fortaleza existem mais de 510 idosos morando em 17 instituições, públicas e privadas, reservados a este fim, informação dada pelo Promotor de Justiça de Defesa do Idoso Alexandre de Oliveira Alcântara. Que em sua opinião seria importante existir um Centro de Referência, dentre outros equipamentos e serviços específicos para esta população.

Conforme dados do (IBGE) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística existem no Ceará 840 mil idosos, isso represente cerca de 10% de sua população. O promotor informa também que inspeções são realizadas duas vezes por ano nestes locais, que o Corpo de bombeiro, Vigilância sanitária, além do Núcleo de Apoio Técnico (NATEC) do Ministério Público do Ceará (MPCE), avaliam a estrutura dos mesmos, pois muitos funcionam sem o registro sanitário e do corpo de bombeiros.

A Prefeitura Municipal de Fortaleza, através dos programas de assistência social e políticas públicas, tem um planejamento a ser executado dos anos de 2017 a 2040, através de um plano de ação

para pessoas idosas, divididos em quatro eixos, sendo uma dessas linhas relacionada com a Promoção e Assistência Social, que busca descrever as seguintes ações através do quadro 3:

Quadro 3: Linha de Ação 01: Assistência e Inclusão Social

Ações, Projetos ou Subprojetos	Metas	Indicações de Execução	Prazos	Responsáveis
Programa Municipal de Voluntariado	01 programa criado e implementado	programa criado e implementado	2017 a 2014	SCDH
Sensibilização de voluntários	24 campanhas anuais	Campanhas realizadas	Ação contínua	SCDH
Elaboração de diagnóstico sobre a realidade do idoso no município de Fortaleza	03 pesquisas aplicadas com dois mil idosos	Pesquisas e Diagnósticos	2017 a 2037	IPLANFOR Coordenadora do Idoso
Levantamento de serviços, equipamentos e oportunidades existentes para atenção ao idoso em Fortaleza	01 levantamento realizado e atualizado anualmente	Levantamento e Publicação	2017 a 2040	IPLANFOR Coordenadora do Idoso
Criação e implantação da RENADI – Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa em âmbito municipal	01 rede criada e em funcionamento	Comissão intersetorial, programas e projetos em funcionamento	2017 a 2040	Gabinete do Prefeito

Implantação do Programa Cidade Amiga do Idoso	01 programa	Implantado e em funcionamento	2017 a 2040	Gabinete do Prefeito
Ampliação do Fundo Municipal do Idoso	20 projetos até 2017 e 10% incrementado anualmente	Entidades atendidas	2017 a 2040	CMDPI
Fortalecimento do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa	Deliberações efetivadas	CMDPI	2017 a 2040	CMDPI

Fonte: PMF (Fortaleza 2040, Eixo 2 – Idoso, 2017, p.8). Adaptado

5. Contribuição do assistente social

Assistente Social é o profissional que desenvolve sua capacidade de decifrar a realidade e construir proposta de trabalho criativo e capaz de preservar e efetivar direitos, com demandas emergentes no cotidiano (IAMAMOTO, 2009), como é o caso de sua atuação com a população idosa. A abordagem do Serviço Social na sua prática profissional é condicionada pelas relações entre o Estado e a Sociedade Civil (IAMAMOTO, 2009).

O profissional deve ser equilibrado psicoafetivamente para agir eliminando conflitos e não ser a causa deles e utilizar-se das bases científicas na promoção, integração e ajustamento do homem (IAMAMOTO et al, 2008).

Assistente social contribui formando cidadãos como sujeitos sociais ativos segundo (BRUNO, 2003). Como profissional, atua em diferentes tipos de instituições que trabalham com esse público como a Faculdade da Terceira Idade e a Casa do Idoso. A Faculdade de Terceira idade objetiva uma educação continuada. Em uma instituição asilar se depara com um grande problema o paradoxo existente entre a instituição X cidadania. Possui um caráter fechado,

sendo, necessário a convivência social e laços afetivos (MENDES, 2004). A ele, deve ser preservado direitos como igualdade de oportunidades e tratamento total (BERZINS, 2003).

Durante todo desenvolvimento humano, o atendimento social esteve vinculado ao público idoso, através de suas vertentes filantrópicas e assistencialistas de atenção aos estratos fragilizados tanto pelas desigualdades socioeconômicas, quanto pela problemática de sua inclusão acompanhada pelos estigmas da vivência.

Por referir-se a uma profissão que lida diretamente com a intermediação entre as ações e a proteção dos indivíduos, é inegável que este profissional tem obrigação de intervir nas situações sociais de conflito relacionadas ou advindas do envelhecimento, atendendo em suas demandas, destarte a isto, compondo todo um senso crítico acerca de suas implicações para o meio social, visto que o envelhecer acontece de fato e se compõe de modo a refletir nas relações entre os indivíduos, nas políticas propostas pelo Estado, nas relações de trabalho e na percepção da pessoa idosa frente essa realidade de que nos é imposta progressivamente pelo tempo, determinando tantas transformações em sua existência.

Como se pode perceber, o profissional da área é atuante no âmbito relacionado aos direitos daqueles que precisam. Especialmente dos menos assistidos buscando melhorias. Em se relacionando ao idoso, buscam melhorias em âmbitos diferentes especialmente numa melhoria em sua vivência. Ética é fundamental no exercício de qualquer profissão, porém quando envolve o idoso requer um cuidado especial, pois esse “Ser”, traz uma história de vida, às vezes muito dolorosa, a qual acarreta para sua existência doenças física e da alma.

Não há como ficar indiferente perante a tantas situações de descaso com o homem. Hoje não basta apenas ter um certificado de profissão é necessário exercê-la com amor e eficiência, pois o mundo globalizado o qual estamos inseridos exige do homem, não apenas fazer o certo, mas fazer o diferencial.

6. Conclusões

O presente estudo permite, de maneira exploratória, trazer a luz um maior conhecimento a respeito do envelhecer e a melhoria na vida da pessoa idosa, constituída através dos aspectos do envelhecer com saúde no país. As observações dispostas, traz consigo as observações de uma realidade que necessita de uma urgência em procurar assegurar e colocar em prática, os seus direitos adquiridos através da legislação pública no país, dos seus benefícios e da execução plena dos programas estaduais, municipais e federais.

Apesar da existência das políticas públicas que garantam direitos essenciais, a dificuldade no processo de execução e acesso do idoso, ainda é uma realidade presente, da qual reforça que este papel de melhorias na qualidade de vida dos idosos, é um dever de todos, abrangendo a família e a sociedade

Nesta relação de composição da sociedade e da família, discutisse os problemas encontrados na família, como a violência, o abandono, a privação de seus direitos, assim como o uso indevido do benefício financeiro da aposentadoria, com coisas supérfluas, privando-os de uma velhice com qualidade.

A velhice, é uma fase que traz consigo uma série de consequências biológicas dos seres vivos, como doenças endêmicas, doenças do sistema nervoso, dos ossos, dentre outras, que se faz necessário, desenvolver uma atenção especial nesta fase da vida, e que a sociedade deve estar de prontidão para ajudar e atender como forma de retribuição, tudo o que eles já contribuíram enquanto trabalhadores.

O envelhecimento começa logo que o homem para de crescer. Iniciam-se as mudanças no corpo e já não se consegue fazer tudo como era antes. Contudo não podemos vê-lo como sinônimo de doença, incapacidade ou de tristezas.

Neste papel entra a presença do assistente social, que se caracteriza como o profissional que dispõe das ações de proteção e amparo, no uso de suas atribuições através das execuções dos serviços de proteção social básica, atendendo as pessoas em situação de vulnerabilidade social, fortalecendo os vínculos familiares e comunitários, e ampliando o acesso a seus direitos e garantias estabelecidos através das leis brasileiras.

Referências

ALMEIDA, H. S. L. **Políticas públicas e a promoção da qualidade de vida na velhice: um estudo sobre o projeto saúde, bombeiros e sociedade em Fortaleza.** Monografia (Serviço Social). Faculdade Cearense. Fortaleza, p. 75, 2013.

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. **Envelhecimento populacional: uma conquista celebrada.** Revista Serviço Social e Sociedade, nº75, Velhice e Envelhecimento. São Paulo: Cortez, 2003, p.19 e 34.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.**

FRAIMAN, Ana Perwin. **Coisas da Idade.** 4ª edição. São Paulo: Gente, 1995, p.143.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa.** 8 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

IAMAMOTO, M.V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:** SP Cortez Editora, 2008.

IAMAMOTO, M.V., **O Serviço Social na Contemporaneidade:** SP Cortez Editora, 2009.

MEDEIROS, Aline Carolina. **Qualidade de Vida: Um desafio para os aposentados da CELESC.** Trabalho de Conclusão de Curso – Serviço Social. UFSC, 1999.

- NERI, Anita Liberalesso. **Palavras chaves em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2001.
- NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Qualidade de Vida e Idade Madura**. Campinas: Papirus, 1993.
- PESSANHA, C. C. F. **Breves considerações sobre a evolução histórica da imagem do idoso na civilização oriental**. Revista de Trabalhos Acadêmicos. Universo Campos dos Goyatazes. N. 6, V. 2, 2016, p. 1-6.
- PRAZERES, P. M. **Dicionário de Termos da Qualidade**. São Paulo: Editora Atlas, 1993.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Fortaleza 2040. Eixo 2 – Idoso. Versão Preliminar**. Fortaleza, 2017. Recurso eletrônico. Disponível em: http://fortaleza2040.fortaleza.ce.gov.br/site/assets/files/eixos/2_Idoso.pdf Acesso 05 abr 2018.
- SAYEG, N. A **Questão do envelhecimento no Brasil**. Revista O mundo da saúde. Nº4. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, jul/ago, 1998.
- TEIXEIRA, M. C. T. V.; SCHULZE, C. M. N.; CAMARGO, B. V.; **Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de Saúde**. Estud. Psicol. (Natal) vol.7 no.2 Natal July/Dec. 2002. <http://www.tribunapr.com.br/arquivo/vida-saude/a-evolucao-historica-da-imagem-do-idoso-envelhecimento-social/>
- TRAD, L. A. B. **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

Capítulo 15

O ostomizado e a atuação do assistente social

Esteliana Ferreira Bié¹

Roseane Ferreira Lima²

Luana Félix Bié³

Introdução

O desenvolvimento social no país, abrange diversos aspectos, principalmente nas áreas econômicas e na saúde. Direcionando especificamente na área da saúde, optou-se por discorrer sobre o tema da ostomia, no qual há uma necessidade de um atendimento diferenciado por esses pacientes, principalmente pelos assistentes sociais, dos quais irão proporcionar direitos e garantias para melhorar a qualidade de vida dos pacientes ostomizados no país.

A ostomia é um processo cirúrgico, no qual será realizado um orifício no paciente, para que seja possível conectar uma porção interior de um órgão interior em contato com o exterior, suturando a mucosa da pele, para que seja drenado urina e fezes desse paciente por um determinado período de tempo.

¹ Graduanda em Serviço Social

² Graduanda em Serviço Social

³ Bacharel em Serviço Social pelo Centro Universitário INTA – UNINTA; Graduada em Secretariado Empresarial pela FATE – Faculdade Ateneu; Graduanda em Design de Moda no Centro Universitário Estácio do Ceará. Atualmente Líder na empresa Katsu Dance Group; Pesquisadora do Instituto Superior de Ensino Sem Fronteiras – ISESF e Organizadora das Coleções: Saúde no Brasil: Formação Acadêmica, Práticas e Exercício da Profissão e Educação Como Forma de Socialização.

É justamente nesta relação que será desenvolvido os aspectos do papel do assistente social, no pré e pós-operatório dos pacientes, pois ações como planejamento da alta, acolhimento, transporte, condições sociais e psicológicas, são fatores que irão adentrar nesta relação, e é necessário que este profissional esteja apostado para realizar e atender todas as necessidades com prontidão do paciente, com o objetivo de melhorar e valorizar a sua qualidade de vida.

Esta pesquisa científica justifica-se pelo fato de que este tema aborda uma área pouco debatida no Brasil, o ostomizado, usando como ferramenta da área médica. Mesmo existindo toda uma legislação vigente no país será abordada apenas o ostomizado utilizando a Assistência Social Escalar.

O objetivo geral da pesquisa visa a fazer-se conhecer as necessidades do ostomizados, sua qualidade de vida e como o assistente social pode atuar em prol do ostomizado. Os objetivos específicos é identificar historicamente os períodos das primeiras conquistas dos ostomizados, conceito de ostomia, tipos de ostomia, qualidade de vida do ostomizado, e a atuação do assistente social.

O procedimento metodológico traz um estudo pautado na abordagem qualitativa e descritiva sobre os ostomizados e a atuação do assistente social. No primeiro momento é feito um breve relato sobre a história da estomia, no segundo momento sobre os tipos de ostomia, no terceiro momento e quarto momento se relata as qualidades de vida do ostomizado e a atuação do assistente social em relação ao ostomizado, tratando-se de um estudo exploratório, realizado a partir de pesquisa bibliográfica e documental.

2. Conceituando ostomia

O conceito de ostomia para S. Martins, Lamelas e Rodrigues (2007), “...significa uma comunicação cirúrgica entre um órgão interno e a superfície corporal, que permite a eliminação do conteúdo digestivo sem a presença de um esfíncter para controlar o tempo de esvaziamento intestinal” (p.199).

Na opinião da Associação Paranaense dos Ostomizados, A ostomia é uma intervenção cirúrgica que permite criar uma comunicação entre o órgão interno e o exterior, como a finalidade de eliminar os dejetos do organismo.

Já segundo A. Menezes e Quintana (2008), o conceito de estoma é indicado para todas as situações em que é necessário realizar artificialmente uma ligação para o exterior com carácter provisório ou definitivo. Outros conceitos de estomia também são caracterizados através dessa ligação, das quais são descritas como Coleostomia, Ileostomia e Urostomia, conforme descreve o Ministério da Saúde (2010, p. 8):

É uma cirurgia para construção de um novo trajeto localizado no abdômen para saída de fezes e urina. Quando é realizada no intestino grosso, chamamos de COLOSTOMIA. Dependendo do lugar onde é feita, a frequência de evacuações e a consistência das fezes ficam diferentes. Quando é realizada no intestino delgado (fino), chamamos de ILEOSTOMIA. Neste tipo de estomia as fezes são inicialmente líquidas e passam a ser semi-pastosas depois de um período de adaptação. Pode funcionar (sair fezes) várias vezes ao dia. Chamamos de UROSTOMIA quando é colocado um estoma para saída de urina. A urina sai continuamente, ou seja, sem interrupção.

3. Classificação e complicações dos tipos de ostomia

De acordo com a Associação Brasileira de Ostomizados, existem três tipos de ostomias: Ileostomia que é um tipo se ostoma intestinal que faz a comunicação do intestino delgado, com o exterior. As ileostomias podem ser também permanentes ou temporárias, obedecendo ao mesmo critério que as colostomias; A colostomia é um tipo de ostoma intestinal que faz a comunicação do cólon com o exterior e urostomia, como pode ser observado na figura 1.

Figura 1. Tipos de Ostomias

Fonte: Google imagens

Segundo S. Martins e Cols. (2007) consideram que, na classificação das ostomias, é importante ter em atenção um conjunto de aspetos, nomeadamente a função, a localização anatômica e o tempo de permanência. No que respeita à função, podemos observar estomas respiratórios (traqueostomia), urinários (urostomia) e digestivos, estes subdivididos em estomas de alimentação na faringe (faringostomia), no esófago (esofagostomia), no estômago (gastrostomia e jejunostomia) e estomas de derivação (gastrostomia, ileostomia e jejunostomia). Relativamente à localização anatômica, as ostomias podem classificar-se em jejunostomia, ileostomia, colostomia transversa, descendente e sigmóidea de acordo com o local do tubo digestivo em que se originam. Contudo, apresentam especificidades próprias no que se referem à consistência das fezes, cuidados específicos, material de recolha, complicações e requisitos especiais de adaptação aos estilos de vida (Gutman, 2011).

Vistos estes aspectos, é importante lembrar que nos cuidados que deve se ter no uso dos coletores, que podem ser de dois tipos: Intestinais (coletam fezes) e Urinários (coletam urina), além dos cuidados com a higienização dos coletores, assim como a limpeza do

local onde foi realizado o procedimento de inserção, como descreve o Ministério da Saúde (2010, p. 9):

1. Use sempre o coletor adequado ao seu tipo de estoma (intestinal ou urológico), de acordo com as orientações e indicações do profissional especializado (estomaterapeuta).
2. Certifique-se de que o tamanho que foi recortado no coletor está correto. O orifício de abertura de seu coletor deve ser igual ao tamanho de seu estoma.
3. Guarde seus coletores de reserva em lugar arejado, limpo, seco e fora do alcance da luz solar, sem dobrá-las.

Outro fator relevante a ser observado nesse processo, é quanto as complicações que podem ocorrer durante o período pós-operatório, que podem impactar inclusive na qualidade de vida do ostomizado, que além de ocorrer problemas relacionados ao mau posicionamento gerando dores e irritação ou inadaptação do sistema, pode gerar um desconforto psicológico no paciente, conforme descreve Vinhas (2010, p.11):

Vários factores pré-operatórios e intra-operatórios podem contribuir para a ocorrência de complicações precoces pós-operatórias: o mau posicionamento da ostomia pode levar no pós-operatório a uma inevitável morbidade, incluindo dor, inadaptação do sistema, irritação da pele periostomal, e perturbação da saúde psicológica; a cirurgia emergente frequentemente obriga a colocação de uma ostomia numa localização atípica, muitas vezes sem o benefício da cuidadosa marcação do local da ostomia sob a orientação de um enfermeiro estomaterapeuta; agressões cirúrgicas podem levar a desequilíbrios hidro-electrolíticos e a uma resposta inflamatória sistémica, que, em casos extremos, podem evoluir para uma insuficiência multi-orgânica, mesmo com uma intervenção adequada; factores técnicos também afectam o risco de complicações pós-operatórias imediatas. Por exemplo, a habilidade do cirurgião para mobilizar e traccionar o intestino através da parede abdominal influencia a maturação da ostomia. Outros factores que influenciam o risco de complicações pós-operatórias incluem hipertensão intra-abdominal, a dependência de esteróides, e a malnutrição.

Estes fatores irão desempenhar numa construção de complicações que Vinhas (2010) descreve em três tipos: Precoce, Tardia e Cutânea, das quais são serão apresentadas de acordo com os problemas apresentados pela inserção, o pós-operatório, o manuseio, a recusa do paciente ou ainda distúrbios, conforme descrito no quadro 1:

Quadro 1. Tipos de complicações ocorridas no ostomizado

Tipos de Complicações	Descrição
Precoces	As principais complicações precoces são: edema, que habitualmente desaparece ao fim de 2 a 3 semanas; hemorragia periostomal, que pode ser hemoperitoneu, hematoma da parede ou presença de sangue na bolsa colectora; necrose, definida como a morte do tecido ostomal resultante de um fluxo sanguíneo prejudicado, e a isquemia que normalmente ocorre dentro de 24 horas após a cirurgia, resultando numa ostomia que aparece com uma coloração marrom a preta e é tipicamente macia e flácida à palpação; deiscência da sutura mucocutânea que consiste na separação da ostomia da pele periostomal e pode ser total ou parcial; infecção e abscesso periostomal que geralmente ocorre na primeira semana pós-operatória e se manifesta pela presença dos sinais de Celso (ruborização, tumefacção e aumento da temperatura da pele periostomal) e pode levar a deiscência e evisceração; oclusão intestinal aguda frequentemente resultante de adesões intraabdominais decorrentes da ressecção intestinal prévia. A presença de vólvulos, hérnias internas ou encarceramento de uma ansa intestinal entre a ostomia e a parede abdominal também são condições predisponentes para a ocorrência de oclusão intestinal.
\Tardias	As complicações tardias mais frequentes são: hérnia paraostomal que ocorre mais nas colostomias do que nas ileostomias, e a maioria surge nos primeiros dois anos após a cirurgia; prolapso que pode ocorrer tanto nas ostomias terminais como nas laterais mas é frequente nas laterais, e o segmento intestinal distal é o mais vezes envolvido; estenose com insuficiência de drenagem de efluentes, devido ao estreitamento ou contracção do tecido da ostomia ao nível da

	pele ou da fásia, e que habitualmente ocorre secundariamente a isquemia, infecção ou retracção ostomal; retracção que é definida como o desaparecimento da normal protrusão da ostomia, e é classificada como uma complicação porque as ostomias são mais fáceis de manejar quando se projectam a um nível adequado acima da pele e além disso dificulta a adaptação e aderência dos dispositivos; fistulas periostomais que mais frequentemente aparecem em ileostomias e como manifestação de recidiva da doença de Crohn.
Cutâneas	Elas podem incluir: dermatite irritativa de contacto, que pode ser causada pelo contacto com as fezes, urina ou químicos; trauma mecânico em resposta à pressão e à fricção; problemas relacionados com a doença pré-existente, tal como a doença de Crohn ou Psoríase; e infecção por microorganismos patogénicos, que podem originar dano da pele. A dermatite irritativa de contacto é uma das complicações mais comuns. Associada com outros factores, pode desencadear um ciclo de agravamento progressivo de dano na pele, falência da aderência do saco colector e extravasamento do conteúdo. Muitos pacientes não compreendem o processo de maturação da ostomia ou que as alterações de peso podem modificar o seu formato e tamanho. Estas alterações podem requerer uma mudança da placa ou da técnica de manuseamento. As desordens da pele periostomal estão escondidas sob as placas e muitas vezes são encaradas como factos da vida e as pessoas não procuram ajuda até o dano ser severo.

Fonte: Vinhas (2010, p.6)

Essas ações são necessárias para prover um bom resultado no controle de problemas relacionados a ostomia, devendo ainda ficar atento a ações cotidianas que permitem os cuidados por meio do profissional da enfermagem avaliar e analisar possíveis complicações do procedimento, devendo adotar os seguintes aspectos para evitar essas situações, conforme descreve Viana e Withaker (2011, p. 448):

- Avaliar o local do estoma diariamente (atentar para coloração, presença de hemorragias, prolapsos, aspecto e quantidade das eliminações);

- Monitorar a pele periestoma;
- Manter proteção da pele periestoma (lavar a pele com água e sabão e secá-la a cada troca da bolsa);
- Manter barreira protetora entre o conteúdo fecal e a pele; para isso, utilizar pomadas protetoras, hidrocoloides ou produtos similares;
- Usar bolsa de drenagem que permita a avaliação diária do estoma e do conteúdo eliminado;
- Manter boa higiene da bolsa da ostomia (esvaziar, irrigar e limpar a bolsa frequentemente); e
- Utilizar equipamento de proteção individual adequado para manuseio da ostomia.

4. Característica e precauções para uma melhor qualidade de vida de pessoas ostomizadas

Para Kluthcovsky e Magri (2006), os cuidados pós-operatório realizado pela equipe de enfermagem e as relações pessoais, o ambiente, a satisfação, o amor e desenvolvimento de uma atividade profissional são aspectos subjetivos que passam a ser valorizados e de ter sua relevância na qualidade de vida dos ostomizados.

Sobre a qualidade de vida dessa parcela da população o cuidado tem que ser avisto e praticados logo após o diagnóstico cirúrgico “é extremamente necessário para os resultados positivos e de qualidade de vida do paciente, observado os fatos dispostos pelo Manual de Condutas do Serviço de Cirurgia Geral (2017, p.74) ”.

Segue abaixo alguns aspectos apresentados no Manual de Condutas do Serviço de Cirurgia Geral:

- É de fundamental importância que os pacientes sejam devidamente orientados e que o preparo psicológico seja fornecido pela equipe. As experiências físicas, psíquicas e emocionais devem ser levadas em consideração, visto que a ostomia promoverá readaptações no estilo de vida do indivíduo, acarretando medos quanto à sexualidade, aceitação social e laboral;
- O planejamento do sítio adequado para confecção da ostomia minimiza as complicações pós-operatórias e melhora a qualidade de vida do paciente. Fatores a serem considerados incluem: características do abdômen (sentado e em pé), incisões abdominais

prévias, proeminências ósseas, ocupação, forma de se vestir (linha da cintura), incapacidade e limitações físicas;

- A ostomia pode situar-se em ambos os lados da linha média abdominal, imediatamente inferior e lateral ao umbigo. Deve-se preferir a confecção através da musculatura reto abdominal, o que fornece um apoio adicional e estabilidade ao estoma;
- O paciente deve ser capaz de visualizar o estoma, acessando-o sem dificuldades. Pacientes obesos mórbidos devem ter seus estomas confeccionados acima da cicatriz umbilical, de modo que ao se sentar não fiquem impedidos de acessá-la devido ao aumento da circunferência do abdômen inferior;
- Deve distar 5 cms de todas as bordas, vincos, incisões anteriores, linha de cintura, umbigo e proeminências ósseas (atrapalham a adesão da bolsa de Kayara).

Para que se tenha uma busca continua pela qualidade de vida Santos (2002) ressalta a autoestima, que deve ser buscada de maneira continua por uma “vida saudável, além de ter uma boa saúde física e mental, engloba o estar de bem com você mesmo e com a vida, com as pessoas e estar em equilíbrio”.

Como observa-se na figura 2, pessoas comuns e com procedimentos de ostomia.

Imagem 1. Pacientes com ostomia urinária e digestiva



Fonte: Vinhas (2010, p.5)

Qualidade de vida é estar saudável, desde a saúde física, cultural, espiritual até a saúde profissional, intelectual e social. Cada vez mais as empresas que desejarem estar entre as melhores do mercado deverão investir nas pessoas. Portanto, qualidade de vida é um fator de excelência pessoal e organizacional (De MARCHI apud FRANÇA, 2004, p. 41)

As pesquisas acerca da qualidade de vida desse grupo de pessoas têm como foco orientar aos profissionais de saúde, familiares e aos próprios ostomizados diretrizes norteadoras a interação social entre os mesmos.

No ano de 2015 a enfermeira Jarine Manuelle Castro Ribeiro, da Universidade de Brasília - UNB, da Faculdade de Ciências da Saúde do Departamento de Enfermagem publicou um estudo sobre a qualidade de vida de pessoas com estomia intestinal. Os dados coletados nos proporcionam uma maior compreensão acerca da temática abordada.

Segue abaixo alguns dos resultados da pesquisa produzida pela enfermeira Jarine Manuelle Castro Ribeiro da UNB, no ano de 2015.

Quadro 2. Cuidados para uma melhor qualidade de vida do ostomizado

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA AO TEMPO E TIPOS DE ESTOMIA	QUALIDADE DE VIDA E A ALIMENTAÇÃO
Os indivíduos com estomia tanto definitiva quanto temporária sofrem as mesmas angústias e os mesmos impactos na qualidade de vida; porém, pacientes com estomia há menos de 1(um) ano revelam maior insatisfação em sua vida diária em decorrência do grau de aceitação da sua nova condição. Estas pessoas, com	O condicionamento alimentar e/ou maior controle da dieta foram fatos relatados em estudos, muitas pessoas evitam comer alimentos que causam gases ou que são de rápida digestão. Autores dão ênfase na importância de educação nutricional para pessoas estomizadas, visto que o controle da dieta pode auxiliar na melhora da

estomia temporária, tem um nível maior de ansiedade quando comparadas àquelas com estomia definitiva. Isso ocorre devido a possibilidades de aquelas voltarem à condição anterior à confecção do estoma. Assim pessoas com estomia há muito tempo têm maior grau de satisfação com a vida, conseqüentemente possui melhores índices de boa qualidade de vida.	qualidade de vida. A alimentação é um aspecto importante para esta melhoria porque está associado com a emissão de gases, um problema físico que acarreta em isolamento social e, por conseguinte, interfere na qualidade de vida das pessoas estomizadas.
SONO E REPOUSO	PROBLEMAS FÍSICOS
Por causa da estomia as necessidades humanas são prejudicadas. Apesar de distúrbios no sono serem mais relatados em mulheres com baixo índice de qualidade de vida, ambos, homens e mulheres podem sofrer de fadiga por terem o padrão de sono prejudicado. A demanda de cuidados exige esforço físico de tal maneira a interferir no repouso noturno devido ao receio de extravasamento do efluente, e necessidade de troca da bolsa, sendo estas possíveis causas da interrupção do sono. Baldwin et al. afirmam em seus estudos que homens que não informaram perturbações no sono ou fadiga tinham uma melhor qualidade de vida, assim inferem que ausência de fadiga e sono ininterrupto promovem uma melhor qualidade de vida.	Algumas pesquisas citaram os problemas físicos relacionados à localização do estoma: irritação e prurido na região periestoma, mau hálito, emissão de gases na presença de outras pessoas, hérnias, vazamento de efluentes. Dermatites, retração do estoma e prolapsos também foram complicações citadas. Porém, não houve estudos mais aprofundados sobre como estes problemas físicos podem afetar e/ou interferir na qualidade de vida das pessoas com estomias.

SEXUALIDADE E INTIMIDADE	RELAÇÕES FAMILIARES E SOCIAL
Como é notório, esses fatores foram os mais citados nos estudos selecionados. Em sua maioria há relatos que de a presença do estoma interfere significativamente na atividade sexual e/ou intimidade, e mesmo sendo uma questão de extrema importância é pouco abordada pelos profissionais de saúde. As mudanças nessas áreas podem ser tão profundas que a atividade sexual acaba sendo substituída por sentimentos de amor, carinho e companheirismo. Sentimentos de vergonha na presença do parceiro, por acharam que estão sujos gera o medo de rejeição. A atividade sexual é afetada ambos os sexos: as mulheres porque são mais sensíveis á imagem corporal e podem apresentar redução ou perda da libido, e os homens pela maior pressão pelo desempenho sexual, podendo ter diminuição ou ausência da capacidade de ereção. Propõem-se, então, aconselhamentos às pessoas com estomia sobre a saúde sexual. Estudos relataram que mais de 80% dos participantes da pesquisa revelavam ser sexualmente ativos antes da cirurgia para a confecção do estoma, destes apenas 33,3% retornaram à atividade sexual após a cirurgia.	Quando se apoio familiar, á sim uma satisfação pessoal, pois assim sua aceitação à nova condição é facilitada; já indivíduos que não se sentem apoiados pela família, amigos ou conjugues possuem baixas pontuações na qualidade de vida. Autores de um estudo afirmam que as relações sociais prejudicadas e o isolamento podem ser consequências de distúrbios físicos e psicológicos resultantes do estoma, isto demonstra a correlação entre desajustes nas interações sociais e problemas físicos. .

ASPECTOS PSICOLÓGICOS	LAZER E ATIVIDADE FÍSICA
É necessário cautela para avaliar a depressão de pessoas estomizadas, visto que este fator deve ser avaliado antes e depois da confecção do estoma. Porém, estudos revelam altos índices de pessoas com estomia intestinal apresentando depressão, ansiedade, medo e mau humor, quanto aos sentimentos positivos, pessoas estomizadas confirmaram a importância de serem resilientes perante a nova situação de viver com a estomia, sendo as mulheres que mais buscam apoio emocional e se preocupam com os ajustes das dificuldades que a confecção do estoma pode acarretar; os homens são menos incomodados com estas questões.	No entanto à atividade física, há relatos de limitações após a nova condição de conviver com estomia, provocando redução das atividades habituais e limitação para levantar objetos pesados. Isso ocorre porque os pacientes ficam preocupados com as atividades que podem colocá-los em situações embaraçosas.
CUIDADOS DE ENFERMAGEM	
Os cuidados de enfermagem foram colocados como indispensáveis para a adaptação das pessoas com estomia perante a sua nova condição, pois é por meio de atividades educacionais pode-se desenvolver o auto-cuidado das pessoas estomizadas e uma melhor adaptação, fatores estes que estão associados a uma melhor qualidade de vida.	

Fonte: Pesquisa realizada em 2015 na UNB (Adaptação)

Todos esses cuidados devem ser preservados e observados ainda o quadro psicológico do paciente, como está ocorrendo o seu comportamento, e a maneira como ele está lidando com esta nova situação, pois esta nova relação fica a cargo da família, com ajuda de profissionais da área da saúde, se de forma positiva ou negativa, como enfermeiros e assistentes sociais, estão atendendo as instruções pós-operatórias, conforme dispostos por Smith e Timby (2005, p.302):

- Seguir as instruções do médico em relação à limpeza da incisão, à aplicação do curativo, ao banho, à dieta e à atividade física;
- Notificar ao médico quando ocorrerem: calafrios ou febre; drenagem da incisão (em certos casos, alguma drenagem é esperada); odor pútrido ou pus da incisão; hiperemia, aparecimento de estrias, dor ou sensibilidade em torno da incisão; outros sintomas não-presentes na alta (p.ex. vômito, diarreia, tosse, dor torácica ou no membro inferior);
- Tomar os medicamentos sem prescrição, exceto se houver aprovação do médico;
- Comparecer a todas as consultas pós-operatórias;
- Informar ao médico qualquer problema durante o período de recuperação.

5. Atuação do assistente social ao ostomizado

A Lei N° 8.662, de 7 de junho de 1993, que dispõe sobre a profissão de Assistente Social e das outras providências, dar amplos poderes para que o profissional da área possa atuar livremente, conforme o artigo 1° que diz: É livre o exercício de Assistente Social em todo território nacional, observadas as condições estabelecida nesta Lei.

Segundo Iamamoto (2009), “o assistente social ao atuar na intermediação entre as demandas da população usuária e o acesso aos serviços sociais, age no âmbito das relações sociais e desenvolvendo ações que fortaleçam sua autonomia” e possibilitando a participação e exercício de cidadania com vistas às mudanças de condição de vida da clientela atendida pela rede de saúde.

De acordo com a Iamamoto (2009), “os princípios de defesa dos direitos humanos e justiça social são elementos fundamentais para o trabalho social, com vistas à superação da desigualdade social e de situações de violência, opressão, pobreza, fome e desemprego”.

A atuação do serviço social é fazer valer os direitos dos mais necessitados fazendo se cumprir aquilo que dá direito de acordo com a lei, principalmente por questões clínicas e terapêuticas, das quais

devem subsidiar os profissionais da área da saúde, como explica Lima et al (2011, p. 198):

... a reabilitação da pessoa com ostomia engloba um conjunto de procedimentos-tratamentos-acompanhamentos, além de concessão de bolsa e acessórios de ostomia. Essas ações são desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar composto por médico cirurgião, enfermeiro, estomaterapeuta, psicólogo e assistente social, sendo um atendimento considerado de média complexidade, em conformidade com o que é proposto pelo MS.

O assistente social é um informante dos benefícios daqueles que não tem acesso às informações sobre os seus direitos. Como é o caso da publicação da Lei 5.296 de 02 de dezembro de 2004, os ostomizados brasileiros são considerados Pessoas com Deficiência, na categoria “deficiência física”, conforme previsto em seu Artigo 5º, parágrafo 1º, letra a.

Nesse contexto, os ostomizados fazem jus a uma série de direitos como é o caso do “Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC - LOAS)”, conforme mostrado nas questões que seguem.

É um benefício da assistência social, integrante do Sistema Único da Assistência Social – SUAS, pago pelo Governo Federal. Esse benefício garante um salário mínimo mensal ao idoso com 65 anos ou mais, que não exerça atividade remunerada, e ao portador de deficiência incapacitado para o trabalho e para uma vida independente, como é o caso de alguns ostomizados.

Como se pode perceber, o assistente social é uma arma fundamental que atua na busca de garantir os benefícios, direito e traçar metas para os benefícios do próximo. Pondera-se os profissionais do serviço social que atuam na unidade hospitalar tem o dever e as prerrogativas pela caráter das suas competências devam está sempre pesquisando na literatura as técnicas para a realização dos procedimento, e deve ser encaminhado todas as instruções aos assistentes sociais para que seja garantido todos os procedimentos

legais e de assistência ao paciente, principalmente quando o mesmo não prover de recursos necessários para locomoção ou ainda estar abrigado em locais de assistência pública social, conforme discorre Corman et al (2017, p.68):

Conforme o artigo publicado no dia 25 de agosto de 2015, por Vitor Bento Munhão, Serviço Social e a Ostomia, A pratica! O ostomizado e as Tradições. Discorre que o Assistente Social por natureza das suas capacidades e deveres profissionais deve ser um pesquisador/observador de experiência.

O planejamento da alta do paciente deve ser iniciado no momento em que o mesmo já entra no hospital para realizar o procedimento, e deve ser encaminhado todas as instruções ao assistente social para que seja garantido todos os procedimentos legais e de assistência ao paciente, principalmente quando o mesmo não prover de recursos necessários para locomoção ou ainda estar abrigado em locais de assistência pública social, conforme discorre Corman et al (2017, p.68):

Planejamento de alta deve começar no momento da admissão no hospital. Comunicação ativa entre o cirurgião, enfermeira provendo cuidado de ostomia, enfermeiras da equipe, assistente social, gerente de caso, planejador de alta, e o paciente e a família facilitarão a transição para a vida em casa. Se for contemplada colocação em uma unidade social contatará a instituição para promover continuidade da assistência. Se for iniciado um encaminhamento para cuidado domiciliar, é essencial o contato entre a enfermeira com base no hospital provendo cuidado de ostomia e a enfermeira da equipe da agência de cuidado domiciliar.

6. Metodologia

O desenvolvimento desta pesquisa, caracteriza-se como pesquisa descritiva, pois busca demonstrar através da literatura, as práticas e conceitos históricos e atuais, a respeito da construção do desenvolvimento dos processos de ostomia no país e o papel do assistente social nesta relação. De acordo com Prodanov e Freitas

(2010, p. 52), “[...] Pesquisa descritiva é quando o pesquisador apenas registra e descreve os fatos observados sem interferir neles. Visa descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis”.

Quanto ao delineamento, os procedimentos de pesquisa foram bibliográficos e documentais. Bibliográficos porque se realizou estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, artigos, teses, monografias, etc. Assim também como documental, devido a consultas, sendo ainda classificada como exploratória, pois segundo Gil (p. 27) “têm como objetivo a descrição das características de determinada população”.

Quanto a tipologia da pesquisa, os dados foram coletados e tratados através de método qualitativo, pois não se utiliza de modelos e técnicas estatísticas no tratamento dos dados, no qual será analisado a relação do osteomizado e o papel do assistente social nesta relação e nos procedimentos pós-operatório.

Os dados qualitativos consistem, geralmente, na descrição profunda e completa (o mais possível) de eventos, situações, imagens mentais, interações, percepções, experiências, atitudes, crenças, emoções, pensamentos e comportamentos [...] coleta-se com a finalidade de analisa-los para compreendê-los e assim responder a questões de pesquisa ou gerar conhecimento. (SAMPIERI et al, 2006, p.377)

7. Conclusões

O trabalho ora apresentado realizou um resgate desde as primeiras cirurgias de estomas, seus tipos de ostomia, sobre qualidade de vida e a atuação do serviço social em relação ao ostomizado. Como se pode perceber o ostomizado precisa de cuidados tanto médicos como um todo, isso quer dizer, do próprio individuo ostomizado, da família, da sociedade que tem que ser mais esclarecida em relação do que é uma ostomia e seus efeitos que ocasionam com os ostomizados.

O uso do procedimento de ostomia, é um processo cirúrgico que gera um grande desconforto nos pacientes que necessitam utilizar este tipo de coleta do sistema urinário e digestivo. Este processo pode ocasionar além de problemas no corpo do paciente como edemas, infecções, inflamações, por mal-uso ou mal colocação, como problemas relacionados ao fator psicológico dos indivíduos.

Muitos pacientes têm medo pelo uso da bolsa de coleta, de serem mal vistos pela sociedade, não poderem circular pelas ruas e shopping centers, não realizar atividades domésticas diárias ou ainda não poderem ter uma vida sexual ativa, devido a riscos de rompimentos ou vazamentos dos líquidos.

O assistente social, entra nesta relação, para prestar esclarecimentos a respeito dos direitos dos pacientes a serem assistidos pelos profissionais da área da saúde, ao realizarem estes procedimentos. Devem deixar claro também, quais os riscos pelo mal-uso da bolsa e os cuidados necessários que o mesmo deve ter em casa para realizar os processos de limpeza ao redor da ostomia, esvaziar os fluídos e como realizar a troca, dos quais também será necessário o acompanhamento de um enfermeiro para demonstrar como faz todo este processo operacional e todos os esclarecimentos necessários para os pacientes ostomizados conviverem no dia-a-dia.

Outro fator importante que deve ser levado em consideração, é quanto aos pacientes ostomizados que dependem exclusivamente das políticas públicas assistenciais, dos desabrigados, dos idosos em casas de repouso, das pessoas de baixa renda que vivem nas periferias e de todos que necessitem por algum motivo serem assistidos, pois nesses casos, o assistente social, irá proporcionar e garantir o usufruto de seus direitos, e fazer com que os que não possuem ajuda social e se enquadrem no perfil dos programas do governo federal, sejam encaminhados diretamente para serem assistidos.

Em relação à qualidade de vida do ostomizado, é preciso que haja profissionais mais qualificados para poder amparar e informar como se deve proceder para poder viver com mais qualidade no seu dia a dia. E como é preciso o assistente social auxiliar aqueles que

são acometidos por algum tipo de ostomia. Nesse caso, o assistente social precisa ter um convívio mais atuante com esse grupo de pessoas. E também munir-se de conhecimentos para poder atuar mais sobre a questão dos ostomizados, podendo desta forma dar mais ajuda e contribuição.

Com isso, cabe aos profissionais da área da saúde, pública e privada, buscar orientar os pacientes ostomizados, dentro das referências de sua qualidade de vida, manter um conjunto de informações e ações que possam de maneira direta ou indireta, contribuir para um bom convívio de tempo, e serem assistidos pelos assistentes sociais, dentro de suas referências e necessidades básicas, como pessoa e como cidadão.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Cuidados com a sua estomia. Orientações aos pacientes. Rio de Janeiro, 2010.
- CORMAN, M. L. BERGAMASCHI, R. C. M.; NICHOLLS, R. J.; FAZIO, V. W. Cirurgia Colloretal. São Paulo: Thieme Revinter Publicações, 2017. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=p-JDDwAAQBAJ&dq=assistente+social+e+o+ostomizado&hl=pt-BR&source=gbs_navlinks_s acesso em 30 mar 2018.
- GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2010.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. RENOVAÇÃO E CONSERVADORISMO NO SERVIÇO SOCIAL: Ensaio Crítico. 9. Ed. – São Paulo: Cortez, 2007.
- Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, publicada no Diário Oficial de 08 de dezembro de 1993, <http://www.ostomizadosecia.com>, acessado no dia 05/05/2017 às 13h45.
- LIMA, I.M.S.O; PINTO, I.C.M.; PEREIRA, S. O. orgs. Políticas públicas e pessoa com deficiência: direitos humanos, família e saúde [online]. Salvador: EDUFBA, 2011. 284p. SciELO books. Disponível em https://books.google.com.br/books?id=7ubMBgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=o#v=onepage&q&f=false Acesso em 31 mar 2018.

MANUAL DE CONDUTAS DO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). São Paulo: Simplíssimo, 2017.

MENEZES, A.P.S., & QUINTANA, J.F. (2008). Percepção do indivíduo ostomizado quanto a sua situação. RBPS, 21(1), retirado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40821102>.

MICHELONI, Adriana de Paula Congro; Santos, Vera Lúcia Conceição Gouveia. Qualidade de Vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. Rev. Latino Americana de Enfermagem v12 n.6 nov/dez, 2004. Disponível em Acessado em 19 de maio de 2012.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. Ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2010.

REIS, F. F. dos. Transição para a vivência com uma ostomia: intervenções de enfermagem. Teses de doutoramento em ciências de Enfermagem Porto, 2015.

Revista Interações – sociedade e as novas modernidades – publicado em julho/2007 pelo quarteto e ISMT Instituto Superior Miguel Torga - Coimbra/Portugal.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. Metodologia da pesquisa. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SMITH, N. E.; TIMBY, B. K. Enfermagem Médico-Cirúrgica. São Paulo: Editora Manole, 2005.

VIANA, R. A. P. P.; WHITAKER, I. Y. Enfermagem em terapia intensiva {recurso eletrônico}: práticas e vivências. Porto Alegre: Artmed, 2011.

VINHAS, M. S. A. Complicações das ostomias urinárias e digestivas. Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina - Universidade do Porto, 2010. Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/53608/2/Complicacoes%20das%20ostomias%20urinarias%20e%20digestivas.pdf> Acesso em: 30 de mar 2018.

Capítulo 16

O assistente social na saúde pública

Estefânia Ferreira Bié¹

Patrícia da Silva Ferreira²

Estanislau F. Bié Segundo³

Introdução

O presente artigo tenta abordar uma temática bastante a atuação do assistente social na saúde, usando como ferramenta os Parâmetros para Atuação de Assistente Social na Política de Saúde. Mesmo existindo toda uma legislação vigente no país abordaremos apenas a atuação do assistente social no campo da saúde.

O objetivo da pesquisa visa demonstrar os aspectos históricos e conceituais do assistente social no país, identificando ainda as suas atribuições e de que forma ele possa atuar como profissional da área, e por meio dos objetivos específicos apresentar as políticas de saúde pública no Brasil, o papel do assistente social e suas contribuições como profissional.

¹ Graduanda em Serviço Social

² Graduanda em Serviço Social

³ Licenciado em História pelo Centro Universitário INTA – UNINTA; Graduando em Enfermagem pelo Centro Universitário Belo Horizonte – UniGH; Pesquisador do Instituto Superior de Ensino Sem Fronteiras – ISESF; Organizador e Membro do Conselho Editorial e Científico das Coleções Saúde no Brasil: Formação Acadêmica, Práticas e Exercício da Profissão; Fazer Educativo; Educação Como Forma de Socialização e Segurança Pública: Direito e Justiça Brasileira. Atualmente Funcionário Público Estadual do Estado de Minas Gerais lotado na Secretária de Segurança Pública de Minas Gerais – SESP na Função de Agente de Segurança Socioeducativo.

No primeiro momento é feito um breve relato sobre a atualidade e avanços do profissional no campo da saúde e no segundo momento é feita uma análise nos parâmetros em que o assistente social possa cumprir o seu papel de acordo com o que rege o seu regulamento.

No capítulo I é feito um breve relato histórico sobre a política de saúde pública no Brasil desde o período Colonial à criação do Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil Colonial relata a falta de infraestrutura e que as pessoas recorriam aos curandeiros na busca de medicamentos para a cura de suas enfermidades. Houve avanços como a criação da Inspetoria Sanitária de Portos para impedir que pragas chegassem ao Brasil, mas o interesse maior era para não contaminar as mercadorias exportadas e não com a saúde da população; A criação de primeiras Juntas Municipais.

No Brasil República fala sobre acontecimentos como surtos de doenças, as preocupações dos Governos Estaduais e Municipais quanto à vigilância sanitária dos portos, modelo sanitarista, Reforma Sedentária de Oswaldo Cruz, Revolta da Vacina, Lei Elói Chaves e a criação da CAP's.

Na Era Vargas relata sobre marcos importantes na institucionalização como a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAP's), Instituto Nacional da Previdência Social (INPS).

Sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) desde seu surgimento até a Constituição de 1988, e a regulamentação dos seus artigos pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS).

No capítulo II tem relatos sobre o assistente social no Brasil, sobre sua implantação, surgimento, as escolas. E por fim o capítulo III faz referências às atribuições do profissional do Serviço Social e relatos dos art. 2º e 3º que se referem aos direitos e deveres do assistente social e as atuações do Assistente Social no campo da Saúde.

Os aspectos metodológicos utilizados na pesquisa, foram documentais e bibliográficos, utilizados alguns artigos, livros e

dados oficiais, de natureza descritiva e qualitativos, abordando os aspectos do assistente social na área da saúde pública.

2. Política de saúde pública no Brasil: breve histórico

Para a melhor compreensão da Política de Saúde Pública faz-se necessário um breve relato sobre a história da saúde pública do Brasil Colonial à criação do Sistema Único de Saúde (SUS)

3. Brasil Colonial

Entre 1500 e 1808 não existia infraestrutura de saúde no território brasileiro. Quando algum indivíduo ficava doente recorriam ao auxílio de pajés, curandeiros ou boticários (comercialização de medicamentos preparados por boticas). A partir de 1808 com a chegada da corte portuguesa houve grandes avanços qualitativos como a Organização de uma estrutura sanitárias mínima, assistência medica formada por boticários, criação da Inspetoria Sanitária de Portos para impedir que doenças não chegassem ao Brasil e contaminassem os produtos que seriam exportados, então eram feitas inspetorias para verificação de existência de pragas ou doenças, ou seja, o interesse era econômico e não à saúde da população, foi fundada a Fundação das academias médico-cirúrgica do Rio de Janeiro e da Bahia formando os primeiros médicos.

Em 1829 quando o Brasil virar império surgiu a criação da Junta Central de Higiene Pública, sucessora da Inspetoria Sanitária de Portos onde a política sanitária e o controle dos portos foram transferidos para essa Junta com a mesma preocupação com a saúde dos produtos e não com a população. Com a criação das primeiras Juntas Municipais foi que começaram a se preocuparem com a saúde da população. Ainda nesse período surgiram também os Serviços hospitalares: entidades filantrópicas, hoje a Santa Casa.

4. Brasil República

O Brasil deixou de ser Império e passou a ser República em 1889. Neste surgiu a Organização Jurídico-política voltada para a burguesia. Nessa época aconteceram surtos de diversas doenças graves como a Varíola, Malária, Febre Amarela causando impactos na saúde coletiva e comércio exterior, o que deixavam os coronéis irritados, pois impactava nas exportações, onde alguns países não aceitavam mais receber mercadorias do Brasil porque vinham de costas pestilentas.

Na Organização Federativa Republicana os Governos Estaduais e Municipais passaram a se preocupar com a saúde da população em defesa de cidades contra epidemias. O Governo Federal passou a se preocupar com a vigilância sanitária dos portos, Polícia Sanitária e com os serviços de Saúde do Distrito Federal.

No início do século XX começou a se desenvolver no Brasil um movimento conhecido como Modelo Sanitarista Campanhistas com o objetivo de sanear as cidades e garantir as exportações agrícolas. A preocupação ainda era com a economia, industrialização e não com a saúde. Com o êxito das grandes metrópoles surge a necessidade de atendimento médicos previdenciários voltados para os trabalhadores assalariados, ou seja, ainda se vê uma característica de saúde como forma de atender o interesse do capital e uma medicina voltada para a força de trabalho visando saúde para beneficiar os interesses econômicos; se um trabalhador está doente isso vai impactar na riqueza.

Segundo Mendes

Enquanto a sociedade brasileira esteve dominada por uma economia agroexportadora, acentuada na monocultura cafeeira o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação do controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Por esta razão, desde o final do século

passado até o início dos anos 60 predominou o modelo do sanitarríssimo campanhista. (MENDES, 1992, p.42)

O modelo do sanitarríssimo campanhista tinha aspectos positivos como as medidas de prevenção de doenças e precauções sanitárias, pois nessa época não existia água tratada, esgoto sanitário. Então foi uma grande evolução porque foram pequenas iniciativas que deram um grande impacto na saúde brasileira; e aspectos negativo como o acesso à saúde restrito a alguns privilegiados, para aquelas pessoas que eram de interesse econômico estar saudáveis.

Quase a metade da população não tinha assistência médica. Eram pessoas que estavam fora do mercado de trabalho ou trabalhavam informalmente dependendo de curandeiros e de caridade de ordens religiosas.

Em 1904 foi instituída a Reforma Sedentária de Oswaldo Cruz. Com essa reforma instituiu-se o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, que nessa época deixou de ser uma epidemia; foi criada Inspetoria de Isolamento e desinfecção; ocorreu a Revolta da Vacina onde a população não tinha informações e achava que se tomasse a vacina iria fazer mal; e a Polícia Sanitária que acompanhavam as pessoas que faziam a aplicação da vacina na casa por causa da resistência da população para tomar a vacina.

Em 1909 Carlos Chagas descobre a famosa doença de chagas, que a transmissão era pelo barbeiro. Nessa época as casas eram feitas de barro e madeira ambiente ideal para a proliferação do barbeiro. Em 1923 nasce o Departamento Nacional de Saúde; foi criada a Lei Elóy Chaves, a primeira grande lei na área da saúde pública publicada em 24 de janeiro de 1923, com a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões – CAP's para os empregados de cada empresa ferroviária.

5. Era Vargas (1930 a 1964)

Após a crise econômica internacional em 1929 o Brasil começou um processo de industrialização e modernização do Estado. Getúlio Vargas chegava ao poder com a Revolução de 30 e que foi um marco importante na institucionalização ocorrendo fatos importantes: a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública – MESP e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio; a expansão dos benefícios culminando na criação de Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) que na revolução de 64 são substituídos pelo Instituto Nacional Previdência Social (INPS), assim a assistência médica individual passa a ser responsabilidade da previdência social e as epidemias ficam sob a responsabilidade do Ministério da Saúde.

Conforme Mendes, nos CAP's tinha como prioridade a assistência médica, com os IAP's passa a ter importância secundária e provisória.

Nos anos 20, a assistência médica era atribuição central, permanente e obrigatória das CAP's; já no período dos IAP's, especialmente no momento autoritário – 1930 – 1945 – onde a preocupação da Previdência Social era de caráter contencionista, com vistas a uma cumulação, a assistência médica coloca-se como função provisória e secundária. (MENDES, 1995:21)

Foi no início dessa década que o Serviço Social no Brasil deu seus primeiros passos. A partir de então a profissão é pensada como uma forma de adequação do indivíduo à sociedade.

Em 1960 foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que unificou a legislação referente aos Institutos de Aposentadorias e Pensões, centralizando a organização previdenciária no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Os IAP's são substituídos pelo INPS, passando a médica individual a ser responsabilidade da Previdência Social e as epidemias ficando sob a responsabilidade do Ministério da Saúde.

Na década de 70 ocorreu a Lei 6.439 que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) responsável pelo INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), INAMPS (Instituto de Assistência Médica da Previdência Social), e IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social). Nessa época esse sistema unificou todas essas iniciativas que tinha na área da saúde.

6. Sistema Único de Saúde – SUS

Em 1986 houve a 8ª Conferência Nacional de Saúde, um marco para o SUS. A saúde foi colocada como direito inerente à Cidadania e a Personalidade da pessoa; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do Setor de Saúde. Nesse mesmo ano teve o Plano de ação para erradicação da poliomielite no Brasil e a criação do Centro de Informação Científica e Tecnológica (CICT). No ano de 1987 ocorreu a transição das Ações Integradas da Saúde (AIS) para SUDS (Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde).

Em 1990 é regulamentado o Sistema Único de Saúde – SUS. A Constituição instituiu o SUS como “um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).

Com a Constituição de 88, a assistência social passa a ser reconhecida como política pública integrante da seguridade social, ao lado das políticas de saúde e da Previdência Social. A estrutura da Assembleia Constituinte assegurou a ampla participação do povo na elaboração da Carta Magna. Os brasileiros participaram dos debates e apresentaram emendas populares. A constituição representou uma ampliação dos direitos sociais. A proteção social foi reconhecida como direito do cidadão e dever do Estado.

Na Constituição Federal de 1988 define que “Saúde é direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988, p. 153). O Estado determina por lei que aqueles que não contribuíam para a previdência também passam a ter direito a proteção social. A saúde passou a ser universal e gratuita.

A Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) regulamenta os artigos da Constituição Federal de 1988, que trata da assistência social garantindo o modelo de gestão e de controle social de forma descentralizada e participativa. A LOAS extinguiu o Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS) e instituiu o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) com a incumbência de fiscalizar a política de assistência social adquiriu formação paritária e caráter deliberativo.

Para garantir o equilíbrio entre o poder de decisão de cada governo, assegurando a convivência entre o regional e o nacional foi criado um comando único nos níveis de Governo Federal, Estadual e Municipal para articular, integrar e coordenar as ações de acordo com as suas responsabilidades. A LOAS instituiu os conselhos, planos e fundos de assistência social como requisito para garantir o acesso aos recursos da União.

A LOAS no art. 30 definem que os Municípios, Estados e União tem que instituir conselhos, planos e fundos de assistência social para poder participar do sistema descentralizado e participativo.

Começaram a acontecer nos anos 90, as conferências de Assistência Social. Em 1993 foi realizada a chamada conferência zero dando grande contribuição para a área. A primeira conferência nacional foi realizada em 1995.

7. O assistente social no Estado brasileiro

A implantação do Serviço social está relacionada com as transformações econômicas e sociais que a sociedade brasileira atravessou no seu processo histórico.

“O Serviço Social é filho da cidade e da indústria, (...) no Brasil sua existência começa com o processo de industrialização e concentração urbana, momento em que o proletariado começa a brigar também pelo seu lugar na vida política”. (ESTEVÃO, p.41)

No Brasil surge na terceira década do século XX como resposta a evolução do capitalismo que tinha uma forte influência europeia nos vários setores da burguesia respaldados pela igreja Católica que mantinha um monopólio da formação dos agentes sociais especializados definindo sua base social, doutrina e ideologia.

A implantação do Serviço Social se dá no decorrer desse processo histórico. Não se baseará, no entanto, em medidas coercitivas emanadas do Estado. Surge da iniciativa popular de grupos e frações de classe, que se manifestam, principalmente, por intermédio da Igreja Católica. (IAMAMOTO, 1982, p.127)

Foi criado para preparar os trabalhadores para as necessidades da sociedade capitalista na era industrial conhecido como um período conservador ou tradicional.

De 1930 a 1935 o governo brasileiro sofre pressões da classe trabalhadora que era controlada pela criação de organismos normatizadores e disciplinares como o Ministério do Trabalho, a indústria e o comércio. O governo Getúlio Vargas reassume em 1935 em meio às pressões populares. A opção pelo crescimento urbano industrial fez emergir na origem capitalista a questão social que também foi decorrente das pressões e questionamentos da sociedade e passava por grandes transformações no plano do conhecimento científico sobre a influência de Durkheim, Darwin, Max e Freud.

8. Primeiras instituições de ensino de serviço social no Brasil

O surgimento das instituições de Serviço Social veio da necessidade de uma formação uniforme e teórica. A igreja recomenda a tutela estatal para o operariado e o Estado reafirma o

princípio de cooperação. Esse espírito preside as obras sociais, com o objetivo de reerguimento das classes trabalhadoras.

Iamamoto e Carvalho afirmam que,

A importância dessas instituições e obras, e de sua centralização, a partir da cúpula da hierarquia, não pode ser subestimada na análise da gênese do Serviço Social no Brasil. Se sua ação concreta é limitada, se seu conteúdo é assistencial e paternalista, será a partir de seu lento desenvolvimento que se criarão as bases materiais e organizacionais, e principalmente humanas, que a partir da década seguinte permitirão a expansão da Ação Social e o surgimento das primeiras escolas de Serviço Social (IAMAMOTO e CARVALHO, 2008, p. 167)

Antes da fundação das escolas para o Serviço Social no mundo foi criada a escola de Filantropia Aplicada idealizada por Mary Richmond em 1897 – Nova Iorque, onde realizava cursos de aprendizagem da aplicação científica da filantropia visando, segundo afirma Martinelli desenvolver “a tarefa assistencial como eminentemente reintegradora e reformadora do caráter” (MARTINELLI, 2007, p. 106).

Em 1925 foi fundada a primeira escola da América Latina pelo médico Alejandro Del Rio em Santiago, no Chile com a finalidade de ajudar aos médicos melhorando os atendimentos na saúde. No ano de 1929 em Amsterdã é fundada a escola chamada Elvira Matte de Cruchaga por Miguel Cruchaga Tocornal que tinha total apoio da Igreja Católica.

Conforme Castro,

Elvira Matte de Cruchaga Visava “... a formação de visitadoras sociais católicas, que desenvolviam as suas atividades à base de uma verdadeira caridade cristã; visitantes que não só cuidem do aspecto material dos seus assistidos, mas que se dediquem com amor a tratar também das suas almas (...). Baseando-se nestes princípios, a Escola concede o Serviço Social mais que uma simples profissão – concebe-o como vocação, para a qual são tão necessários os conhecimentos técnicos como o amor; portanto, o

fim culminado pela Escola é conseguir formar visitadoras que, onde forem, levem paz, transmitam alegria, ofereçam segurança e confiança, abrindo o seu coração a todos os que necessitam de ajuda e de orientação. Tais visitantes têm de ser as mais alegres, tolerantes e compreensivas, as mais inteligentes e as mais amáveis. (Castro, 2008).

No Brasil surge em 1932 o Centro de Estudos e Ação Social (Ceas) de São Paulo após a realização do “Curso Intensivo de Formação para Moças”, promovidos pelas religiosas de Santo Agostinho Albertina Ferreira Ramos e Maria Kiehl que tinham retornado um ano antes de Bruxelas onde fizeram o curso de Serviço Social com o incentivo e sob o controle da hierarquia, para tornar mais efetiva e dar maior rendimento às iniciativas e obras promovidas pela filantropia das classes dominantes paulistas sob o patrocínio da Igreja para dinamizar a mobilização do laicado.

O CEAS realizava cursos de formação social e semanas sociais para capacitar as organizações que não tinham formação católica com foco no enquadramento político e ideológico da classe trabalhadora. Foi no cenário católico e na perspectiva de controle desta que surgiu o Serviço Social como departamento especializado da ação social.

Em 1936 surgiu a primeira escola em São Paulo após o curso intensivo para moças ministrado pela Mademoiselle Adele Leneaux da Escola Católica de Serviço Social de Bruxelas. Os requisitos exigidos eram vocação e conhecimentos técnicos e tinha como objetivo formar profissionais com personalidade conservadora fundamentada na ideologia da Igreja Católica por meio de práticas assistencialistas a favor da estabilidade dos interesses dos donos do capital.

A segunda escola do Serviço Social foi fundada no Rio de Janeiro de 1937 através do incentivo do Cardeal D. Leme e os líderes católicos Alceu Amoroso Lima e Stela de Faro com a colaboração da Congregação das Filhas de Maria vindas da França. No mesmo ano através de golpe de Estado surge o Estado Novo. Foi quando o

Serviço Social iniciou a sua profissionalização com base nos princípios burgueses onde a prática social era voltada às exigências do capitalismo.

No começo o ensino do Serviço Social do Brasil acontecia dentro e fora do âmbito universitário. Baseava-se na produção teórica e prática da profissão desenvolvida na Europa através de textos, documentos ou experiências acumuladas no velho mundo. Nesse período a base filosófica do Serviço Social era o Neotomismo.

O Neotomismo configurava a identidade profissional como um apostolado evidenciando uma concepção assistencial. Essa perspectiva antecedeu a identidade científica e técnica da profissão que se consagrou somente depois da segunda guerra mundial.

A assistência social foi-se transformando conforme as demandas sociais, assim também para assistencialismo na igreja. No início da década 60 ocorreram grandes discussões em torno de realidade de dependência econômica dos países desenvolvidos onde a política estava voltada para os debates e disputas partidárias pela presidência da República. Os movimentos sociais ganharam as ruas, as mobilizações se intensificaram estimulando reivindicações em áreas urbanas e rurais.

Surge então o Movimento de Reconceituação desenvolvida, entre 1960 e 1980, como resposta aos vários questionamentos ao Serviço Social Latino Americano, trazendo para os profissionais do Serviço Social a identificação político-ideológica dando início à discussão coletiva a respeito da dimensão política da profissão constituindo uma ruptura com o serviço social conservador e tradicional na busca de uma nova identidade profissional tendo ações voltadas às demandas.

No primeiro momento rompe com o Serviço Social Tripartite, no segundo com o Serviço Social Positivista. Faz o resgate das teorias Maxistas pelas obras de Yamamoto entre outros.

Em 1970 o Seminário de Teresópolis tratou da requalificação profissional do Assistente Social e seu perfil sociotécnico. Os

documentos de Araxá (1967) e Teresópolis (1970) foram marcos consagrado na perspectiva modernizadora.

Nos anos 80 emerge a perspectiva de defesa dos direitos humanos. O serviço Social passa para a discussão das relações de poder e saber aprofundando o olhar crítico do contexto em mudança. Nesse período além do centro brasileiro de cooperação e intercâmbio do Serviço Social e das inquietações da pós-graduação se acrescenta os organismos ligados a formação profissional como a Associação Brasileira de Serviço Social (ABSS) e os conselhos profissionais. Depois vieram os sindicatos e a união nacional de estudantes de serviço social.

Em cada época do desenvolvimento capitalista a questão social apresenta refrações próprias da exploração capitalista de acordo com o modelo de produção desenvolvido no período. Certamente, questão social esteve relacionada ao modo de produção capitalista, ao processo de industrialização e o surgimento do operariado e da burguesia industrial. Segundo Cerqueira Filho, a questão social significa:

O conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária provocou na constituição da sociedade capitalista. Logo, a questão social está fundamentalmente vinculada ao conflito entre capital e trabalho. (CERQUEIRA FILHO, 1982, P.21)

Nos dias atuais, ainda se identifica alguns importantes desafios que precisam ser enfrentados. Como exemplos, temos o projeto da reforma sanitária versus o projeto privatista que continuam em disputa.

9. Atribuições do profissional do serviço social

O profissional de Serviço Social rege-se pelo Código de Ética da categoria, bem como pela Lei 8.663 de 07 de junho de 1993, que regulamenta a profissão. O reconhecimento do Assistente Social

como profissional de saúde se deu pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº 218 de 03/03/1997 que delegou ao CFESS assegura que a profissão não é exclusiva da saúde, mas qualifica o profissional a atuar com competências nas diferentes dimensões da questão social.

Atribui ao assistente social, enquanto profissional da saúde, a intervenção junta aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis da promoção, proteção e/ou recuperação da saúde.

Todas as atribuições do assistente social são norteadas no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão que devem ser atentamente observadas e respeitadas pelos profissionais e pelas instituições, sejam elas públicas ou privadas.

O artigo 2º do Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais do Título II, Dos Direitos e das Responsabilidades Gerais, constituem direitos do assistente social:

- a) Garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;
- b) Livre exercício das atividades inerentes à profissão;
- c) Participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais e na formulação e implementação de programas sociais;
- d) Inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;
- e) Desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional;
- f) Aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;
- g) Pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;
- h) Ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;
- i) Liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos.

Quanto aos deveres profissionais, o artigo 3º do Código de Ética estabelece:

- a) desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor;
- b) utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão;
- c) abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes.

Como se pode observar nos artigos 2º e 3º que se referem os direitos e deveres do assistente social, o profissional pode estar atuando em diferentes políticas sociais.

É bem verdade que segundo os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2009),

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais. A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos. (CFESS, 2009, p.19)

Segundo Vasconcelos (2003), “(...) um assistente social crítico (...) atua nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas para seu enfrentamento, por meio de

políticas sociais públicas (...)”. E que “este perfil coloca exigências de uma capacitação teórico-metodológica, ética política e técnico-operativo ao assistente social”.

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

De acordo com o que rege os parâmetros, as atribuições do assistente social são bem abrangentes. O profissional da área tem muitas ferramentas ao seu favor, especialmente o campo de direito que lhe permite atuar.

10. Atuações do Assistente Social no campo da Saúde

O Serviço Social na saúde tem sua magnitude nos amplos serviços prestados aos usuários do SUS, seja de natureza individual ou coletiva, via programas ou projetos sociais, bem como a integração e interações das ações desenvolvidas numa perspectiva holística, articulada e humanitária.

Segundo os Parâmetros (CFESS, 2009, p.23) os assistentes sociais na área da saúde têm atuação em quatro grandes eixos como “atendimento direto aos usuários; mobilização; participação e controle social; investigação; planejamento e gestão e assessoria, qualificação e formação profissional”.

No atendimento direto aos usuários acontece da atenção básica até aos serviços organizados a partir de ações sejam médias ou alta complexidade ganhando estrutura a partir das “unidades da Estratégia de Saúde da Família, postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados”, inclusive os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal.” (CFESS, 2010, p.41)

O assistente social deve estar capacitado para atender qualquer tipo de paciente, identificando seus aspectos de vulnerabilidade e encaminhando-os para os profissionais específicos a darem respaldo e assegurando o melhor atendimento, sejam nos aspectos físicos e mentais. Esta oportunidade foi possível através das políticas públicas assistenciais adotados a partir dos anos 80 e 90, como explica Prêdes (2007, p.30):

Com a promulgação da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (LOS), em 1990, além da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a área da saúde abre diversas possibilidades de atuação para os assistentes sociais, tendo em vista a ampliação das demandas nos hospitais, nas maternidades, nas Unidades Básicas (UBs), nas Unidade de Saúde da Família (USF) e no controle social na saúde. Além disso, no espaço empresarial, ou mesmo no terceiro setor, também há demandas para esses profissionais atuarem. Nesse sentido, a área da saúde, seja em instituições públicas, privadas lucrativas ou do terceiro setor, tem dado uma maior visibilidade à profissão e, assim, garantindo à maioria de assistentes sociais um espaço socioocupacional de atuação profissional.

11. Metodologia

Esta pesquisa apresenta os seguintes aspectos a respeito de seu desenvolvimento: quanto aos objetivos, caracteriza-se como pesquisa descritiva, pois busca demonstrar através da literatura, as práticas e conceitos históricos e atuais, a respeito do papel do

assistente social na saúde pública no país, abrangendo alguns conceitos históricos e o papel atual. De acordo com Prodanov e Freitas (2010, p. 52), “[...] pesquisa descritiva é quando o pesquisador apenas registra e descreve os fatos observados sem interferir neles. Visa descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis”.

Conforme a abordagem do problema, deve-se considerar como uma pesquisa qualitativa, pois considera uma relação entre o papel do assistente social e as políticas públicas, não tratando de quantidades, apenas conceitos, e apresenta-se de forma descritiva e textual, pois conforme Prodanov e Freitas (2013, p. 70), o conceito de pesquisa qualitativa requer o seguinte:

Esta não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. Tal pesquisa é descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem.

Quanto aos procedimentos, trata-se de uma pesquisa bibliográfica, pois conforme Gil (2010), explica que a mesma é desenvolvida mediante material já elaborado, principalmente livros e artigos científicos. Apesar de praticamente todos os outros tipos de estudo exigirem trabalho dessa natureza, há pesquisas exclusivamente desenvolvidas por meio de fontes bibliográficas, no caso, citado nesta pesquisa, foram utilizados autores como Cerqueira, Martineli e Iamamoto, dentre outros.

12. Conclusões

As bases da construção histórica no país, no que diz respeito ao serviço da saúde pública e as construções das políticas sociais e do assistencialismo, veio sendo consolidada desde o tempo do Brasil colonial, e tornou-se de forma mais abrangente e solidária nos

últimos 30 anos, através da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS.

Com a implementação das ações sociais, através da área da saúde pública, tornou-se possível desenvolver ações e práticas, dentro da esfera federal, estadual e municipal, através de programas e das ações internas realizadas pelo exercício prático do assistente social, atendendo pessoas, orientando, qualificando e encaminhando os necessitados para diretamente para os programas assistenciais dos quais se enquadrariam.

Os parâmetros que regem as ações dos assistentes sociais são extremamente abrangentes, e suas ações dentro da área da saúde, concentram-se em diversos aspectos e normas, das quais pode-se citar a LOAS, e o que condiz no aspecto do acompanhamento sociofamiliar, nas relações entre usuário/população, no atendimento menos burocrático, contextualizando as suas reais necessidades, tornando as ações menos burocráticas e buscando melhorar seus aspectos econômicos e a validação de seus direitos.

O conhecimento da realidade social, decorre do movimento da interação dos programas sociais e do exercício da função do assistente social, porém as relações sociais direcionadas aos desassistidos ainda gera dúvidas e problemas de falta informações e publicidade pelos órgãos públicos, no caso da falta de resultados positivos nos programas de governo, principalmente na área da saúde, com hospitais lotados e na falta de medicamentos, ou ainda nas longas esperas para realizar uma cirurgia.

A contribuição do assistente social nesta relação, busca priorizar as necessidades individuais e coletivas de cada pessoa, visualizando os quesitos relacionados aos aspectos prioritários, como idosos, gestantes e crianças, o direcionamento dos menos favorecidos, o acolhimento social e a correlação entre suas necessidades e o encaminhamento da pessoa no cadastro dos programas sociais.

A importância do exercício profissional, foi construído absorvendo todas as esferas públicas, seja federal, estadual ou

municipal, além do exercício incluso nas instituições privadas ou ainda no terceiro setor, observando com isso, que não há uma intervenção ou limite de atuação imposto aos assistentes sociais, ou ainda um retrocesso em suas atuações, o que pode-se concluir é que este mercado abrangente proporciona uma ampla variedade de atividades a serem desenvolvidas e preenchidas no campo das áreas sociais e assistenciais.

A construção histórica das atividades do assistente social no país, serviu para fomentar essa relação socioeconômica do assistencialismo e das formalidades das políticas públicas, consideradas ainda precárias pelos usuários, mas que têm como atuação a intervenção do assistente social, que viabiliza o exercício dos direitos dos desassistidos na viabilização dos serviços sociais.

Referências

ABEPSS. Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social (Texto na íntegra aprovado em assembleia em novembro de 1996). Rio de Janeiro: 1996.

BRASIL. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. – 10ª. Ed. rev. E atual. – [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012]. 60 páginas

_____. [Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [recurso eletrônico]. – Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de documentação, 2017. 514 p. <
<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>
 > Acesso: 20/10/2017.

_____. Lei nº 8.742. Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) – Brasília: DF, 7 de dezembro de 1993.

BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

CASTRO, Manuel Manrique. História do Serviço Social na América Latina: tradução de José Paulo Netto e Balkys Villalobos. – 6. Ed. – São Paulo: Cortez, 2008.

CERQUEIRA FILHO, Gisálio. A Questão Social no Brasil: crítica do discurso político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei nº 8662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

_____. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993 com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS n.º 290/94 e nº 293/94.

_____. Relatório do 36º Encontro Nacional CFESS / CRESS. Brasília, CFESS: 2007. Disponível na página eletrônica <http://www.cfess.org.br>. Acesso em 11 de julho de 2017 às 11h58.

_____. Parâmetro para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília, novembro de 2009. Disponível na página eletrônica: <http://www.cressrs.org.br/arquivos/documentos/%07B3412879E-C2CC-4367-9339-847E62E3E82E%07D_parametros_saude.pdf> Acesso em 28 de outubro de 2017 às 22h58.

_____. Parâmetro para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Trabalho e Projeto profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010. Disponível na página eletrônica: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf) > Acesso em 28 de outubro de 2017 às 23h40.

ESTEVÃO, Ana Maria Ramos. O que é serviço social / Ana Maria Ramos Estevão. São Paulo. Brasiliense, 2006 -- (Coleção Primeiros passos, 111)

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar Projetos de Pesquisa. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

IAMAMOTO. e CARVALHO R. de. Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 25 ed. São Paulo, Cortez, 2008.

- _____, Marilda Villela. O Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais. In: IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. São Paulo: Cortez; Lima/Peru: CELATS, 1982. p. 71-123.
- MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço Social: Identidade e alienação. 11 ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- MARTINS, Gilberto de Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas. São Paulo. Atlas. 2007.
- MENDES, Eugênio Vilaça. Direito sanitário. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1995.
- MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. MOTA, A. E. et al. (Org.) *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006. p. 273-303.
- PRÉDES, R. Serviço Social, políticas sociais e mercado de trabalho profissional em Alagoas. Maceió - EDUFAL, 2007.
- Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde.
- Resolução CFESS nº 489, de 03 de junho de 2006. Estabelece normas vedando condutas discriminatórias ou preconceituosas, por orientação e expressão sexual por pessoas do mesmo sexo, no exercício profissional do assistente social, regulamentando princípio inscrito no Código de Ética Profissional.
- _____. Resolução CFESS nº 493, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.
- VASCONCELOS, A. M. de. A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2003

Capítulo 17

Atuação do serviço social: violência contra mulher

Estetiana Sousa Bié¹

Alexsandra da Silva Lima²

Luana Félix Bié³

Introdução

O presente Trabalho de Conclusão de Curso-TCC aborda uma temática bastante debatida na atualidade no mundo e no Brasil, a violência contra mulher, usando como ferreamente a Lei Maria da Penha. Mesmo existindo toda uma legislação vigente no país abordaremos apenas a Lei Maria da Penha e utilizaremos o serviço social.

O objetivo geral da pesquisa visa o combate a violência contra mulher e a atuação do serviço social como instrumento de combate e amparo as mulheres que são acometidas. Os objetivos específicos é identificar historicamente quando e como as mulheres vivenciam

¹ Graduanda em Serviço Social

² Graduanda em Serviço Social

³ Bacharel em Serviço Social pelo Centro Universitário INTA - UNINTA; Graduada em Secretariado Empresarial pela FATE - Faculdade Ateneu; Graduanda em Design de Moda no Centro Universitário Estácio do Ceará. Atualmente Líder na empresa Katsu Dance Group; Pesquisadora do Instituto Superior de Ensino Sem Fronteiras - ISESF e Organizadora das Coleções: Saúde no Brasil: Formação Acadêmica, Práticas e Exercício da Profissão e Educação Como Forma de Socialização.

esses maus-tratos, o que é na verdade o conceito de violência e como a Lei Maria da penha contribui para combater essa violência.

O procedimento metodológico traz um estudo pautado na abordagem quantitativa e descritiva sobre a violência contra mulher e a atuação do serviço social em relação a violência contra mulher. No primeiro momento é feito um breve relato sobre como ela a vida da mulher historicamente, no segundo momento fala-se sobre as concepções do que é violência, no terceiro momento fala-se especificamente sobre a violência contra mulher e a Lei Maria da Penha e no quarto e último momento sobre como atua o profissional do serviço social diante dessa temática.

As fontes da pesquisa foram basicamente documentais e bibliográficas. Utilizamos alguns artigos, livros e dados oficiais.

2. Violência conta a mulher: ontem e hoje

A violência contra mulher não é fatos novos e sim vem de muitos anos atrás, como podemos observar o Direito Sumério da Mesopotâmia, no ano de 2000 a.C., o matrimônio era considerado como a compra de uma mulher. Nesse contexto, a esposa que odiava o seu marido e ousava falar que ele não era seu esposo era lançada ao rio, com pés e mãos amarradas, ou jogada do alto de uma torre (LEITE, 1994; VICENTINO, 1997). Caso ela não pudesse dar filhos ao companheiro, ele poderia ter outra esposa. De acordo com os procedimentos jurídicos, advindos do Código de Hamurábi, que decorre da Lei de Talião, estes eram baseados no princípio “olho por olho, dente por dente”, e as punições variavam de acordo com a posição social da vítima.

Segundo Vicentino (1997), ele informa que, no Direito Romano, não cabia ao Estado a punição do delito da mulher, ou seja, as infratoras não eram punidas com pena pública, ficando esta tarefa sob a responsabilidade do homem. Leite (1994) acrescenta que, durante a Idade Média, a discriminação contra a mulher foi a mais cruel. Para cada dez bruxas queimadas na fogueira da

Inquisição, apenas um era bruxo tinha o mesmo destino. De acordo com a lei instituída pela Ordenação das Filipinas (1), ao marido “traído” era permitido o delito de matar a sua mulher e o seu rival (ENGEL, 2005). Contudo, se o amante tivesse uma condição melhor que a do marido, a questão passaria para a Justiça Régia. Percebe-se aí a influência econômica nas decisões jurídicas. De acordo com o historiador Jules Michelet, a missão da mulher, ainda no século XIX, era devotar-se, tudo aceitar e saber resignar-se, enquanto que o homem era tido, por definição, como fogoso, impetuoso e trasbordante de energia física e sexual (FERREIRA, 2002).

Na Grécia Antiga que é considerado o berço da civilização ocidental, da filosofia, da literatura, da dramaturgia e da ideia moderna de democracia, havia muitas diferenças entre homens e mulheres. As mulheres não tinham direitos jurídicos, não recebiam educação formal, eram proibidas de aparecer em público sozinhas, sendo confinadas em suas próprias casas em um aposento particular (Gineceu), enquanto aos homens, estes e muitos outros direitos eram permitidos, como Vrissimtzis (2002) elucida:

[...] o homem era polígamo e o soberano inquestionável na sociedade patriarcal, a qual pode ser descrita como o ‘clube masculino mais exclusivista de todos os tempos’. Não apenas gozava de todos os direitos civis e políticos, como também tinha poder absoluto sobre a mulher. (VRISSIMTZIS, 2002, p. 38)

Em Roma as mulheres nunca foram consideradas cidadãs e, portanto, não podiam exercer cargos públicos conforme (FUNARI, 2002, P. 94).

No início do cristianismo ou bem dizendo, no advento da religião judaico-cristã retratava a mulher como sendo pecadora e culpada pelo desterro dos homens do paraíso, devendo por isso seguir a trindade da obediência, da passividade e da submissão aos homens, seres de grande iluminação capazes de dominar os instintos irrefreáveis das mulheres como formas de obter sua salvação. Desta forma a religião judaico-cristã foi delineando as

condutas e a natureza das mulheres e inculcando uma consciência de culpa que permitiu a manutenção da relação de subserviência e dependência.

A violência contra a mulher traz em seu seio, estreita relação com as categorias de gênero, classe e raça/etnia e suas relações de poder. Tais relações estão mediadas por uma ordem patriarcal proeminente no mundo e na sociedade brasileira, a qual atribui aos homens o direito a dominar e controlar suas mulheres, podendo em certos casos, atingir os limites da violência.

Na atualidade a violência contra a mulher vem sendo praticada da maneira similar ao século passado. O que chama mais atenção é que a violência vem aumentando a cada ano. Segundo o SIM(2015) entre os anos de 1980 e 2013, 106.093 mulheres foram assassinadas.

**Tabela 1 – Número e taxas (por 100 mil) de homicídio de mulheres.
Brasil 1980/2013**

Ano	N.	Taxas	Ano	N.	Taxas
1980	1.353	2,3	2001	3.851	4,4
1981	1.487	2,4	2002	3.867	4,4
1982	1.497	2,4	2003	3.937	4,4
1983	1.700	2,7	2004	3.830	4,2
1984	1.736	2,7	2005	3.884	4,2
1985	1.766	2,7	2006	4.022	4,2
1986	1.799	2,7	2007	3.772	3,9
1987	1.935	2,8	2008	4.023	4,2
1988	2.025	2,9	2009	4.260	4,4
1989	2.344	3,3	2010	4.465	4,6
1990	2.585	3,5	2011	4.512	4,6
1991	2.727	3,7	2012	4.719	4,8
1992	2.399	3,2	2013	4.762	4,8
1993	2.622	3,4	1980/2013	106.093	
1994	2.838	3,6	Δ% 1980/2006	197,3	87,7
1995	3.325	4,2	Δ% 2006/2013	18,4	12,5
1996	3.682	4,6	Δ% 1980/2013	252,0	111,1
1997	3.587	4,4	Δ% aa. 1980/2006	7,6	2,5
1998	3.503	4,3	Δ% aa. 2006/2013	2,6	1,7
1999	3.536	4,3	Δ% aa. 1980/2013	7,6	2,3
2000	3.743	4,3			

Fonte: Mapa da Violência 2015. Homicídio de mulheres no Brasil.

O acompanhamento e estudo da violência contra essa parcela da população vem sendo analisada Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS). Os números do SIM (2015), entre 1980 e 2013, o índice vem aumentando ao longo das décadas:

...morreu um total de 106.093 mulheres, vítimas de homicídio. Efetivamente, o número de vítimas passou de 1.353 mulheres em 1980, para 4.762 em 2013, um aumento de 252%. A taxa, que em 1980 era de 2,3 vítimas por 100 mil, passa para 4,8 em 2013, um aumento de 111,1%. Em 2006 foi sancionada a Lei nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha. Para analisarmos o antes e o depois da Lei, desagregamos os dados da Tabela 2.1 em dois períodos: 1980/2006 (antes da Lei) e 2006/2013 (com o vigor da Lei). Vemos, nas últimas linhas da tabela, que no período anterior à Lei o crescimento do número de homicídios de mulheres foi de 7,6% ao ano; quando ponderado segundo a população feminina, o crescimento das taxas no mesmo período foi de 2,5% ao ano.

As instituições que militam em defesa das mulheres, sejam elas, governamentais ou não governamentais vem divulgando o número da violência. O intuito é reduzir o número de mulheres vitimadas pela ação violenta, onde em sua maioria são praticadas por seus companheiros, esposos, namorados. Vale salientar que mesmo após o termino do relacionamento conjugal a violência não sessa, em muitos casos a violência aumenta.

Imagem 1 – Números da violência contra a mulher no Brasil



Fonte: Dossiê Violência contra as mulheres - 2015
(<http://www.agenciapatriciagalva.org.br/dossie>)

As ações violentas são percebidas por grande parte da sociedade brasileira. Em uma pesquisa realizado pelo DataSenado (2015) mostra que 56% dos entrevistados conhecem um homem que já agrediu a parceira e 54% conhecem uma vítima da violência doméstica ou familiar.

Campanhas de conscientização são numerosas, e a cada pesquisa ou estatística realizada se ver crescer os números. Ainda é considerado um tabu a violência contra a mulher. E o que devemos fazer para acabar com esse tabu de não querer se discutir esse assunto? É justo repetir esse jargão “ Em briga de marido e mulher ninguém mete a colher”. Sim, devemos meter a colher e extirpar de uma vez por toda essa mazela social.

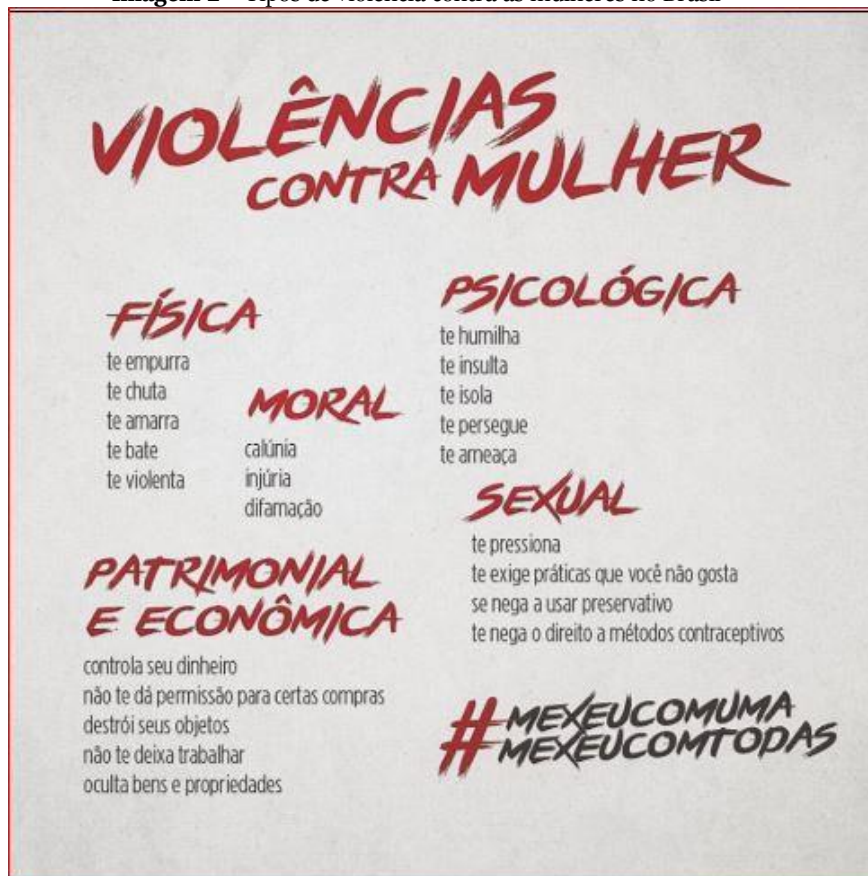
As ONG's e autoridades constituídas já chegaram a um consenso, uma das melhores maneiras de reduzir a violência contra as mulheres é denunciado esses crimes. As vítimas têm que denunciar, caso isso não ocorra, os parentes, amigos ou vizinhos que presenciaram o fato devem ir até uma delegacia de polícia e fazer

um boletim de ocorrência, ligar para o número 180 que foi criado para denúncias anônimas ou para a central de polícia de sua cidade pelo número 190.

Os tipos de violência sofrida pelas mães de famílias, as donas de casa e pelas esposas são praticadas de várias maneiras.

Fiquem atentos e denuncie as agressões!

Imagem 2 – Tipos de violência contra as mulheres no Brasil



Fonte: Dossiê Violência contra as mulheres - 2015
(<http://www.agenciapatriciagalva.org.br/dossie>)

Para conter a violência os legisladores criaram vários dispositivos jurídicos para punir os casos de “ **feminicídio**” praticados no Brasil. Um deles é a Lei Maria da Penha.

3. Normativo jurídicos de amparo a mulher - Lei Maria da Penha

A violência de gênero, pode transcender as relações homem-mulher, é definida como “violência familiar” ou “violência doméstica”, sendo a primeira considerada por envolver membros de uma mesma família nuclear ou extensa, considerando-se os vínculos de consanguinidade e de afinidade. Ela pode ocorrer em qualquer lugar, desde que seja perpetrada por algum familiar. Quando esta violência ocorre no lar, sendo cometida por uma pessoa que não pertence à família, mas que reside parcial ou integralmente com a agredida, a violência é configurada como “doméstica”, podendo ser, inclusive, perpetrada ou sofrida por empregadas(os) domésticas(os) e agregados(as). O incidente violento que ocorre fora do ambiente doméstico, mas que é praticado por alguém que mantém com a vítima uma relação de parentesco, amizade e que tenha compartilhado ou esteja compartilhando com ela do mesmo domicílio, também é configurado como “violência doméstica”, visto que o agressor “se vale da condição privilegiada de uma relação de casamento, convívio, confiança, namoro, intimidade, privacidade que tenha ou que tenha tido com a vítima” (AGENDE, 2004, p. 10).

De acordo com Organização Mundial de Saúde, a violência doméstica praticada contra as mulheres é uma das mais perversas, aproximadamente 70% das mulheres assassinadas no mundo são mortas por seus maridos (AGENDE, 2004, p. 12). Conforme o Mapa da Violência 2010, o Brasil ocupa o 12º lugar no ranking entre os países que registram mais mortes violentas de mulheres (REVISTA MÁTRIA, 2011, p. 2). Segundo o "Mapa da Violência 2012: Homicídios de Mulheres no Brasil", divulgado no dia 11 de junho de 2012, o Brasil ocupa o 7º lugar no ranking de países com maior

índice de homicídios de mulheres dentre os 84 países analisados. De acordo com a pesquisa, a taxa de homicídio no Brasil ficou em torno de 4,4 vítimas para cada 100 mil mulheres.

Tudo isso é uma questão complexa, que por envolver uma relação íntima, as mulheres temem prejudicar seus companheiros, havendo o que chamamos de co-dependência (SAFFIOTI, 2004) seja emocional, financeira ou passional, além de refletirem nas perdas que os filhos teriam com uma separação. Em contrapartida, muitas mulheres nem chegam a acionar os equipamentos disponíveis para lidar com o fenômeno da violência, por terem se tornado parte desta estatística nefasta.

Existem vários tipos de violências contra a mulher. Podemos citar a violência física, violência psicológica, violência sexual, violência moral, violência patrimonial, violência simbólica.

A violência física de acordo com a Lei Maria da Penha, em seu art. 7º, inciso I, entendida como qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal. É o tipo de violência com maior facilidade de interpretação, pois além de ser visível, deixando marcas pelo corpo da vítima (através de tapas, socos, pontapés, uso de armas, etc.), tem uma proximidade do conceito de violência aceito comumente pela população, dando a ideia de que a violência é como uma “ruptura de integridade da vítima” (SAFFIOTI, 2004, p. 17).

A violência psicológica, segundo consta na referida Lei, em seu art. 7º, inciso II, é

Entendida como qualquer conduta que [...] cause danos emocional [à mulher] e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição costuma, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.

Esta violência que se encontra mais presente nos outros tipos, ou seja, geralmente, as demais configurações de violência contra as mulheres passam pela violência psicológica.

A violência sexual, ainda de acordo com a Lei Maria da Penha expõe a violência sexual, em seu art. 7º, inciso III, como sendo

Qualquer conduta que [...] constranja [a mulher] a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto, ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Essa violência contra a mulher é mais reconhecida quando praticado por estranhos, o que acaba por encobrir, muitas vezes, aquela ocorrida no âmbito do lar e perpetrada por pessoa íntima.

A violência moral ainda de acordo com a Lei, em seu inciso V do art. 7º, é qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

A violência patrimonial é definida no inciso IV do art. 7º da Lei Maria da Penha como,

Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de [...] objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos [das mulheres], incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.

Este tipo de violência limita a liberdade da mulher, inclusive o direito de ir e vir, “na medida em que lhe são retirados meios para a própria subsistência” (AGENDE, 2004, p. 13).

A violência simbólica se origina através de símbolos e signos culturais, em especial no reconhecimento do domínio exercido por certas pessoas ou grupos de pessoas. No entanto, a violência simbólica nem é percebida como um tipo de violência, mas como uma espécie

de interdição, com base em um respeito que “naturalmente” se pratica de um para o outro. Sendo assim, impor a submissão às mulheres, pode ser considerada como violência simbólica, que de forma muito sutil, sem utilizar a força física, vai induzindo a uma situação de violência. Conforme Bourdieu (1996) a dominação masculina, enquanto uma forma de violência simbólica encontra seus princípios basilares nas divisões espaciais, entre espaços femininos e masculinos, além de ser algo inculcido nas mentes das pessoas.

Como podemos observar, a lei Maria da Penha vem coibir todos esses tipos de violência que muitas das vezes não é visto como violência, e que podem ter efeitos catastrófico. A Lei Maria da Penha vem coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do art. 226 da lei de 11.340 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Ela é um marco histórico de conquista não só para o Brasil, mas também para o mundo.

4. Atuação do serviço social na violência contra a mulher

O Serviço social emergiu na história como profissão fundamentada na intervenção, tendo em vista, que a mesma, visa proporcionar modificações no cotidiano da vida social dos indivíduos atendidos. A ação profissional dos Assistentes Sociais em demandas familiares, inclusive na questão da violência, se apresenta desafiadora aos profissionais do Serviço Social, entretanto, estes vêm avançando com muita acuidade e competência.

O profissional em Serviço Social, atua junto aos conflitos relativos à violência doméstica e familiar, tendo em vista, sua capacidade instrumental e metodológica em lidar com questões interpessoais. Tal profissional é encarado como “utilizador das

técnicas de base científica, nos problemas do ajustamento do homem à coletividade e de integração do mesmo em si próprio” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2012: 351).

Portanto, o assistente social ele trabalha no acolhimento da mulher em situação de violência doméstica, quanto ao agressor, concomitante com programas alternativos voltados para a ofendida, o agressor e os familiares, visando o enfrentamento a este tipo de violência e todo o contexto social e, assim, promovendo justiça.

5. Conclusões

Como podemos observar de acordos com as pesquisas, a violência contra mulher não é de hoje, ela vem de tempos muito antigo, e um dos sinais mais visível em que se pode observar, é a questão de submissão em que a mulher é vista desde os tempos mais remotos. E é necessário ao profissional assistente social se debruçar mais no assunto em que se possa contribuir mais conforme os direitos que lhe foi conferido. É preciso descobrir alternativas e possibilidades para uma atuação que enfrente todos os desafios postos a essa área, decifrando as situações apresentadas, capacitando-se para o trabalho com as mulheres, trabalhado para a transformação no modo das condições de vida, na cultura de subalternidade imposta às mulheres, participando das discussões sobre a questão da violência contra a mulher, organizando eventos na área, militando nos conselhos objetivando que o governo priorize as políticas públicas de combate à violência em sua agenda. Sem, contudo, esquecer a trajetória histórica que atribui a identidade profissional conquistada pela categoria, e que se encontra explicitada nos onze princípios fundamentais do Código de Ética profissional do Serviço Social

Referências

ENGEL, M. G. Paixão e morte na virada do século. n. 328. Jul. 2005. Disponível em: www.google.com.br acessado no dia 15/07/2017 às 14h34.

FERREIRA, I. Flechas errantes: um ensaio sobre o ciúme. Storm Magazine, mar. 2002.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 36 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

LEITE, C. L. P. Mulheres: Muito além do teto de vidro. São Paulo: Atlas, 1994.

LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006. Lei maria da Penha – Disponível <http://www.planalto.gov.br> – Acessado no dia 16/07 2017 às 15h42.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra, 2002. Disponível <http://portal.saude.gov.br/portal/> Acesado no dia 15/07/2017 às 15h25.

Revista Mátria - Publicação da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação-CNTE 8 de março de 2016, Acesso disponível <https://www.cnte.org.br> acessado no dia 16/07 2017 às 16h22.

Revista Plenário – 10 Anos Lei Maria da Penha, Órgão Oficial da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará – ANO IX – Ago, Set e Out 2016 – 45º edição.

Tânia Pinafi: Violência contra a mulher: políticas públicas e medidas protetivas na contemporaneidade, Artigo publicado na edição nº 21 de abril/maio de 2007.

VICENTINO, C. História Geral – ed. Atual e ampl. São Paulo: Scipione, 1997.

Capítulo 18

O assistente social e combate a violencia contra a mulher

Maria Evanilda Torres Costa¹

Suziane Souza Lima Borges²

Karine Lima Paulino³

Introdução

O presente trabalho tem como tema “O Assistente Social e o combate a violência contra a mulher”, busca-se refletir sobre o papel que o assistente social desempenha para combater a violência pratica contra as mulheres. Percebe-se o Assistente Social como um profissional de extrema importância como mediador, construtor, orientador para garantir o direito à vida. Dessa forma, o direito à vida das mulheres que sofrem violência deve ser articulado junto a esse profissional. O Assistente Social atua diretamente junto a essas mulheres garantindo serviços de proteção junto a suas famílias. Quando a violência acontece dentro do espaço familiar, ou seja, a violência intrafamiliar, o mesmo demonstra através das políticas públicas e dos espaços públicos com os da Secretaria do trabalho e da Assistência Social, da Secretaria de Saúde e até mesmo da Secretaria de Educação, parcerias extremamente viáveis de exercício

¹ Graduanda em Serviço Social

² Graduanda em Serviço Social

³ Graduanda em Serviço Social

da cidadania e de proteção à vida. Ao longo do século XX as questões que envolvem a violência contra a mulher ganharam uma maior notoriedade mediante os rumos da ampliação dos direitos da mesma, em consonância com a garantia na Constituição Federal de 1988 do Brasil quando a mesma traz novos olhares sobre a igualdade ente homens e mulheres. Essa possível igualdade seria discutida durante décadas como essenciais para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

O trabalho está dividido em dois tópicos. O primeiro abordaremos sobre a história da carreira do Assistente Social no Brasil e suas funções diante das questões sociais. Logo em seguida, aborda-se o conceito de violência e tipos de violências cometidas contra as mulheres. No segundo ponto articula-se uma discussão entre Assistente Social, violência contra a mulher e a Lei Maria da Penha. Esses elementos são unidos através de uma discussão teórica-metodológica com um objetivo de travar uma reflexão sobre o papel do Assistente Social em parceria com a Lei Maria da Penha para combater a violência contra a mulher. Sabe-se que o profissional está diretamente ligado aos direitos humanos, questões sociais e de proteção, em que o mesmo gera condições para que as mulheres que sofrem de violência tenham acesso a vida digna, pautada em seus direitos constitucionais.

Nas duas últimas décadas do século XX a luta das mulheres para superarem os problemas de violência, desigualdade, discriminação e estereótipo construídos historicamente, socialmente e culturalmente no Brasil durante 500 anos de história é um desafio. As lutas de muitas mulheres são inspiradas pela luta da vítima Maria da Penha, em que a mesma sofre violência doméstica, em que o agressor é seu marido.

Há uma complexidade que envolve a violência contra a mulher, porém essa complexidade não pode ser vista como algo naturalizado. Muitas mulheres sofrem violência física, psicológica, econômica, patrimonial, sexual e etc, esses tipos de violência devem ser combatidos todos os dias. Assim, o Assistente Social deve

encaram as diversas situações possíveis, buscando ampliar seu terreno de atuação através de sua prática para combater as distintas faces da violência contra a mulher.

A Lei Maria da Penha surgiu com uma relação direta entre Serviço Social, Justiça e a luta das mulheres. Vindo garantir de forma sistemática à vida a muitas mulheres violentadas, e de outras que possivelmente poderiam vir a ser. Combater a violência contra a mulher é uma luta constante por que desmascara toda uma sociedade construída no machismo, na misoginia e discriminação.

2. Assistente social e combate a violência contra a mulher.

2.1. O papel do Assistente Social: contexto histórico no Brasil.

O Serviço Social no Brasil nasce ligado as divergências do sistema capitalista industrial, ascendente nos anos de 190 a 1940. As contradições do período unem os interesses da igreja, com serviço assistencialista, e da classe dominante.

A origem do Serviço Social brasileiro está imbricada à ação da Igreja Católica e da sua estratégia de adequação das mudanças econômicas e políticas que alteravam a face do país àquela época. Estamos nos deparando com uma profissão que surge com objetivos claros: dar respostas à “questão social” e ao movimento operário e popular – no sentido de controlá-lo. (SILVA, JÚNIOR, 2016, p.6)

A questão social pode ser entendida como os fatores que geram a miserabilidade social, ou a vulnerabilidade dos trabalhadores. “Os protagonistas deste fenômeno social eram representados por trabalhadores rurais que, expulsos do campo, migraram para as cidades em busca de garantir a subsistência. Esses trabalhadores, (...) experimentaram uma situação de grande miserabilidade.” (VELOSO, 2013, p. 32). As desigualdades sociais e econômicas próprias do sistema econômica em ascensão, faz-se

necessária cada vez mais uma ação doutrinadora por parte da igreja e das classes dominantes.

O Serviço Social tem sua gênese ligada às relações sociais construídas com o surgimento do sistema capitalista. A proposta para a profissão em seu surgimento é determinada pelas classes dominantes e influência da Igreja Católica. Tem como proposição a intervenção e atuação ante a “questão social”, implementando uma ação doutrinária e corretiva que buscava um consenso entre as classes dominantes e trabalhadoras, objetivando a construção de uma legitimação política para as classes dominantes, e uma legitimação ideológica para a Igreja Católica. (SILVA; CAVIÃO; s/a p. 1074)

Dessa forma como afirma Piana,

O surgimento e desenvolvimento do Serviço Social como profissão é resultado das demandas da sociedade capitalista e suas estratégias e mecanismos de opressão social e reprodução da ideologia dominante. Como profissão que surge de uma demanda posta pelo capital, institucionaliza-se e legitima-se como um dos recursos mobilizados pelo Estado e pelo empresariado, mas com um suporte de uma prática cristã ligada à Igreja Católica, na perspectiva do enfrentamento e da regulação da chamada questão social que, a partir dos anos 30 (séc. XX), adquire expressão política pela intensidade das manifestações na vida social cotidiana. (PIANA, 2009, p.87)

Com um caráter imediatista, assistencialista, missionário e clientelista, o Serviço Social expressa um controle do estado com o objetivo de regulamentar os conflitos ligados as questões sociais. Dessa maneira o alvorecer do Serviço Social no Brasil faz crescer diversas instituições “como uma profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho, embora ainda com uma perspectiva de assistencialismo e favorecimento da expansão do capital e industrialização.” (SILVA; CAVIÃO; s/a p. 1074).

A grande presença da burguesia industrial e os grandes proprietários rurais buscando direcionar seus domínios sobre as

“questões sociais” advindas do capitalismo, buscava-se um posicionamento do estado e da igreja diante das manifestações da classe operária entre os anos de 1930 e 1940. Dessa forma era tarefa do profissional do Serviço Social

Atuar nas situações sociais reconhecendo sua causa como decorrente da relação capital-trabalho: [...] O objeto da intervenção do Serviço Social, se constrói na relação sujeito/estrutura e na relação usuário/instituição, em que emerge o processo de fortalecimento do usuário diante da fragilização de seus vínculos, capitais ou patrimônios individuais e coletivos [...]. (BATISTA; MARTINS, CAMOLESI; 2013, p.75, apud. FALEIROS, 2006, p. 44).

Os anos posteriores o Serviço Social adquiri uma roupagem ideológica marxista, deixando de lado o “assistencialismo”. O discurso de igualdade, melhores condições de vida e direitos sociais passa a fazer parte do novo cenário profissional.

Nos anos de 1970 e 1980 durante o Golpe Militar o Serviço Social passa por grandes transformações junto à sociedade Brasileira. O profissional do Serviço Social se transforma em um burocrata do sistema político estabelecido. Com um caráter extremamente científico e técnico, surgiu uma ruptura com os ideais marxista. Sob o olhar da repressão das políticas sociais, o estado age contrário a democracia.

A repressão e a violação de direitos para a manutenção da ditadura é, sem dúvida, o aspecto mais triste desse cenário. É erguido, após o golpe de 1964, um Estado que tem como função assegurar a reprodução do grande capital. Tem-se a instauração de um Estado “antinacional e antidemocrático”, que passa a enfrentar a “questão social” não apenas com repressão, mas também com políticas sociais compensatórias. (SILVA, JÚNIOR, 2016, p.8).

O processo de transição do Regime Militar para a democratização do país influenciou diretamente o olhar sobre a própria vida humana. Os anos de 1980 as conquistas sociais redefini a prática do profissional. A própria constituição Federal de 1988

organiza a Assistência Social como um dos direitos garantidos ao povo. O artigo no 194 define a seguridade social como um polar para os direitos da previdência e assistência social.

O início dos anos de 1990 o Serviço Social rompe com a tradição conservadora até então existente. Com os pilares ideológicos dos anos anteriores, o avanço do conhecimento marxista fortalece o pensamento da profissão. Se adequando a nova realidade e “qualificando-se para hoje, sem dúvida, ser uma profissão reconhecida e legitimada socialmente”. (CARVALHO, 2010, p. 82). Assim a constituição garante que é necessário o trabalho do Assistente Social com compromisso. Sendo um

Um profissional que não trabalha com fragmentos da realidade social, ele atua com demandas individuais que analisadas revelam situações não exclusivas de um determinado indivíduo. Isso permite ao profissional, diante das condições de vida dos usuários, à luz de uma perspectiva teórico-crítica, intervir na realidade de forma mais concreta, não agindo apenas sobre a face mais imediata do problema. (VELOSO, 2013, p.41)

A essencial da presença do Assistente Social no seio de uma sociedade democrática, faz-se necessário estabelecendo um diálogo concreto sobre igualdade, direitos e proteção. Dentre as proteções firmadas na função do Assistente social, está o direito à vida. Qualquer situação em que a vida humana esteja ameaçada o profissional age prontamente, buscando intermediar, proteger, defender os direitos humanos. Nessa perspectiva, destacamos o uso da violência como a ameaça à vida humana. O profissional em Serviço Social insere-se é encarado como “utilizador das técnicas de base científica, nos problemas do ajustamento do homem à coletividade e de integração do mesmo em si próprio” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2012: 351).

No Brasil as maiores taxas de violência afetam as mulheres. A violência contra a mulher é um problema social, por que está diretamente ligado ao machismo. No início do século XXI espaços

ligados a Assistência Social que contribuem diretamente para enfrentar problemas como a violência contra a mulher. Garantindo aos usuários, serviços de proteção, especialmente as famílias. A atitude do Assistente Social como profissional é desafiadora diante da violência praticada contra a mulher, principalmente quando ela acontece dentro do espaço doméstico. A questão da violência contra a mulher tem demonstrado uma preocupação de muitas políticas públicas quem que buscam promover a garantia dos direitos das mulheres. Dessa forma, a ampliação dos espaços de atuação do Assistente Social torna-se necessário à medida que a busca pela garantia dos direitos do cidadão, seja um pilar importante para o exercício da cidadania.

O Assistente Social pode atuar em espaços da Saúde, Assistência e Educação em um trabalho multidisciplinar com o objetivo de atuar no combate a violação dos direitos humanos. Um espaço público construído que integra ações articuladas de serviços de Assistência Social para o combate a violência contra mulher é o Centro de referência Especializado de Assistência Social.

CREAS - constitui-se numa unidade pública e estatal onde se ofertam serviços especializados e continuados as famílias e indivíduos nas diversas situações de violação de direitos. Como unidade de referência deve promover a integração de esforços, recursos e meios para enfrentar a dispersão dos serviços e potencializar ações para os usuários, onde é de fundamental importância articular os serviços de média complexidade e operar a referência e a contra-referência com a rede de serviços sócio assistenciais da proteção social básica e especial, com as demais políticas públicas e órgãos do Sistema de Garantia de Direitos ao cidadão (LOBO, s/a, p. 5. Apud. MDS, 2011)

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social destina as famílias atendimentos combatendo qualquer tipo de violência, seja ela

Violência física, psicológica e negligência; violência sexual: abuso e/ou exploração sexual; afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida sócia educativa ou medida de proteção; tráfico de pessoas; situação de rua e mendicância; abandono; vivência de trabalho infantil; discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia; (LOBO, s/a, p. 5)

O foco do Centro de Referência Especializado de Assistência Social é contribuir para a prevenção da violência contra a mulher. O acompanhamento é destinado para os filhos e para as mulheres que sofrem violência, garantindo os direitos. A violência doméstica é preocupante, diante de tantos dados alarmantes do Brasil. Como produto histórico de uma sociedade machista, a violência contra a mulher é símbolo de agressão, luta e resistência.

No próximo ponto destacaremos como a violência doméstica tornou uma realidade da mulher. Abordaremos os tipos de violência para compreendermos como um produto de uma sociedade.

3. Violência doméstica contra a mulher

A ação violenta restringe a liberdade. De acordo com o contexto histórico, social e cultural a violência torna-se múltipla. De acordo com Veloso citando Mynaio, nos diz que,

O ato violento expressa uma ação coercitiva que atenta contra a liberdade do outro. Quando falamos e nos preocupamos com a violência, a primeira imagem, a face mais imediata e sensível, é a que se exprime pela agressão. Contudo, a violência é um produto histórico, e não é uma é múltipla (MYNAIO, 2003: 25). Com isso, varia de acordo com cada época histórica e organização social, designando realidades diversas. (VELOSO, 2013, p. 15)

Qualquer tipo de agressão, seja ela física ou mental compromete a integridade do ser humano, gestando outros problemas como: problemas mentais, depressão e tentativas de suicídio. (SILVA, CAVIÃO, 2014, p.1073).

O ato violento ameaça à integridade da mulher, em muitos casos são cometidos dentro do lar. Isso não se torna uma regra, ela também pode acontecer fora do espaço da casa. A violência dentro do espaço familiar contra a mulher quase sempre é camuflada, por conta do medo, da dependência financeira e ameaças. Quase sempre o agressor nega o ato, tornando a violência contra a mulher cada vez mais “comum”. Como salienta Lobo,

A violência doméstica contra a mulher ocorre tanto na rua quanto em casa e na maioria dos casos é praticado pelo marido, o companheiro, o pai ou padrasto. Essa violência pode assumir várias formas, onde em todas as maneiras as consequências são desastrosas, causando danos temporários, permanentes ou até mesmo a morte. (LOBO, s/a, p.2)

A violência contra mulheres deixa marcas físicas ou psicológicas. O agressor dificilmente reconhece o abuso que praticou. São diversas as causas da violência doméstica contra a mulher. Veloso destaca entre os tipos de violência os seguintes:

Violência física – ação do agressor contra a integridade ou saúde corporal da vítima como: empurrar, sacudir, esbofetear, chutar, queimar, etc.

Violência psicológica – ação do agressor contra a mulher que causa danos de ordem emocional. Exemplos: insulto, chantagem, ridicularização, humilhação, constrangimento, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição, limitação do direito de ir e vir.

Violência sexual - ação do agressor que constranja a mulher a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, diante de ameaças, coações ou do uso direto da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade. Está incluído neste tipo de violência o impedimento da mulher usar método contraceptivo e a obrigação da mulher abortar mediante força ou ameaça.

Violência patrimonial - qualquer ação que possa causar dano aos bens da mulher como documentos pessoais e instrumentos de trabalho.

Violência moral – conduta por parte do agressor que possa caluniar ou difamar a mulher. (VELOSO, 2013, p. 30/31)

Os pontos mais comuns da violência doméstica são físicos com murros, tapas e empurrões. Geralmente deixam o corpo da vítima marcado. Ao contrário, existe a violência que não deixa marca afeta principalmente a autoestima, a autoconfiança e dignidade, afeta diretamente o psicológico. O agressor utiliza de todos os mecanismos possíveis para coibir a mulher. A humilhação e a discriminação podem chegar ao limite, a morte.

O abuso emocional é tão destruidor quanto o abuso físico apesar de muito mais difícil de ser reconhecido. Essa forma de abuso afeta principalmente mulheres e crianças e não deixa marcas roxas, cortes, nem ossos quebrados, resulta em cicatrizes psicológicas profundas destruindo a autoestima da vítima. (LOBO, s/a, p.1)

A violência contra a mulher é um fenômeno global, atingindo mulheres dos diversos setores sociais. As agressões cometidas pelo agressor podem variar e atingir de maneiras diversas as vítimas. A ignorância e grosserias tomam conta das dificuldades que atingem as mulheres. Elas passam a conviver em situações violentas. Em muitos casos essas mulheres procuram órgãos responsáveis para a sua proteção. Contudo, a maioria das mulheres não procuram setores que podem protegê-la, principalmente quando essas mulheres dependem financeiramente do homem.

Atualmente, existe uma rede de serviços que podem contribuir para a proteção da mulher, com o objetivo de combater a violência doméstica. Entre essa rede de proteção, podemos citar o profissional do serviço social, o Assistente Social, e a Lei Maria da Penha. A seguir discutiremos como este profissional pode atuar em parceria com a lei na tentativa de coibir a violência contra a mulher.

4. O assistente social: violência doméstica e a Lei Maria da Penha.

A origem da profissão de Assistente Social ligado diretamente com as questões sociais, torna-o responsável para buscar conquistas e melhores condições de vida também para mulheres vítimas de violência doméstica. No ano de 2005 foi criada em conjunto com a Lei Maria da Penha a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Isso revela o avanço da luta das mulheres contra a violência cometidas pelo homem. Dessa forma, “os Assistentes Sociais trilham sua atuação e cada vez mais se atualizando frente às transformações da sociedade”. (LOBO, s/a, p. 7).

Dessa maneira, o Assistente Social é mediador dos conflitos que envolvem a violência contra a mulher, agindo prontamente em conjunto com o poder judiciário. Esse profissional tem a habilidade de atuar diante das questões sociais, combatendo a violência doméstica.

O assistente social é um dos profissionais que vêm sendo chamados a participar do processo judiciário na mediação de conflitos e, perante este fato, defendemos que ele conta com capacidades e habilidades advindas de sua formação profissional para o trato com as relações sociais, requeridas ao perfil do mediador. (BATISTA, MARTINS, CAMOSELI; 2013, p. 74)

Assim, a violência cometida dentro do espaço familiar, pode ser classificada como violência intrafamiliar. O ato violento é uma imposição do agressor em relação a vítima, desrespeitando os limites dos espaços físicos e morais.

Podemos entender a violência intrafamiliar como sendo: toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida. Inclui também as pessoas que estão

exercendo a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue. (DAY, 2003, p.10, apud. VELOSO, 2013, p.17).

Se a violência atinge diretamente os valores da vida, e o Assistente Social tem como premissa a proteção a vida humana, o mesmo atua na proteção do espaço familiar. A violência no espaço doméstico não é um fenômeno recente, ele se faz presente na sociedade brasileira desde a formação da família patriarcal.

A base da construção familiar brasileira tinha como pilar o homem, sendo fortalecida o papel masculino na instituição da família. O papel exercido pela mulher ao longo da história do Brasil limita sua participação na vida pública. Assim, o homem passa a exercer um papel primordial de controle da vida da mulher. A violência doméstica tem como origem a formação da família patriarcal brasileira.

O poder patriarcal ergue-se e apóia-se, assim, na desigualdade entre os gêneros masculino e feminino, que além de se manifestar em diversas esferas sociais, incide sobre o corpo e a sexualidade da mulher. Historicamente quando as mulheres ultrapassam os papéis sociais que as são determinados, o poder patriarcal é, direta ou indiretamente, contestado ou ameaçado. Como resposta é comum surgirem situações de violência física e/ou psicológica. (VELOSO, 2013, p. 18)

Dessa maneira, os Assistentes Sociais devem interferir nessas realidades desiguais em que a mulher passa a ser vítima desse contexto histórico de agressões. Atendo a mulher para promover o desenvolvimento eficaz de proteção junto aos órgãos públicos. Assim, a ação eficaz entre Assistente Social, Justiça e a Lei Maria da Penha quando estabelece os tipos de violência a serem combatidas.

A Lei Maria da Penha estabelece cinco tipos de violência doméstica contra a mulher relacionadas no Art. 7º da Lei 11.340/2006: Violência física, Violência psicológica, Violência sexual, Violência patrimonial, Violência moral. (VELOSO, 2013, p. 30/31)

A violência contra a mulher é bastante complexa, pois existem várias maneiras desta se manifestar: moralmente, torturas, conflitos, sexualmente, psicologicamente, assassinato, etc. A violência verbal, que causa danos morais, que muitas vezes são mais difíceis de esquecer do que os danos físicos. Violência é um terreno amplo e, de certa forma, muito interpretativo. É possível que o que nossa cultura considere violento, outras não considerem. É exemplo disso algumas práticas contra as mulheres.

A cada ano, milhares de mulheres são mortas pela violência em todo o mundo. Porém, essa violência não se traduz apenas em abusos físicos, mas também, sexuais, patrimoniais, psicológicos e morais. A violência contra a mulher no espaço doméstico era entendida como um tipo de abuso na qual marido e mulher deveriam resolver sozinhos, conforme o conhecido ditado: “em briga de marido e mulher ninguém mete a colher”. No entanto, com a inovação da Lei Maria da Penha, o Estado toma para si a responsabilidade de proteger as mulheres desses abusos, deixando então de ser uma questão meramente de âmbito privado. Esta Lei, portanto, constitui-se em um grande avanço na luta das mulheres pela erradicação, prevenção e punição da violência. (VELOSO, 2013, p. 24)

A violência, talvez, possa ser definida como um ataque não só ao corpo, mas à dignidade, perspectivas de futuro, às oportunidades e tudo aquilo que impeça alguém de se desenvolver adequadamente. A presença do Assistente Social como um pilar é de extrema necessidade.

A presença do profissional assistente social em processos de mediação de conflitos não ocorre por mero acaso, a sua intervenção com e nas relações sociais o habilita a trabalhar com situações nas quais o conflito se manifesta, portanto, a operar na busca de sua solução. BATISTA, MARTINS, CAMOSELI; 2013, p. 85).

No Brasil as causas da violência contra a mulher estão associadas diretamente a formação da família patriarcal, como já foi abordado anteriormente. As mulheres são as que mais sofrem vários

tipos de violência. E o Brasil é um país que mais gera esses tipos de violência. Nesse caso, a violência contra a mulher é todo ato que resulte em morte ou lesão física, sexual ou psicológica de mulheres, tanto na esfera pública quanto na privada. Violência essa que a cada dia vem se agravando, mesmo com políticas públicas voltadas para a defesa da mulher. Práticas enraizadas na sociedade, falta de diálogo e educação para homens e mulheres. Muitas gerações vêm apenas reproduzindo o que aprendem. Nesse sentido, é difícil falar de um culpado apenas.

Combater a violência contra a mulher é um desafio em nosso meio. O Assistente Social deve contribuir para a efetivação dos direitos das mulheres, principalmente no direito à vida e equidade. Um dos objetivos da profissão de Assistente Social é

Contribuir para a emancipação do sujeito social para, dessa forma, contribuir para a construção de uma nova ordem societária. Reconhece, porém, nos determinantes estruturais e nas dificuldades da realidade social, os limites e as possibilidades do trabalho profissional, posicionando-se a favor da justiça e dos direitos sociais. (CARVALHO, 2010, p.82)

O reconhecimento da violência já é um passo dado. Algumas mulheres jamais pensaram nessa possibilidade, o que as deixava sem “salvação”. Mesmo com passos lentos, temos progredido. Existe uma falta de interesse de boa parte da sociedade (homens) em dar espaço para se falar sobre práticas machistas e atos violentos contra as mulheres, e como isso limita o crescimento de muitas mulheres. No nosso dia-a-dia, dentro de nossas casas, trabalhos, lojas, igrejas e demais ambientes podemos ser atuantes no combate à violência contra as mulheres. Uma pequena fala de repressão a uma prática machista, uma pequena explicação das injustiças advindas dos conflitos de gênero ou qualquer outra demonstração de resistência já faz uma grande diferença, pois são nas pequenas coisas que a violência se expressa. Uma educação maior às mulheres deve existir visando prepara-las para enfrentar determinadas situação. Essa

educação de empoderamento é uma ferramenta importante na luta contra a violência de gênero, visto que muitas mulheres (vítimas) ainda não compreendem como são violentas algumas situações pelas quais passam.

A violência doméstica contra a mulher consiste em uma questão sócio-cultural presente nas mais diversas comunidades. Na cultura patriarcal, a violência sexista é aquela praticada por homens e por mulheres contra as mulheres pelo simples fato de elas serem mulheres. “Ela é resultante de um longo processo histórico, baseado na ideia equivocada de que a humanidade está dividida em seres superiores e inferiores e, por essa razão, as mulheres deveriam obediência aos homens. Ela é um pilar da infeliz sociedade patriarcal. Pesquisas indicam que a violência sexista atinge uma em cada quatro mulheres no mundo, independentemente de classe, religião, cor ou região. ” (Das lutas à Lei: uma contribuição das mulheres à erradicação da violência. Secretaria da Mulher de Pernambuco, 2011: 19). Apud. (SILVA, CAVIÃO, 2014, p. 1073)

De várias formas podemos combater os diversos tipos de violência contra a mulher: Denunciando para os órgãos competentes qualquer tipo de abuso e/ou forma de violência contra a mesma; Através de uma boa educação (tanto em casa como nas instituições de ensino); efetivando o empoderamento feminino; não negligenciando os abusos em casa, trabalho ou em qualquer outro lugar; com políticas públicas voltadas para a valorização e empoderamento da mulher.

O Assistente Social deve manter o caráter sócio-político para poder intervir com ações importante junto as minorias sociais. “O Assistente Social contribui para a formação e a constituição de cidadãos como sujeitos sociais ativos. ” (ROMÃO, s/a, p.3. Apud. BRUNO, 2003). Sabe-se que são diante das desigualdades que a ação desse profissional se faz necessária.

Inserido nas mais diversas áreas (saúde, previdência, educação, habitação, lazer, assistência social, justiça, etc) com papel de planejar, gerenciar, administrar, executar e assessorar políticas,

programas e serviços sociais, o assistente social efetiva sua intervenção nas relações entre os homens no cotidiano da vida social, por meio de uma ação global de cunho socioeducativo e de prestação de serviços. (SILVA, 2015, apud. CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL – MG 2014, p 01).

Tudo isso depende, também, de um macro política que possibilite promover essas mudanças na sociedade. Nessa perspectiva, precisa-se atentar para os representantes políticos e para as demais formas de atuação em prol dessa causa. Dessa maneira a atuação do Assistente Social é extremamente importante como mediador dos conflitos existentes ente homens e mulheres. Na tentativa de garantir a vida das mulheres vítimas de violência doméstica o Assistente Social juntamente com a justiça precisa abrigar essas mulheres em um lugar seguro, longe do agressor. Como afirma Lobo

Os grandes desafios enfrentados pela profissional são de auxiliar a vítima de violência doméstica na questão de abrigá-la em local seguro no primeiro momento da violência ocorrida, logo após garantir que levando em frente o boletim ocorrência não mais sofrerá agressões. Outro desafio é a independência emocional e financeira que a vítima tem com o agressor, fazendo com que a mesma fique acorrentada ao sendo sujeitada a constantes humilhações. Sem este porto seguro a vítima volta para a mesma condição de vida, pois não tem nenhuma garantia de que estará segura ou que possa garantir segurança aos filhos (LOBO, s/a, p. 8)

Os conflitos/violência existentes ente homens e mulheres na sociedade contemporânea para serem compreendidos é necessário analisarmos a história para identificar o estabelecimento de costumes condizentes com as práticas conflituosas atuais. Também é necessário, tornar isso acessível a todas as pessoas independente de classe social, crença, entre outros aspectos. Apesar de estarmos na contemporaneidade, ainda há inúmeros conflitos no tocante a equidade de ambos (homens e mulheres). As mulheres ao longo dos

tempos, vêm conquistando espaços e direitos nunca visto antes. Entretanto, ainda há uma disparidade quanto a valorização e participação da mesma nos diversos segmentos (trabalho, casa, família, instituições). Percebemos isso quando a mesma trabalha no mesmo cargo que os homens e ainda, sim, recebe um salário menor; quando não consegue uma ascensão pelo fato de ser mulher; quando percebemos que apesar de a população brasileira ser composta mais por mulheres, a aceitação e participação destas é bastante reduzida nas grandes empresas e na política; quando a mulher consegue desempenhar diversas tarefas/atividades (trabalho, mãe, do lar, esposa...) e ainda é subestimada e desvalorizada. Apesar dos avanços, das políticas públicas voltadas para as mesmas, deve ainda melhorar muito a questão da equidade e da valorização da mulher por uma sociedade mais justa e igualitária.

De acordo com Veloso,

Podemos perceber que a violência contra a mulher não é um fenômeno que se restringe a classes sociais ou etnias específicas e tampouco se expressa em apenas uma determinada faixa etária. No entanto pesquisas apontam que este tipo de violência ocorre com maior frequência dentro do ambiente familiar, na maioria das vezes pelo companheiro da vítima. (VELOSO, 2013, p. 17)

Diante do contexto de violência contra a mulher no Brasil, surgiu a Lei Maria da Penha em defesa da mulher no Brasil. A lei está associada a história de uma mulher Maria da Penha Maia Fernandes que sofreu tentativa de homicídio por parte de seu companheiro. O mesmo por várias vezes tentou matar Maria da Penha, inclusive a manteve em cárcere privado. Após sobreviver a violência doméstica, Maria da Penha inicia uma luta que durou 19 anos por justiça. A partir de então a luta por justiça para punir o agressor de Maria da Penha comoveu órgãos internacionais. Durante anos a vítima buscou justiça, sua luta tomou proporção enorme no Brasil.

Em virtude da preocupação com esse tipo de realidade que é vivenciada por mulheres em todo o mundo, instrumentos

internacionais foram criados. São eles: a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 18 de dezembro de 1979, que entrou em vigor em 3 de setembro de 1981; o Plano de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (1995); a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994); o Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, além de outros instrumentos de Direitos Humanos. (VELOSO, 2013, p. 24)

A Lei sancionada pelo até então Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva de 2006, recebe o nome de Maria da Penha Lei nº 11.340, se estrutura em um produto de uma luta da vitória das mulheres que sofrem violência todos os dias. Essa lei estabelece a punição do agressor, que em muitos casos ficavam impune.

De acordo com a Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006 - Lei Maria da Penha, a violência contra a mulher se configura como qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado. Incluem-se a agressão física, sexual, psicológica e econômica. (SILVA, CAVIÃO, 2014, p. 1073)

A Lei Maria está diretamente lidada ao papel do Assistente social, por que o mesmo busca garantir o direito à vida, direitos iguais. A lei busca garantir direitos essenciais da mulher em torno de prevenir e eliminar a violência doméstica. De acordo com o Lobo essa lei visa também

Punir os agressores e principalmente dando assistência e proteção as mulheres em situação de violência doméstica. Isto, é uma vitória para as mulheres nos dias atuais, pois depois de sofrerem ameaças, discriminações e violências em toda sua trajetória, a mulher vem buscando seus direitos e se consolidando na sociedade, como um ser presente e atuante em busca de uma vida mais digna a ser vivida. (Lobo, s/a, p 4)

Dessa forma, a Lei Maria da Penha reafirma os direitos das mulheres garantidos na constituição Federal de 1988, quando a mesma estabelece que “somos todos iguais” perante a lei. Com a Lei Maria da Penha, Constituição Federal e com políticas públicas que envolvam o assistente social como um pilar fundamental no combate e orientação a violência contra a mulher. De acordo com Veloso “muitas mulheres ainda sofrem caladas o horror da violência que, de certo modo, ainda se mantém escamoteado na sociedade. (VELOSO, 2013, p. 17).

O Assistente Social em sua luta diária buscará entender a violência como um fator prejudicial para o desenvolvimento da pessoa. Configura-se também, como uma ação de negligenciarão, omissão, agressão contra a mulher.

5. Conclusões

O Assistente Social como um profissional que está vinculado a ações rotineiras que viabiliza os direitos da população. Nos espaços ocupados pelo profissional o mesmo tem acesso as diversas informações que não necessárias para desenvolver ações possíveis para tornar eficaz seu trabalho em defesa da mulher. Dados coletados e explorados de maneiras a conhecer a vida e realidade de mulheres que sofrem violência são importantes para compreender-se a construção da própria violência. “A violência contra a mulher é um dos fenômenos sociais mais complexos e preocupantes do mundo atual, revelando-se na sociedade como um elemento estrutural intrínseco ao próprio fato social, atingindo qualquer grupo humano ou civilização. (PINTO, S/A, p. 1).

Existem muitos desafios a serem enfrentados pelo Assistente Social e pelas vítimas de violência doméstica, principalmente quando se trata da proteção. Abrigar essas mulheres junto a suas famílias em lugares seguros para que as mesmas não sofram outras possíveis agressões é uma barreira, para o que nem sempre a justiça age com prontidão e eficácia. Outro desafio existe quando as

mulheres dependem financeiramente do agressor. Essa situação cria um elo de dependência da vítima, deixando-a vulnerável para possíveis novas formas de violência. Em muitos casos essas mulheres se sujeitam a permanecer com o agressor, principalmente quando essa dependência está vinculada aos filhos.

Hoje já existe uma lei que ampara essas mulheres, mesmo assim as dificuldades são enormes. Existem poucas políticas públicas quem amparem as vítimas. Muitas mulheres em alguns casos não levam suas denúncias a diante, por conta da falta de rede de proteção, casas de apoio e de defesa judicial. Então, o contexto da violência contra a mulher é estreito, sensível e complexo. Quando as mulheres não seus direitos, as mesmas continuam vulneráveis a novas agressões. Vítimas do medo, da tortura, da represália, da rejeição e discriminação.

O Assistente Social através do seu trabalho pode contribuir e ajudar muitas mulheres e sua rede familiar, buscando conseguir garantir, mesmo com dificuldades, seus objetivos. A ausência de recursos ou de investimentos por conta dos governos, torna a proteção das mulheres vítimas de violência algo frágil.

Dessa maneira, a este trabalho abre um novo leque de possibilidades de outras discussões sobre a temática. Sabe-se que não esgotamos a discussão aqui, e nem seria possível. Contudo, mostramos a relevância social e acadêmica em discutir esse assunto, principalmente quando podemos fortalecer a leitura na academia e em outros espaços.

Referências

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

SILVA, Ana Carolina Fernandes, FARINELLI, Marta Regina. **Violência contra a pessoa idosa e a atuação profissional do assistente social no Hospital de Clínicas** / UFTM Londrina PR, de 09 a 12 de junho de 2015.

Capítulo 19

O serviço social no combate a violência contra o idoso no Brasil

Suziane Souza Lima Borges¹

Maria Evanilda Torres Costa²

Estanislau Ferreira Bié³

Introdução

A nossa pesquisa tem como tema “O Serviço Social no combate a violência contra o idoso no Brasil”. Ao longo desse trabalho percebe-se a origem do Serviço Social vinculado diretamente com a Igreja Católica, juntamente com as massas operárias. A acessão do capitalismo Industrial no Brasil durante os anos de 1930 possibilitou o surgimento de um sistema econômico-

¹ Graduanda em Serviço Social

² Graduanda em Serviço Social

³ Doutor em Ciências da Educação pela UNISAL - Universidad San Lorenzo; Mestre em Ciências da Educação pela UNISAL; Especialista em Policiamento Comunitário pela UFC - Universidade Federal do Ceará; Especialista em Segurança Pública pela FATE - Faculdade Ateneu; Especialista em Ciências Política Sociedade e Governo pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA/UNIPACE; Especialista em Ciências da Educação pela FACULDADE EVOLUÇÃO - Sociedade Evolução de Educação Superior e Tecnologia Ltda; Especialista em História e Cultura Afro-brasileira e Indígena pela FATE - Faculdade Ateneu; Bacharel em Teologia pelo Centro Universitário UNINTA; Licenciado em Ciências da Religião pelo Centro Universitário UNINTA; Licenciado em História pelo Centro Universitário UNINTA. Diretor Executivo do Instituto Superior de Ensino Sem Fronteiras - ISESF; Organizador e Membro do Conselho Editorial e Científico das Coleções Saúde no Brasil: Formação Acadêmica, Práticas e Exercício da Profissão; Fazer Educativo; Educação Como Forma de Socialização; Segurança Pública: Direito e Justiça Brasileira e Diretor da Série Conhecimento Afrodescendente. Atualmente professor da Academia Estadual de Segurança Pública do Ceará - AESP/CE, Policial Militar (Oficial da Reserva).

político propício a conjuntura de caridade, relacionado diretamente com as famílias carentes e pobres. Assim, a jogo político pela busca de proteção e reconhecimento do papel do Serviço Social e seus significados.

O século XX é marcado pelas facetas e dos diversos padrões do entendimento da sociedade sobre o papel do Serviço Social. Após a Segunda Guerra Mundial e a construção dos Direitos Humanos, questões voltadas para a proteção da pessoa idosa torna-se pertinente na sociedade. Pontos como cidadania, ética, moral passam a fazer parte do cenário de construção das constituições e das questões sociais.

A vulnerabilidade da pessoa idosa ao longo da história, fez com que as lutas por seus direitos fossem efetivadas, tendo uma legalização do papel da família diante da sua proteção. A construção do olhar sobre o idoso no Brasil tem um caráter transformador da realidade. A atuação do Serviço Social é enfrentar as desigualdades sociais, inclusive a violência contra a pessoa idosa.

Diante das lutas enfrentadas para garantir o direito do idoso, torna-se pertinente salientar o papel da família como marco forte para enfrentar o desrespeito, omissão e agressão. Não podemos deixar de fortalecer a família como o vínculo maior de proteção ao idoso.

Dessa maneira, o nosso trabalho tem como objetivo refletir sobre o papel do Serviço Social e suas ações para combater a violência contra a pessoa idosa. Dessa maneira, a escolha do tema dá-se pelas diversas formas de violência que acontece todos os dias contra idosos. Sendo um tema de grande relevância social e acadêmica, utilizamos da pesquisa bibliográfica citando autores importantes para a literatura do Serviço Social.

O contexto que o profissional do Serviço Social, o Assistente Social, está inserido faz com que o mesmo determine rumos sobre o combate a violência contra o idoso. Abordamos ao longo da pesquisa, a importância do Estatuto do Idoso como uma lei que garante o direito à vida da pessoa idosa.

A divisão desta pesquisa está estruturada da seguinte maneira: no primeiro momento discutimos sobre “Um Panorama do Serviço Social no Brasil”. Construimos uma narrativa sobre sua origem, o papel da igreja como ideologia dominante, vinculando o desenvolvimento do Serviço Social a sociedade Capitalista, permeando uma discussão pelo século XX até chegar na construção da Constituição Federal Democrática de 1988. No Segundo momento, definido como “Ser idoso: olhar negativo e violento da sociedade”, abordamos as mentalidades de acordo com as culturas, os meios sociais, econômicos e políticos direcionam seus olhares sobre o envelhecimento. A literatura de Guimarães fortalece nossa pesquisa nesse momento quando o mesmo no diz que o contexto social adotado por cada sociedade, constrói uma visão diferente do homem no mundo. O olhar sobre o idoso vai sendo contemporâneo quando o Serviço Social defini o grande papel do Conselho Nacional da Pessoa Idosa, protegendo diretamente os seus direitos, juntamente com o profissional, o Assistente Social. Nosso último ponto “O Estatuto do idoso e a garantia de proteção da pessoa idosa”, construimos uma narrativa das leis que protegem o idoso da violência desmedida em nossa sociedade. Fortalecemos o papel do Assistente Social como o grande contribuído para emancipar os cidadãos, construindo uma sociedade igualitária.

A nossa pesquisa abre novos horizontes para outras gerações de pesquisadores. Não esgotamos o interesse por esse tema, por que as relações humanas são construídas todos os dias. A construção do estereótipo da pessoa idosa, principalmente quando está relacionado a violência seja ela física, moral, econômica, psicológica, sexual etc., é um desrespeito que deve ser discutido e refletido em nossa sociedade, garantindo seus direitos, segurança e proteção.

2. O serviço social no combate a violência contra o idoso no Brasil

O crescimento crescente da sociedade capitalista e industrial no Brasil nos anos de 1930, faz surgir novas divergências sociais. No

estado de São Paulo o processo de industrialização proposto por Getúlio Vargas faz emergir desigualdades sociais e econômicas. O mundo do capital, do trabalho resultam principalmente da influência da ideologia dominante e da igreja.

O surgimento e desenvolvimento do Serviço Social como profissão é resultado das demandas da sociedade capitalista e suas estratégias e mecanismos de opressão social e reprodução da ideologia dominante. Como profissão que surge de uma demanda posta pelo capital, institucionaliza-se e legitima-se como um dos recursos mobilizados pelo Estado e pelo empresariado, mas com um suporte de uma prática cristã ligada à Igreja Católica, na perspectiva do enfrentamento e da regulação da chamada questão social que, a partir dos anos 30 (séc. XX), adquire expressão política pela intensidade das manifestações na vida social cotidiana. (PIANA, 2009, p.87)

A grande influência que a Europa passar a exercer sobre o Serviço Social no Brasil, dá-se seguida da Segunda Guerra Mundial (de 1939 a 1945). Com um caráter *“imediatista, assistencialista, caritativo, missionário, clientelista e beneficente”* (CARVALHO, 2010, p.82), a profissão passa a fazer parte *da expressão do estado em regulamentar os conflitos sociais existentes*. Os anos de 1930 e 1940 são marcados pela presença do estado com um viés corporativista, centralizador e autoritário. “Assim, a burguesia industrial aliada aos grandes proprietários rurais, buscava apoio principalmente no Estado para seus projetos de classe e, para isso, necessitavam encontrar novas formas de enfrentamento da chamada “questão social. ” (PIANA. 2009 88). A questão social no período advém das desigualdades fruto do capitalismo emergente no Brasil, diretamente relacionada ao posicionamento do estado e o domínio da igreja. As questões sociais surgiu do contexto das mobilizações da classe operária dos anos de 1930 e 1940.

O surgimento do Serviço Social está intrinsecamente relacionado com as transformações sociais, econômicas e políticas do Brasil nas décadas de 1930 e 1940, com o projeto de recristianização da Igreja

Católica e a ação de grupos, classes e instituições que integraram essas transformações. Essas décadas são marcadas por uma sociedade capitalista industrial e urbana. (PIANA. 2009 88)

A intervenção da igreja católica junto ao estado nos anos de 1930 por meio de ações de caráter tradicional, organizativo, com obras sociais que abrangem a sociedade, com criações de instituições assistenciais no Rio de Janeiro e São Paulo. “Podemos destacar o surgimento de duas instituições assistenciais: em 1920, no Rio de Janeiro, a Associação das Senhoras Brasileiras e, no ano de 1923, a Liga das Senhoras Católicas, em São Paulo.” (SILVA, JÚNIOR, 2016, p.6)

A origem do Serviço Social brasileiro está imbricada à ação da Igreja Católica e da sua estratégia de adequação das mudanças econômicas e políticas que alteravam a face do país àquela época. Estamos nos deparando com uma profissão que surge com objetivos claros: dar respostas à “questão social” e ao movimento operário e popular – no sentido de controlá-lo. (SILVA, JÚNIOR, 2016, p.6)

O profissional do serviço social busca a inclusão social e participação das classes minoritárias, com atuação em espaços públicos e privados em diferentes áreas e temáticas. Procurando conhecer o espaço em que atua, com compromisso e ética através de seus serviços prestados.

Proteção social, educação, programas socioeducativos e de comunidade, habitação, gestão de pessoas, segurança pública, justiça e **direitos humanos**, gerenciamento participativo, direitos sociais, movimentos sociais, comunicação, responsabilidade social, marketing social, meio ambiente, assessoria e consultoria. (Grifos do autor.) (PIANA. 2009, p.86)

Durante os anos de 1930 a Igreja mantinha em seu controle as ações sociais, com caráter assistencialista e de caridade. Mesmo com a profissionalização da assistência com o processo de

institucionalização e legitimação do Serviço Social o poder que a igreja matinha sobre a “questão social” permanecia.

O processo de institucionalização e de legitimação do Serviço Social desvencilha suas origens da Igreja, contudo não supera o ranço conservador, quando o Estado passa a gerir prioritariamente a política de assistência, efetivada direta ou indiretamente pelas instituições por ele criadas ou a ele associadas. A assistência deixa de ser um serviço prestado exclusivamente pelas instituições privadas, tendo novos parceiros como o Estado e o empresariado. (PIANA, 2009, p. 90)

A profissionalização do Serviço Social dedicado a “questão social” exige do estado ação efetiva e organizada. Em meio ao desenvolvimento capitalista da época e o surgimento da classe operária no Brasil faz emergir as questões do desemprego, fome e violência etc. Ligada diretamente as doutrinas da igreja, o exercício profissional do Assistente Social está ligada a expandir os princípios da igreja e sua visão de mundo.

Nos anos de 1960 o Serviço Social amplia seu campo de atuação. Rompendo com o caráter “assistencialista”, seguindo uma linha ideológica marxista, as palavras como condições de vida e direitos sócias passam a fazer parte do novo discurso do profissional. A regulamentação da profissão pelo Estado Brasileiro é assumida com “uma perspectiva reguladora delegando aos Conselhos Profissionais função de controle das profissões. ” (CARVALHO, 2010, p. 82). As discussões em torno do Serviço Social tornam-se viável diante da crise do modelo industrial da época.

Na década de 1960, o modelo de desenvolvimento entra em crise, provocando uma agitação política e muitas mobilizações populares, e, o Serviço Social é influenciado por este clima político, quando dá início a um processo de discussão política no interior da categoria. (PIANA. 2009 91/ 92)

Com a instalação da Ditadura Civil-militar brasileira no ano de 1964 o serviço social e atingindo em sua base teórico-conceitual.

A instalação do ato institucional nº 5 mudando os rumos do Serviço Social. “Apoia-se mais precisamente no legado marxista, para inserir-se nos fenômenos em transição, procurando capacitar o homem para a emancipação, a fim de que possa ser capaz de construir sua própria vida e contribuir para as conquistas sociais. (CARVALHO, 2010, p. 82).

Muitas são as transformações sofridas pela sociedade brasileira com a instauração do regime militar. A repressão e a violação de direitos para a manutenção da ditadura é, sem dúvida, o aspecto mais triste desse cenário. É erguido, após o golpe de 1964, um Estado que tem como função assegurar a reprodução do grande capital. Tem-se a instauração de um Estado “antinacional e antidemocrático”, que passa a enfrentar a “questão social” não apenas com repressão, mas também com políticas sociais compensatórias. (SILVA, JÚNIOR, 2016, p.8).

Durante o regime militar a atuação do profissional do Serviço Social está diretamente ligada a burocracia estatal e dos investimentos privados, com um caráter técnico e científico. “O Serviço Social começa a romper com o que praticava até o momento e passa a apresentar polêmicas, heterogeneidade nas propostas interventivas, busca por uma elaboração teórica mais consistente e, principalmente, apresenta sua laicização. ” (SILVA, JÚNIOR, 2016, p.9). Sob os pilares da modernização, conservadorismo e ruptura, o processo de renovação do Serviço Social durante o regime militar brasileiro apresentou novas maneiras de enfrentar a realidade social.

A primeira expressão desse processo de renovação é a perspectiva modernizadora, que se configura, como o nome sugere, em adequar o Serviço Social conservador às exigências do momento histórico vivido pelo Brasil.

A tendência da atualização do conservadorismo é aquela que recupera os elementos mais tradicionais da profissão, retomando a vinculação com a doutrina social da Igreja e a ênfase numa intervenção profissional microscópica, com ênfase na centralidade

da pessoa e na ação por meio da ajuda psicossocial. (SILVA, JÚNIOR, 2016, p.9).

Nos anos de 1980 o uso das teorias marxistas no Serviço Social redefini a prática da Assistência Social, “procurando capacitar o homem para a emancipação, a fim de que possa ser capaz de construir sua própria vida e contribuir para as conquistas sociais.” (CARVALHO, 2010, p.82).

É nos anos 80 (séc. XX) que a teoria social de Marx inicia sua efetiva interlocução com a profissão. Outras estratégias passam a compor a prática profissional: educação popular, assessoria a setores populares, investigação e ação e principalmente a redefinição da prática da Assistência Social. (PIANA. 2009 98).

O início dos anos de 1990 o Serviço Social rompe com a tradição conservadora até então existente. Com os pilares ideológicos dos anos anteriores, o avanço do conhecimento marxista fortalece o pensamento da profissão. Se adequando a nova realidade e “qualificando-se para hoje, sem dúvida, ser uma profissão reconhecida e legitimada socialmente”. (CARVALHO, 2010, p. 82).

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 194 compreende seguridade social como ações que integram os poderes públicos e da sociedade, garantindo direitos entre elas a previdência e assistência social. Efetivando os fundamentos de equidade do Estado Brasileiro a Constituição Federal de 1988 garante dignidade da pessoa humana, proteção de todos os cidadãos e proteção social.

O Serviço Social passa a atuar na rede proteção a todos os cidadãos, incluindo o idoso, nessa perspectiva de garantir os direitos do idoso que o profissional “Assistente Social” vincula sua profissão as questões sociais destinadas ao idoso. No artigo da constituição 230 nos diz que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosa, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida”. (CARVALHO, 2010, p. 188). Para garantir a vida

da pessoa idosa o Serviço Social adentrar na proteção da pessoa idosa, sobre qualquer tipo de violência que seja manifestada contra o mesmo. Garantir o bem-estar do idoso é um dos pilares do Serviço Social na contemporaneidade.

No Brasil a situação que o idoso está inserido é em um contexto de marginalização, muitas vezes excluídos do processo de efetivação da cidadania. “O homem velho ao perder a capacidade de produzir objetos materiais, que servem à satisfação das necessidades humanas, é excluído do processo produtivo e submetido à condição de ser incapaz, inútil e senil.” (GUIMARAES, 2007. p. 7).

Assim nos anos de 1990 o Serviço Social adquiri um perfil profissional

Como coparticipante do processo de transformação, deverá contribuir, por meio de umas práxis educativa e transformadora, para a construção de sujeitos históricos respeitados e valorizados como seres humanos livres capazes de pensar, agir, decidir, optar e, nessa perspectiva dialética, transformar a realidade e por ela ser transformado. (PIANA. 2009 100/101).

O Serviço social passa atuar nas diversas áreas de proteção ao indivíduo, na proteção contra as desigualdades sociais existentes, envolvendo medidas fundamentais para amenizar os males sociais como a violência contra a pessoa idosa.

No próximo ponto será discutido o conceito de violência, e as diversas formas de violência que a pessoa idosa tem sofrido na sociedade contemporânea.

3. Ser idoso: olhar negativo e violento da sociedade

De acordo com cada período histórico, cultural, meio social-econômico e político o olhar sobre o envelhecimento é tratado de maneira diferente, não há um conceito absoluto da velhice e aponta para a possibilidade do surgimento de novos entendimentos sobre o

conceito de velhice em dados contextos, situações e construções histórico-sociais. (GUIMARAES, 2007. p.2/3).

A ideia sobre a passagem do tempo e suas mudanças está presente em toda sociedade, desde os primórdios da civilização. Mas a forma de atuação sobre o envelhecer, adotada por cada sociedade, e diferença, a partir da visão de homem e de mundo, particular a cada contexto social. (CARVALHO, 2010, p. 154.)

Ser idosa na sociedade contemporânea é um desafio. Ao longo da história os diversos olhares negativos e violentos sobre a pessoa idosa foram de discriminação, violência e abandono. O Serviço social tem por papel definido pelo Conselho Nacional da Pessoa Idosa a defender os direitos e proteger a pessoa idosa. Sendo de extrema importância a função do Assistente Social.

Dessa forma o assistente social está associado à elaboração, planejamento e execução de projetos voltados para o bem-estar do idoso institucionalizado de acordo com suas competências profissionais. Sendo preciso um maior entendimento junto aos profissionais para que seja garantido um atendimento de qualidade ao idoso. (SANTOS, 2014, p.8)

Sendo assim, a sociedade contemporânea vive o estereótipo sobre o processo de envelhecimento, em muitos casos inferiorizam o idoso. Como se as pessoas idosas carregassem um conjunto de perdas, sendo desvalorizados no seu estado natural. A ideia da perda está associada principalmente com as ideias capitalistas, que traz a necessidade de produzir e consumir. Ao contrário a essa visão, vivenciamos um período da história um processo de envelhecimento da população mundial, isso requer um olhar das políticas públicas e do serviço social sobre o idoso, “principalmente, às melhorias nas condições sanitárias, aos avanços na área da saúde e à queda acelerada nas taxas de fecundidade e de natalidade.” (GUIMARAES, 2007, p.4)

Dessa forma, o olhar que a sociedade construiu sobre o idoso é cada vez mais fortalecido pela postura violenta cometida sobre os idosos. A violência assume formas na realidade do Brasil, sendo praticada contra idosos nas diversas classes sociais. Sendo um fenômeno complexo, pode-se ser compreendida como agressão e maus-tratos.

A violência contra o idoso é uma das faces mais cruéis da questão da violência que permeia o tecido social e que ganha relevância social por ser esta população a que mais vem crescendo, nos últimos anos, em termos demográficos e por ser um dos segmentos populacionais que mais necessitam de cuidados físicos, materiais, psico-sociais, de saúde, de atenção e de respeito (GUIMARAES, MIRANDA, MACEDO. 2007, p.1/2)

Sobre o conceito de Violência podemos definir como “como agressão, raiva, lesão, tudo o que é praticado com outra pessoa de forma que a causa algum dano físico. Porém, segundo a Organização Mundial da Saúde define assim a violência contra a pessoa idosa”. (SILVA, FARINELLI, 2015. p.2)

O ato de omitir, agredir a integridade física ou emocional de um idoso faz parte do cotidiano de muitas pessoas. Esse tipo de violência acontece na maioria dos casos dentro da própria casa, causando sofrimento físico e psicológico da pessoa idosa. “Já de acordo com o **Estatuto do Idoso**, a definição é: “Violência contra o idoso é qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhes cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico” (Estatuto do Idoso, cap. IV, art. 19, § 1)”.

A violência contra a pessoa idosa é um fenômeno em desenvolvimento na sociedade. “São exemplos: maus-tratos, abuso, negligência, omissão, abandono etc. Cada um destes termos possui significados distintos, dependendo da situação onde é utilizado e existem diferentes percepções sociais, culturais e étnicas. ” (Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde

-CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007). Sendo uma grave violação dos direitos desses cidadãos, pode ser um comportamento cada vez mais comum na sociedade, principalmente praticados pela maioria das vezes pelos seus familiares. A construção do estereótipo da pessoa idosa é um fator determinante para a prática da violência contra os mesmos. A violência assume uma forma de desrespeito dos direitos dos idosos na sociedade, tornando-se um fenômeno social. As formas de expressões violentas podem ser abandono, descasos, abusos financeiros, psicológico, sexual, físico e social, causando na maioria dos casos a morte ou traumas.

As formas de violência mais visíveis costumam acontecer por meio de empurrões, beliscões, tapas, ou por outros meios letais como agressões com cintos, objetos caseiros, armas brancas e armas de fogo. O lugar onde há mais violência física contra a pessoa idosa é sua própria casa ou a casa da sua família, vindo a seguir, as ruas e as instituições de prestação de serviços como as de saúde, de assistência social e residências de longa permanência. Às vezes, o abuso físico resulta a morte da pessoa, porém outras vezes ele é constante, não deixando marcas visíveis. (SILVA, FARINELLI, 2015. P.3)

As marcas carregadas pela pessoa idosa ao longo de sua vida pelas as atitudes violentas sofridas pelo mesmo, são constatadas pelos órgãos públicos, quando os mesmos passam a investigar ou divulgar os dados de abandono, agressões, abuso etc. Os tipos de violência podem ser definidos como:

Violência Física: é o uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar dor, incapacidade ou morte.

Violência Psicológica: corresponde a agressões verbais ou gestuais como objetivo de aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar do convívio social.

Violência Sexual: refere-se ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero-relacional, utilizando pessoas idosas. Esses abusos visam a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

Abandono: é uma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção e assistência.

Negligência: refere-se à recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. A negligência é uma das formas de violência mais presente no país. Ela se manifesta, frequentemente, associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para as que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade.

Violência Financeira ou econômica: consiste na exploração imprópria ou ilegal ou ao uso não consentido pela pessoa idosa de seus recursos financeiros e patrimoniais.

Auto-negligência: diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria a saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesma.

Violência Medicamentosa: é administração por familiares, cuidadores e profissionais dos medicamentos prescritos, de forma indevida, aumentando, diminuindo ou excluindo os medicamentos.

Violência Emocional e Social: refere-se a agressão verbal crônica, incluindo palavras depreciativas que possam desrespeitar a identidade, dignidade e autoestima. Caracteriza-se pela falta de respeito à intimidade; falta de respeito aos desejos, negação do acesso a amizades, desatenção a necessidades sociais e de saúde. (Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007)

Em muitos casos, familiares para livrar-se da pessoa idosa retira-o do convívio familiar. Nessa perspectiva que o Serviço Social passa a desempenhar uma das suas funções que é proteger e garantir os direitos da pessoa idoso, tomando como base o estatuto do idoso.

4. O Estatuto do idoso e a garantia de proteção da pessoa idosa

De acordo com o Conselho Regional de Serviço Social o profissional responsável para intervir na realidade social é o Assistente Social. Os espaços que este profissional pode ocupar na sociedade são diversos, principalmente por que o mesmo pode intervir nas diferentes manifestações da questão social. Agir de maneira coerente, critica diante das desigualdades sociais, o mesmo pode executar políticas públicas e programas de proteção a pessoa idosa. Com ações de prestação de serviço e com papel socioeducativo, o assistente o social construiu uma rede ações globais que envolve a efetivação dos direitos da sociedade. “O Assistente Social contribui para a formação e a constituição de cidadãos como sujeitos sociais ativos. ” (ROMÃO, s/a, p.3. Apud. BRUNO, 2003). A profissão tem por objetivo emancipar o sujeito social, contribuindo para a construção da sociedade igualitária. “Reconhece, porém, nos determinantes estruturais e nas dificuldades da realidade social, os limites e as possibilidades do trabalho profissional, posicionando-se a favor da justiça e dos direitos sociais”. (CARVALHO, 2010, p.82).

O papel do Assistente Social diante da violência contra o idoso é combater e garantir o direito à vida dessa parcela da população. Essa garantia está pautada no estatuto de proteção pessoa idosa. A constituição de 1998 garante a proteção para esse público, garantindo a qualidade de vida. “Constituição Federal de 1988 que a Previdência Social, a assistência social e a saúde passam a compor a Seguridade Social, e a serem considerados bens públicos e assegurarem os direitos de todos, com definição dos idosos como grupo prioritário dessas políticas”. (RENAULT, 2012, p.23).

Dessa maneira, os direitos do idoso assegurado na Constituição Federal de 1988 não garantiu que a pessoa idosa tivesse protegida da violência. A vulnerabilidade do idoso tornou-se algo corriqueiro e ganhando visibilidade na sociedade. Resultado desse processo temos o Estatuto do Idoso criado em 2003, sob a Lei Nº

10.741. No Capítulo VII quando fala da “Da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso”, os artigos 229 e artigo 230 ampara o idoso no seio familiar, concomitantemente o estado dever garantir e amparar a pessoa idosa.

Art. 229. (...) os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 10 os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. (Estatuto do Idoso, 2003, p. 12)

Garantir o direito da vida da pessoa idosa é um desafio, diante de tanta violência cometida contra o mesmo. Os lares muitas vezes são os ambientes propícios para atos violentos. Na qual a dignidade da pessoa idosa fica ameaçada. A família e o estado devem assegurar a garantia de direitos, fortalecendo políticas públicas e programas eficazes para combater a violência contra o idoso. A Lei de criação do Estatuto do Idosa contempla “os direitos da pessoa idosa com vistos, sobretudo, a dar mais publicidade ao tema envelhecimento humana, proporcionando inserção social e autonomia da pessoa idosa, que é um dever do Estado, da família e da sociedade civil”. (BERTTINELLI, 2008, apud PARENTE, 2013, p. 21).

O Estatuto do Idoso surgiu como uma lei que garante combater qualquer ação violenta destinada a pessoa idosa. “É preciso assinalar, então que todos os idosos gozam de direitos fundamentais inerente à pessoa humana para a preservação da sua saúde física e mental seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social” (FERREIRA, 2012, p. 41. Apud. PARENTE, 2013, p.20).

Conhecer o Estatuto do Idoso é oferecer qualidade de vida a essas pessoas que sofrem ou vivem situações de violência. Fazer valer a lei é possibilitar que as diversas formas de violências realizadas sejam punidas, por outro lado, é garantir também a

prevenção, promoção que garantam os direitos do idoso. Essa garantia está estabelecida no Artigo 1º do Estatuto do Idoso “É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.” (Estatuto do Idoso, 2003, p. 15). Dessa forma Parente citando Brasil nos diz,

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e a convivência familiar e comunitária, seguido do artigo 4º onde assegura que “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. Apud. PARENTE, 2013, p. 20).

5. Conclusões

O tema foi de grande importância diante da violência que os idosos passam todos os dias. Nossa pesquisa bibliográfica ressalta a importância do Serviço Social, do Assistente Social e da família como pilares necessários para proteger a pessoa idosa. Detectamos a importância de uma sociedade mais justa, igualitárias e de direitos da pessoa idosa. O Serviço Social tem papel primordial para fortalecer o Estatuto do Idoso, Conselho do Idoso e garantir que seja cumprida a Constituição de 1988. É de extrema importância que os idosos que vivem em vulnerabilidade social tenham uma proteção necessária para uma vida digna. Uma aproximação maior entre assistente social e família visa o fortalecimento dos serviços de proteção do idoso. Sabemos que só a oferta de serviços de proteção não garante um fim da violência contra o idoso, são necessárias ações preventivas em que maior parte das pessoas idosas estejam realmente seguras das violências. Garantir aos idosos serviços, proteção e prevenção na busca de autonomia é viabilizar condições

favoráveis para uma vida pautada nos direitos humanos, com princípios democráticos de moral, ética, respeito e justiça. Prevenir a violência contra o idoso tem como objetivo detectar elementos ou situações capazes de menosprezar a vida. Assim, é necessária ações e ferramentas de melhoria da vida cotidiana do idoso. Vários fatores riscos devem ser evitadas, podendo gerar valorização da pessoa idosa.

Referencias

CARVALHO, Eva Ferreira de. Serviço Social / Fundação Universidade do Tocantins; EADCON. – Curitiba: EADCON, 2010.

COSTA, Francimar Felipa da Silva Costa, **PÁDUA**, Augusta Carolino de, **ALVARENGA** Selma Vieira de. As demandas do serviço social no atendimento a pessoa idosa. Experiências na atenção básica de saúde de São Paulo e São Jose Rio Preto. REVISTA PORTAL de Divulgação, n.49, Ano VI, jun. Jul. Ago. 2016, ISSN 2178-3454. www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova.

Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde - 3. ed., 2. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Iamamoto, Marilda Villela O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional! Marilda Villela Iamamoto. - 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

MARIN, Maria José Sanches. Compreendendo a História de Vida de idosos institucionalizados. REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL. RIO DE JANEIRO, 2012; 15(1):147-154.

OLIVEIRA, Edistia Maria Abath Pereira de Oliveira, **CHAVES** Helena Lúcia Augusto. 80 anos do Serviço Social no Brasil: marcos históricos balizados nos códigos de ética da profissão. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 128, p. 143-163, jan. /abr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.098>.

PARENTE, Lúcia de Fátima da Silva, Violência contra a pessoa idosa: Desafio contemporâneo para os profissionais de serviço social- Caucaia, 2013

PESSOA, Elisângela Maia, Assistência social ao idoso enquanto direito de proteção social em municípios do Rio Grande do Sul. / Elisângela Maia Pessôa. – Porto Alegre, 2010.

SILVA, Ana Carolina Fernandes, **FARINELLI**, Marta Regina. **Violência contra a pessoa idosa e a atuação profissional do assistente social no Hospital de Clínicas / UFTM** Londrina PR, de 09 a 12 de junho de 2015.

SILVA, Maria do Rosário de Fátima e. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 126, p. 215-234, maio/ago. 2016.

SILVA, Nilda Cícero da, **OLIVEIRA**, Amanda Carolina Martins de. Rev. Conexão Eletrônica – Três Lagoas, MS – Volume 12 – Número 1 – Ano 2015.

Capítulo 20

Famílias em situação de vulnerabilidade social - na perspectiva do serviço de proteção e atendimento integral a família – PAIF

Suyen de Araújo Augusto¹

Géssica Soares Josino²

Francisco Ismael T. Paulino³

Estanislau Ferreira Bié⁴

Introdução

A família possui um importante papel no desenvolvimento dos seus membros, uma vez que o vínculo familiar tem o potencial

¹ Graduanda em Serviço Social

² Graduanda em Serviço Social

³ Graduanda em Serviço Social

⁴ Doutor em Ciências da Educação pela UNISAL - Universidad San Lorenzo; Mestre em Ciências da Educação pela UNISAL; Especialista em Policiamento Comunitário pela UFC - Universidade Federal do Ceará; Especialista em Segurança Pública pela FATE - Faculdade Ateneu; Especialista em Ciências Política Sociedade e Governo pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA/UNIPACE; Especialista em Ciências da Educação pela FACULDADE EVOLUÇÃO - Sociedade Evolução de Educação Superior e Tecnologia Ltda; Especialista em História e Cultura Afro-brasileira e Indígena pela FATE - Faculdade Ateneu; Bacharel em Teologia pelo Centro Universitário UNINTA; Licenciado em Ciências da Religião pelo Centro Universitário UNINTA; Licenciado em História pelo Centro Universitário UNINTA. Diretor Executivo do Instituto Superior de Ensino Sem Fronteiras - ISESF; Organizador e Membro do Conselho Editorial e Científico das Coleções Saúde no Brasil: Formação Acadêmica, Práticas e Exercício da Profissão; Fazer Educativo; Educação Como Forma de Socialização; Segurança Pública: Direito e Justiça Brasileira e Diretor da Série Conhecimento Afrodescendente. Atualmente professor da Academia Estadual de Segurança Pública do Ceará - AESP/CE, Policial Militar (Oficial da Reserva).

adequado que contribui para adquirir um futuro promissor. Entretanto, na ausência da família surgem ações do governo para suprir esse desenvolvimento.

Nessa primeira compreensão da realidade familiar e suas vulnerabilidades, as famílias de baixa renda estão mais vulneráveis aos riscos sociais e pessoais, cujo acesso a educação é extremamente precária e oportunidades de emprego são escassos, e é assim que o reflexo de tantas e outras vulnerabilidades estão presentes na vida das famílias.

Desta forma, surge Assistência Social como Política Pública a qual viabiliza direitos, garante esforços na prevenção e enfrentamento de situações e riscos sociais, por meio de intervenções, com foco nas relações de indivíduos e famílias. Para cumprir tal finalidade, faz-se necessário planejar, criando estratégias de ação com estabelecimento de metas, procedimentos e métodos, compatibilizando necessidades e demandas com recursos e tempo disponíveis.

Dentro deste contexto a pesquisa tem como objetivo geral: refletir a importância do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF, buscando ainda esclarecer o papel da Assistência Social como direito do cidadão e dever do Estado.

Para abarcar o tema em sua totalidade elegeram-se como objetivos específicos: abordar as considerações sobre a família, conceituando-a e destacando a sua implicação de vulnerabilidade econômica e social mediante as transformações na economia do país; analisar o contexto de Políticas Públicas, através de programas, projetos e serviços de assistência às famílias, dando ênfase ao Serviço de Proteção Integral à Família – PAIF.

Utilizou-se como metodologia um estudo minucioso baseado em pesquisas bibliográficas à Política Nacional de Assistência Social – PNAS, que tem como funcionalidade realizar de forma integrada às políticas setoriais, considerando as desigualdades socioterritoriais, visando seu enfrentamento, à garantia de direitos. Também a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais que é

organizada por níveis de complexidades do Sistema Único de Assistência Social SUAS. Utilizado ainda, o Caderno de orientações Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário –MDSA e referencias que tem como temática assuntos relacionados os serviços oferecidos no entro de Referência de Assistência Social CRAS, onde é oferecido o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família.

O trabalho está estruturado em dois capítulos: o primeiro aborda a família em seu contexto histórico até a contemporaneidade, dando ênfase as mudanças de conceito e as novas configurações familiares, destacando a questão dos vínculos familiares e comunitários, assim como, as que se encontram em situação de vulnerabilidade social. O segundo da ênfase ao Serviço de Proteção e Atendimento integral à Família – PAIF desenvolvido nos Centros de Referência de Assistência Social- CRAS, cujo objetivo desse serviço tem como princípios organizativos dois eixos estruturantes do SUAS a matricialidade sociofamiliar que tem núcleo primário de afetividade, acolhida, convívio, sociabilidade, referência no processo de desenvolvimento e reconhecimento da cidadania, e dever do Estado de prover a Proteção Social às famílias afim de possibilitá-las ao exercício de sua função protetiva.

A relevância da pesquisa constitui-se em destacar o Serviço de Proteção Integral à Família – PAIF onde pondera-se sobre as principais tendências encontradas no presente estudo. Portanto, um relevante instrumento de informação acerca das relações de prevenção e enfrentamento das questões relacionadas a vulnerabilidade social das famílias, além de demonstrar as políticas públicas existentes que possam alcançar a todos.

Essas informações fomentam conhecimento e discussões sobre o assunto, o que propicia a formação da consciência crítica dos cidadãos, desencadeando processo de defesa aos direitos das famílias. Assim como também a formulação de políticas econômicas de caráter assistencial, a fim de reduzir as desigualdades sociais e

atingindo o principal objetivo de uma política econômica, que e proporcionar crescimento econômico com estabilidade e equidade.

2. Famílias e vulnerabilidade social

2.1 Breve histórico de família

A história da família é descontínua, não linear e não homogênea, constituída em padrões familiares distintos, cada um com sua própria história e sua explicação. Não existe um modelo de família e características universais que a definem. Assim, o primeiro ponto a considerar em qualquer análise sobre o tema é a necessidade de entender o conceito família.

Família é um grupo social composto de indivíduo diferenciado por sexo e por idade, que se relacionam cotidianamente, gerando uma complexa e dinâmica trama de emoções; ela não é uma soma de indivíduo, mas um conjunto vivo, contraditório e cambiante de pessoas com sua própria individualidade e personalidade (...) No cotidiano da familiar que surgem novas ideias, novos hábitos, novos elementos, através dos quais os membros do grupo questionam a ideologia dominante e criam condições para lenta e gradativa transformações da sociedade. (AZEVEDO, 2009, p. 77)

Segundo Porter (2009, p. 37), reforçando o conceito família, afirma que:

Família constitui-se no espaço social em que ocorre o embate mútuo e direto das gerações, a definição das diferenças sexuais e relações de poder num grau mais intenso, tornando-a extremamente singular, pois a organização de cada grupo familiar se faz de acordo com o tempo histórico, com a cultura e as relações de produção que direcionam o contexto social no qual a mesma está inserida. (PORTER, 2009, p.37)

A família pensada, idealizada é a união exclusiva de um homem e uma mulher por amor, com compromisso de acolhimento,

cuidado e expectativa de dar e receber afeto, principalmente em relação aos filhos, contudo na dinâmica da realidade existem conflitos e contradições que permeiam o cotidiano das famílias.

Para Porter (1981, p. 32), a família é o lugar de apoio dos seus membros em que:

O mundo familiar é palco de múltiplas interpretações, produz teorias em ambíguas e incompletas. No que tange a composição familiar, é importante destacar que cada membro da família constitui-se como pessoa dotada de sentimentos e estado de ânimo diverso, convivendo, muitas vezes dentro de um mesmo ambiente com as diferenças.

Assim, Porter (1981) destaca que dentro do âmbito familiar ocorre a necessidade dos seus membros maneiras do comportamento, do qual é dotado o ser humano.

Fazendo um breve estudo histórico, as transformações tornaram-se ainda mais aparentes no que se refere a família, quando as economias eram artesanais e agrícolas, onde o homem era o único responsável pelo sustento, o provedor de sua casa e a mulher por sua vez, era ensinada para cuidar da casa e de seus filhos, ser submissa ao homem. Os filhos homens eram vistos como a soma de trabalho, um número a mais nas plantações agrícolas. As filhas eram desde sua infância, criadas para cuidar da casa e dos irmãos pequenos para assim serem boas esposas e mães.

Com o início do processo de industrialização, operam-se mudanças na família e o modelo patriarcal, até então, passa a ser questionado. Começa a se desenvolver a família conjugal moderna, na qual o casamento se dá por escolha dos parceiros, tendo como perspectiva na superação entre amor e sexo as novas atribuições para os papéis do homem e da mulher na união estável e as concepções sobre os alicerces da moral na família e no social.

Para Souza (2001) a mudança no papel da mulher na sociedade, deixa de ser apenas a pessoa responsabilizada a ficar

dentro de casa, para cuidar dos afazeres domésticos e dos seus filhos.

Ao longo da história, a composição familiar vem se modificando, no entanto será abordada apenas a família nuclear⁵ resultado da nova ordem política econômica das ultimas décadas engendrada na conjuntura nacional.

A instituição família ao longo dos séculos vem sofrendo alterações significativas, desde sua composição familiar ao papel que exerce perante a sociedade. Nos dias atuais percebe-se que o modelo nuclear que prevalecia como parâmetro imposto pela sociedade não é mais o único modelo de família na contemporaneidade, assim expressando novos arranjos familiares.

É preciso olhar a família no seu movimento. (...). Este movimento de organização-reorganização torna visível a conversão de arranjos familiares entre si, bem como reforça a necessidade de se acabar com qualquer estigma sobre as formas familiares diferenciadas. (CARVALHO, 2003 p15)

Dentro desse breve contexto podemos então compreender as transformações sociais e familiares nos dias atuais. A família perpassa por momentos de transformações econômicas e sociais entre outros, decorrentes do acelerado crescimento capitalista de modo que as expressões das desigualdades sociais abrangem as esferas da vida social.

Partindo do pressuposto que as famílias de baixa renda estão mais vulneráveis aos riscos sociais e pessoais, cujo acesso à educação, saúde, moradia, segurança é precário, e oportunidades de emprego são quase nulas, são inseridas no quadro da vulnerabilidade social.

Segundo Sarti (2011, p.16), “a família focada no contexto sociocultural e econômico está relacionada ao grande crescimento

⁵ Refere-se à família nuclear que possui um número reduzido de membros e uma sociabilidade mais restrita.

da população mais vulnerável à pobreza e desemprego”. A autora refere-se à condição relacionada ao estado vulnerável dessas famílias em termos da falta de emprego, consumo e educação para seus filhos, por migrar e viver a expansão familiar, trazendo consigo a baixa renda dos indivíduos e com isso, a obrigação da incorporação de mães e filhos à força de trabalho.

E são nestas bases políticas que a instituição família sofre alterações significantes, haja vista que torna-se mais complexa em sua composição, os divórcios, as separações, os recasamentos, os filhos de diferentes relacionamentos, e outros.

Ainda se tratando de domicílios pobres, os quais representam a maioria das famílias brasileiras, verifica-se que são frequentemente constituídos por casais jovens com filhos, por idosos sós, por famílias múltiplas e, sobretudo por mulheres sem cônjuge e com filho. O fato é que essa junção de parentesco acaba tornando-se uma forma de sobrevivência destas famílias.

Assim, Carvalho (1996, p.13) defende a nova constituição da família.

No Brasil, as sociabilidades sócio-familiares e as redes de solidariedade por elas engendradas nunca foram descartadas. É que elas foram e são para as camadas populares, a sua condição de resistência e sobrevivência. A família alargada, o grupo de conterrâneos, por exemplo, são possibilidades de maximização de rendimentos, apoios, afetos e relações para obter emprego, moradia, saúde e etc

Considerando que a globalização como econômico é um fator de risco, principalmente para a população. Considerando que as expressões de vulnerabilidade social, a partir de seguranças sociais afetadas à proteção social não contributiva, muitas inseguranças estão relacionadas ao trabalho, à habitação, à educação, à saúde, ao transporte, entre tantas outras as áreas nas quais se setorizam as respostas às necessidades humanas.

Os riscos originam perdas como privações e danos, como ofensas à integridade física, psíquica e à dignidade familiar, por isso conhecer onde os riscos sociais se assentam, é seguramente objeto primordial para aqueles que trabalham com proteção social, ou seja, a família é o fator principal, é o ponto crucial da questão social. As manifestações dos riscos vão ocorrer no cotidiano das pessoas, nos territórios onde vivem e sujeitá-las a maior, ou menor, exposição ao risco social. Desse modo, diz-se que a vida em territórios urbanos ou rurais com precários acessos e infraestrutura representam fatores de riscos e vulnerabilidades sociais mais abrangentes.

Os apoios familiares são os agentes catalisadores do processo, apoios que geram vínculos para o desenvolvimento das famílias, atuam como integradores das famílias às redes diversas, fortalecem o desenvolvimento de processos familiares que juntamente com a garantia de satisfação de necessidades básicas, permitem às famílias fortalecer sua aptidão de respostas e reduzir sua vulnerabilidade. (MDS, 2009)

A ação dos apoios familiares é justamente este: direcionar as famílias e não resolver por elas, buscar a promoção do desenvolvimento de potencialidades e capacidades das pessoas e famílias e não simplesmente assistir ou transferir soluções.

Frente ao quadro exposto conclui-se que não se pode tratar em família dissociada do processo econômico que a envolve, pois nem nos anos gloriosos de boom – econômico, onde parecia que o indivíduo podia trilhar sua vida apenas dependente do Estado e do trabalho, e não mais nas chamadas sociabilidades comunitárias e familiares, não passou de uma mera ilusão.

E, na ausência da família em cuidar dos seus membros, surge a Sociedade Civil organizada e o Estado, como instituição social que deva garantir melhores condições de vida à população pobre, intervindo a partir de sua estrutura de poder nas relações de exploração e dominação do capitalismo sobre o trabalho.

Portanto, a política social do Estado tem sua gênese na relação capital/trabalho. Em que ele assume o caráter de mecanismo

regulador das relações sociais. Em que decorrência de uma série de problemas sociais o Estado foi forçado a assumir os encargos sociais advindos com a expropriação da força de trabalho. O que será tratado no item a seguir.

3. Política pública de inclusão social: serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF

As políticas públicas têm sido criadas como respostas do Estado às demandas que emergem da sociedade e do seu próprio interior, sendo expressão do compromisso público de atuação numa determinada área em longo prazo.

Portanto Pereira (1994, p.12) destaca política pública como resultado das pressões da sociedade, em que:

Política Pública pode-se entender como linha de ação coletiva que concretiza direitos sociais declarados e garantidos em lei. São mediante as políticas públicas que são distribuídos bens e serviços sociais, em respostas às demandas da sociedade. Por isso, o direito que as fundamenta é um direito coletivo e não individual.

Ademais, a política de assistência social busca superar essa condição, realizando o trabalho social com as famílias elegendo a matricialidade sócio familiar como pilar do SUAS. A Política de Assistência Social enfoca a família em seu contexto sociocultural e em sua integralidade para a realização do trabalho social com famílias, sendo foco da Política da Assistência Social o fortalecimento dos vínculos familiares e na defesa da promoção de direito à convivência como um todo, sendo assim a família deve ser apoiada com o objetivo de exercer sua função protetiva, de forma a responder ao sustento, guarda e educação de suas crianças, adolescentes e jovens garantindo proteção aos seus demais membros em situação de dependência, principalmente idosos e pessoas com deficiência.

Segundo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, a Assistência Social visualiza a família como um espaço contraditório, marcado por desigualdades, tensões, conflitos, e como um todo a violência vivenciada por cada uma delas. Direcionando a matricialidade sócio familiar como eixo do SUAS, a família é focada em seu contexto sociocultural e econômico, com acordos qualificados e dinâmicas favoráveis (MDS, 2011).

Esse entendimento busca superar a concepção habitual de família, o modelo padrão, a unidade cuja parte é da mesma natureza idealizadora, e acompanhar a evolução do seu conceito, reconhecendo que existem arranjos qualificados, em constante oscilação e transformação. A compreensão da família ainda é determinada pelas estruturas geracionais presentes: os conflitos e desigualdades vivenciadas no seio da família devem ser analisados e trabalhados a partir das diferentes distribuições de poder e responsabilidade entre seus membros, ou seja, tudo que diz respeito à família, precisa ser analisado de acordo com sua necessidade.

Nesse sentido instituir um pacto federativo responsável pelo atendimento às necessidades sociais da população pobre brasileira. A centralidade do governo federal, não só na questão de recursos financeiros, como no comprometimento da política à ser ofertada cuja à necessidade, é atributo que prosseguiu por longo tempo, nas propostas de atendimento e no reconhecimento das diferenças regionais – no aspecto das expressões da questão social, principalmente nas formas de resistências da população. (MDS, 2011).

O desenvolvimento de serviços destinados às famílias é o reconhecimento que elas têm de suas características, identidades culturais, necessidades e potencialidades e que sua composição pode distinguir demandas específicas.

Conforme (MDS 2011, p 12):

A política de assistência social reconhece que somente é possível tecer uma rede de proteção social ao se envolver na compreensão

dos determinantes familiares de uma situação de vulnerabilidade social e acolher mais de um membro dessa família em busca da superação da situação presente. (MDS, 2011).

Ainda proposto pelo MDS à centralidade do papel do Estado na condução da política pública tem o caráter de garantir que ela atenda realmente a “quem dela necessitar”, guardando os princípios da igualdade de acesso, da transparência e da probidade no uso do recurso público. A rede socioassistencial deve participar do atendimento às demandas, mas cabe ao Estado estruturar o sistema e resguardar o atendimento às necessidades sociais. (MDS, 2011).

O Sistema Único de Assistência Social – SUAS em consonância com a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica de Assistência Social, traz um marco legal na construção de um conteúdo específico da assistência social na proteção social brasileira, desencadeando e dinamizando processos de democratização e de qualificação do acesso aos direitos, com consequente ampliação do Estado.

A Seguridade Social compreende um tripé entre assistência social, saúde e previdência social legalmente regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, em dezembro de 1993, como política social pública.

A Política Nacional de Assistência Social busca incorporar ainda as demandas presentes na sociedade brasileira no que se refere à responsabilidade política, objetivando tornar claras suas diretrizes na efetivação da assistência social como direito de cidadania e responsabilidade do Estado. Assim a política de assistência social deve ser realizada de forma integrada as demais políticas sociais setoriais, visando enfrentar as desigualdades e garantir os mínimos sociais. (PNAS, 2004).

Nesta perspectiva, a construção do Sistema Único da Assistência Social-SUAS representa a efetivação de compromisso com o paradigma da universalização do direito à proteção social fundada na cidadania, superando as ideias tutelares e de assistencialismo, almejando a construir uma política pública de

direção universal e de direito de cidadania e significando a expressão de compromissos confiáveis, pois se trata de um sistema constituído com base em financiamento e metas reais, compatíveis com as necessidades mais fundamentais da população, definidas democraticamente nos fóruns de proposição e controle social. (FERNANDES, 1994)

No entanto, a proteção social básica e especial à família de vulnerabilidade econômica, constitui-se de apoio financeiro federal a serviços, programas e projetos executados por governos de Estados, Municípios e Distrito Federal, bem como por entidades sociais. (SPOSATI, 2005),

Assim, para a implantação dos programas de atenção à família surge o Centro de Referência de Assistência Social- CRAS, que é um espaço privilegiado para o acompanhamento das famílias e segmentos em situações de vulnerabilidade social, oferecendo-lhes o apoio necessário à superação de suas dificuldades e constituindo-se como porta de entrada para a rede socioassistencial básica local promovendo sua organização e potencializando suas ações. Em que através de diversos programas minimizam a questão de vulnerabilidade social, dando condições dignas aos cidadãos.

A partir de tal perspectiva constitui-se o Serviço de Proteção e Atendimento integral à Família – PAIF que partiu da necessidade de proporcionar as famílias brasileiras, um espaço de convivência e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. É uma atribuição exclusiva do poder público, sendo desenvolvido no CRAS como unidade pública estatal, que realiza o trabalho social com as famílias na perspectiva do Sistema Único de Assistência Social - SUAS. Esta unidade pública é referência para o desenvolvimento de todos os serviços socioassistenciais de proteção social básica, no seu território de abrangência.

Conforme o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome - MDS 2011, o PAIF é destinado para as famílias em situação de vulnerabilidade e risco social, residentes em territórios de abrangência dos CRAS, em especial as famílias beneficiadas de

outros programas de transferência de renda, pois a situação de pobreza ou extrema pobreza agrava a situação de vulnerabilidade social das famílias. O CRAS atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando à orientação e o convívio sócio familiar. Neste sentido é responsável pela oferta do Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias – PAIF.

O PAIF que, pactuado e assumido pelas diferentes esferas de governo, surtiu efeitos concretos na sociedade brasileira. O PAIF é o principal serviço de proteção básica aos quais todos os outros serviços desse nível de proteção devem articular-se, pois confere a primazia da ação do poder público na garantia do direito à convivência familiar e assegura a matricialidade sociofamiliar no atendimento socioassistencial, um dos eixos estruturantes do SUAS.

Neste sentido, o PAIF é essencial para a proteção de assistência social, vez que assegura espaços de convívio, informa e garante acesso aos direitos socioassistenciais, contribui para a gestão intersetorial local, para o desenvolvimento da autonomia, o empoderamento das famílias e a ampliação de sua capacidade protetiva. Fortalece, ainda, vínculos familiares e comunitários, favorecendo a ampliação de perspectivas de vida das famílias mais vulneráveis e ao acesso a oportunidades de serviços.

O Trabalho social do PAIF deve utilizar-se também de ações nas áreas culturais para o cumprimento de seus objetivos, de modo a ampliar universo informacional e proporcionar novas vivências às famílias usuárias do serviço. É importante frisar que as ações do PAIF não devem possuir caráter terapêutico. Ou seja, as famílias são acompanhadas por psicólogos, mais de nível de orientação.

O serviço baseia-se no respeito dos arranjos familiares, aos valores e etnias. Fundamenta-se no fortalecimento da cultura do diálogo, no combate a todas as formas de violência, de preconceito e discriminação. Norteados princípios a universalidade e gratuidade de atendimento. Serviço ofertado necessariamente no Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. (MDS 2011).

O desenvolvimento do trabalho social com famílias do PAIF pode ocorrer por meio de dois processos distintos, mas complementares: a) as famílias, um ou mais de seus membros, podem ser atendidos pelo PAIF e b) as famílias podem ser acompanhadas pelo PAIF.

Assim, o atendimento às famílias, ou a alguns de seus membros, refere-se a uma ação imediata de prestação ou oferta de atenção, com vistas a uma resposta qualificada de uma demanda da família ou do território. Significa a inserção da família, um ou mais de seus membros, em alguma das ações do PAIF: acolhida, ações particularizadas, ações comunitárias, oficinas com famílias e encaminhamentos.

Já o acompanhamento familiar consiste em um conjunto de intervenções, desenvolvidas de forma continuada, a partir do estabelecimento de compromissos entre famílias e profissionais, que pressupõem a construção de um Plano de Acompanhamento Familiar - com objetivos a serem alcançados, a realização de mediações periódicas, a inserção em ações do PAIF, buscando a superação gradativa das vulnerabilidades vivenciadas.

Assim, as famílias que são acolhidas, participam de ações particularizadas, oficinas com famílias, ações comunitárias ou são encaminhadas para a rede socioassistencial ou para serviços de outras políticas setoriais, com o propósito de atender determinada demanda, são famílias atendidas. Já as famílias acompanhadas são aquelas que, devido ao agravamento das vulnerabilidades sociais vivenciadas, necessitam de uma atenção diferenciada: elas são inseridas em um conjunto de intervenções desenvolvidas de forma continuada, a partir do estabelecimento de compromissos entre famílias e profissionais, com a construção de um Plano de Acompanhamento Familiar - que estabelece objetivos a serem alcançados, a realização de mediações periódicas, a inserção em ações do PAIF com intuito de superar, de modo efetivo, as situações de vulnerabilidades sociais, prevenindo seu aprofundamento e transformação em situação de risco e/ou violação de direitos.

Para execução dos serviços do PAIF é necessário a presença dos técnicos de referência da assistência social, pois este é o agente intelectual mediador dos interesses de classes em luta pela hegemonia sobre o conjunto da sociedade, onde a prática profissional é permeada pelo jogo de forças do sistema capitalista, subordinando-se historicamente, aquelas que são dominantes do ponto de vista político, econômico e ideológico em conjuntura histórica determinadas.

A este respeito Iamamoto (2005, p. 127) destaca:

A profissão inscrita na divisão social do trabalho situa-se no processo de reprodução das relações sociais, fundamentalmente como uma atividade auxiliar e subsidiária no exercício do controle e na difusão da ideologia da classe dominante junto à classe trabalhadora. Intervém, ainda na criação de condições favorecedoras da reprodução da força de trabalho, através de mediações dos Serviços Sociais, previstos e regulados pela política social do Estado, que constitui o suporte material de ação de cunho educativo exercido por esses agentes profissionais (IAMAMOTO, p.127).

Temos dessa forma, um profissional que possa intervir nas questões sociais, os quais tenta de muitas formas promover uma melhor qualidade de vida a todas as fases construídas socialmente pelo ser humano. Nesta direção, o trabalho social com famílias é uma prática profissional apoiada em saber científico, que para ser efetiva depende:

- a) de consciência crítica e espírito pesquisador por parte dos profissionais do CRAS;
- b) do conhecimento do território – suas potencialidades, recursos, vulnerabilidades, relações estabelecidas, de modo a realizar uma ação preventiva e proativa;
- c) da adoção de abordagens e procedimentos metodológicos apropriados para o cumprimento dos objetivos do Serviço;
- d) de estudo e análise permanente dos conceitos fundamentais, tais como: família e território, nas abordagens sociológica, antropológica, econômica, psicológica, entre outras, cuja compreensão é essencial para a implementação qualificada do PAIF;

- e) do planejamento e análise das ações a serem adotadas no desenvolvimento do trabalho social com famílias;
- f) da promoção da participação dos usuários no planejamento e avaliação das ações do Serviço;
- g) do desenvolvimento de uma prática interdisciplinar entre os profissionais que compõem a equipe de referência do CRAS: assistentes sociais e psicólogos;
- h) do conhecimento sobre os ciclos de vida, questões étnicas, raciais, de orientação sexual, assim como outras questões específicas identificadas no território.

Assim, o fazer cotidiano da equipe de referência do CRAS, ao operacionalizar o PAIF, deve fugir das práticas do senso comum, que sem nenhum tipo de contestação ou indagação, tornam-se crenças imutáveis, que reproduzem ideias carregadas de preconceitos, culpabilizam as famílias por sua situação social e mantêm o *status quo*, impossibilitando movimentos de transformação da realidade. Neste sentido, o trabalho social com famílias deve ter por pressuposto basilar a responsabilidade estatal na proteção às famílias e assumir como embasamento de sua prática o conhecimento científico, que requer profissionais qualificados, aptos a compreender a realidade dada e construir conhecimento, com os quais questionam as estruturas sociais injustas, elaborando estratégias para modificá-las.

É nesse cenário que as redes de solidariedade e sociabilidade engendradas a partir da família ganham importância na política social e, em especial, na proteção social movida neste século com base na família.

Portanto, promover o conhecimento, promoção e defesa dos direitos, através de inclusão das pessoas em condição de vulnerabilidade econômica são relevantes para o exercício do protagonismo social. Restaurar e desenvolver vínculos sociais e afetivos nestas pessoas, oferecendo espaços de convívio geracional e/ou intergeracional faz com que eles tenham esperança de uma vida mais digna.

4. Conclusões

No eixo da defesa dos direitos das pessoas em situação de vulnerabilidade econômica na atual realidade, evidencia a total necessidade, apoio e empenho para com a questão do suprimento de suas necessidades básicas, que deve partir da responsabilidade da família, da sociedade e do Estado em todos os aspectos relevantes.

Observa-se a grande relevância no âmbito da questão social, a partir de conhecimento teórico e prático em posicionar-se como mediador no processo de reconhecimento de direitos e deveres voltados às pessoas em situação de vulnerabilidade econômica.

E dentro deste contexto, está o PAIF que é pedra fundamental e se caracteriza como eixo basilar para a nova política de assistência social que vem sendo construída no Brasil desde a publicação da PNAS em 2004, ou seja, como política pública, dever do Estado e direito de cidadania. Política que se propõe a superar a tradição histórica assistencialista, clientelista, segmentada, de modo a ultrapassar a lógica dos “favores ou afilhados” para alcançar o entendimento da prestação de serviços públicos no campo dos direitos socioassistenciais. Ao contrário, garante direitos aos cidadãos. Política que além de enfrentar riscos sociais, propõe-se a prevenir as situações de vulnerabilidade social.

Nesse contexto, o PAIF inova ao materializar a centralidade do Estado no atendimento e acompanhamento das famílias, de modo proativo, protetivo, preventivo e territorializado, assegurando o acesso a direitos e a melhoria da qualidade de vida.

Independente das ações a sociedade tem tido resultados positivos, pois comprovadamente a ação social feita com responsabilidade tem trazido condições de vivencia digna a esse público.

Portanto, o Serviço Social tem como desafio nessa realidade apresentar uma profissão qualificada para contribuir com respostas a estas questões, que ao mesmo tempo não perca seu caráter propositivo e sua visão crítica no sentido de romper com o

imediatismo estabelecendo ações consistentes com base em princípio ético que tenha como perspectiva a promoção da cidadania.

Observa-se ainda, a grande relevância no âmbito da questão social, a partir de conhecimento teórico e prático em posicionar-se como mediador no processo de reconhecimento de direitos e deveres voltados às pessoas em situação de vulnerabilidade econômica.

A partir das análises voltadas para esse estudo, pode-se sugerir neste contexto, que a sociedade deve lutar na busca por melhores condições de vida, prevenindo da situação de risco social. Enfim, não nos cabe aqui o fechamento destas indagações. Mas, um inconformismo com tanto ainda a ser aprendido. Assimilar de forma crítica e competente será o nosso propósito sobre este viés reflexivo que a verdadeira assistência.

Referências

AZEVEDO, M.A. **Violência Doméstica na Infância e na Adolescência**. São Paulo: Robe, 2009.

_____. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Gestão do Trabalho no Âmbito do SUAS: Uma Contribuição Necessária para Resignificar as Ofertas e Consolidar o Direito Socioassistencial**. Brasília, dezembro de 2011.

_____. **Orientações Técnicas: Concepção e Gestão da Proteção Social não contributiva no Brasil**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, junho de 2009.

_____. **Lei Orgânica Nº 8.742, de Assistência Social - LOAS**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasil, 1993. Alterada pela Lei Nº 12.435, de 6 de julho de 2011.

_____. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Sistema único de Assistência Social Proteção Social Básica. Orientações Técnicas para o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)**. Brasília, 2009. Reimpresso em 2012.

_____. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Sistema único de Assistência Social. Orientações Técnica sobre o PAIF.** Volume 1. 1ed. Brasília, 2012.

BRASIL. **Norma Operacional Básica NOB/SUAS.** Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília, 2005.

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

_____. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.** Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009. Reimpresso em 2011. Brasília, 2012.

CARVALHO, Alysson. et.al. **Políticas públicas.**Belo Horizonte: UFGN, 1996.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **A Família Contemporânea em debate.** 2ed. São Paulo: Educ, 2003.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Política Social, Família e Juventude: Uma questão de direitos.** São Paulo: Cortez, 2005.

PEREIRA, Potyara. A. P. **Concepções e Propostas de Políticas Sociais em Curso: tendências, perspectivas e consequências.** Brasília: NEPPoS/ CEAM/ UNB, 1994.

PORTER, In BRUSCHINI. **Caderno de pesquisa.** São Paulo. Artmed.2009.

PORTER, Mark. **Teoria Crítica da Família.** Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

SARTI, cynthia. **A Família como espelho: Um estudo sobre a moral dos pobres.**7ª edição. Cortez Editora. Impresso no Brasil – junho de 2011.

SOUZA, Ivone M. C. Coelho de. **Mudanças de papéis femininos, novas famílias uma ligação previsível.** Revista Buscando Famílias, Porto Alegre, ano 2001.

SPOSATI, Aldaíza. **A menina LOAS: um processo de construção da assistência social.** 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

Capítulo 21

A fisioterapia e a performance no futebol

Jefferson Florencio Rozendo¹

Sônia Almeida Parente Ochotorena²

Tamisa Albuquerque Mendonça³

Introdução

A fisioterapia é uma ciência da saúde aplicada ao estudo, diagnóstico, prevenção e tratamento de disfunções cinéticas e funcionais, de órgãos e sistemas. Sua aplicação necessita, portanto, de uma vasta compreensão das estruturas e das funções do corpo humano, a fim de estudar, diagnosticar, prevenir e tratar principalmente dos distúrbios cinético-funcionais (da biomecânica e funcionalidade humana), decorrentes de alterações de órgãos e sistemas.

A fisioterapia também estuda os efeitos positivos dos recursos físicos do corpo humano, como o movimento corporal, as irradiações, as correntes eletromagnéticas, o ultrassom, entre outros. O fisioterapeuta deve estar capacitado a diagnosticar as disfunções do organismo humano, avaliando, reavaliando, prescrevendo tratamento fisioterapêutico, emitindo prognóstico,

¹ Mestrando em Educação, Coordenador de Pós-Graduação do Instituto Meta de Estudos e Pesquisa-IMEP-Fortaleza-CE

² Coordenadora do Curso de Fisioterapia da FIED - Faculdade IEducare - Tianguá - CE

³ Coordenadora de Pós-Graduação do Instituto Meta de Estudos e Pesquisa - IMEP - Fortaleza - CE

elaborando projetos de intervenção e decidindo pela alta fisioterapêutica.

O campo de atuação da fisioterapia é em consultórios, clínicas, centros de reabilitação, asilos, escolas, domicílios, clubes, academias, residências, hospitais, empresas, unidades básicas ou especializadas de saúde, pesquisas, entre outros, prevenindo e curando as mais variadas disfunções.

A complexidade da fisioterapia está na necessidade do entendimento global do ser humano, por meio da anatomia, citologia, fisiologia, embriologia, histologia, biofísica, biometria, bioquímica, cinesiologia, farmacologia, neurociência, genética, imunologia, antropologia, ética, filosofia, sociologia, deontologia e outras ciências de formação geral. O profissional de fisioterapia deve ter visão holística de diversas áreas médicas, a fim de associar as patologias com o tratamento fisioterapêutico ideal.

Para isso, faz-se necessário ter conhecimentos das áreas de: cardiologia, pneumologia, pediatria, urologia, ginecologia, neurologia, geriatria, ortopedia e traumatologia, reumatologia, dermatologia, oncologia, entre outras áreas, ou seja, precisa ter uma formação curricular, em outras áreas acadêmicas e práticas, muito consistente e atualizada, para obter sucesso na carreira.

O presente trabalho tem como objetivo analisar a relação entre as lesões frequentes no futebol e o papel que a fisioterapia pode proporcionar na performance do atleta. A pesquisa tem caráter bibliográfico, através de consultas a livros, produções científicas, sites confiáveis da internet, entrevista com especialista na área e outras fontes acreditadas. É uma pesquisa descritiva, com caráter qualitativo.

2. Fisioterapia no futebol

O futebol é o esporte mais praticado e o que atrai cada vez mais pessoas no mundo, de idade e sexo diferentes. Alguns veem esse esporte como forma de crescer na vida e outros apenas como

algo que melhora a qualidade de vida. O crescente aumento de adeptos ao esporte vem sendo acompanhado por um aumento no número de equipes e ligas desportivas, principalmente direcionadas aos jovens. O IBGE estima que 16 milhões de brasileiros praticam o futebol. (Agenciabrasil.etc.com.br/.../pesquisa-diz-que-123-milhoes-com-15-anos-ou-mais-nao...)

Mas, muitas das equipes ou ligas, a que, eventualmente, vinculam-se os atletas não têm um treinamento adequado e específico para os praticantes do esporte ou não têm uma equipe responsável pelo tratamento ou prevenção das possíveis lesões que venham acometer seus atletas.

Como consequência de tudo isto, um grande número de lesões relacionadas ao esporte torna-se cada vez maior, principalmente as lesões músculo-esqueléticas. Nesse contexto, a prática de futebol, seja por lazer ou competição, tem importância paradoxal.

Embora configure a modalidade desportiva mais popular do mundo, com adeptos de várias nacionalidades, classes sociais e faixas etárias, o futebol é o desporto competitivo com maior incidência de lesões musculoesqueléticas (LME) (BAYRAKTAR, DINC, YUCESIR, & EVIN, 2011; EKSTRAND, WALDÉN, & HÄGGLUND, 2004; FULLER *ET AL.*, 2006; RIBEIRO, VILAÇA, OLIVEIRA, VIEIRA, & SILVA, 2007; SILVEIRA *ET AL.*, 2013).

De fato, a prática futebolística é caracterizada pela ocorrência de contatos e solicitações físico-motoras específicas, incluindo-se corridas, saltos, arrancadas, mudanças de direção e quedas, que culminam em diferentes exigências de resistência, velocidade, agilidade, flexibilidade e força (HOFF, 2005; MANNING & LEVY, 2006; WALDÉN, HÄGGLUND, & EKSTRAND, 2005). Quando associadas ao contexto de uma competição, essas diversas condições podem contribuir para o desgaste físico e a fisiopatologia de LME, com a ressalva de que a sua etiologia é multifatorial, atrelada à interação entre diferentes fatores intrínsecos e/ou extrínsecos (BAHR & HOLME, 2003).

Tratamentos incompletos ou lesões não tratadas da forma correta são uma das causas de lesões graves, pois deixam o atleta com acúmulo de sobrecarga na área lesionada, fazendo com que o dito cujo e a sua equipe tenham um grande desgaste, até que este jogador esteja pronto para retornar às atividades.

Esse artigo também tem o objetivo de fornecer um melhor conhecimento sobre a atuação da fisioterapia esportiva no futebol, o trabalho que vai desde a prevenção à lesão até a sua reabilitação por completa. Foi usada a revisão bibliográfica como forma de metodologia bibliográfica, entre outros, meios, através de livros e artigos publicados sobre a fisioterapia esportiva. Foi possível observar que é impossível um clube esportivo não ter a presença de fisioterapeutas, pois estes são fundamentais, para o bom condicionamento do atleta.

Atualmente, esse profissional desempenha um papel muito importante, já que além de reabilitar o atleta, hoje ele trabalha também com prevenção e para prevenir, necessita-se de uma grande caminhada. A utilização da prevenção reduz as lesões específicas ou gerais dos membros inferiores, já que o número de lesões nos membros superiores é muito baixo. Por isso, entende-se que a prevenção é mais uma alternativa para a redução da incidência de lesões relacionadas à prática esportiva.

Muito se tem feito para diminuir o grande número de síndromes no futebol e o fisioterapeuta, como profissional reconhecido e um integrante importantíssimo em qualquer equipe interdisciplinar, tem a obrigação de, não só realizar o tratamento das lesões, mas também deve buscar meios de prevenção, para que menos problemas venham a acontecer e prejudicar o trabalho de uma equipe, sabido é que um atleta estando machucado, o clube deixa de ganhar, de receber propostas por esse jogador e, dependendo da equipe, o próprio atleta tem uma redução no seu salário.

Logo, todos saem prejudicados e a fisioterapia preventiva pode evitar que esses problemas e síndromes aconteçam, mas, se

ocorrer uma lesão em um atleta, o profissional da saúde está ali para começar e acelerar o processo de reabilitação.

A fisioterapia esportiva tem buscado saídas para que cada vez menos lesões venham a acontecer, durante os treinos ou jogos, e para se conseguir reduzir o índice de lesões, principalmente lesões de joelho e tornozelo, pesquisas vêm sendo feitas, nas mais variadas equipes profissionais e amadoras de ambos os sexos. Estas pesquisas são caracterizadas por exercícios designados a dar ênfase à coordenação e ao equilíbrio e são amplamente utilizados pela fisioterapia traumato-ortopédica e esportiva, no tratamento de lesões músculo-esqueléticas.

3. Atuação da fisioterapia no futebol

A fisioterapia esportiva tem como objetivo proteger, restaurar e aumentar a capacidade funcional do atleta, para que ele possa desempenhar o seu trabalho com o máximo de êxito (ROSAN, 2003).

Ela tem se diferenciado do que normalmente se realiza na fisioterapia convencional, tanto em assistência, como em estrutura. O uso intenso dos seus inúmeros recursos, envolvidos na recuperação, torna-a essencial. Sua principal função é reabilitar, seguindo técnicas e métodos terapêuticos específicos, fazendo com que o atleta volte em um menor espaço de tempo, sempre protegendo a sua integridade física.

Geralmente, as lesões são de grau leve ou moderado, não deixando os atletas participarem de treinamentos diários. Quando essas lesões ocorrem, é a fisioterapia esportiva que possibilita ministrar os exercícios de manutenção do condicionamento físico do atleta (ROSAN, 2003).

Rosan (2003) mostra que um clube de futebol é formado por uma equipe interdisciplinar, que é formada por médicos, fisiologistas, preparadores físicos, psicólogos e fisioterapeutas, que tem total autonomia para avaliar, programar e executar a

reabilitação do atleta. Sempre que se trabalha em conjunto, discutindo casos, a reabilitação do atleta é satisfatória.

4. Métodos de prevenção das lesões no futebol

Grande contato físico, movimentos curtos, rápidos e não contínuos, como aceleração, desaceleração, pivotamento, mudanças de direção, saltos, entre outros, provocam um alto número de lesões. As mais comuns encontradas na literatura são entorses de joelho e tornozelo, contusões e lesões musculares (SILVA, 2005).

No futebol, a estatística passou a ter extrema importância, na avaliação do grau de sobrecarga de treinamentos e excesso de jogos, em função do número e tipos de lesões. E esse esporte vem sofrendo mudanças, principalmente na parte física, que é cada vez mais cobrada, obrigando os atletas a trabalharem no seu limite máximo de exaustão, aumentando a probabilidade de sofrerem lesões (COHEN et al, 1997).

Para diminuir o alto número de lesões, um método específico vem conquistando territórios, são os exercícios proprioceptivos. O termo propriocepção foi primeiramente introduzido por Sherrington (1857-1952), em 1906, que a descreveu como a capacidade de um indivíduo, mesmo estando com os olhos fechados, saber em que posições estão as diversas partes do seu corpo, em cada momento, em outras palavras, um tipo de feedback dos membros ao sistema nervoso central (DOVER & POWERS, 2003).

A prática constante destes exercícios proprioceptivos ajuda a manter uma excelente resposta do sistema somatosensorial, comprovando que a utilização destes exercícios auxilia na manutenção do equilíbrio (GAUCHARD et al, 1999). Para Hewett et al. (2001), o programa de exercícios proprioceptivos deve ter exercícios dinâmicos, multidirecionais e específicos.

Estes exercícios trabalham com componentes da estabilidade dinâmica das articulações que, durante os movimentos, mantém os membros e as articulações estáveis. Este tipo de treinamento

permite facilitações na adaptação proprioceptiva na articulação do joelho em atletas.

Caraffa *et al.* (1996) mostram um estudo controlado prospectivo de 600 jogadores de futebol, na qual relacionou os possíveis efeitos preventivos de um treinamento proprioceptivo. Foi pedido a um grupo de trezentos jogadores um treinamento de 20 minutos por dia, com cinco diferentes fases de dificuldade aumentada.

A primeira fase foi um treinamento equilibrado, sem qualquer prancha de equilíbrio, a fase dois de treinamento foi em uma prancha de equilíbrio retangular, a fase três de treinamento foi em uma prancha redonda, a fase quatro de treinamento foi em uma prancha retangular e redonda combinado e a fase cinco de treinamento foi em uma prancha chamada BABS.

Um grupo controle de 300 jogadores de outros times comparáveis treinava normalmente e não receberam qualquer treinamento. Ambos os grupos foram observados, durante três temporadas e possíveis lesões de ligamento cruzado anterior (LCA) foram diagnosticadas por exames clínicos.

Foi encontrado um total de 10 lesões de LCA, no grupo preventivo, e 70 lesões nos jogadores que somente realizaram o treinamento normal. Este trabalho concluiu que o treinamento proprioceptivo pode reduzir significativamente a incidência de lesões de LCA nos jogadores de futebol.

Em uma pesquisa feita no futebol suíço, entre 1999 e 2000, Junge *et al.* (2002) mostra 101 atletas que participaram de um grupo preventivo, realizando diversos exercícios que tinham o intuito de prevenir lesões, entre elas um programa de exercícios que aumentava a estabilidade das articulações do tornozelo e joelho, e outros 93 atletas do grupo controle que continuaram a praticar o esporte normalmente.

A incidência de lesões no grupo de intervenção foi de 6.7, a cada 1000 horas de treinamentos ou jogos, enquanto no grupo controle foi de 8.5. Notou-se que o grupo preventivo obteve um

número de 21% a menos de lesões do que o grupo controle, comprovando claramente que a incidência de lesões no futebol pode ser reduzida com um programa de prevenção.

Treinamentos em discos de tornozelo influenciaram no tempo de reação de alguns músculos, durante um entorse de tornozelo simulado em pessoas sem incidência dessa lesão e sem instabilidade funcional do tornozelo (SHETH *et al.*, 1997).

Os exercícios proprioceptivos são uma parte integral do processo de reabilitação e, por isso, pode ser usado clinicamente na prevenção de lesões desportivas, pois os estudos realizados comprovaram que a prescrição deles melhora o senso de posição articular e evita que as lesões ocorram (DOVER & POWERS, 2003).

5. Reabilitação

Durante o processo de reabilitação, o fisioterapeuta esportivo averigua a melhora do atleta e com a evolução da patologia modifica a forma de tratamento. É importante conscientizar o atleta sobre as aplicações e sobre o porque dos procedimentos fisioterapêuticos.

Trabalha-se, também, o lado psicológico, tentando trazer-lhe de volta a auto-estima e a confiança, já que a dedicação do jogador conta muito na hora da reabilitação (ROSAN, 2003).

Rosan (2003) relatou que vários são os recursos fisioterapêuticos usados durante a fase da lesão:

- Crioterapia;
- Hidroterapia;
- Eletroterapia;
- Laserterapia;
- Termoterapia;
- Mecanoterapia;
- Cinesioterapia;
- Massoterapia, e,
- Outros.

Dentre as citadas e uma das técnicas mais usadas, é a crioterapia, ou terapia com frio, que, segundo Knight (2000), é a utilização de toda e qualquer substância capaz de provocar diminuição da temperatura dos tecidos com finalidades terapêuticas.

6. Conclusão

Com este trabalho, pode-se concluir que, através de outros artigos pesquisados, um trabalho preventivo no futebol reduz significativamente a incidência de lesões musculares e nas articulações dos joelhos e tornozelos dos atletas profissionais, principalmente trabalhando os exercícios proprioceptivos.

Provou-se que se tem como fazer esses exercícios para a redução de lesões específicas, como as lesões do ligamento cruzado anterior do joelho, ou de lesões em geral, de membros inferiores.

Pode-se notar também que as lesões articulares de joelho e tornozelo são realmente as que mais acometem estes atletas.

Este trabalho comprovou que a fisioterapia e a atuação do fisioterapeuta são imprescindíveis na utilização da prevenção de lesões esportivas e na sua reabilitação. Estas pesquisas podem ser mais uma alternativa para a redução do número de lesões relacionadas à prática do esporte.

Referências

- BAYRAKTAR, B., DINC, C., YUCESIR, I., & EVIN, A. **Injury evaluation of the Turkish national football team over six consecutive seasons.** Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery, 2017.
- CARAFFA, A.; CERULLI, G.; PROJETTI, M.; AISA, A.; RIZZO, G..; **Prevention of anterior cruciate ligament injuries in soccer.** Knee Surg. Sports Traumatol. Arthroscopy, 4, pp. 19-21; 1996.
- COHEN, M.; ABDALLA, R. J.; NISMAN B.; AMARO; J.T. **Lesões Ortopédicas no Futebol.** Rev. Bras. Ortop. – Vol. 22, Nº 12. P.940-944, Dezembro, 1997.

DOVER, G.C.; POWERS, M.E. **Reliability of joint position sense and force-reproduction measures during internal and external rotation of the shoulder.** Journal of Athletic Training, 38, pp. 304-310; 2003.

GAUCHARD, G.C.; JEANDEL, C.; TESSIER, A.; PERRIN, P.P. **Beneficial effect of proprioceptive physical activities on balance control in elderly human subjects.** Neuroscience Letters, 273, pp. 81-84; 1999.

HEWETT, T.E.; MYER, G.D.; FORD, K.R. **Prevention of anterior cruciate ligament injuries.** Current Women's Health Reports, 1, pp. 218-224; 2001.

HOFF, J. (2005). **Training and testing physical capacities for elite soccer players.** Journal of Sports Sciences, 2005.

KNIGHT, K.L. **Crioterapia no Tratamento das Lesões Esportivas: O que é e o porquê da Crioterapia.** São Paulo, 2000.

JUNGE, A.; RÖSCH, D.; PETERSON, L.; GRAF-BAUMANN, T. Prevention of soccer injuries: a prospective intervention study in youth amateur players. Am. J Sports Med., 30, pp. 652-659; 2002.

ROSAN, L.A. **Como recuperar o craque: Equipe multidisciplinar de saúde precisa trabalhar em conjunto.** 2003. [Acesso em nov. 8]. Disponível em <http://cidadedofutebol.uol.com.br/Cidadeo7/Site/Artigo/Materia.aspx?idArtigo=12>.

SHETH, P.; YU, B.; LASKOWSKI, E.R.; et al. **Ankle disk training influences reaction times of selected muscles in a simulated ankle sprain.** Am. J Sports Med., 25, pp. 538-543. 1997.

SILVA, A. A da; et al. **Fisioterapia e Reabilitação em Lesões Esportivas em Atletas do América Futebol Clube.** Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG, Belo Horizonte, outubro de 2005.

SITES: agenciabrasil.ebc.com.br/.../pesquisa-diz-que-123-milhoes-com-15-anos-ou-mais-nao...

<http://doi.org/10.1080/02640410400021252>

<http://doi.org/10.5505/tjtes.2011.86836>

Capítulo 22

Adoecimento por consumo de álcool em uma instituição estadual de Fortaleza: relato de uma experiência

Maria Girlane Nobre de Souza¹

Introdução

O Brasil a exemplo de outros países ocorre vários problemas decorrentes do uso indevido de substâncias psicoativas, fenômeno que se insere na área de saúde pública e vem manifestando em todos os segmentos da sociedade, apresentando altos custos sociais. A definição de políticas específicas para a solução deste problema requer uma leitura plural devido a complexidade da situação em que está inserido o sujeito usuário ou poliusuario de substâncias psicoativas. Esta relação com as drogas segundo Duarte, Morihisa pode,

Dependendo de o contexto ser inofensivo ou apresentar poucos riscos, mas também assumir padrões de uso altamente disfuncionais com prejuízos biológicos e sociais. Isso justifica os esforços para divulgar informações básicas e confiáveis de um dos maiores problemas de saúde pública que afeta direta ou indiretamente, a qualidade de vida de toda a pessoa. (2010, p.62)

¹ Mestra em Saúde Coletiva e Gestão Hospitalar, Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional, Especialista em Relações Humanas e Dinâmicas Grupais, Especialista em Gerontologia Social e Graduada em Serviço Social. E-mail: girlanesouza04@gmail.com

O consumo imoderado de álcool entendido como um padrão de uso que aumenta o risco de consequências prejudiciais para o sujeito causa custos elevados para o sistema de saúde, pois as morbidades desencadeadas por ele são onerosas e de difícil manejo.

Além disso, a dependência dessa droga licita aumenta os riscos para os conflitos familiares, auxiliando no desencadear da violência doméstica e os acidentes domésticos, em decorrência do uso no contexto familiar, desgastando com o passar do tempo as relações entre os membros da família como um todo.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, estabelece que

para evitar problemas com o álcool o consumo aceitável é de até 15 doses/semana para os homens e 10 para as mulheres, sendo que 1 dose de uma bebida destilada, considerando que cada uma contém entre 10 a g. de etanol. (CISA, 2015)

O álcool, este segue o avanço da humanidade, por ser a droga de uso mais difundido, porém o interesse em estudar os malefícios causados à saúde foi iniciado nos últimos dois séculos.

O sistema de saúde público brasileiro utiliza a 10ª revisão de Classificação Internacional de Doenças - (CID -10), a qual expõe esclarecimentos clínicos e orientações diagnósticas das doenças.

Outro sistema classificatório é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), da Associação Psiquiátrica das doenças.

Ambos são classificatórios e de acordo com Duarte e Morihisa (2011), espelham nos critérios para a dependência os conceitos de síndrome de dependência do álcool, apresentados antecipadamente por Edwards e Gross em 1976. E esse conhecimento sobre a doença traz uma compreensão do alcoolismo, onde acentua parâmetros que possibilitam a obtenção de um diagnóstico definido, no qual se ressalta que a perda do controle, a presença de sintomas de tolerância e abstinência são julgadas como decisivas.

Os cientistas Edwards e Gross na década de 1970 (2010, p.64) conceituaram os principais sinais e sintomas de dependência do álcool.

- ✚ Estreitamento do repertório de beber – as situações em que o sujeito bebe se tornam mais comuns, com menos variações em termos de escolha da companhia, dos horários, do local ou dos motivos para beber, ficando ele cada vez mais estereotipado à medida que a dependência avança;
- ✚ Saliência do comportamento de busca pelo álcool – o sujeito passa gradualmente a planejar seu dia-a-dia em torno da bebida, de como vai obtê-la, onde vai consumi-la e de como vai recuperar-se, deixando as demais atividades em plano secundário;
- ✚ Sensação subjetiva da necessidade de beber – o sujeito percebe que perdeu o controle, que sente um desejo praticamente incontrolável e compulsivo de beber;
- ✚ Desenvolvimento da tolerância ao álcool – por razões biológicas, o organismo do indivíduo suporta quantidades cada vez maiores de álcool ou a mesma quantidade não produz mais os mesmos efeitos que no início do consumo.
- ✚ Sintomas repetidos de abstinência – em paralelo com o desenvolvimento da tolerância, o sujeito passa a apresentar desagradáveis ao reduzir ou parar a sua dose habitual. Surgem ansiedade e alterações de humor, tremores, taquicardia, enjôos, suor excessivo e até convulsão, com risco de morte;
- ✚ Alívio dos sintomas de abstinência ao aumentar o consumo – nem sempre o sujeito admite, mas um questionamento detalhado mostrará que ele está tolerante ao álcool e somente não desenvolve os descritos sintomas na abstinência, porque não reduz ou ater-se aumentando gradualmente o seu consumo, retardando assim o diagnóstico;

- ✚ Reinstalação da síndrome de dependência - o padrão antigo do consumo pode se restabelecer rapidamente, mesmo após um período sem uso.

2. Objetivo

Investigar o consumo imoderado de álcool em uma Instituição Estadual de Fortaleza.

3. Metodologia

Foi feito um levantamento documental, onde foram colhidos subsídios nos prontuários dos sujeitos através de técnicas empregadas nas entrevistas motivacionais e nos aconselhamentos durante a intervenção psicossocial.

As variáveis coletadas foram idade, tempo de serviço, escolaridade, situação de tratamento já iniciado em outras instituições, tipo de consumo. O delineamento dos dados elaborados numa perspectiva de investigação-ação teve o intuito de conhecer o problema vivenciado pelo sujeito.

Utilizou-se como critério de inclusão o sujeito cadastrado na Instituição seja na demanda espontânea ou encaminhada, o tipo de consumo, situação de tratamento, e de exclusão os casos relacionados a problemas saúde mental. (Stress, síndrome do pânico, ansiedade, borderline entre outros

4. Resultados

Foram analisados 200 prontuários dos quais 190 elegíveis para o estudo. Do público pesquisado da amostra 52,64% relataram consumir algum tipo de bebida contendo teor alcoólico, e 47,36% fazia uso de produtos psicoativos ilícitos (maconha, cocaína, crack juntamente com o álcool).

Na análise da relação entre o uso abusivo de álcool e o afastamento das atividades laborais o percentual de 72,63% estavam lotados em setores administrativos internos com desvio de função e em acompanhamento e tratamento na rede de saúde específicas para álcool e drogas e 27,37% respaldados por licença médica para tratamento psiquiátrico.

O consumo de álcool foi avaliado através relatos de frequência de uso, quantidade e tipos de bebidas consumidas semanalmente, registrados nos prontuários.

Verificou-se que os alcoolistas tornam-se mais susceptíveis a infecções, depósito anormal de gordura no fígado (esteatose hepática), hepatite alcoólicas, pancreatite, doenças cardíacas, neuropatias periféricas, distúrbios de coordenação, delírios. Alterações de humor, desorganização familiar, comportamentos agressivos.

5. Considerações finais

O consumo abusivo de álcool elevado conduz inúmeras consequências negativas aos sujeitos. Os resultados indicam que o uso de álcool e de outras substâncias psicoativas quando aparecem em local de trabalho deve-se estar atento e aceitar o que de fato denuncia, pois ainda que não seja responsabilidade única da Instituição, torna-se imprescindível que se analise suas origens e as formas mais adequadas de intervenção terapêutica, visando diminuí-lo e conseqüentemente seus malefícios. O desafio da saúde pública na área de álcool e outras drogas como diz Silveira (2010, p.104), é a “implementação políticas que promovam e fortaleçam ações de prevenção. ” Bem como a realização de “estudos epidemiológicos sobre o beber pesado episódico e do abuso e dependência de álcool”.

Referências

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ALCOOL – CISA. **História do Álcool**. Em <<http://cisa.org.br/7660/definição-governamental-dose-padrão-alcool-consumo-php>>. Acesso em 20 ago.2016.

DUARTE, Cláudio Elias, MORIHISA, Shiguelo. **Capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 3º Ed. Brasília, SENAD, 2010.

SILVEIRA, Camila Magalhães. **Capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 3º Ed. Brasília, SENAD, 2010.

EDWARD, G; GROSS, M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. **British Medical Journal**, 1, pag. 1058-1061, 1976.

COSTA, Juvenal Dias; SILVEIRA, Mariangela F; GAZALLE, Fernando K; OLIVEIRA, Sandro, S *et al*. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista saúde pública**. 2004; 38(2) 284-91 disponível <<http://fsp.usp.br/rsp>>. Acessado em 28 nov de 2015.

HECJKMANN, Wolfgang; SILVEIRA, Camila Magalhães. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. Disponível < <Http://cisa.org.br/filesalcoolesuasconsequencias-pt-cap3>>. Acesado em 28 de nov de 2015.

Capítulo 23

A inserção da pessoa com deficiência no ensino superior do Brasil: avanços e desafios

Aline Maria da Silva¹
Estanislau Ferreira Bié²

Introdução

A pesquisa intitulada “A inserção da pessoa com deficiência no ensino superior do Brasil: avanços e desafios” traz uma instigante aproximação sobre as temáticas interligadas: ensino superior, pessoas com deficiência e acessibilidade. Tendo por objetivo geral

¹Graduada em Serviço Social pela Faculdade Cearense – FaC, 2014.2. Especialista em Políticas Públicas, Gestão e Serviços Sociais pela UCAM. Especializando-se em Saúde da Família pela UNILAB. Atualmente atua como Assistente Social na Associação dos Cabos e Soldados Militares do Estado do Ceará.

² Doutor em Ciências da Educação pela UNISAL - Universidad San Lorenzo; Mestre em Ciências da Educação pela UNISAL; Especialista em Policiamento Comunitário pela UFC - Universidade Federal do Ceará; Especialista em Segurança Pública pela FATE - Faculdade Ateneu; Especialista em Ciências Política Sociedade e Governo pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA/UNIPACE; Especialista em Ciências da Educação pela FACULDADE EVOLUÇÃO - Sociedade Evolução de Educação Superior e Tecnologia Ltda; Especialista em História e Cultura Afro-brasileira e Indígena pela FATE - Faculdade Ateneu; Bacharel em Teologia pelo Centro Universitário UNINTA; Licenciado em Ciências da Religião pelo Centro Universitário UNINTA; Licenciado em História pelo Centro Universitário UNINTA. Diretor Executivo do Instituto Superior de Ensino Sem Fronteiras – ISESF; Organizador e Membro do Conselho Editorial e Científico das Coleções Saúde no Brasil: Formação Acadêmica, Práticas e Exercício da Profissão; Fazer Educativo; Educação Como Forma de Socialização; Segurança Pública: Direito e Justiça Brasileira e Diretor da Série Conhecimento Afrodescendente. Atualmente professor da Academia Estadual de Segurança Pública do Ceará – AESP/CE, Policial Militar (Oficial da Reserva).

conhecer a trajetória de pessoas com deficiência na busca de inserção no ensino superior e, de forma específica, entender concepções sobre acessibilidade; identificando, os desafios que se fazem presentes nessa trajetória.

Assim, falar de pessoas com deficiência é, antes de tudo, perceber que esses sujeitos nem sempre foram tratados como cidadãos (ãs) de direito e a história desse segmento social, revela um longo percurso histórico marcado por lutas cotidianas a serem reconhecidas e respeitadas. São gritos de pessoas, por vezes, esquecidas e estigmatizadas por preconceitos de um mundo que supervaloriza a produção, a perfeição e o que se tem para oferecer como força de trabalho. Por outro lado, não podemos dizer que essa história, mesmo recheada de estigmas, permanece estática. Do contrário, o percurso de uma pessoa com deficiência também é marcada por reivindicações de sujeitos que buscam a igualdade; pelo protagonismo dos movimentos sociais que articulam a participação social das PCD (Pessoas Com Deficiência), fomentando seu processo de autonomia e exigindo a garantia de seus direitos sociais, econômicos e políticos.

A metodologia de pesquisa foi a pesquisa bibliográfica sobre o assunto, baseada sobretudo nas(os) autoras(es) estudiosas (os) da temática, bem como leis, projetos, documentos que fazem parte da história de evolução das pessoas com deficiência nas lutas.

2. A inserção de pessoas com deficiência no ensino superior

Historicamente o ensino superior brasileiro é elitizado, não sendo acessado pela grande parcela da população. Fato ainda mais agravado refere-se à inclusão das pessoas com deficiência, muitas vezes, impedidas de frequentar o ambiente escolar. Magalhães (2006) afirma que:

[...]. Os extratos minoritários ou não homogêneos da população como negros, indígenas e pessoas com deficiência têm acesso

restrito. Soma-se a isto o fato das possibilidades de acesso serem diretamente proporcionais a origem social e condições socioeconômicas dos alunos. (MAGALHÃES, 2006, p.39)

Segundo Duarte e Barbosa (2009), somente em 1975 nos EUA (Estados Unidos da América) surgiu a educação inclusiva, tendo destaque para essa conquista o movimento em defesa dos direitos das Pessoa com Deficiência - PCD. Magalhães (2006) diz que até o início da década de 1980 o quantitativo de PCD no ensino superior no Brasil era bem pequeno, desta forma, podemos associar a esse baixo acesso as restrições existentes na educação básica com a existência de uma exclusão aos direitos sociais básicos: A EDUCAÇÃO.

Sassaki (2003) cita diversos motivos pertinentes que excluía as PCD do direito a educação, que por vezes iam para além das instituições:

Até o início da década de 80, poucas pessoas com deficiência chegavam à universidade por motivos hoje superados em grande parte: não-acesso à educação básica, não-acesso a serviços de reabilitação, não-acesso a equipamentos e aparelhos especiais, não-acesso a transporte coletivo, dificuldades financeiras, desconhecimento dos direitos pertinentes à deficiência e atitudes superprotetoras da família, entre outros. (SASSAKI, 2003)

Nos anos de 1983 a 1992, foi instituída a década das Nações Unidas Para a Pessoa Com Deficiência, sendo iniciada uma discussão sobre sua exclusão social. Com isso ocorreu uma ampliação no acesso dessas pessoas ao ensino superior, contudo não de forma total. A Constituição Brasileira de 1988 também contribuiu para essa ampliação, afirmando a garantia da educação para todos, embora esse direito ainda seja violado.

Apesar de nascer um movimento importante para essa expansão de inclusão de pessoas com deficiência no ensino superior, não havia uma adequação necessária para atender a essa parcela de pessoas nas instituições de ensino, ou seja, apenas candidatos que apresentassem uma deficiência que não exigia grandes mudanças

nos processos seletivos ingressavam na faculdade, além de não ser promovida uma ação de permanência dos estudantes na instituição, ocorrendo evasão e desistência. (Magalhães, 2006)

Em 1990, ocorreu a “Conferência Mundial sobre Educação para Todos”, na Tailândia, discutindo sobre os direitos das pessoas com deficiência à educação, tendo sido criada, a partir dessa Conferência, uma Declaração Mundial sobre Educação para Todos. Nessa declaração, é expressa a necessidade de “universalizar o acesso à educação e promover e equidade” no que tange ao público de PCD, e aponta:

As necessidades básicas de aprendizagem das pessoas portadoras de deficiências requerem atenção especial. É preciso tomar medidas que garantam a igualdade de acesso à educação aos portadores de todo e qualquer tipo de deficiência, como parte integrante do sistema educativo. (UNESCO, 1998)

Em 1994, ocorre na Espanha outro evento de suma importância nessa caminhada de inclusão da pessoa com deficiência, intitulada “Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade”, que visava promover educação para todos, observando as mudanças fundamentais de políticas necessárias para desenvolver a educação inclusiva. Foi, então, firmada uma declaração conhecida como “Declaração de Salamanca”, relacionando o apoio à entrada de PCD no ensino superior, que não deveria ficar restrito somente até o ensino médio. (UNESCO, 1994)

Sobre os marcos legais que asseguram a inclusão da pessoa com deficiência no ensino brasileiro, podemos mencionar a portaria 1.679/99, que traz os requisitos básicos de acessibilidade adequada a estudantes com deficiência para que a instituição tenha seus cursos ofertados reconhecidos e, desta forma, sejam autorizados. Essas diretrizes visam garantir a permanência dos estudantes na instituição, tendo em vista que será firmado um compromisso de adequação as suas necessidades, de acordo com a sua deficiência. (BRASIL, 1999)

Em 2007, foi publicado o decreto nº 6.949, que promulgou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em Nova Iorque, a 30 de março de 2007, que vem reforçar no artigo 24 a Educação para esse público de pessoas. Consta no §5 do artigo que:

Os Estados Partes assegurarão que as pessoas com deficiência possam ter acesso ao ensino superior em geral, treinamento profissional de acordo com sua vocação, educação para adultos e formação continuada, sem discriminação e em igualdade de condições. Para tanto, os Estados Partes assegurarão a provisão de adaptações razoáveis para pessoas com deficiência. (BRASIL, 2007)

Segundo o Censo realizado em 2010, existem 23,9% de pessoas que possuem, pelo menos, uma das deficiências que foram investigadas no Brasil, ou seja, visual, auditiva, motora e intelectual.

Oliveira (2012), na cartilha do Censo de 2010, diz que a deficiência visual apareceu com o maior percentual, a qual afetava 18,6% da população brasileira. Em segundo lugar está a deficiência motora, ocorrendo em 7% da população, seguida da deficiência auditiva, em 5,10% e da deficiência mental ou intelectual, em 1,40%.

No tocante ao nível de escolaridade, o Censo de 2010 nos mostra que na população com deficiência 61,1% não tem nenhuma instrução ou cursou até o fundamental incompleto; 14,2% possuíam o fundamental completo e o ensino médio incompleto; 17,7% registravam o ensino médio completo e superior incompleto e por fim 6,7% possuíam superior completo. Podemos perceber com esses números que a participação de estudantes com deficiência no ensino superior ainda é restrita, mas segundo o Ministério da Educação (MEC) o número de matrículas de 2000 a 2010 (10 anos) de PCD no ensino superior subiu em torno de 933,6%.

A partir dessas informações, podemos observar que houve um crescimento na procura por parte das PCD pelo ensino superior, assim como houve um incentivo por conta das organizações para o crescimento dessa demanda. O número de estudantes com

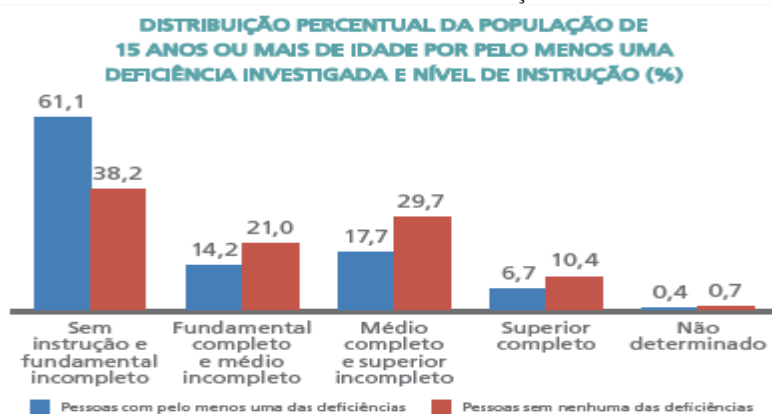
deficiência na instituição privada tem estado em maior porcentagem, tendo em vista que programas como PROUNI, FIES e outros que incentivam o fortalecimento do ensino privado tem abarcado uma grande porcentagem desse público, assim como o programa Incluir³, ofertado pelas universidades federais.

3. Os caminhos da acessibilidade no ensino superior brasileiro.

Durante anos, a população com deficiência vem buscando seu “lugar ao sol”. Questões como o direito à educação e o ingresso no ensino superior são alvo de lutas cotidianas que perduram até os dias de hoje. A discussão nesse tópico não se refere apenas ao ingresso do estudante no ensino superior, mas diz respeito à garantia de sua permanência também e está relacionada à política de acessibilidade que lhe for “ofertada” (apesar de ser um direito garantido por lei) na instituição em que ingressar.

Antes de adentrarmos na primeira questão deste tópico, é interessante ao leitor perceber o quantitativo de estudantes que estavam no ensino superior no Brasil. Coloco o verbo “estar” no passado, pois o último Censo que temos disponível no momento é o de 2010. Desta forma, no que se refere ao nível de instrução da população pesquisada pelo censo de 2010 é de que 14,2% possuíam o fundamental completo, 17,7% o médio completo e/ou ensino superior incompleto e 6,7% possuíam superior incompleto. Ainda, havia a proporção que recebe o nome de “não determinada” igual a 0,4% e 61,1% sem instrução e fundamental completo. Este último é um dado alarmante, tendo em vista que equivale à maior parte da população pesquisada que possui alguma deficiência (CENSO, 2010). O gráfico abaixo ajuda a melhorar nossa visualização:

³ O Programa de Acessibilidade na Educação Superior (Incluir) propõe ações que garantem o acesso pleno de pessoas com deficiência às instituições federais de ensino superior (Ifes). O Incluir tem como principal objetivo fomentar a criação e a consolidação de núcleos de acessibilidade nas Ifes, os quais respondem pela organização de ações institucionais que garantam a integração de pessoas com deficiência à vida acadêmica, eliminando barreiras comportamentais, pedagógicas, arquitetônicas e de comunicação.

Gráfico 2 – Nível de instrução**Fonte:** Censo 2010

Nesse quadro, podemos observar a disparidade no que se refere desde a porcentagem de pessoas com deficiência sem instrução ou com ensino fundamental incompleto versus a porcentagem do superior completo, mostrando ainda ser restrita sua inserção no ensino superior. É importante colocar que essas diferenças existem também no que tange à região, onde esse nos mostra que o Nordeste teve o maior percentual de pessoas sem instrução e fundamental incompleto, com a taxa de 67,7% e a Região Sudeste apresentou a menor, com 56,2%. Com relação ao nível superior, a menor taxa foi de 4,0% na Região Nordeste e a maior foi de 8,5% na região Sudeste do país. Isso nos traz uma reflexão sobre as diferenças regionais e de investimentos em desnível nas regiões.

É interessante percebermos que a educação inclusiva no ensino superior de pessoas com deficiência, foram processos exaustivos de lutas e conquistas a passos pausados diante da conjuntura adversa que as cercavam, ou seja, marcada pela discriminação, pelo preconceito e pela exclusão.

Essa educação inclusiva no ensino superior é direito dos sujeitos, desta forma, os requisitos necessários devem ser observados e atendidos mediante a implementação, por parte do

poder público competente, tendo uma visão ampla de uma série de medidas quantitativas e qualitativas na educação para evitar a exclusão de minorias, onde estão inseridas as PCD. (ATIQUE; ZAHHER, 2009, p. 1591)

Segundo a UNESCO (1994), na Declaração de Salamanca:

Inclusão e participação são essenciais à dignidade e ao desfrute e exercício dos direitos humanos. No campo da educação, estas concepções refletem-se no desenvolvimento de estratégias que procuram alcançar uma genuína igualdade de oportunidades. A experiência em muitos países demonstra que a integração de crianças e jovens com necessidades educativas especiais é atingida mais plenamente nas escolas inclusivas que atendem todas as crianças da respectiva comunidade. (UNESCO, 1994)

O acesso das PCD no ensino superior só é possível mediante um processo de inclusão na educação básica, que se constitui degrau necessário para efetivação da educação para todos. No Brasil, houve-se falar de educação inclusiva, de fato, desde a Constituição de 1988, sendo prevista a educação como direito social, significando dizer que ela deve ser assegurada sem nenhum tipo de discriminação. Ainda, para a UNESCO (1994):

O desenvolvimento de escolas inclusivas que atendem um número elevado de alunos, tanto nas áreas rurais como urbanas pressupõe: a articulação duma política forte e precisa no referente à inclusão, com uma dotação financeira adequada; uma campanha eficaz de informação do público destinada a combater os preconceitos negativos e a promover atitudes informadas e positivas; um programa extensivo de orientação e formação de pessoal; e a disponibilização dos serviços de apoio necessários. Para contribuir para o êxito das escolas inclusivas são precisas mudanças, além de em muitos outros, nos seguintes sectores educativos: currículo, instalações, organização escolar, pedagogia, avaliação, pessoal, ética escolar e atividades extraescolares. (UNESCO, 1994, p.22)

Segundo o documento orientador do programa Incluir (2013) a:

A inclusão das pessoas com deficiência na educação superior deve assegurar-lhes, o direito à participação na comunidade com as demais pessoas, as oportunidades de desenvolvimento pessoal, social e profissional, bem como não restringir sua participação em determinados ambientes e atividades com base na deficiência. Igualmente, a condição de deficiência não deve definir a área de seu interesse profissional. Para a efetivação deste direito, as IES devem disponibilizar serviços e recursos de acessibilidade que promovam a plena participação dos estudantes.

A inserção de pessoas com deficiência na educação não deve ficar apenas em leis e decretos, é preciso sair do papel e criar formas para que essas pessoas de fato possam chegar a esse ensino e tenham condições de nele permanecer. Essas formas só são possíveis com a acessibilidade permeando nosso cotidiano. Como afirma o INEP (Instituto nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira):

Dotar as instituições de educação superior (IES) de condições de acessibilidade é materializar os princípios da inclusão educacional que implicam em assegurar não só o acesso, mas condições plenas de participação e aprendizagem a todos os estudantes. Na educação superior o debate sobre a inclusão se inscreve na discussão mais ampla do direito de todos à educação e na igualdade de oportunidades de acesso e permanência, com sucesso, nessa etapa de ensino. (INEP, 2013, p.04)

Sobre essa questão, uma nota técnica lançada em 2013, de nº 385, pelo MEC esclarece que “Assegurar acessibilidade é uma obrigação das IES, públicas e privadas, pertencente ao sistema federal de ensino.” (MEC - nota técnica 385/2013).

O MEC regulamentou, através da portaria de nº 3.284, no dia 07 de novembro, de 2003, os requisitos de acessibilidade de pessoas com deficiência para orientar os processos de autorização e reconhecimento de cursos e credenciamento de IES, a partir do atendimento a esses requisitos que se cumpridos permitem o acesso de forma legal a todas aqueles que venham necessitar dessas ações

de acessibilidade. Baseado na ABNT na norma 9050 de forma sucinta orienta o que basicamente deve haver nas instituições, como observamos abaixo:

Art 2º A Secretaria de Educação Superior, com apoio técnico da Secretaria de Educação Especial, estabelecerá os requisitos de acessibilidade, tomando-se como referência a Norma Brasil 9050, da Associação Brasileira de Normas Técnicas, que trata da Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiências a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos.

§ 1º Os requisitos de acessibilidade de que se trata no caput compreenderão no mínimo:

I - com respeito a alunos portadores de deficiência física:

- a) eliminação de barreiras arquitetônicas para circulação do estudante, permitindo acesso aos espaços de uso coletivo;
- b) reserva de vagas em estacionamentos nas proximidades das unidades de serviço;
- c) construção de rampas com corrimãos ou colocação de elevadores, facilitando a circulação de cadeira de rodas;
- d) adaptação de portas e banheiros com espaço suficiente para permitir o acesso de cadeira de rodas;
- e) colocação de barras de apoio nas paredes dos banheiros;
- f) instalação de lavabos, bebedouros e telefones públicos em altura acessível aos usuários de cadeira de rodas;

II - no que concerne a alunos portadores de deficiência visual, compromisso formal da instituição, no caso de vir a ser solicitada e até que o aluno conclua o curso:

- a) de manter sala de apoio equipada como máquina de datilografia Braille, impressora Braille acoplada ao computador, sistema de síntese de voz, gravador e fotocopiadora que amplie textos, software de ampliação de tela, equipamento para ampliação de textos para atendimento a aluno com visão subnormal, lupas, régua de leitura, scanner acoplado a computador;
- b) de adotar um plano de aquisição gradual de acervo bibliográfico em Braille e de fitas sonoras para uso didático;

III - quanto a alunos portadores de deficiência auditiva, compromisso formal da instituição, no caso de vir a ser solicitada e até que o aluno conclua o curso:

- a) de propiciar, sempre que necessário, intérprete de língua de sinais/língua portuguesa, especialmente quando da realização e

revisão de provas, complementando a avaliação expressa em texto escrito ou quando este não tenha expressado o real conhecimento do aluno;

b) de adotar flexibilidade na correção das provas escritas, valorizando o conteúdo semântico;

c) de estimular o aprendizado da língua portuguesa, principalmente na modalidade escrita, para o uso de vocabulário pertinente às matérias do curso em que o estudante estiver matriculado;

d) de proporcionar aos professores acesso a literatura e informações sobre a especificidade linguística do portador de deficiência auditiva.

A NBR (Norma Brasileira) 9050 detalha o espaço, a altura, a distância, o tamanho, dentre outras questões que se deve respeitar para cada objeto de acessibilidade que será utilizado, contendo essa norma imagens para melhor visualização desses. Em virtude do que se propõe esse trabalho, não será possível fazermos o detalhamento desta norma.

Outro marco relevante que deve ser mencionado é a lei nº 10.098, de 19 de dezembro, de 2000, conhecida como a Lei de Acessibilidade, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida.

Também, mencionamos a lei criada em 1989, cujo nº 7.853, dispõe sobre o apoio às pessoas com deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, instituindo a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplinando a atuação do Ministério Público, definindo crimes e dando outras providências. Essa Lei, em seu artigo 8º, diz que recusar, suspender, procrastinar, cancelar ou fazer cessar, sem justa causa, a inscrição de aluno em estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado, por motivos derivados da deficiência, é crime punível com reclusão (prisão) de 1(um) a 4 (quatro) anos e multa.

É interessante expor os principais dispositivos legais e normativos produzidos em âmbito nacional e internacional que

ênfatisam a educação de qualidade para todos e, ao constituir a agenda de discussão das políticas educacionais, reforçam a necessidade de elaboração e implementação de ações voltadas para a universalização do acesso à educação superior, disponibilizado pelo MEC (2013):

- ✚ Constituição Federal/88, arts. 205, 206 e 208: Assegura o direito de todos à educação (art. 205), tendo como princípio do ensino a igualdade de condições para o acesso e a permanência na escola (art. 206, I), garantindo acesso aos níveis mais elevados do ensino, da pesquisa e da criação artística, segundo a capacidade de cada um (art. 208, V).
- ✚ LDB 9.394/96, cap. IV: Institui o processo de avaliação das instituições de educação superior, assim como do rendimento escolar dos alunos do ensino básico e superior.
- ✚ Aviso Circular nº 277/96: Apresenta sugestões voltadas para o processo seletivo para ingresso, recomendando que a instituição possibilite a flexibilização dos serviços educacionais e da infraestrutura, bem como a capacitação de recursos humanos, de modo a permitir a permanência, com sucesso, de estudantes com deficiência nos cursos.
- ✚ Decreto nº 3.956/01: Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência.
- ✚ Lei nº 10.436/02: Reconhece a Língua Brasileira de Sinais (Libras) como meio legal de comunicação e expressão e outros recursos de expressão a ela associados.
- ✚ Portaria nº 2.678/02: Aprova diretrizes e normas para o uso, o ensino, a produção e a difusão do sistema Braille em todas as modalidades de ensino, compreendendo o projeto da Grafia Braille para a Língua Portuguesa e a recomendação para o seu uso em todo o território nacional.
- ✚ Portaria nº 3.284/03: Substituiu a Portaria nº 1.679/1999, sendo ainda mais específica na enumeração das condições de

acessibilidade que devem ser construídas nas IES para instruir o processo de avaliação das mesmas.

- ✚ ABNT NBR 9.050/04: Dispõe sobre a acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.
- ✚ Decreto nº 5.296/04: Regulamenta as Leis 10.048/2000 e 10.098/2000, estabelecendo normas gerais e critérios básicos para o atendimento prioritário a acessibilidade de pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida. Em seu artigo 24, determina que os estabelecimentos de ensino de qualquer nível, etapa ou modalidade, públicos e privados, proporcionarão condições de acesso e utilização de todos os seus ambientes ou compartimentos para pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, inclusive salas de aula, bibliotecas, auditórios, ginásios, instalações desportivas, laboratórios, áreas de lazer e sanitários.
- ✚ Decreto nº 5.626/05: Regulamenta a Lei nº 10.436/2002, que dispõe sobre o uso e difusão da Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS e estabelece que os sistemas educacionais devem garantir, obrigatoriamente, o ensino de LIBRAS em todos os cursos de formação de professores e de fonoaudiologia e, optativamente, nos demais cursos de educação superior.
- ✚ Programa Acessibilidade ao Ensino Superior. Incluir/2005: Determina a estruturação de núcleos de acessibilidade nas instituições federais de educação superior, que visam eliminar barreiras físicas, de comunicação e de informação que restringem a participação e o desenvolvimento acadêmico e social de estudantes com deficiência.
- ✚ Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006): Assegura o acesso a um sistema educacional inclusivo em todos os níveis. Define pessoas com deficiência como aquelas que têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas.

- ✚ Plano de Desenvolvimento da Educação/2007: O Governo Federal, por meio do MEC, lançou em 2007 o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) com o objetivo de melhorar substancialmente a educação oferecida pelas escolas e IES brasileiras. Reafirmado pela Agenda Social, o Plano propõe ações nos seguintes eixos, entre outros: formação de professores para a educação especial, acesso e permanência das pessoas com deficiência na educação superior.
- ✚ Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (MEC, 2008): Define a Educação Especial como modalidade transversal a todos os níveis, etapas e modalidades, tendo como função disponibilizar recursos e serviços de acessibilidade e o atendimento educacional especializado, complementar a formação dos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação.
- ✚ Decreto nº 6.949/09: Ratifica, como Emenda Constitucional, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006), que assegura o acesso a um sistema educacional inclusivo em todos os níveis.
- ✚ Decreto nº 7.234/10: Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES. O Programa tem como finalidade a ampliação das condições de permanência dos jovens na educação superior pública federal e, em seu Art. 2º, expressa os seguintes objetivos: “democratizar as condições de permanência dos jovens na educação superior pública federal; minimizar os efeitos das desigualdades sociais e regionais na permanência e conclusão da educação superior; reduzir as taxas de retenção e evasão; e contribuir para a promoção da inclusão social pela educação”. Ainda, no art. 3º, § 1º, consta que as ações de assistência estudantil do PNAES deverão ser desenvolvidas em diferentes áreas, entre elas: “acesso, participação e aprendizagem de estudantes com

deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades e superdotação”.

- ✚ Conferências Nacionais de Educação – CONEB/2008 e CONAE/2010: Referendaram a implementação de uma política de educação inclusiva, o pleno acesso dos estudantes público alvo da educação especial no ensino regular, a formação de profissionais da educação para a inclusão, o fortalecimento da oferta do Atendimento Educacional Especializado (AEE) e a implantação de salas de recursos multifuncionais, garantindo a transformação dos sistemas.
- ✚ Decreto nº 7.611/11: Dispõe sobre o AEE, que prevê, no art. 5º § 2º a estruturação de núcleos de acessibilidade nas instituições federais de educação superior, com o objetivo de eliminar barreiras físicas, de comunicação e de informação que restringem a participação e o desenvolvimento acadêmico e social de estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação.
- ✚ Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação em Direitos Humanos – Parecer CNE/CP 8/2012: Recomenda a transversalidade curricular das temáticas relativas aos direitos humanos. O Documento define como “princípios da educação em direitos”: a dignidade humana, a igualdade de direitos, o reconhecimento e valorização das diferenças e das diversidades, a laicidade do Estado, a democracia na educação, a transversalidade, vivência e globalidade, e a sustentabilidade socioambiental.

Com base nesse extenso número de leis, portarias, decretos e diretrizes criadas para expandir e garantir a acessibilidade, trazemos o pensamento positivo de que estão em consonância com a realidade dos usuários dessas implementações. Porém, será que estão sendo aplicadas? Será que, de fato, essas iniciativas estão sendo concretizadas?

4. Considerações finais

Essa investigação acadêmica possibilitou ampliar nossas reflexões acerca da inserção das pessoas com deficiência no ensino superior brasileiro, apontando alguns dos desafios que se fazem presentes no cotidiano desses sujeitos.

A partir das pesquisas bibliográfica e documental realizadas, observamos que o número de pessoas com deficiência nas universidades e faculdades, sejam públicas ou particulares, está crescendo, conforme aponta o último censo do IBGE. Porém é possível observar uma grande maioria de PCD que ainda não conseguiram sequer adentrar no ensino fundamental, fato inquietante sobre a questão. Refletimos que a garantia da acessibilidade desafia a todos nós. Assim, apontamos a necessidade de serem essas exigências cumpridas plenamente pelos governos, pelas instituições e pela sociedade, de forma a possibilitar garantia do direito à educação, prevista pela Constituição Federal.

Como exposto em toda a pesquisa, existem várias leis que asseguram os direitos das PCD, mas que algumas acabam por ficar apenas no papel. Basta andarmos pelas ruas de nossa cidade para observarmos que não existe uma estrutura eficiente para as pessoas que possuem alguma deficiência, por exemplo, as que têm mobilidade reduzida. Se chegarmos a observar com mais atenção ainda, chegaremos à conclusão que o mínimo de acessibilidade acontece em locais como bancos, algumas praças, instituições privadas, bairros habitados por classe médio-alta, lugares de lazer que visam ao turismo, sendo por vezes apenas uma pseudo-acessibilidade.

Entendemos que as questões expostas no parágrafo anterior demandam uma construção coletiva a partir dos desafios desses sujeitos dentro da sociedade capitalista, que exclui e segrega o diferente, mas é importante ressaltar que mesmo diante de tanta dificuldade as pessoas com deficiência são campeãs em superação e trilharam e permanecem construindo um caminho rico em desenvolvimento e conquistas.

Referências

ATIQUE, Manuele; ZAHER, Hugo. **Educação inclusiva no ensino superior: políticas públicas e acesso às pessoas portadoras de deficiência**. 2009. Disponível em: <http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/bh/hugo_zaher.pdf> Acesso em: 24 nov. 2016.

Associação Brasileira de Normas Técnicas NBR 9050: 1994. **Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificação, espaço mobiliário e equipamentos urbanos** /Associação Brasileira de Normas Técnicas. Rio de Janeiro: ABNT, 1994.

BARBOSA, Adriana Silba; DUARTE, Ana Cristina Santos. **Educação Superior para pessoas com deficiência: com a palavra estudantes universitários da cidade de Jequité-Ba**. 2009. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/entreideias/article/viewFile/3283/3521>> Acesso em: 31 out. 2016.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1998.

. **Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999**. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm> Acesso em: 01 dez 2016.

. **Decreto nº 3.691, de 19 de dezembro de 2000**. Regulamenta a Lei nº 8.899, de 29 de junho de 1994, que dispõe sobre o transporte de pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3691.htm> Acesso em: 10 dez 2016.

-
- . **Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004.** Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm>. Acesso em: 24 nov. 2016.
-
- . **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm> Acesso em: 25 out. 2016.
-
- . **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011.** Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Atos2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm>. Acesso em: 15 set. 2016.
-
- . **Estatuto da pessoa com deficiência.** Institui o Estatuto da Pessoa com Deficiência e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.escolacharlotte.com.br/data/2009/11/estatuto-da-pessoa-com-deficiencia-2006.pdf>> Acesso em: 25 set 2016.
-
- . **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.** Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm>. Acesso em: 09 dez. 2016.
-
- . **Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989.** Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7853.htm> Acesso em: 26 nov. 2016.

_____. **Lei nº 8.899, de 29 de junho de 1994.** Concede passe livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18899.htm>. Acesso em 10 dez 2016.

_____. **Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.** Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/10098.htm> Acesso em: 26 nov 2016.

_____. **Nota Técnica nº385/2013.** Ementa: ACESSIBILIDADE. Dúvidas mais frequentes. Disponível em: <portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=>. Acesso em: 25 nov. 2016

_____. **Portaria nº 1.679, de 2 de dezembro de 1999.** Dispõe sobre requisitos de acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências, para instruir os processos de autorização e de reconhecimento de cursos, e de credenciamento de instituições. Disponível em:< 167999: >. Acesso em: 02 dez 2016.

_____. **Portaria nº 298/MS, de 09/08/2001.** Instruir na forma do Anexo desta Portaria, o Atestado de Equipe Multiprofissional do Sistema Único de Saúde - SUS, a ser utilizado para a identificação das pessoas portadoras de deficiência. Disponível em: <<http://www.mp.ms.gov.br/portal/cao/padrao/exleg.php?id=371>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

_____. **Portaria nº 3.284, de 7 de novembro de 2003.** Dispõe sobre requisitos de acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências, para instruir os processos de autorização e de reconhecimento de cursos, e de credenciamento de instituições. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/port3284.pdf>. > Acesso em: 27 nov 2016.

DEFICIÊNCIA, viver sem Limite – **Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência** / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). VIVER SEM LIMITE – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: SDH-PR/SNPD, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE PESQUISAS E ESTATÍSTICAS. **Censo Demográfico**

2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Disponível

em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm>. Acesso em: 20 out. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS - INEP [online]. Disponível em:

<http://www.ampesc.org.br/_arquivos/download/1382550379.pdf>. Acesso em: 13 out. 2016.

MAGALHÃES, Rita de C.B.P. **“Ensino superior no Brasil e inclusão de alunos com deficiência.”** (Org.) VALDÉZ, María Teresa Moreno. **Inclusão de Pessoas com Deficiência no Ensino Superior no Brasil: Caminhos e desafios.** Fortaleza: EDUECE, 2006.

MEC. **Em 10 anos, número de matrículas de alunos com deficiência sobe 933,6%.** Disponível em:

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=18124. Acesso em: 15 out. 2016.

OLIVEIRA, Luiza Maria Borges. **Cartilha do Censo 2010 - Pessoas com Deficiência.** Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012.

PORTAL MEC. **Programa incluir.** Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=495&id=12257&option=com_content&view=article>. Acesso em: 14 dez. 2016

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Terminologia sobre deficiência na era da inclusão.**

In: VIVARTA, Veet (Org.). **Mídia e Deficiência.** Brasília: Agência de Notícias dos Direitos da Infância /Fundação Banco do Brasil, 2003, p. 160-165.

UNESCO. Declaração de Salamanca e Enquadramento da ação nas áreas das necessidades educativas especiais. In: **Conferência Mundial sobre necessidades educativas especiais: acesso e qualidade.** Salamanca, Espanha, 7-10 de Jun.1994.

Capítulo 24

O saber-fazer do assistente social em um colégio militar no estado do Ceará

Maria Girlane Nobre de Souza¹

Introdução

O Colégio da Polícia Militar General Edgard Faço - CPMGEF é uma instituição integrante da estrutura da Secretária de Segurança Pública e Defesa Social e conveniada a Secretária de Educação do Estado, com sede na Av. Mister Hull S/N no Bairro de Antonio Bezerra em Fortaleza, Ceará. O ingresso do educando ocorre através de concurso público, mediante a disponibilização de vagas existentes, sendo também facultados aos filhos de policiais militares que vêm transferidos de outras cidades para a Capital, direito este garantido por lei estadual, bem como de outros Estados. Neste contexto trabalha-se com pais/ responsáveis de alunos da Polícia Militar, Polícia Civil, Bombeiro Militar e Comunidade em geral. O assistente social nesta conjuntura enquanto profissional possui como palco de ação, a realidade social em suas múltiplas representações e linguagens, tem competência para planejar, propor, elaborar e executar os seus projetos sociais em defesa do

¹ Mestra em Saúde Coletiva e Gestão Hospitalar, Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional, Especialista em Relações Humanas e Dinâmicas Grupais, Especialista em Gerontologia Social e Graduada em Serviço Social. E-mail: girlanesouza04@gmail.com

respeito à diversidade humana e à ética como fortalecimento da cidadania e da democracia (SOUZA, 2005, p.38)

Pontuando que o exercício da atividade social se dar em trabalho articulado e integrado em conjunto multidisciplinar, formado por psicopedagogos e psicólogo.

2. Metodologia

Foram iniciadas as observações não interventivas da prática do Assistente Social na área educacional em outubro de 2015, com a transferência para esta Instituição. Com o propósito de conhecer o espaço a ser trabalhado foram realizadas pesquisa documental e empíricas, onde pode ser fundamentado o saber fazer, propiciando assim, a construção de um diagnóstico de como se daria as intervenções do Assistente Social neste espaço, e dele empodera-se a fim de torna-se protagonista e contribuir com o seu conhecimento para o exercício da cidadania.

Souza, diz que a atuação do Assistente Social na escola “[...] tem como viés a preparação do indivíduo para o seu auto-conhecimento e compreensão do outro, procurando torná-lo mais consciente de suas raízes através da descoberta das multiplicidades cultural e humana, e com capacidade de dominar o seu próprio desenvolvimento]” (2005, p. 39).

3. Desenvolvimento

O trabalho interventivo do Serviço Social na área da educação remota a década de 30, por ser um local de significativa contribuição do profissional, dada a dimensão educativa e política que caracteriza o seu saber fazer.

A profissão do Serviço Social contempla em sua origem um campo vasto para o Assistente Social realizar o seu trabalho, tendo como suporte teorias e metodologias que lhes são específicas – Antropologia, Direito, Ética, Filosofia, Psicologia, Fundamentos da

História do Serviço Social e os instrumentos Técnico-Operativos estão entre os saberes formalizados. São conhecimentos de diferentes áreas científicas que constroem a profissionalização do Serviço Social, enquanto processo de racionalização e integração de saberes necessários para a formação de competências presentes no agir profissional (RAMALHO; NUNEZ; GAUTHIER, 2003 apud SOUZA, 2005, pg.30).

Constata-se que a educação em cada época possui uma característica peculiar, onde tem procurando atender as necessidades próprias de cada período histórico. (RUSSO, 2004. p.19). Essas mudanças levam os educadores a uma prática pedagógica crítica no nível da sala e no nível da instituição onde está inserido, mediante a época vivenciada.

Pensar em um Colégio da rede estadual de ensino que além das disciplinas curriculares asseguradas pela Secretária de Educação Básica amparada pela Lei nº 9.394, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional -LDB, e Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Básica e o Plano Nacional de Educação aprovado pelo Congresso Nacional em 26 de junho de 2014, possui uma característica próprio da educação como ministrar a instrução militar por policiais militares que ocupam a função de monitores e professores de reforço escolar e o uso da disciplina como um dos pilares de sustentação, com propósito também, o ensino de valores aos símbolos nacionais, amor a Pátria, respeito ao outro, honra e ética, que possua como suporte de apoio extra classe um setor com profissionais multidisciplinar, exercendo funções de Assistente Social, Psicopedagogo e Psicólogo que proporcionam uma escuta diferenciada e revitaliza uma aproximação família e escola.

O Colégio da Polícia Militar do Ceará General Edgard Facó, criado em 03 de março de 1997, por meio da Lei 12.999, tem como filosofia ministrar a educação básica fundamentada na construção da cidadania responsável através de uma prática educacional voltada para a compreensão da realidade social, inspirada nos

princípios de liberdade e nas idéias de solidariedade humana. (Projeto Político Pedagógico, do CPMGEF, 2005).

Esse processo é aliado a uma disciplina transparente e consciente direcionado para a formação de cidadãos críticos, refletivos, capazes de analisar, compreender e intervir na realidade, visando ao bem-estar do homem no plano pessoal e coletivo. (Projeto Político Pedagógico, do CPMGEF, 2005)

No momento atual o CPMGEF, tem o seu corpo discente distribuído em dois turnos. No ensino fundamental I, 534 alunos matriculados, no ensino fundamental II 789 e no ensino médio 526, em um total de 1.849 alunos ano de 2018.

Possui uma equipe composta por Oficiais e Praças da Polícia Militar do Ceará e 74 professores – Secretária de Educação-SEDUC; um Psicólogo militar, duas Assistentes Sociais (sendo uma servidora estadual civil e outra policial militar feminina, que também desempenha no contra turno o papel de psicopedagoga sendo assim dois psicopedagogos (ambos policiais militares),Assessoramento Técnico; Equipes Gestoras; Coordenadoria de Ensino, Direção Administrativa Financeira; Secretaria Escolar; Supervisão; Orientação Educacional e Psicossocial. Salientando que todos os coordenadores e chefes são policiais militares; Coordenação da área de Ciências da Natureza; Coordenação da área de Ciências Humanas; Coordenação de Linguagens e Códigos; Professor Regente de Multimeios; Presidente do Conselho Escolar; Presidente da Unidade Executora; Presidente do Grêmio Estudantil, Funcionários Terceirizados e Servidores Cíveis Concursados.

Consta no organograma, o Serviço de Orientação Educacional - SOE formado há princípio por pedagogos e outros profissionais, no entanto a inserção do Assistente Social, ocorreu somente ano de 2007, ou seja passados 10 anos, dando, encetando ao papel inicial de constituir e assegurar as relações entre escola e pais, agregar as crianças que tinham dificuldades de adaptação à vida escolar, evasão escolar, a infrequência a sala de aula e desenvolver trabalho de articulação com outros profissionais que atuavam na escola.

O profissional Assistente Social percebe o ambiente escolar, como um dos principais equipamentos sociais, onde a desafia diariamente em articular o conhecimento que é trabalhado nesta ambiência visualizando com a realidade social do educando, tornando necessário conhecer, quais são os conflitos que vem passando e que o está interferindo no seu rendimento escolar.

Tendo em vista ser o Colégio uma instituição onde se deve elaborar conhecimentos e os valores sociais e morais dos educandos.

Nessa ótica, torna-se responsável no desempenhar de papel político, ao desenvolver o senso crítico do aluno, estando em sintonia não só com o contexto do aluno, bem como propiciar a participação da família no processo sócio pedagógico.

Segundo Grupo de Trabalho do Conjunto CFESS-CRESS, Serviço Social na Educação da UERJ, corroboram que,

As atribuições e competência do assistente social, são norteados pelos princípios, direitos e deveres inscritos no Código de Ética Profissional de 1993 –CEP, na Lei de Regulamentação da Profissão – Lei 8.662/1993, bem como nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS- 1996, instrumentos estes que afirmam a concepção de projeto ético-político profissional hegemônica no serviço social brasileiro. (GT do conjunto CFESS-CRESS, 2010 a 2012, p.25)

Com estes subsídios o Assistentes Social desempenha as suas atividades, concentrando-se nas prerrogativas exclusivas da profissão, que lhe configuram identidade e funções privativas previstas na Lei de Regulamentação da profissão, bem como o respaldo do Estatuto da Criança e Adolescente.

As competências do Assistente Social no CPMGEF são:

- ✚ Elaboração, aplicação e tabulação do perfil sócio-cultural das famílias através de formulários entregues no ato da matrícula;
- ✚ Elaboração e aplicação de projetos que objetiva a prevenção do bullying em âmbito escolar;

- ✚ Articulação com a rede de instituições assistencial, sejam elas públicas ou privadas com vistas ao encaminhamento de pais e alunos, mediante situação apresentada;
- ✚ Orientação e supervisão de campo as estagiárias do Serviço Social, aplicando a teoria com a prática;
- ✚ Criação de grupo de estudos com as estagiarias, para discussão de situações problemas ou leituras do Código de Ética, Estatuto da Criança e Adolescente que o caso requeira;
- ✚ Contribuir e Participar, juntamente com o psicopedagogo, Coordenação Pedagógica na construção instrumentais para aplicação nos Conselhos de Classe;
- ✚ Participar nas reuniões de pais procurando envolve-los no processo de ensino-aprendizagem, quando detectado o desinteresse pelo aprendizado;
- ✚ Atender o corpo discente em suas demandas seja por meio da procura espontânea ou solicitada;
- ✚ Manter entendimentos com o corpo docente e demais profissionais para acompanhamento conjunto de estudo de casos;
- ✚ Aperfeiçoar os instrumentais de trabalho, visando dinamicidade e compartilhamento de dados com os demais profissionais;
- ✚ Realizar visita domiciliar aos policiais militares, em tratamento de saúde, alunos e pais/responsável em situação de vulnerabilidade.
- ✚ Acompanhar o aluno com baixo rendimento, e histórico de repetência com o intuito de prevenir, envolvendo a família na co-responsabilidade no processo de evolução da aprendizagem;
- ✚ Acompanhar e aplicar o espaço para fala e escuta de alunos com problemas de disciplina; insubordinação a qualquer regra ou limite escolar, em parceria com o Comandante do Corpo de Aluno e demais profissionais;

- ✚ Suprimir a evasão escolar, através de contatos com pais/responsáveis, monitoria e visita domiciliar para constatar e entender a situação;
- ✚ Favorecer a relação família-escola-comunidade estendendo o espaço de participação do Colégio, incluindo a mesma no processo educativo.

4. Considerações finais

Verifica-se ser um grande desafio para a profissão assistente social o campo da escola independente de ser de cunho militar ou não, em virtude das problemáticas político-sociais, vulnerabilidade em vivem alguns alunos, além das dificuldades na aprendizagem de conteúdos curriculares, No entanto temos o estímulo incentivador do grande educador Paulo Freire ao dizer que “ [... a escola propõe o despertar de uma consciência crítica e a formação de um aluno cidadão, em um espaço democrático]”, e que tem-se como opção o trabalho multidisciplinar .

Referências

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 50.ed.rev.e atual. – Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2011.

PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DO COLÉGIO DA POLICIA MILITAR GENERAL EDGARD FACÓ. PPP. 2015.

RUSSO, Maria Angélica. **Didática**. Uma proposta reflexiva. 2º Ed- Fortaleza: Ed.Livro Técnico e Premium Ed., 2004.

SUBSIDIOS PARA A ATUAÇÃO DE ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO. CFESS. 3º série. 2012

SOUZA, Iris de. **Serviço Social e Educação: uma questão de debate**. **INTERFACE**[S.l.],v.2 n.1, jul, 2011. Disponível em< <http://cjs.ccsf.ufm.br/index.php?journalinterface&Page=articleviewspth> %. Acesso em 29/01/2018.

Capítulo 25

Prevenção e tratamento do câncer do cólon e do reto

Jefferson Florêncio Rozendo¹

Sônia Almeida Parente Ochotorena²

Tamisa Albuquerque Mendonça³

Introdução

O câncer do cólon e reto configura-se como o terceiro tipo de câncer mais comum entre os homens. Cerca de 60% dos casos ocorrem em regiões mais desenvolvidas. A doença é mais frequente no sexo masculino do que no feminino (cada caso identificado em mulheres corresponde a 1,4 casos encontrados nos homens).

O câncer colorretal (CCR) é uma neoplasia que acomete os segmentos do intestino grosso (cólon, reto e ânus). A maioria dos estudos epidemiológicos identifica o CCR pela Classificação Internacional de Doença (CID-10), subdividindo-o em neoplasias de cólon (C18), da junção retossigmoide (C19), do reto (C20) e do ânus (C21).

A incidência do câncer do cólon e reto está aumentando em países onde o risco era considerado baixo, como Japão e outras

¹Mestrando em Educação e Coordenador de Pós-Graduação do Instituto Meta de Estudos e Pesquisas - IMEP

²Coordenadora do Curso de Fisioterapia da FIED - Faculdade IEducare - Tianguá - CE.

³Coordenadora de Pós-Graduação do Instituto Meta de Estudos e pesquisa - IMEP

nações asiáticas. Em países sabidamente com alto risco para o desenvolvimento desse tipo de câncer, a incidência apresenta uma estabilidade ou até mesmo um declínio, como é o caso dos países da Europa Ocidental, do norte Europeu e da América do Norte, além da Austrália.

O risco de uma pessoa desenvolver esse tipo de câncer durante a vida é de aproximadamente 5%. Cerca de dois terços dos tumores de intestino grosso instalam-seno cólon, enquanto um terço tem origem no reto.

Ele acomete de modo relativamente semelhante homens e mulheres, geralmente depois dos 65 anos de idade e mais de 90% dos casos ocorrem em indivíduos com mais de 50 anos. O intestino grosso é formado pelo cólon e pelo reto. O cólon divide-se em quatro partes: ascendente (situada no lado direito do abdômen), transversa (na parte superior), descendente e sigmoide (situadas no lado esquerdo do abdômen).

Ele é a parte do intestino grosso que comunica o intestino delgado (formado pelo jejuno e íleo) com o reto, sendo a parte do aparelho digestivo responsável por absorver a água, permitindo a formação do bolo fecal.

O reto, que liga o cólon ao ânus, divide-se em três partes: alto, médio e baixo. O reto alto situa-se dentro da cavidade peritoneal (membrana que reveste os órgãos abdominais), já as porções média e baixa são extraperitoneais.

O câncer colorretal geralmente tem seu início na camada mucosa, onde existem pólipos adenomatosos ou áreas de displasia, como as da retocolite ulcerativa e da doença de Crohn. Na medida em que crescem, as células malignas invadem a espessura da parede do cólon ou do reto, chegando à camada muscular e à camada adventícia ou serosa, para atingir os linfonodos regionais. Localmente, a doença pode invadir órgãos vizinhos, como bexiga, plexo nervoso sacral, próstata e útero.

O presente trabalho tem como objetivo estudar a prevenção e o tratamento do câncer no cólon e no reto, considerando os fatores

de risco em pacientes sem sinais e/ou sintomas, que devem ser submetidos ao rastreamento, bem como a procura de lesões associadas.

2. Metodologia

A presente pesquisa será bibliográfica, desenvolvendo-se a investigação a partir de trabalhos e estudos já realizados por outros pesquisadores, como também será documental, concentrando-se a investigação, nesse caso, em dados obtidos a partir de documentos que registram fatos e/ou acontecimentos de uma determinada época GIL, 2002.

A pesquisa bibliográfica é feita com o intuito de levantar um conhecimento disponível sobre teorias, a fim de analisar, produzir ou explicar um objeto sendo investigado. A pesquisa bibliográfica visa, então, analisar as principais teorias de um tema e pode ser realizada com diferentes finalidades. (CHIARA, KAIMEN, *et al.*, 2008).

3. Objetivos

Os objetivos da pesquisa científica representam, além das intenções propostas pelo pesquisador, possibilidades de obtenção de resultados, mediante o trabalho realizado.

3.1. Objetivo geral

O objetivo geral do presente trabalho é analisar as possibilidades de investigação diagnóstica, para saber se os sintomas (ou o resultado alterado dos exames de rastreamento) podem ser detectados com antecedência, com vistas a possibilitar um tratamento adequado e a cura do câncer de cólon e reto.

3.2. Objetivos específicos

Os objetivos específicos podem ser definidos assim:

- a) diagnosticar e classificar o câncer de cólon e reto.
- b) descobrir meios de estadiamento da doença, ou seja, verificar a extensão da doença.
- c) indicar situações em que são necessários exames complementares, como exames laboratoriais, exames endoscópicos (colonoscopia, retossigmoidoscopia, entre outros) e exames de imagem direcionados ao abdome e, eventualmente, para outras regiões.
- d) apontar o tratamento ideal adequado a determinado tipo de paciente.

4. Prevenção do câncer de cólon e reto

Assim como métodos preventivos para outros tipos de câncer, é interessante que o indivíduo tenha sempre hábitos de vida saudáveis, com alimentação rica em frutas, verduras, cereais integrais e exercícios físicos. Os alimentos ricos em fibras protegem o intestino porque facilitam a evacuação, aceleram o trânsito intestinal e diminuem o tempo de contato das substâncias carcinógenas (que levam à formação de câncer) com a parede do intestino.

Algumas medidas são importantes para a prevenção do câncer colorretal, tais como:

- praticar exercícios físicos regulares;
- não fumar;
- não ingerir bebidas alcoólicas;
- não ingerir alimentos defumados, enlatados ou embutidos;
- não ingerir alimentos com corantes e/ou conservantes;

- remover pólipos do intestino, se diagnosticados pela colonoscopia;
 - ingerir alimentos ricos em vitamina C e E;
 - dieta rica em fibras e compouca gordura de origem animal.
- Por outro lado, deve ser evitado:
- dieta com alto teor de gordura e pouca fibra;
 - ingestão de carnes gordas assadas em carvão;
 - frituras, manteiga, queijos amarelos, alimentos com corantes;
 - alimentos salgados e defumados (linguiças, salames, salaminhos) que liberam nitrosaminas no intestino.

Tais substâncias podem ocasionar câncer, assim como, o consumo de fumo e álcool também está relacionado com vários tipos de tumores, incluindo o câncer do cólon e reto.

5. Dados estatístico do câncer de cólon e reto

O Câncer colorretal (CCR) é raro nos países em desenvolvimento, mas é a segunda neoplasia mais frequente na população mundial. Estima-se que mais de 940 mil novos casos surjam anualmente e que 500 mil mortes ocorram a cada ano. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima que, para cada ano, do biênio 2018/2019, sejam diagnosticados 36.360 novos casos de câncer colorretal (17.380 em homens e 18.980 em mulheres), no Brasil. Esses valores correspondem a um risco estimado de 16,83 casos novos, a cada 100 mil homens, e 17,90, para cada 100 mil mulheres. É o terceiro tipo mais frequente em homens e o segundo entre as mulheres.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima que, para cada ano, do biênio 2018/2019, sejam diagnosticados 36.360 novos casos de câncer colorretal (17.380 em homens e 18.980 em mulheres), no Brasil. Esses valores correspondem a um risco estimado de 16,83 casos novos, a cada 100 mil homens, e 17,90, para cada 100 mil

mulheres. É o terceiro tipo mais frequente em homens e o segundo entre as mulheres.

Em geral, o risco de uma pessoa desenvolver câncer colorretal é de cerca de 1 em 22 (4,49%) para homens e 1 em 24 para mulheres (4,15%).

No entanto, uma série de fatores também pode afetar o risco de uma pessoa desenvolver câncer colorretal.

Nos Estados Unidos, o câncer colorretal é a terceira principal causa de morte relacionada ao câncer em homens e mulheres. (U.S. National Cancer Institute. *Surveillance Epidemiology and End Results*.SEER, 2007)

A taxa de mortalidade devido ao câncer colorretal vem caindo para ambos os sexos há várias décadas. Existe uma série de possíveis razões para isto. Uma delas é que os pólipos são diagnosticados durante o rastreamento e retirados antes que possa se desenvolver o câncer.

O rastreamento, também, possibilita que a doença seja diagnosticada precocemente, quando é mais fácil de ser tratada e curada. Além disso, o tratamento do câncer colorretal evoluiu bastante nos últimos anos.

No Brasil, o CCR em homens é o terceiro na Região Sudeste (19/100.000), quarto mais freqüente no Sul (20,6/100.000) e Centro-Oeste (10/100.000). Na Região Nordeste (4,4/100.000), ocupa a quinta posição.

Para as mulheres, é o segundo no Sudeste (21,1/100.000) e o terceiro mais freqüente nas regiões Sul (21,9/100. 000), Centro-Oeste (10,9/100. 000) e Nordeste (5,8/100. 000), enquanto, na Região Norte (3,8/100.000), é o quinto mais freqüente.

6. Fatores de risco do câncer de cólon e reto

Os fatores de risco já estabelecidos para o desenvolvimento do CCR são: Síndromes Genéticas, história familiar para CCR, câncer

de endométrio, ovário, estômago, ureter, pelve renal ou intestino delgado, história pessoal de doença inflamatória intestinal ou CCR.

Um fator de risco é algo que afeta sua chance de contrair uma doença como o câncer.

Diferentes tipos de câncer apresentam diferentes fatores de risco. Alguns como fumar, por exemplo, podem ser controlados. No entanto, outros não, por exemplo, idade e histórico familiar.

Embora os fatores de risco possam influenciar o desenvolvimento do câncer, a maioria não causa diretamente a doença. Algumas pessoas com vários fatores de risco nunca desenvolverão um câncer, enquanto outros, sem fatores de risco conhecidos, poderão fazê-lo.

Ter um fator de risco ou mesmo vários, não significa que a doença possa manifestar-se. Muitas pessoas com a enfermidade podem não estar sujeitas a nenhum fator de risco conhecido. Se uma pessoa com câncer colorretal tem algum fator de risco, muitas vezes, é difícil saber o quanto esse fator pode ter contribuído para o desenvolvimento da doença.

Eis alguns fatores que podem aumentar o risco de uma pessoa desenvolver câncer colorretal:

 **Obesidade.** Estar acima do peso aumenta o risco de câncer colorretal. Este risco parece ser mais importante nos homens. A **obesidade** [já é associada a uma série de doenças graves](#) e fatais, como a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus* e a doença coronariana, sendo o cuidado com o peso, portanto, uma peça fundamental para a saúde. Um estudo populacional recente mostrou uma associação preocupante com o **câncer de cólon**. (<https://pebmed.com.br/obesidade-na-juventude-aumenta-risco-de-cancer-colorretal/>)

 **Sedentarismo.** Pessoas sedentárias têm uma chance maior de desenvolver a

doença. (<http://www.oncomedmt.com.br/noticias/noticia.asp?id=102&noticia=prevencao-do-cancer-colorretal>)

-  **Dieta.** Uma dieta rica em carnes vermelhas e carnes processadas pode aumentar o risco de câncer colorretal. Comidas preparadas a temperaturas muito altas (frituras, grelhados ou assados) criam substâncias químicas que podem aumentar o risco de câncer, mas não está claro o quanto isso pode aumentar o risco de câncer colorretal. As dietas ricas em legumes, frutas e grãos integrais têm sido associadas com uma diminuição do risco da doença, mas suplementos de fibras não parecem ajudar. Não está claro se outros componentes da dieta, por exemplo, certos tipos de gorduras, afetam o risco de câncer colorretal.
-  **Tabagismo.** Os fumantes são mais propensos a desenvolver e morrer de câncer colorretal do que aqueles que não fumam. Fumar é uma causa bem conhecida do câncer de pulmão, mas, também, está associada a outros tipos de câncer, incluindo o câncer colorretal.
-  **Alcoolismo.** O câncer colorretal tem sido associado ao consumo em excesso de álcool. Limitar o consumo de álcool a 2 doses por dia para homens e 1 dose por dia para as mulheres pode ter muitos benefícios para a saúde, incluindo um menor risco de câncer colorretal.
-  **Idade.** O risco de câncer colorretal aumenta com a idade, é menos frequente antes dos 50 anos.
-  **Histórico Pessoal de Pólipos ou Câncer Colorretal.** Ter um histórico de pólipos adenomatosos (adenomas) aumenta o risco de câncer colorretal, principalmente se os pólipos são volumosos ou em grandes quantidades. As pessoas que já tiveram câncer colorretal, embora já tenha sido tratado cirurgicamente e completamente removido, são mais propensas a desenvolver novos cânceres em outras áreas do cólon e reto. As chances de isso acontecer

são maiores, se o primeiro câncer colorretal foi diagnosticado quando a pessoa era mais jovem.

Histórico Pessoal de Doença Inflamatória Intestinal.

Pessoas que apresentam doença inflamatória intestinal, como colite ulcerativa e Doença de Crohn, com evolução de longa data, têm maiores chances de desenvolver câncer colorretal. A doença inflamatória intestinal é diferente da síndrome do intestino irritável, que não aumenta o risco de câncer colorretal.

Histórico Familiar de Câncer Colorretal.

A maioria dos cânceres colorretais ocorre em pessoas sem histórico familiar de câncer colorretal. Ainda assim, 20% das pessoas que desenvolvem a doença têm outros membros da família que foram acometidos pela enfermidade. Pessoas com história de câncer colorretal ou pólipos adenomatosos, em um ou mais parentes de primeiro grau, têm o risco aumentado. O risco é dobrado em pacientes com apenas um parente de primeiro grau afetado. Este risco é ainda maior, se este parente foi diagnosticado com menos de 45 anos, ou se mais de um parente de primeiro grau foi acometido. (BONARDI RA; SARTOR MC; BALDIN JR A; NICOLLELLI GM; DUDA JR; OLANDOSKI M., 2006)

Síndromes Hereditárias.

Entre 5% e 10% dos casos de câncer são hereditários, isto é, causados por alterações genéticas transmitidas de uma geração para outra na mesma família. Segundo Dr. Alexandre André da Costa, Médico Titular do Departamento de Oncogenética e da Oncologia Clínica do A.C.CamargoCancer Center, é importante estar atento a sinais que apontam para a existência de síndrome genética. “Por exemplo, quando há na família casos de câncer de mama em mulheres com 35 anos de idade ou menos, ou pessoas que desenvolveram mais de um tipo de câncer em partes diferentes do organismo, ou ainda várias pessoas na família com o

mesmo tipo de câncer”, informa o especialista. Por isso, é importante conversar com o médico, sobre os cânceres hereditários, e não apenas para o câncer de cólon e pólipos. As síndromes hereditárias mais comuns associadas ao câncer colorretal são: a) polipose adenomatosa familiar; b) câncer colorretal hereditário sem polipose (síndrome de Lynch); c) síndrome de Gardner; d) síndrome de Turcot; e) síndrome de Peutz-Jeghers; e, f) polipose MUTYH. (Dr. Alexandre André da Costa, Médico Titular do Departamento de Oncogenética e da Oncologia Clínica do A.C. Camargo Cancer Center – CRM 122443).

 **Etnia.** Pessoas negras têm uma maior incidência de câncer colorretal, entretanto as razões para isso ainda não são compreendidas. Os judeus de origem europeia oriental apresentam uma das maiores incidências riscos de câncer colorretal, quando comparados a qualquer outro grupo étnico do mundo. Também não há explicações científicas para isso.

 **Diabetes Tipo 2.** Pessoas com diabetes tipo 2 têm um risco maior de desenvolver câncer colorretal.

Entretanto, estudos mostram que mais de 75% de todos os casos de CCR ocorrem em pessoas que não apresentam fatores de riscos. Por outro lado, estudos de fatores predisponentes para o CCR revelam a associação entre a sua ocorrência e o desenvolvimento socioeconômico. Em populações com melhor nível socioeconômico, a sua ocorrência é maior conseqüente a padrões dietéticos.

Em estudo de revisão, realizado pelo Centro de Prevenção de Câncer de Harvard-Boston/Estados Unidos, ficou demonstrado que o consumo de carne vermelha e a obesidade apresentam um risco relativo de 1,5 vez da incidência do CCR, sendo ambos os fatores relacionados a um maior nível de desenvolvimento e poder aquisitivo. Em contrapartida, os índices de CCR no Continente Africano são reduzidos. Já, na Europa, a incidência é superior do lado

ocidental, industrializado e com melhor nível de desenvolvimento social e rico, contrariando, portanto, a ideia anterior.

A idade é fator dominante de risco, o CCR é o câncer mais frequente entre as pessoas acima de 75 anos. A Organização Mundial de Gastroenterologia (WGO) recomenda que todos os indivíduos acima de 50 anos realizem rastreamento, prevenção e controle do CCR.

Anteriormente, falava-se que os homens tinham um risco para CCR maior, quando comparados às mulheres, porém, as diretrizes atuais não destacam o sexo como fator determinante para o aumento de risco. Outro fator de risco emergente nos Estados Unidos é a associação à raça negra. Desta forma, os jovens negros americanos devem iniciar a prevenção do CCR aos 45 anos e não aos 50, quando comparados com a raça branca. O risco de desenvolvimento de câncer CCR relacionado ao consumo de álcool também é referido

7. Fatores de proteção ao colorretal

Os fatores de proteção consagrados, no sentido de diminuir as chances do aparecimento do CCR, compreendem:

- o alto consumo de frutas, vegetais frescos e cereais;
- a prática de atividade física;
- a suplementação dietética com cálcio associado à vitamina D; e,
- o uso de medicamentos como as estatinas, ácido acetilsalicílico e antiinflamatórios não hormonais (AINH, assim como o celecoxib).

O cálcio, em especial, parece também ter um efeito antineoplásico em pólipos colorretais avançados.

O desenvolvimento do CCR é um processo envolvendo uma série de mudanças genéticas que determinam uma alteração sequencial da mucosa colônica, hiperplasia, adenoma e carcinoma.

Em estudos epidemiológicos, clínicos e genéticos, foi observado que 90% dos CCR evoluem a partir dos pólipos adenomatosos (neoplasias colorretais), e o período de evolução de mucosa normal para adenoma e subsequente carcinoma é de aproximadamente dez a 20 anos. Este longo tempo promove uma excelente janela de oportunidades para intervir nos fatores de risco e promover a prevenção da malignidade.

8. Tipos de pesquisa de câncer no cólon e no reto

Os principais tipos de pesquisa de câncer no cólon e no reto são os seguintes:

- a) **Neoplasias colorretais:** Os pólipos colorretais são projeções do epitélio para a luz do intestino grosso e são classificados histologicamente como não neoplásicos e neoplásicos. Entre os não neoplásicos, formados em decorrência de proliferação tecidual anormal, arquitetura alterada ou inflamação da mucosa, encontram-se os pólipos hiperplásicos, hamatomatosos e inflamatórios. Por outro lado, os pólipos que se originam de proliferação epitelial displásica, variando de leve (baixo grau) a intensa (alto grau) são denominados pólipos adenomatosos ou adenomas
- b) **Rastreamento de pólipos e câncer colorretal:** Por definição, entende-se como rastreio do CCR a procura de neoplasias colorretais em indivíduos assintomáticos, sem história de adenoma colorretal ou câncer. Consistindo na aplicação de provas simples, de fácil execução em grande massa populacional, com o objetivo de selecionar indivíduos que, mesmo sendo assintomáticos, devam se

submeter a métodos mais específicos e de maior complexidade para a possível detecção de adenomas e de câncer precoce.

- c) **Enema Opaco:** O enema opaco com duplo contraste de bário, devido às suas limitações, não tem sido extensivamente utilizado como um meio efetivo de rastreamento para o CCR. Constitui um método insensível para a detecção de lesões pequenas e/ou planas, bem como não possibilita a realização de biópsias ou polipectomias em lesões suspeitas, ambos, procedimentos factíveis mediante a colonoscopia. Sua indicação é limitada para indivíduos que não apresentam condições de serem submetidos à colonoscopia. O exame enema opaco ou clister opaco, como também pode ser chamado, é um exame que utiliza raio x e contraste, geralmente sulfato de bário, para estudar a forma e a função do intestino grosso e reto, para detectar possíveis problemas intestinais, como diverticulite ou pólipos, por exemplo. O exame enema opaco pode ser feito tanto em adultos como crianças e pode ser dividido em enema opaco simples, quando se utiliza apenas um contraste, e em enema opaco com duplo contraste, quando é usado mais que um tipo de contraste.
- d) **Pesquisa de sangue oculto:** A pesquisa de sangue oculto nas fezes para a detecção do CCR é justificada pelo fato de que lesões neoplásicas sangram mais que mucosa intestinal normal. A quantidade de sangue detectada aumenta com o tamanho da lesão e de acordo com o estágio do tumor. Este exame proporciona um sinal indireto da presença de lesões, as quais podem não ser neoplásicas, bem como podem não estar localizadas no intestino grosso. Além disso, o sangramento proveniente de neoplasias pode ser intermitente.
- e) **Retossigmoidoscopia rígida e flexível:** A retossigmoidoscopia é um exame que pode ser realizado

ambulatorialmente, costuma ser indolor, não necessita sedação e exige apenas a limpeza do canal retal. Permite o estudo das características da mucosa do reto e sigmóide, como coloração, presença de edema e de lesões, assim como a colheita de secreções (sangue, muco), além de biópsias de lesões suspeitas. O aparelho pode ser de fibra rígida, mais curta (25cm) ou flexível mais longa (60cm). A limpeza adequada do reto e sigmóide interfere na qualidade da avaliação das alterações que, porventura, possam ocorrer na mucosa.

- f) **Colonoscopia:** A colonoscopia permite a visualização de todo o intestino grosso e do íleo terminal inclusive, o equipamento mede em média 170cm. O exame colonoscópico requer a preparação mecânica do intestino e sedação do paciente, possibilita o diagnóstico e o tratamento das lesões em tempo único (realização de biópsias e polipectomias).
- g) **Colonoscopia Virtual e teste do DNA Fecal:** O rastreio do CCR pode ainda ser efetuado com a colonoscopia virtual e o teste de DNA fecal. A colonoscopia virtual consiste em exame diagnóstico do colon usando imagens tridimensionais geradas pela tomografia computadorizada convencional. Ao mesmo tempo, toda a parede externa do cólon pode ser avaliada, bem como o seu interior. Até o momento, é satisfatória para a detecção de lesões polipoides maiores que 10mm (WONG *et al.*, 2002).

9. Tratamento do câncer de cólon e reto

A indicação de tratamento no CCHNP é mais complexa que na PAF pelo envolvimento de mais genes na síndrome, pela menor penetrância e pela variada expressão clínica. O planejamento do tratamento é baseado na divisão dos pacientes em três grupos: 1) Pacientes com diagnóstico de CCHNP confirmado que apresentam

câncer colo-retal; 2) Pacientes com CCHNP confirmado mas sem câncer e 3) Pacientes de risco para CCHNP mas que não têm condições de realizar o teste genético de predisposição.

O primeiro grupo (pacientes com CCR com diagnóstico confirmado de CCHNP) deve ser tratado por colectomia total com íleo-retoanastomose²³ devido a alta incidência de CCR metacrônico (mais de 40% em 10 anos). Estes pacientes devem ser acompanhados com exame endoscópico do coto retal remanescente devido ao risco aumentado de câncer.

10. Tumor colônico

Nos casos em que há tumor retal sem tumor colônico (raridade) pode ser realizado a proctocolectomia total com anastomose íleo-anal com bolsa ileal em J. No segundo grupo que é composto por pacientes sabidamente portadores do defeito genético herdado e sem câncer, existe controvérsia na realização ou não de uma colectomia total profilática (com anastomose íleo-retal), pois como a penetrância do gene que causa a doença está entre 80% e 90%, estaria-se operando um grupo de pacientes desnecessariamente.

Há uma tendência mundial em não realizar cirurgia profilática, sendo a conduta mais aceita o seguimento rigoroso com colonoscopia anual ou bianual, iniciando-se na idade de 25 anos, além de endoscopia digestiva alta e exames de imagem abdominal e pélvica. Para pacientes pós-menopausadas ou que já cumpriram sua atividade reprodutora, a profilaxia cirúrgica através da histerectomia total abdominal com salpingooforectomia bilateral pode ser oferecida, mas não há evidências científicas estabelecidas de sua eficácia.

11. Segundo grupo

O segundo grupo (os que não têm condições de realizar o teste genético por algum motivo) deve ser subdividido em pacientes com e sem câncer. Nos pacientes sem câncer que não sabem se são ou não portadores do defeito genético herdado, não deve ser indicado cirurgias profiláticas, e sim seguimento rigoroso com exames periódicos, da mesma forma como se todos fossem portadores do CCHNP.

Esse seguimento é feito apesar de sabermos que metade dos indivíduos de uma mesma família não apresentará o defeito genético, de acordo com a herança mendeliana clássica para doença genética autossômica dominante, com um dos pais heterozigoto. Já os que têm câncer devem ser tratados de modo individualizado de acordo com o sitio da lesão, respeitando os princípios de cirurgia oncológica.

12. Conclusão

O câncer colorretal é freqüentemente diagnosticado em sua fase avançada, inclusive em pessoas assintomáticas submetidas a rastreamento por colonoscopia.

No grupo de risco médio para esta doença, a história familiar e o índice de massa corpórea tiveram pouca importância no diagnóstico. Cerca de 40% dos pacientes portadores de câncer colorretal tiveram sintomas com menos de 6 meses de evolução, apesar do estágio avançado da doença.

É preciso melhorar os métodos para o diagnóstico de câncer colorretal, desenvolvendo perfil de risco, que permita a seleção apropriada para indicar colonoscopia, atendendo à população de risco médio, com vistas ao diagnóstico mais precoce.

O câncer colorretal abrange tumores que acometem um segmento do intestino grosso (o cólon) e o reto. É tratável e, na maioria dos casos, curável, ao ser detectado precocemente, quando

ainda não se espalhou para outros órgãos. Grande parte desses tumores inicia-se a partir de pólipos e lesões benignas que podem crescer na parede interna do intestino grosso. Uma maneira de prevenir o aparecimento dos tumores seria a detecção e a remoção dos pólipos, antes de eles se tornarem malignos.

A metodologia utilizada baseou-se em processos metódicos de sensibilização e incentivo à participação dos públicos-alvo, objetivando coletar o máximo de dúvidas, para esclarecê-las e incentivar as práticas de prevenção e cuidados, no tratamento, quando for o caso, sem qualquer tipo de exclusão social e portadores e cuidadosos.

Entretanto, nenhum trabalho de pesquisa e sensibilização esgota-se por si só, necessitando, ações constantes e alternadas, na medida em que a ciência evolui. Portanto, recomenda-se que novas ações sejam desenvolvidas, de forma planejada e sistemática, para se criar a cultura, principalmente da prevenção e dos cuidados.

Referências

BONARDI RA; SARTOR MC; BALDIN JR A; NICOLLELLI GM; DUDA JR; OLANDOSKI M. **História Familiar e Câncer Colorretal em Idade Precoce: Deve-se Indicar Colectomia Estendida?** Ver.Bras.Coloproct, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre câncer do intestino**. Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/falandosobrecancerdointestino>. Acesso em: 02 jul. 2005.

DI CHIARA, Maria Júlia; GIANNASI-KAIMEN, Ivone Guerreiro; CARELLI, Ana Esmeralda; CRUZ, Vilma Aparecida Gimenes da. **Normas de documentação aplicadas à área da saúde: um manual para uso dos Requisitos Uniformes do InternationalCommitteeof Medical JournalEditors – ICMJE** – “Requisitos de Vancouver. ” Rio de Janeiro, E-Papers, 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4a. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis:** Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: Acesso em: 24 jun. 2007.

U.S. National Cancer Institute. *Surveillance Epidemiology and End Results*. SEER, 2007. Disponível em: cancer.gov/statfacts>. Acesso em: 04 ago. 2007.

WONG, B.C. et al. *Virtual colonoscopy for the detection of colorectal polyps and cancers in a Chinese population. J gastroenterolhepatol*, v.17, p.1323-1327, 2002.

Sites:

<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estatistica-para-cancer-colorretal/7284/178/>

<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/fatores-de-risco-para-o-cancer-colorretal/7271/878/>

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So100-69912007000300011

<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v27n1/ao3v27n1.pdf>

<http://www.inca>

<https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/viewFile/67/53>

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal/definicao>

<https://pebmed.com.br/obesidade-na-juventude-aumenta-risco-de-cancer-colorretal/>

<http://www.oncomedmt.com.br/noticias/noticia.asp?id=102&noticia=prevencao-do-cancer-colorretal>

Capítulo 26

A gente quer ter voz ativa e a nossa luta tocar: o encontro das escolas e sua contribuição para o movimento estudantil de serviço social

Tamiris Gomes Diniz¹

Aline Maria da Silva²

Introdução

O presente trabalho monográfico intitulado “A gente quer ter voz ativa e a nossa luta tocar: o Encontro³ das Escolas de Serviço Social e sua contribuição para o Movimento Estudantil de Serviço Social” gestou-se de minha experiência⁴ como militante do Movimento Estudantil de Serviço Social (MESS) no universo de uma faculdade privada, especificamente na gestão 2013.2/2014.1, “A luta não para”, do Centro Acadêmico de Serviço Social da Faculdade

¹ Graduado em Serviço Social pela Faculdade Cearense – FaC, 2014.1. Atualmente é residente na Escola de Saúde Pública do Estado Ceará.

²Graduada em Serviço Social pela Faculdade Cearense – FaC, 2014.2. Especialista em Políticas Públicas, Gestão e Serviços Sociais pela UCAM. Especializando-se em Saúde da Família pela UNILAB. Atualmente atua como Assistente Social na Associação dos Cabos e Soldados Militares do Estado do Ceará.

³ No título da presente pesquisa, utilizamos “*Encontro das Escolas de Serviço Social*” porque é o termo o qual nós consideramos o mais usual e o qual remonta às suas origens. Contudo, esclarecemos que existem outras nomenclaturas também utilizadas: “*Reunião Ampliada das Escolas de Serviço Social*” ou “*Encontro dos Estudantes de Serviço Social*” ou ainda “*Fórum das Escolas de Serviço Social*”. No decorrer do estudo poderemos utilizar todos os termos citados, mas estaremos abordando o mesmo fenômeno.

⁴ Neste momento, peço licença para discorrer sobre as justificativas utilizando o verbo em primeira pessoa.

Cearense (CASS/FaC), na qual possibilitou minha aproximação ao MESS de forma mais ampla, através da participação no *Encontro das Escolas de Serviço Social de Fortaleza e Região Metropolitana* durante este período. .

Deste modo, foram essas as minhas motivações em analisar a contribuição desse *Encontro* para o MESS das faculdades particulares, pois constatei que ele contribuiu para a integração das escolas e a organização do MESS de Fortaleza e Região Metropolitana através do apoio à criação dos Centros Acadêmicos, bem como para a formação política e profissional dos militantes do Movimento Estudantil de Serviço Social (MESS) das faculdades privadas: FaC, Faculdade Terra Nordeste - (FATENE-CAUCAIA), Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO), Centro Universitário Mauricio de Nassau (UNINASSAU) e Faculdade RATIO entre 2013.2 a 2014.1.

Apresentou-se como objetivos específicos: a) compreender o Movimento Estudantil (ME) do Ensino Superior no debate dos Movimentos Sociais (MSs); b) analisar a trajetória de lutas do ME e, em específico, do MESS no Brasil; c) traçar a conjuntura política e econômica mundial a partir da década de 1970; d) analisar a contrarreforma neoliberal do Estado Brasileiro nos anos 1990 e as implicações para o ensino superior no país; e) Resgatar por intermédio da pesquisa documental, entrevista semiestruturada e observação participante todos os dados possíveis relativos ao *Encontro das Escolas de Fortaleza e Região Metropolitana* durante o período de 2013.2 a 2014.1.

Na pesquisa bibliográfica, foram analisados livros, artigos, monografias, dissertações de mestrado, dentre outras fontes textuais que foram importantes para o desenvolvimento da escrita sobre as categorias de estudo já anteriormente citadas.

Realizamos ainda a pesquisa documental, que diferentemente da primeira, a qual se utiliza de outras teorias já produzidas sobre determinado assunto, a segunda vale-se de materiais que não

receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reanalisados de acordo com os objetos da pesquisa (GIL, 2002).

Desse modo, durante o mês de setembro e outubro de 2014 foram resgatadas e analisadas fotografias dos encontros, relatorias, *posts* e convites divulgados nos grupos virtuais do Movimento Estudantil de Serviço Social das escolas e/ou grupos dos Centros Acadêmicos: Faculdade Cearense (FaC), Faculdade Terra Nordeste (FATENE), Universidade Estadual do Ceará (UECE), Centro Universitário Mauricio de Nassau (UNINASSAU), Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO) e Faculdade RATIO, inclusive no “Encontro dos Estudantes de Serviço Social de Fortaleza e Região Metropolitana”⁵, grupo virtual criado para contribuir na articulação desses estudantes e nas ações da *Reunião das Escolas*, além de algumas fotos resgatadas no próprio perfil pessoal da pesquisadora.

Para participar da entrevista estabelecemos dois critérios de escolha para os entrevistados, são eles: 1) ser estudante ou já concludente do Curso de Serviço Social em uma faculdade privada e que tenha participado do *Encontro das Escolas* durante o período de 2013.2 a 2014.1; 2) ser participante ou já ter participado ativamente do MESS organizado⁶. Neste sentido, escolhemos sete participantes: dois da FaC, dois da FATENE, um da UNINASSAU, um da FAMETRO e um da RATIO. Como a FaC e a FATENE foram escolas que durante todo este processo estiveram mais presentes organicamente e com a participação maior dos estudantes optamos por escolher dois estudantes de cada, uma vez que poderia nos fornecer mais elementos correspondentes aos objetivos da pesquisa.

⁵ O grupo foi criado no dia 16 de julho de 2013, por um estudante-participante. Atualmente o grupo no *Facebook* encontra-se com 994 membros. Disponível em:

<<https://www.facebook.com/groups/500881909987743/?fref=ts>>. Acesso em: 14 out. 2014.

⁶ Ter participado de alguma gestão do Centro Acadêmico ou fazer parte do MESS organizado, contribuindo nas atividades cotidianas do movimento, com vivência para além dos encontros da categoria.

Pelo compromisso ético da pesquisa científica, os sujeitos entrevistados serão caracterizados por nomes fictícios dos encontros organizados pela Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social (ENESSO), são eles: Conselho Nacional das Entidades Estudantis Serviço Social (CONESS); Conselho Regional das Entidades Estudantis de Serviço Social (CORESS); Encontro Nacional dos Estudantes de Serviço Social (ENESS); Encontro Regional dos Estudantes de Serviço Social (ERESS); Planejamento Estratégico Nacional (PEN); Planejamento Estratégico Regional (PER); Seminário Nacional de Formação Profissional do Movimento Estudantil de Serviço Social (SNFPMESS).

2. O surgimento do encontro das escolas

Segundo os dados colhidos por meio de fotografias postadas nas redes sociais, entrevistas, relatorias, posts nos grupos do Centro Acadêmico de Serviço Social da Faculdade Cearense-CASS/FAC e Centro Acadêmico Livre de Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará (CALSS/UECE), não podemos falar de uma data exata de surgimento do *Encontro*, mas podemos dizer que no segundo semestre de 2012⁷ iniciou-se uma articulação do MESS das Escolas de Serviço Social da FAC, FATENE e UECE por intermédio de uma reunião documentada, ocorrida aproximadamente em 07/07/2012, com o objetivo de se articularem para promover uma melhor formação para os estudantes. Entretanto, essa reunião ocorreu de forma limitada apenas com os representantes do Centro Acadêmico e MESS organizado dessas instituições, podendo ser considerada o embrião do *Encontro das Escolas*.

⁷ Há um *post* de uma militante do MESS da Faculdade Cearense no dia 07/07/2012 no grupo virtual do Centro Acadêmico Livre de Serviço Social (CALSS-UECE) na qual esta relata que neste dia houve um encontro com os representantes do Centro Acadêmico/MESS da UECE, FaC e FATENE com o objetivo de se articularem para promover uma melhor formação para os estudantes. Mas não encontramos fotos que registrem o referido momento.

3. O encontro das escolas na análise dos entrevistados

Com relação à pergunta sobre o que consiste em o *Encontro das Escolas*, a entrevistada da FATENE respondeu:

É espaço onde o movimento estudantil das faculdades particulares e da universidade que estão no âmbito de Fortaleza e Região Metropolitana vem fortalecendo. Aí nesse *Encontro* tem informação, acontecem espaços organizativos, que a gente vai organizar, por exemplo, a ida dos estudantes dessas instituições para um encontro. É um espaço onde a gente vai falar dos pré-encontros e dos pós-encontros, é um espaço que a gente também utiliza dele pra vivenciar o que a gente não consegue vivenciar dentro da própria instituição. Às vezes é um espaço [...] que não acontece no espaço dentro da instituição [...], a gente usa desse espaço para fazer formação, usa desse espaço para organizar encontro como a gente vem tentando organizar o ECESS [...], é um espaço fora das paredes da universidade (ERESS).

Parafraseando a supracitada entrevistada, o *Encontro das Escolas* é um espaço externo às paredes da universidade e organizativo do MESS, que precisa cada vez mais pensar estratégias para agregar os estudantes que são das faculdades privadas. Muitos destes estudantes são trabalhadores; mães e pais advindos de ocupações de trabalho bastante exploradas relacionadas ao setor de comércio e serviços, geralmente estudam no período noturno, possuem uma jornada de trabalho semanal e encontram mais dificuldades para participar das atividades do MESS aos sábados, e, portanto, quando não estão trabalhando tem suas preocupações com família, com os estudos, lazer, dentre outras questões, que geram uma sobrecarga, a qual, se não impossibilita, compromete esta participação na militância.

Conforme Guimarães (2014), esta sobrecarga corrobora para que esse estudante não se reconheça e nem se sinta parte desse movimento, pois não dialoga com a realidade deste. Por isso é

importante a desconstrução de que esse espaço seja entendido apenas para os MESS organizado.

4. A contribuição do encontro para o movimento estudantil de serviço social de cada escola

Na FaC e FATENE, o *Encontro das Escolas* não contribuiu diretamente para a organização do MESS, tendo em vista que já existiam Centros Acadêmicos na instituição antes mesmo da participação no *Encontro*. Entretanto, na análise das falas a principal contribuição foi que o *Encontro* desenvolveu uma formação política dos militantes, a qual foi colocada na fala de um dos entrevistados da FaC e de um da FATENE:

Houve um fortalecimento do Movimento Estudantil, isso é fato, da apropriação política foi crescente, inclusive na gestão que os estudantes participam acaba sendo uma formação interna [...]. No Movimento Estudantil, na Faculdade Cearense, eu percebo que tem muito do *Encontro das Escolas*, dos debates, e até de entender a organização coletiva, eu acho que tem muita contribuição... agora da fundação não, porque já existia, mas dar esse caráter também de luta, de combatividade, de entender quais são as bandeiras do Movimento Estudantil, da própria ENESSO. Então acho esse direcionamento fundamental [...], porque se não existisse, alguns movimentos estudantis estariam bem isolados, como a gente já teve em outras escolas [...], um movimento estudantil bem isolado com suas bandeiras específicas [...], e aí esquece que tem coisas maiores, bandeiras mais coletivas⁸ (SNFPMESS).

[...] A primeira coisa que o *Encontro das Escolas* veio contribuir foi para formação política do Movimento Estudantil aqui, com espaços formativos onde foi organizada uma discussão sobre conjuntura, sobre formação profissional, sobre opressões [...]. Então, acho que o *Encontro das Escolas* fortaleceu com uma formação política [...] e outra coisa foi que essa interação com as escolas, a gente

⁸ Para Guimarães (2014) um dos desafios colocados é justamente romper com o MESS isolado, que não dialoga com os demais movimentos sociais.

começou a perceber a atuação do movimento estudantil em outras escolas e a gente começou ver a atuação da FAC, [...] da UECE, a gente percebeu que eles também encontram dificuldades lá... e uma das coisas pra mim que foi muito pedagógica, foi a FaC ter conseguido organizar os estudantes e irem pra rua e aí levou a sua experiência para o *Encontro das Escolas*⁹, então contribuiu sim, nesse sentido de fortalecer o movimento estudantil, a formação política e fizesse que a gente pensasse politicamente a ENESSO, começasse não só começar a participar do espaço da ENESSO, mas também disputar a ENESSO [...]. A gente percebeu que a ENESSO dentro da nossa região II, não acolhia as demandas, não se prendia a debater a realidade das intuições particulares [...] (CORESS).

Conforme visto a partir da análise dos entrevistados, a formação política fez com que o próprio movimento tomasse consciência do seu significado, de suas bandeiras de lutas, de uma atuação mais crítica, contestadora e resistente, não se limitando somente a questões burocráticas, as quais têm se constituído como um dos grandes desafios na atualidade, sendo debatidos por Guimarães (2014, p. 71-72), pois segundo a referida autora, a formação política é um elemento indispensável para a militância e para a busca de nossa emancipação:

Compreendemos formação política como um processo no qual o indivíduo se percebe como ser histórico capaz de intervir nos rumos da sociedade. Perpassa a apropriação de conhecimentos teóricos e da prática política que instrumentalizem o sujeito para a análise da realidade e para a elaboração de alternativas visando à sua transformação.

Desse modo, a autora comenta que o estudo da teoria e a formação política são responsáveis pelo conteúdo dado às

⁹ Na Copa das Confederações de 2013, a FaC conseguiu mobilizar seus estudantes para irem às ruas, inclusive convidou os estudantes para uma oficina de cartazes para levarem ao ato no dia seguinte. No dia da confecção dos cartazes, após o término da atividade, cerca de trinta estudantes fizeram uma intervenção nos dois campos da instituição, sensibilizando os estudantes a irem para as ruas. Além desta mobilização, organizaram outra em 2014 com cerca de cinquenta estudantes reivindicando uma série de melhorias para o curso e para o corpo discente em geral.

reivindicações do movimento, as táticas e estratégias e se a formação política estiver enfraquecida, as ações perdem a radicalidade e o seu potencial de transformação da realidade.

5. O encontro das escolas e suas contribuições para o movimento estudantil de serviço social nas instituições particulares de Fortaleza e Região Metropolitana de 2013.2 a 2014.1

No que toca à questão sobre a contribuição do *Encontro* para o MESS nas particulares de Fortaleza e Região Metropolitana, constata-se a partir de todas as falas que o *Encontro* fortaleceu a organização do MESS nas IES privadas, como disse o entrevistado da UNINASSAU: “[...] hoje ele agrega [...] a necessidade das escolas em se organizar como escolas, organizarem suas bases, organizar seus alunos para [...] uma coisa muito maior [...] (ENESS) ”.

Essa organização deu-se, principalmente no apoio à criação dos Centros Acadêmicos, que, de acordo com Rodrigues (2008) são espaços representativos do Movimento Estudantil do Ensino Superior e que buscam potencializar a formação política e profissional dos estudantes.

Além disso, a entrevistada da FaC colocou ainda que o *Encontro* contribuiu para o fortalecimento de uma participação organizada dos estudantes nos encontros da ENESSO, mesmo com escolas que ainda estão começando a articular o seu movimento, mas que através da formação de base do *Encontro* já começam a se organizar, inclusive a pensar sua instância de representação, facilitando o trabalho da ENESSO nessa região.

Em nossa região, o *Encontro das Escolas* está no mesmo modelo do Encontro Local dos Estudantes de Serviço Social (ELESS), o qual vem recentemente sendo realizado em outros estados, mas foi influenciado pela dinâmica e potencialidade dos da Região II, os quais o MESS das particulares tem desempenhado com protagonismo a realização deles, por esta razão que o entrevistado

abaixo menciona que essa experiência precisa ser cada vez mais ampliada.

Eu acho que primeiramente foi uma ideia que veio agregar muito para o movimento estudantil e que em outros Estados deveriam tentar materializar isso... então, na verdade, acho que teve um crescimento qualitativo na militância do movimento estudantil nos particulares, que começaram a bancar o *Encontro*, começaram a pensar politicamente, a organizar, a ser realmente protagonista desse *Encontro*. Eu acho que também fortaleceu a interação entre as escolas particulares e aí que muita coisa que a gente via que a gente passava, a gente viu que a FAC também passava, que a FAMETRO também passava e a gente percebeu que algumas das nossas lutas também eram a mesma deles, tipo a luta pela assistência estudantil que é inexistente não somente na FATENE, mas também na FAC, na FAMETRO; A repressão ao movimento estudantil, a gente viu que não é só na FATENE, mas a gente viu que e na maioria das faculdades privadas, então houve fortalecimento que as faculdades começaram a se chegar e se organizar e pensar conjuntamente essas pautas e levar para ENESSO (CORESS).

Para o entrevistado da FATENE, a integração das escolas possibilitou a constatação de que as lutas e os desafios do MESS nestas IES são comuns: a assistência estudantil, a repressão, principalmente, porque segundo Guimarães “[...] a realidade sugere ainda a existência de dificuldades postas à organização política estudantil, de forma autônoma, nas instituições privadas, haja vista a própria ausência de abertura para espaços fomentados pelo ME” (GUIMARÃES, 2014, p. 72), daí se justifica a importância da ENESSO debater mais sobre essas particularidades do ME nas faculdades privadas.

6. O encontro das escolas e o projeto ético-político do serviço social

Na última pergunta, foi solicitado ao entrevistado se ele constatava que o *Encontro das Escolas* fortalecia a formação em Serviço Social comprometida com os princípios e valores do Projeto ético-político (PEP). Para todos os entrevistados, há o fortalecimento desse projeto, o qual é nas palavras de Netto (1999, p. 95):

Os projetos profissionais [inclusive o projeto ético-político do Serviço Social apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas [...].

Segundo Vasconcelos (2003), o PEP do Serviço Social (se materializa) na década de 1990, a partir das Diretrizes Curriculares de 1996, o Código de Ética de 1993, a Lei de Regulamentação da Profissão nº 8.662/93 e nas lutas políticas que expressam a demanda de uma grande parcela dos assistentes sociais pela redemocratização do país nos anos 80 do século XX, sinalizando o amadurecimento teórico-metodológico e ético-político da profissão.

Para Barata e Bráz (2009), o projeto profissional do Serviço Social é vinculado a um projeto societário transformador, uma vez que ele ultrapassa questões relacionadas ao campo das relações de trabalho do assistente social na sociedade capitalista e faz a defesa e construção de outra ordem societária sem dominação de classe, gênero e etnia, de que trata o projeto de formação profissional, o Código de Ética e a Lei de regulamentação da profissão. Desse modo, o estudante compreende que a Reunião das Escolas fomenta esse comprometimento societário.

Desse modo, para o militante da UNINASSAU o *Encontro das Escolas* fortalece o PEP, porque se opõe ao conservadorismo e contribui para a garantia da criticidade da profissão, na construção de outros valores:

Só forma muito, porque como eu estou te dizendo, se hoje eu não sou estudante tão conservador como eu poderia ser... eu penso na minha família, papai, mamãe, família católica, obedeço aos preceitos católicos, frequento a minha paróquia, sou ativo na minha paróquia, pra quê é que diabos eu vou ficar pensando em aborto, uma discussão tão conservadora dentro da minha igreja?! Homossexualismo?! pra quê eu vou estar discutindo isso, se final de semana vou ali numa boate e me agarro numa boa, esta entendendo?! Pra quê vou querer estar discutindo [...] querer me casar?! então... assim o Serviço Social...a gente entra no Serviço Social com projetos individuais e sai com projetos societários... e é isso está entendendo?! eu tinha uma vida, hoje eu tenho quase uma bandeira de luta, [...] hoje em dia eu vejo determinadas coisas e não consigo mais ficar calado, com os meus amigos...meus amigos reproduzem o preconceito, eu vou lá e tento de alguma forma tentar conscientizar a galera, isso é preconceito e tal... então assim... profissionalmente falando se a minha grade, a minha faculdade tem deficiência, ela é suprida pelo o *Encontro das Escolas*, principalmente a formação política, porque a formação política a faculdade não vai dar, ela vai dar uma formação econômica, eu vou lá analisar economicamente falando, mas formação política num vai dar não, eu não acredito... então isso é uma busca minha (ENESS).

As estudantes da FATENE e da RATIO também acreditam que o *Encontro das Escolas* fortalece o PEP, principalmente através das formações:

Fortalece, porque a gente faz várias discussões, muita coisa que a gente não tem, inclusive no próprio espaço da sala de aula, que era pra ser mais forte e a gente não consegue essa discussão, e aí lá no *Encontro das Escolas* é uma formação, até mesmo nessa formação nossa de organizar para o ECESS, a gente conseguiu discutir formação profissional, a gente consegue discutir todas essas

questões [...], que sempre fortalece, essa questão da formação profissional... Eu consigo sim ver tudo isso (ERESS).

É por esse motivo que o espaço da militância estudantil torna-se um dos elementos cruciais nessa formação, justamente porque ao se inserir, o estudante pode usufruir das formações, dos debates e da construção e materialização coletiva de um projeto societário transformador junto com outros setores organizados.

7. Considerações finais

O Movimento Estudantil de Serviço Social é um Movimento Social de Juventude de caráter transitório, composto por jovens que fazem parte de uma fração da classe trabalhadora, cujo campo de atuação é a escola ou a universidade. Como um movimento da Área da Educação, tem suas lutas direcionadas à transformação da universidade, negando seu caráter elitista e seletista, pois faz a defesa da educação pública, de qualidade, sem perder de vista os horizontes de transformação da sociedade, negando a exploração, opressão e dominação de classe própria do sistema capitalista.

No cenário contemporâneo, a crise do capital na década de 1970 - afetada pela superprodução de produtos os quais encontram um mercado estagnado e apático- acarretou ajustes estruturais aos países periféricos propostos por organismos internacionais em nome de empréstimos e de inserção na dinâmica da globalização provocando uma reestruturação econômico-estatal para conter os efeitos desta. O Consenso de Washington, em 1989, exigiu que os países dependentes custeassem os efeitos da recessão nos países centrais, abrindo um mercado lucrativo em que se comercializam direitos historicamente constituídos através da luta dos trabalhadores.

No Brasil as medidas neoliberais foram implementadas na contrarreforma do Estado na década de 1990, com um programa de privatizações de empresas públicas e de direitos, por exemplo, o caso

da educação superior, expressa na Constituição Federal de 1988, na Lei de Diretrizes e Base da Educação de 1996, que manteve a responsabilidade compartilhada entre Estado e iniciativa privada com a referida modalidade de ensino, dando liberdade considerável a esse setor para explorar esse mercado no discurso de modernização do país. Seguindo essas diretivas, o governo de Fernando Henrique Cardoso e Lula, de um lado, contribuiu para a explosão do setor privado e de outro, para a privatização interna das Instituições de Ensino Superior públicas.

Com a ampliação da mercantilização desse Ensino nesse período - falo de ampliação, pois o desenvolvimento do ensino superior privado aqui foi bastante precoce - e a crescente oferta de Cursos de Serviço Social nas IES particulares no Estado do Ceará, o Movimento Estudantil de Serviço Social ganha um novo cenário: o universo das faculdades particulares, pautando lutas pela assistência estudantil, pela formação sustentada no tripé ensino, pesquisa e extensão, a melhoria da qualidade das grades curriculares, combatendo ainda o aumento abusivo das mensalidades, a melhoria da infraestrutura, dentre outras bandeiras de luta.

No Estado do Ceará, uma das estratégias político-organizativas para esse movimento, surgiu no ano de 2012 com a iniciativa do *Encontro das Escolas de Serviço Social de Fortaleza e Região Metropolitana* com o objetivo de integrar o MESS das escolas com o apoio da Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social (ENESSO). A partir dos dados da pesquisa apresentados, podemos enumerar quatro contribuições do *Encontro das Escolas* ao MESS das particulares em 2013.² a 2014.¹: 1) integração desse movimento em nível de Fortaleza e Região Metropolitana; 2) fortalecimento de sua organização enquanto escola, fornecendo apoio a implementação de Centros Acadêmicos, que embora não se tenha dado em todas as instituições pesquisadas, somente nos casos da UNINASSAU e RATIO, uma vez que não foi possível estabelecer uma relação entre as entidades representativas do MESS da FaC, UECE e FAMETRO com o *Encontro*; 3) fortalecimento organizativo a nível

de Região II, podendo ser verificada em decorrência de uma maior participação organizada nos encontros da ENESSO; 4) contribuição para a formação política e profissional dos militantes através das formações promovidas no espaço.

Referências

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUIMARÃES, M. C. R. Movimento Estudantil de Serviço Social e dilemas atuais: O desafio é (re) encantar-se. **Revista Universidade e Sociedade**. n. 54. ANDES-SN: agosto, 2014. Disponível em: <<http://portal.andes.org.br/imprensa/publicacoes/imp-pub-875933811.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2014

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político do serviço social frente à crise contemporânea. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social módulo 1**. Brasília: CFESS, ABEPSS, CEAD/UNB, 1999.

VASCONCELOS, A. M. **A trajetória política da organização dos estudantes de Serviço Social, 1978-2002**. E a sua relação com o projeto de formação profissional. PUC: São Paulo, 2003.

BARATA, J; BRÁZ, M. O Projeto ético-político do Serviço Social In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. v. 1.

Anexos



Capítulo 27

Precarização do trabalho do profissional assistente social: resistências e sobrevivências

Marcelo Matos Michiles¹

Introdução

Este artigo surge da experiência como trabalhador precarizado (assistente social² sem direito às férias, sem direito à 13^o, sem auxílio alimentação e sem auxílio transporte), durante contrato temporário de 1 ano (de 19 de maio de 2015 à 19 de maio de 2016), na Assistência Social da Prefeitura Municipal de Aquiraz, em um CRAS indígena. Em um contexto de expansão do trabalho temporário, precarizado, aqui entendido como condições cada vez mais precárias de exercício das atividades laborais, quer seja pelas péssimas condições de trabalho, perda de direitos, relações de trabalho precárias e instáveis. De acordo com Antunes (2008a): os

¹ Graduado em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Ceará - UFC, 2005.2. Graduado em Serviço Social pela Faculdade Cearense - FaC, 2014.1. Especializando-se em Gestão do SUAS. Trabalhou como Assistente Social em Centro de Referência da Assistência Social - CRAS Indígena de Aquiraz/CE. Atualmente trabalha como Assistente Social no Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS do Várzea Alegre/Ce.

² O exercício do profissional Assistente social neste artigo é entendido como trabalho, na perspectiva apontada por Iamamoto (2011), entendendo que todo processo de trabalho implica uma matéria-prima ou objeto sobre o qual incide a ação do sujeito. O objeto de trabalho do profissional assistente social é a questão social, que provoca no profissional assistente social a necessidade de sua ação profissional.

direitos do trabalho são desregulamentados e flexibilizados, além da subproletarização³ desses, e de trabalhos parciais, temporários, e sobretudo trabalhadores superexplorados e desvalorizados no âmbito público ou privado. A partir da minha experiência, várias inquietações me provocaram em torno da problemática da precarização das relações de trabalho, sobretudo do profissional assistente social na política de assistência social.

Embora esta ideia de discutir precarização do trabalho surja da minha experiência individual, o processo de precarização e de flexibilização da produção e das formas de contratação se inserem em uma conjuntura maior, de âmbito mundial. De acordo com Antunes (2008b) a partir dos inícios dos anos 1970, o capital implementou um processo de reestruturação produtiva em escala global, visando tanto a recuperação do seu padrão de acumulação, quanto procurando repor a hegemonia que vinha perdendo no interior do espaço produtivo, redesenhando novas e velhas modalidades de trabalho, intensificando o processo de precarização do trabalho, que embora seja mundializada, Raichelis (2013) entende que se dá de maneira diferenciada em cada país ou região. Portanto, partimos na intenção de poder colaborar com o debate sobre o trabalho nas novas configurações do capital.

Durante este trabalho discuto a questão do trabalho enquanto temática central para entendermos a lógica do sistema capitalista em que estamos inseridos; da reestruturação produtiva para entendermos as mudanças que se dão nesse mundo do trabalho, na atualidade; e da precarização do trabalho, mais especificamente do assistente social na política de assistência social.

Reflico sobre a categoria trabalho, categoria esta que é de fundamental importância para entender este artigo, pois a leitura e

³ Subproletarização de acordo com Antunes (2008a) surge na era Toyotista, do capitalismo moderno, sob a mundialização do Capital, é um termo que se refere as formas de trabalho precárias, parciais, temporárias, subcontratadas, terceirizadas, ligadas à economia informal, categorias de trabalhadores que têm em comum a precariedade do emprego e da remuneração; a desregulamentação das condições de trabalho em relação às normas legais vigentes ou acordadas e a consequente regressão dos direitos sociais, bem como a ausência de proteção e expressão sindicais.

seu entendimento possibilitam compreender o modo de produção capitalista, no qual os trabalhadores estão inseridos e mais especificamente o profissional assistente social. Portanto, trata-se de uma importante categoria para a fundamentação deste trabalho e para o exercício profissional. Trabalho este entendido numa perspectiva positiva enquanto processo emancipador do homem, fundante do ser social, enquanto elemento central do desenvolvimento da sociabilidade humana e numa perspectiva negativa na lógica do capitalismo que o torna mercadoria, o transforma em trabalho assalariado, alienado, fetichizado.

Abordo sobre o processo de reestruturação produtiva dentro do atual momento histórico, em um processo de mundialização inédita do capital, apoiada num projeto político e econômico de cunho neoliberal e que se concretizou essencialmente através de uma reestruturação intensa e longa da produção e do trabalho.

Seria desta forma uma nova fase do capitalismo contemporâneo, também denominado de flexível (Sennett, 1999) ou de acumulação flexível (Harvey, 1992). E, nessa denominação, já está subjacente a compreensão de que o sistema capitalista, em seu desenvolvimento histórico, sofreu transformações significativas, especialmente no campo do trabalho e das lutas dos trabalhadores, que redefiniram a sua configuração, mesmo que mantivessem sua essência como um sistema cujas relações sociais se assentam sobre o trabalho assalariado, ou seja, pela apropriação do trabalho pelo capital.

Também me atenho ao tema da precarização do trabalho, precarização enquanto diminuição de custos (para o empresariado e para o Estado) e subtração de direitos dos trabalhadores. E parto do meu relato de experiência de trabalhador precarizado e de contrato de trabalho temporário na política de assistência social do município de Aquiraz/Ce.

2. Trabalho e capitalismo

Entendemos o trabalho de acordo com o pensamento de Marx (1985), como uma atividade exclusivamente humana, diferenciado dos demais animais porque o ser humano idealiza previamente, realiza sua ação de forma livre e consciente. Este caráter consciente da atividade produtiva do homem se revela na capacidade que ele possui de antecipar em sua mente o resultado da ação que visa executar. Foi por meio dessa atividade posta conscientemente que o homem se afirmou no mundo como sujeito e imprimiu na natureza as marcas de sua dominação. Quando o ser humano faz isso ele rompe como processo de causalidade da natureza e implanta uma perspectiva teleológica na ação que executa. O trabalho humano além de ter uma finalidade, é planejado conscientemente.

Assim para Marx (1985) o processo de trabalho se encerra no produto. Este produto possui um valor de uso, isto é, uma matéria natural adaptada às necessidades humanas mediante a sua transformação. O ser humano (que também faz parte da natureza) não pode viver sem a natureza, pois além de fazer parte dela, é dela que obtém as condições para reprodução material e social dos membros da sociedade. Assim, a existência humana é dependente da natureza, e não o contrário. O homem não pode dispensar a natureza no seu processo de produção e criação, pois a natureza proporciona os meios de existência do ser humano e do seu trabalho. É no processo do trabalho que o ser humano altera a natureza e transforma a si mesmo.

Para que compreendamos melhor de que forma entendemos a natureza nestas relações com a humanidade, vemos o ser humano como um ser social, mas, ao mesmo tempo, não deixa de ser natural, de pertencer à natureza. A natureza é a totalidade do que existe e, desta forma, o homem faz parte desta mesma natureza.

O trabalho é a forma humana de agir na natureza, por meio do trabalho o homem se humaniza, se constitui, se diferencia. Isso não significa que deixou de ser natureza, mas que se constitui

enquanto ser humano. Reiteramos, que a sociabilidade humana é produto do trabalho, e que este trabalho fundante do ser humano enquanto ser social humaniza-o e é também por meio do trabalho que o homem também humaniza a natureza.

E independente da sociedade que vivermos, a relação de dependência entre humanidade e natureza sempre existirá, embora possa se constituir de maneiras diferentes, de acordo com cada tempo histórico, pois os seres humanos sempre vão necessitar de se apropriar dos objetos da natureza e de transformá-los em objetos de uso humano através do trabalho.

O processo de trabalho, como o apresentamos em seus elementos simples e abstratos, é atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer a necessidades humanas [...]. (MARX, 1985, p.153).

Ou seja, o trabalho visto como a interação entre o ser humano e a natureza, com o objetivo de transformar a natureza nos bens necessários à sobrevivência da humanidade. Esta é uma primeira determinação de trabalho em Marx, como algo fruto da interação entre o ser humano e a natureza e que resultasse em um produto para ser utilizado para alguma necessidade.

Já no capitalismo o trabalho vai se apresentar de uma forma distinta, tendo como fim a produção de mais-valia, o lucro, em que as necessidades dos seres humanos são reféns das necessidades do capital. O trabalho para o capitalismo não pode ser analisado somente segundo seu conteúdo formal, mas, deve ser analisado segundo seu conteúdo sócio-histórico e material, pois seu conteúdo formal já não é suficiente para explicar o domínio do homem sobre a natureza, pois esse se transforma em um processo social de produção, deixando de ser meramente um processo individual entre o homem e a natureza.

No capitalismo, Marx (1985) analisa que o trabalho possui um duplo caráter: o trabalho concreto e o trabalho abstrato. O trabalho concreto diz respeito ao exercício do trabalho para a produção de

valores de uso para satisfação das necessidades humanas. Já o trabalho abstrato constitui-se pelo exercício de trabalho socialmente necessário à produção das mercadorias, e constitui o valor das mercadorias, expresso em seu valor de troca, a transformação da natureza em mercadorias para sua venda, para extração da mais-valia, do lucro. Sendo que trabalho concreto e trabalho abstrato constituem uma unidade.

Analisa Guimarães (2011) que as relações sociais como se encontram hoje no capitalismo tiveram seu início no momento em que o homem deixou a sua condição de servo e escravo, para se tornar trabalhador “livre”, que no modo de produção capitalista é a sua transformação em trabalhador assalariado, em que o trabalhador só tem sua força de trabalho para vender em troca de um salário, enquanto o capitalista detém os meios de produção.

O trabalho no capitalismo, portanto, tem um sentido negativo, não é o sentido positivo que ele tem como categoria fundante do ser social, no capitalismo o trabalho representa exploração (dos capitalistas que detém os meios de produção sobre os trabalhadores que só tem força de trabalho para vender), estranhamento (pois o produto do trabalho não pertence ao trabalhador que o produziu e sim ao capitalista que o explorou) e alienação (pois aquele produto não supre suas necessidades e sim ao interesse do capitalista na perspectiva do lucro). Assim, se podemos considerar o trabalho como um momento fundante da vida humana, ponto de partida no processo de humanização, por outro lado, a sociedade capitalista o transformou em trabalho assalariado, alienado, fetichizado. O que era uma finalidade central do ser social converte-se em meio de reprodução. A força de trabalho torna-se uma mercadoria, ainda que especial, cuja finalidade é criar novas mercadorias e valorizar o capital, isto é, produzir mais-valia, ou seja, expansão do lucro. Analisa Colmán (2009) que desta forma, no capitalismo, só é considerado produtivo o trabalho assalariado que, de uma maneira ou de outra, produz mais-valia.

O que deveria ser fonte de humanidade se converte em desumanidade do ser social, alienação e estranhamento das pessoas que trabalham. Esse processo de alienação do trabalho não se efetiva apenas no resultado na perda do objeto, do produto do trabalho, mas também o próprio ato de produção, resultado da atividade produtiva já alienada. Este fruto do trabalho não pertence ao trabalhador, não pertence a quem produz, fica nas mãos do capitalista pela apropriação do trabalho alheio, da classe trabalhadora. Desta forma, no capitalismo, o trabalhador não se satisfaz no trabalho, mas se degrada, ao contrário do ditado popular que fala que “o trabalho dignifica o homem”, ali ele também não se reconhece, pois, o fruto do trabalho não lhe pertence, pertence a quem lhe explora, ao capitalista.

Para o desenvolvimento do capitalismo é preciso que existam indivíduos “livres”, livres no sentido de detentores de sua força de trabalho na forma de mercadoria e despossuídos dos meios de produção, assim precisando vendê-la no mercado de trabalho, a fim de conseguir garantir sua sobrevivência.

Dentro desta realidade de capitalismo em que estamos inseridos na contemporaneidade, marcado pelo neoliberalismo e pela reestruturação produtiva, que tem transformado todas as esferas da vida social, assim como a esfera do trabalho. Para Raichelis (2013) as políticas neoliberais cresceram a partir da década de 1970, concomitantemente à crise do capital e do Estado de Bem-Estar Social (Welfare State) no pós-guerra (após a II Guerra Mundial). Introduzindo-se um padrão de acumulação flexível e financeirizado, com novos métodos de produção, levando à reestruturação produtiva. Além das mudanças nos processos produtivos, ocorreram mudanças na qualificação do trabalho e na estrutura do mercado de trabalho, assim como, na relação capital-trabalho, criando um cenário de maior precarização e exploração do trabalho pelo capital.

Netto (2009) entende que embora a precarização do trabalho seja uma característica marcante das novas configurações do

capitalismo, ela também é uma dimensão permanente do trabalho sob o capitalismo. No caso do Brasil, que parte de uma história de quatro séculos de escravidão, a precarização do trabalho é uma característica ainda mais presente e persistente, característica inclusive constitutiva de sua formação social.

No Brasil, antes mesmo da perspectiva neoliberal e dos ajustamentos estruturais, as diferentes formas de precarização do trabalho, os altos índices de subemprego e a informalidade da força de trabalho urbana e rural, bem como a ausência e a fragilidade do sistema de proteção social já se apresentavam como traços marcantes do capitalismo dependente brasileiro. Considerando que o trabalho no Brasil, apesar de importantes momentos de radicalização, esteve atravessado pelas marcas do escravismo, e mesmo com a superação formal do sistema escravocrata, ela se deu sem inclusão e oportunidades, gerando miséria e dependência.

Antunes (2008b) analisa que a partir dos inícios dos anos 1970, o capital implementou um processo de reestruturação em escala global, visando tanto a recuperação do seu padrão de acumulação, quanto procurando repor a hegemonia que vinha perdendo no interior do espaço produtivo, desde as explosões do final da década de 1960, quando, particularmente na Europa ocidental, se desencadeou um monumental ciclo de greves e lutas sociais. É nesse contexto que o capital, em escala global, foi redesenhando novas e velhas modalidades de trabalho (o trabalho precário), com o objetivo de recuperar as formas econômicas, políticas e ideológicas da dominação burguesa. Proliferaram, a partir de então, as distintas formas de “empresa enxuta”, “empreendedorismo”, “cooperativismo”, etc, dentre as mais distintas formas alternativas de trabalho precarizado.

Tempos de crise, em que cresce o desemprego, o subemprego, a luta por meios para sobreviver no campo e na cidade. Tempos extremamente difíceis para todos aqueles que vivem do trabalho: para a defesa do trabalho e para a organização dos trabalhadores. (IAMAMOTO, 2011, p.18).

Ao mesmo tempo em que se restringem as oportunidades de trabalho, o acesso ao trabalho continua sendo uma condição preliminar de sobrevivência da classe trabalhadora, condição esta colocada pelo capitalismo, de que todo trabalhador desprovido de outras formas de propriedade que não seja sua capacidade de trabalho tem que se submeter ao processo de exploração para que possa sobreviver dentro desse sistema.

Mesmo reconhecendo as mutações do mundo do trabalho, o acirramento das questões sociais e as suas transformações, o trabalho para Antunes (2008a) continua tendo centralidade dentro do sistema, mesmo utilizando outras roupagens, como: terceirização, fortalecimento do setor de serviços, trabalhadores autônomos. A afirmação que o trabalho enquanto categoria perdeu seu valor na sociedade contemporânea é uma análise que não compartilho, o trabalho segue sendo central na produção de valor e como categoria fundante do ser, bem como capaz de explicar as relações sociais.

A sociedade contemporânea nas últimas décadas presenciou fortes transformações. O neoliberalismo e a reestruturação produtiva da era da acumulação flexível, dotados de forte caráter destrutivo, têm acarretado, um monumental desemprego, uma enorme precarização do trabalho e uma degradação crescente na relação metabólica entre homem e natureza, conduzida pela lógica societal voltada prioritariamente para a produção de mercadorias, que destrói o meio ambiente em escala globalizada.

3. Reestruturação produtiva.

É complicado falar sobre rupturas definitivas e de novas formas de trabalho ou de relações sociais, Druck (2011) entende que ao lado destas novas realidades, velhas formas e modalidades se reproduzem e se reconfiguram. É sempre perigosa a pressa em identificar, nomear e classificar o que há de novo no mundo do

trabalho, a fim de caracterizar as rupturas que anunciam um novo tipo de sociedade (quer seja pós-moderna, pós-emprego, pós-fordista, neodesenvolvimentista, neoliberal ou flexível).

Porém, mesmo sabendo destes riscos, partiremos do entendimento de alguns autores aqui trabalhados de que vivemos a era da reestruturação produtiva, em que a acumulação flexível, que tão bem caracteriza o capitalismo contemporâneo, tem sua origem na busca por superar uma conjuntura de crise de outro padrão de desenvolvimento capitalista, marcado pelo fordismo e por um regime de regulação cuja experiência mais completa se deu nos países que tentaram implementar um “Estado de Bem-Estar”, experiência que nem mesmo na Europa se generalizou.

Entende Raichelis (2013) que a implementação, desde meados da década de 1990, do ideário neoliberal preconizado pelo Consenso de Washington e largamente difundido pelos organismos internacionais e multilaterais, de medidas de flexibilização do trabalho e desregulamentação de direitos só agravaram a situação já precária do trabalho e do emprego em nosso país, provocando importantes reconfigurações nas relações de trabalho, nos direitos e na proteção social. As transformações que o mundo do trabalho vem experimentando nas últimas décadas caracterizam uma nova era de precarização estrutural do trabalho. Com ampliação da informalidade, da terceirização e da subcontratação e, conseqüentemente, da precarização das condições e relações de emprego.

O Estado passou a ser considerado o responsável pelas mazelas da sociedade, ao mesmo tempo que se enalteceu o mercado e a iniciativa privada, considerados eficientes, ágeis e honestos. Isso resultou numa desqualificação do aparato técnico-administrativo-estatal e em um Estado cada vez mais descompromissado e irresponsável com a população, porém comprometido e submetido aos interesses da classe dominante.

O sistema fordista nos havia acostumado ao trabalho pleno e de duração indeterminada. Agora, é a flexibilidade e a

imprevisibilidade que comandam, o trabalhador tem que ser como a água que se adapta ao ambiente, que se formata em qualquer recipiente, porém, não sabemos até quando as margens segurarão estes trabalhadores nas novas e cruéis condições de trabalho. Dentre essas mudanças, houve alterações negativas na capacidade de organização e de luta da classe trabalhadora, os transformando em seres cada vez mais individualistas, competitivos e os responsabilizando por seu fracasso ou sucesso.

Entende Schons (1999) que na era da acumulação flexível, as transformações trazidas pela ruptura com o padrão fordista geraram outro modo de trabalho e de vida pautado na flexibilização e na precarização do trabalho, como exigências do processo de financeirização da economia, que viabilizaram o crescimento da mundialização do capital. Nesta nova lógica, os homens que trabalham podem se tornar obsoletos e descartáveis da noite para o dia, pois só há espaço para os flexíveis (proativos, dinâmicos, multifuncionais). É o tempo do curto prazo, e da desresponsabilização com os trabalhadores através da legalização das cada vez mais precárias formas de contratação. Estes modelos fluidos nas formas de contratação por tempo determinado, que objetivamente caracteriza o trabalho precarizado, levam os trabalhadores que a ele estão vinculados a viverem de perspectivas imediatas e desejos amorfos, com trajetórias de vidas fragmentadas, com sonhos interrompidos ou sem perspectivas de sonhos, pois o futuro não mais lhe pertence, além de se estar à margem de qualquer proteção no âmbito do trabalho, da sua saúde, da sua segurança.

O capital leva até as últimas consequências o fim único de obter mais lucro, não mais tendo como meio principal a produção em massa de mercadorias, mas sim a especulação financeira, pautada na volatilidade, na efemeridade, no curtíssimo prazo, sem estabelecer laços ou vínculos com lugar nenhum, sem compromissos de nenhum tipo a não ser com o jogo do mercado, que não aceita qualquer tipo de regulação ou entrave.

Há uma forte redução de relações estáveis de trabalho, em que se estruturavam através de empregos formais, herança da fase taylorista/fordista. Expansão de trabalhadores terceirizados e subcontratados, acrescidos da ampliação do desemprego estrutural, cresce às vezes como única alternativa de sobrevivência o trabalho informal. Além da exclusão dos jovens e idosos do mercado de trabalho, submetendo-os a trabalhos cada vez mais precários e sem perspectivas de futuro.

Analisa Antunes (2008b) que o mundo do trabalho atual tem assim recusado os trabalhadores herdeiros da “cultura fordista”, fortemente especializados, que são substituídos pelos trabalhadores “polivalentes e multifuncionais” da era toyotista, isto é, da era do capitalismo flexível. Flexibilização aqui pode ser entendida como “liberdade da empresa” (e também do Estado) para desempregar trabalhadores sem responsabilidades para com estes. Assim temos atualmente uma grande desregulação das relações de trabalho, ausência de direitos, além do enorme exército de desempregados (exército de reserva).

Os altos índices de desemprego estrutural, altas taxas de exclusão social e desigualdade expressam parte da crise pela qual passa o capitalismo atualmente, ao mesmo tempo em que reitera que o desemprego, a exclusão social e a desigualdade são componentes necessários para manutenção da forma de produção, reprodução e acumulação capitalista.

De acordo com Pereira (2011), entre os objetivos da reestruturação produtiva, assume relevância o da formação de um novo consenso de classe. Consenso que busca bloquear a organização e força de pressão dos trabalhadores organizados, impedindo avanços na política salarial e outros direitos que onerem o capitalista em seu processo de exploração. O que torna comum a demanda por trabalhadores qualificados e passivos, que sejam “colaboradores” no trabalho, retirando a perspectiva de exploração do processo, além de outros elementos como o individualismo e a competitividade entre trabalhadores que enfraquecem as

possibilidades de organização coletiva dos mesmos e ao mesmo tempo fortalecem o processo de dominação cada vez maior sobre os trabalhadores.

Esse processo de reestruturação produtiva, assim como o capitalismo, não se dá de maneira igual em todo mundo, e o capitalismo de países mais tardios não é simplesmente a cópia dos países capitalistas mais avançados, o que existem são formas diferentes de capitalismo, embora haja um processo de globalização e de mundialização do capital cada vez mais intenso.

Entende Druck (2011) que as reformas e políticas aplicadas pelos governos, flexibilizando suas respectivas legislações, liberalizando as formas de contratos e demissões, diminuindo ou sustando mecanismos de proteção social (aposentadorias, pensões, saúde, acidentes e doenças ocupacionais) têm como justificativas dadas pelos governos de que são necessárias para a modernização, desburocratização e rompimento da rigidez dos sistemas de proteção e de relações de emprego, a fim de possibilitar o aumento do emprego formal, com a redução dos custos do trabalho para o empregado. Porém, hoje, as experiências de vários países mostram que, apesar dessas reformas, em lugar do aumento do emprego formal, o resultado foi um incremento do desemprego e da informalidade, agravando ainda mais a precarização dos empregos e da proteção social.

Esta descartabilidade, desvalorização e desemprego em massa dos trabalhadores são condições que afetam decisivamente a solidariedade de classe, além do processo de concorrência que se desencadeia entre os próprios trabalhadores, assim o trabalhador se sente a ser o único responsável por sua empregabilidade, deixando-o subjugado à “ditadura do sucesso” ou o inevitável “fracasso” em condições extremamente adversas criadas pelo capitalismo flexível. “Não há longo prazo’ é um princípio que corrói a confiança, a lealdade e o compromisso mútuo”. (SENNETT, 1999, p. 24).

A reestruturação produtiva é uma tendência crescente que atinge também o setor público, se reduzindo o papel do Estado e a

diminuição dos investimentos sociais e a gestão do trabalho neste setor. Se historicamente as políticas sociais já eram insuficientes diante das necessidades apresentadas, com a presença mínima do Estado, a prestação dos serviços desqualificou-se ainda mais, dado o sucateamento do setor e as restrições orçamentárias para as políticas sociais que vão incidir diretamente nos serviços prestados à população, como no caso da política de assistência social que veremos a seguir.

4. Sobrevivências e resistências

Analisa Raichelis (2013) que na década de 1980 o Brasil passou por forte instabilidade política e econômica e submissão aos órgãos e agências internacionais, a chamada década perdida devido a estes fatores. Por outro lado, se fortaleceram os movimentos sociais e a organização dos trabalhadores. Foi também neste cenário de instabilidades e disputas que em 1988, a partir da Constituição Federal, o Brasil instituiu o seu sistema de seguridade social, instituiu políticas sociais na perspectiva da proteção social. A assistência social foi incluída, neste momento, no âmbito das políticas sociais, passando a compor o tripé da seguridade social, juntamente com saúde e previdência social. Contudo, isso não foi suficiente para conter o avanço da política neoliberal que se instituía no país e que orientou a política econômica e o processo de reestruturação das políticas sociais. Com a instauração no Brasil do projeto de reforma do Estado, na década de 1990, o processo de ataque aos trabalhadores foi intensificado, concomitantemente se fortaleceu o mercado e os interesses do capital.

A crítica neoliberal sustenta que os serviços públicos, assim como seus servidores representam gastos excessivos e desnecessários ao Estado. Sua proposta é reduzir despesas, e o assistente social enquanto trabalhador assalariado, que é chamado a implementar e viabilizar direitos sociais e os meios de exercê-los, vê-se tolhido em suas ações, que dependem de recursos, condições

e meios de trabalho cada vez mais escassos para operar as políticas sociais, além dos próprios rebatimentos na categoria, como: rebaixamento dos salários, redução dos concursos públicos, precarização das relações de trabalho e dos vínculos empregatícios.

A classe trabalhadora, portanto, vivencia hoje os desajustes de uma sociedade capitalista baseada no desmonte dos direitos, nos cortes orçamentários, na desregulamentação das economias nacionais e no dismantelamento das políticas sociais. O Sistema Único da Assistência Social (SUAS) significa um avanço na reorganização da Política de Assistência Social, no entanto, se coloca como desafio, sua implementação frente às atuais condições.

Raichelis (2013) analisa que o Estado passa à defesa de alternativas que envolvem a família, as organizações sociais e a “rede filantrópica de solidariedade social”, abdicando de políticas universais ancoradas no direito de cidadania. As medidas postas em prática são reducionistas, voltadas primordialmente para situações extremas, com alto grau de seletividade e focalização, direcionadas à miséria e à pobreza absoluta, que não impactam de forma significativa nos níveis de desigualdade social persistentes em nosso país.

Não se pode atribuir somente à política de assistência social a responsabilidade de garantir proteção social a classe trabalhadora. Isoladamente a assistência social não será capaz de garantir a proteção social na sua integralidade. Registra-se aqui a importância de se estabelecer um debate aprofundado sobre proteção social no âmbito da seguridade social, incluindo-se todas as políticas sociais.

A qualidade dos serviços prestados está diretamente ligada às condições e relações de trabalho, tanto nas dimensões dos vínculos trabalhistas, como nos fatores materiais necessários ao desenvolvimento e execução das atividades e ações no âmbito do SUAS, os quais dependem de condições éticas e técnicas.

Com a ampliação gradativa de programas e serviços, a partir da implementação do SUAS, está ocorrendo um aumento de demanda por contratação de mais assistentes sociais e é neste

contexto que adentro na política de assistência social de Aquiraz, no CRAS indígena do referido município.

5. Um relato de experiências na Assistência Social de Aquiraz/Ceará

Meu ingresso na Prefeitura de Aquiraz (na data de 19/05/2015), na Secretaria de Trabalho e Assistência Social (STAS), se deu através de processo seletivo de prova, títulos e entrevista, para contrato temporário de 1 ano, podendo ser prorrogado por mais 1 ano, com remuneração de R\$ 1.500,00 mensais, fora os descontos do INSS, sem qualquer ajuda de custo (quer seja alimentação ou deslocamento) e muito menos direito a férias, 13º salário, etc.

Raichelis (2013) afirma que a realidade de boa parte dos municípios é da contratação de profissionais através de processos seletivos, através de contratos temporários e sem uma série de direitos trabalhistas, resultando em alta rotatividade de profissionais, falta de estabilidade no trabalho prejudicando a qualidade dos serviços prestados, falta de vínculos com a população usuária, configurado num movimento de recomeço a toda troca de profissional, fragilizando a política enquanto direito, enquanto permanência.

É possível perceber as expressões no corpo e na mente dos trabalhadores (os desgastes mentais e adoecimentos) resultantes desses processos de precarização e intensificação a que estão submetidos os assistentes sociais no ambiente de trabalho. Como poderemos planejar as atividades e nossa atuação, se a qualquer momento não mais ali estaremos? Esta experiência de trabalho foi sempre rodeada de medo, de angústias, inseguranças e de notícias de demissões e mudanças a cada semana dentro da Secretaria de Trabalho e Assistência Social de Aquiraz. No CRAS indígena no qual exerço meu trabalho, só há uma pessoa concursada que por várias vezes já afirmou que tenta não se envolver muito afetivamente, pois

sabe que em breve a equipe toda irá embora, acostumada já a este processo e evitando sofrimentos.

O que percebi inicialmente foram as faltas de condições mínimas de trabalho em um equipamento (CRAS) sem coordenador, sem carro permanente para visitas, sem estrutura adequada e em condições de total abandono, salas e banheiros sem portas, salas sem sigilo, equipamento sem acessibilidade mínima (como rampas de acesso), fiação elétrica no chão colocando em risco profissionais e usuários e tantos outros detalhes não menos importantes e um posicionamento sempre claro da gestão em relação a tudo isso, o velho “se vire”, pois há uma omissão em relação às demandas do equipamento, pois isto de maneira alguma poderia servir como motivos para o trabalho não ser realizado. Diante de tudo isso, os profissionais lidam com estas situações e outras, muitas vezes sem relutar, em face da subserviência, da flexibilização na contratação, que causa vulnerabilidade do trabalho e falta de resistência, o que indica o controle da força de trabalho. Muitas vezes sendo necessário o total envolvimento da população nas pautas e reivindicações, que sempre se deu de maneira parcial, entendendo e discutindo minimamente estas problemáticas, mas não efetivando maiores reivindicações junto à STAS ou à prefeitura.

Druck (2011) analisa que o que se percebe hoje é que o que está em jogo é qualquer emprego a qualquer custo, e é desta forma que se encontra o mercado de trabalho para uma parte da categoria de assistentes sociais diante de tanto desemprego e concorrência, independente das condições de trabalho, e das condições salariais, o que se tenta é garantir um emprego, fruto da total desvalorização da categoria e do inchaço de assistentes sociais desempregados e que compõem um enorme exército de reserva, fruto também da expansão das Instituições de Ensino Superior Privadas (IES) Presenciais e sobretudo as de Ensino à Distância (EAD), fazendo com que assistentes sociais, sobretudo recém-formados (realidade bem presente em Aquiraz) se submetam aos contratos temporários,

precarizados e superexplorados, para que saiam do desemprego, diante de um mercado cada vez mais fechado e competitivo.

No caso dos assistentes sociais, a profissão não dispõe de um piso salarial regulamentado por lei federal, o que faz com que a faixa de remuneração varie de município para município, o que ainda se tem como garantia legislativa é a Lei 12.317/2010 que fixa a carga horária máxima dos Assistentes Sociais em 30h semanais sem redução de salário.

Essas transformações no mundo do trabalho incidem diretamente no exercício profissional e compreendê-las é fundamental à categoria profissional, para que possam redimensionar e redefinir a função social da profissão. Analisa Negri (2011) que a lógica da acumulação flexível, por meio da reestruturação produtiva, atinge a todos e suas consequências não ficam restritas à precarização do mundo do trabalho, amplia-se para as políticas sociais, promovendo uma redução de espaços de trabalho para os assistentes sociais, enxugando quadros, redefinindo funções, assim como também precarizando o atendimento à população usuária, uma vez que a gradativa redução das políticas sociais incide diretamente na população usuária e não garante acesso universal à direitos.

Como processos de resistência à esta realidade temos a possibilidade do profissional assistente social buscar fortalecer as possibilidades de organização da população usuária, para que também reivindique junto à prefeitura melhorias na política de assistência social, exigindo profissionais concursados que permitiriam um trabalho mais qualificado e condições adequadas de trabalho para que a política seja algo de fato permanente, na perspectiva do direito. Assim como a auto-organização destes trabalhadores temporários e precarizados.

6. Considerações finais

O estudo utilizou como base as reflexões das transformações no mundo do trabalho e a desregulamentação do Estado conforme proposto pelo modelo neoliberal e de reestruturação produtiva, implementado a partir do pós II Guerra Mundial e crise de acumulação do sistema de Bem-Estar Social e do modelo de produção taylorista/fordista. Exigindo um novo movimento do capital, implementando medidas mais restritivas ao Estado, enquanto ente de proteção social, e ataques à classe trabalhadora em seus direitos e garantias.

O neoliberalismo passou a ditar o ideário e o programa a serem implementados pelos países capitalistas, onde entra a perspectiva de implementação rigorosa da reestruturação produtiva, do enxugamento do Estado, em sintonia com os ditames dos organismos internacionais de hegemonia do capital. Além do maior enfrentamento das possibilidades de resistência dos trabalhadores, com o enfraquecimento das possibilidades de organização e luta dos trabalhadores, cada vez mais subcontratados, temporários, medrosos do dia de amanhã e mentalidades individualistas e de cooperação com o empresariado, além da disseminação da impossibilidade de qualquer sonho com outro tipo de sociabilidade.

Todo este contexto do qual vimos nos colocou em uma imensa sociedade de excluídos e de precarizados e em uma sociedade da descartabilidade, relações descartáveis, consumismo desenfreado e futilidades, trabalhadores descartáveis a qualquer momento, é a época da fluidez, da flexibilidade, em que você tem que se adaptar a qualquer custo a todo tipo de situação e de condição de existência para poder sobreviver, numa era em que o que era surpresa se torna cotidiano, se adaptar não é mais uma opção, a não ser que seja se adaptar à eterna mudança, a única coisa que permanece integralmente é a sede de lucro a todo custo.

Diante disso, temos a política de assistência social, que se pretende garantir proteção social em uma perspectiva universal, em que ao mesmo tempo o que se tem são políticas sociais focalizadas nos mais pobres e vulneráveis; uma política que trabalha pelo fortalecimento de vínculos comunitários, familiares e afetivos, ao mesmo tempo o que se tem é a destruição das possibilidades destes laços, com a defesa de valores como competitividade e individualismo; uma política que busca enfrentar as expressões da questão social mas que ao mesmo tempo não é possível dar conta só com uma política de assistência social, se outros setores como: saúde, educação, segurança e trabalho são cada vez mais sucateados e privatizados, além de toda sobrecarga de responsabilidade aos trabalhadores da política de assistência da qual não é possível dar conta, ainda mais dentro de uma lógica do trabalho precarizado, temporário, com muitas responsabilidades e poucas ou nenhuma condição de trabalho.

O que se apreende de tudo isso é que o futuro do trabalho também será o resultado da luta de classes, da capacidade de organização e reação da classe trabalhadora, que se encontra cada vez mais complicada numa conjuntura de trabalhadores apassivados (que não reagem e que pouco se organizam às opressões do mundo do trabalho) e “colaboradores” (que são colocados como parceiros e colaboradores nas empresas, se tirando a perspectiva de exploração do trabalho).

O trabalho temporário impede o profissional de se aprofundar no seu objeto de trabalho, de planejar e desenvolver ações com qualidade a médio e longo prazo, que repercuta no comprometimento e na qualidade dos serviços. A ideia de trabalhar como temporário é apenas passageira, por certo tempo, até que se obtenha um trabalho mais adequado aos interesses de cada um, com perspectiva de carreira e melhor remuneração, o que torna aquele espaço apenas um espaço de passagem e de aprendizado, sem se poder criar maiores afinidades e pertencimento, marcado pela instabilidade permanente e o eterno risco de desemprego.

Devemos atentar que embora as condições sociais sejam bastante adversas para as respostas da classe trabalhadora e suas possibilidades de organização, é possível e necessário criar resistências. Uma delas é fortalecendo as possibilidades de organização da população usuária para que reivindique melhorias na política de assistência social, no atendimento, nas condições de trabalho, na estrutura do equipamento (CRAS). As formas de fortalecer seriam: através da sensibilização sobre o que é a política de assistência social e sua perspectiva de direito; através da criação de espaços permanentes de assembleias de usuários do CRAS para demandas e decisões coletivas; através da articulação com lideranças e organizações da comunidade; e através da auto-organização das trabalhadoras e trabalhadores da política de assistência, pois as condições societárias atuais e a realidade do trabalhador temporário e precarizado enfraquece as possibilidades de resistência e enfrentamento, mas não as impede, além do mais para uma categoria, como a de assistentes sociais que sempre acredita na mudança e que têm um Projeto Ético Político que defende a construção de uma outra sociedade, mais justa e igualitária.

O que se torna necessário nisso tudo é tentar compreender no contexto que vivemos do capitalismo contemporâneo, os processos de mudança no mundo do trabalho e as novas configurações de exploração da classe trabalhadora, assim como as respostas dos trabalhadores à estas condições impostas, sobretudo do profissional assistente social, nos debates dentro da categoria profissional e na política de assistência social.

Referências

- ANTUNES, Ricardo. **Trabalho e precarização numa ordem neoliberal**. In: GENTILI, Pablo; FRIGOTTO, Gaudêncio (Orgs). *A cidadania negada: Políticas de exclusão na educação e no trabalho*. São Paulo: Cortez, p. 35-48, 2001.

- _____. **O Caracol e sua Concha:** ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2005.
- _____. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 13ª ed. São Paulo: Cortez, 2008a.
- _____. **Século XXI:** Nova era da precarização estrutural do Trabalho. São Paulo: Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho, 2008b.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Fundamentos de Política Social.** Rio de Janeiro: UERJ, 2000.
- CESAR, Mônica de Jesus. **Serviço Social e Reestruturação Industrial:** requisições, competências e condições de trabalho profissional. In: A nova fábrica de consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao serviço social. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- CFESS (Conselho Federal de Serviço Social) (org.). **Assistentes sociais no Brasil:** Elementos para o estudo do perfil profissional. Brasília: CFESS, 2005.
- COLMÁN, Evaristo; POLA, Karina Dala. **Trabalho em Marx e Serviço Social.** Londrina: Revista Serviço Social e Sociedade. V. 12, n.1, 2009.
- DIAS, Ana Patrícia; SALES, Francisco José Lima. **Dimensão da Precarização do Trabalho:** o adoecimento do trabalhador. Teresina: UFPI, 2012.
- DRUCK, Graça. **Trabalho, Precarização e Resistências:** novos e velhos desafios? Salvador: Caderno CRH, v. 24, n. 01, 2011.
- GUERRA, Yolanda. **Instrumentalidade do Processo de Trabalho e Serviço Social.** In: Revista Serviço Social e Sociedade n. 62. São Paulo: Cortez, 2000.
- GUIMARÃES, Jacqueline Tatiane da Silva; GUIMARÃES, Gisele Joyce da Silva. **Reflexões sobre a Exploração do Homem e da Natureza na Sociedade Capitalista.** São Luís: V Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2011.
- HARVEY, David. **A Condição Pós-Moderna.** São Paulo: Loyola, 1992.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche.** São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 20ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

LOPES, José Sérgio Leite. **Notas sobre a Precarização do Trabalho no Brasil.** Rio de Janeiro: Revista Estudos do Trabalho, ano V, n. 8, 2011.

e da Atividade do Homem. In: Temas de Ciências Humanas. São Paulo: Ed. Ciências Humanas, no. 4, 1978.

_____. **Para uma Ontologia do Ser Social.** São Paulo: Boitempo, 2012.

_____. **Para uma Ontologia do Ser Social II.** São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, Karl. **O Capital:** crítica da economia política. Vol. I. Tradução de Regis Barbosa e Flávio Kothe. (Os economistas) Livro 1, v.1, t.1. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

_____. **Manuscritos Econômico-Filosóficos.** São Paulo: Boitempo Editorial, 2004.

MELO, A. I. S. C. de, ALMEIDA, G. E. S. de, MATTOS, U. A. O. **Na Corda Bamba do Trabalho Precarizado:** a terceirização e a saúde dos trabalhadores. In: A nova fábrica de consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao serviço social. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MELO, Valdenice da Silva; SOUSA, Ana Claudia da Silva; GONÇALVES, Petrônio Dantas; PEREIRA, Jordeana Davi. **A precarização das relações de trabalho do assistente social na política de assistência social em Campina Grande-PB.** Campina Grande: Revista UNIVAP, v. 01, 2007.

NEGRI, Fabiana Luiza. **O Exercício Profissional do Assistente Social e a Precarização no Mundo do Trabalho:** ensaios sobre sua inserção no Sistema único de Assistência Social. Florianópolis: UFSC, 2011.

NETTO, Edméia Corrêa. **Profissão:** Assistente Social. Franca: UNESP, 2009.

PEREIRA, Tatiane da Silva; SILVA, Cristiane Freitas da; MACIEL, Carlos Alberto Batista. **Os Impactos da Precarização do Trabalho para o Profissional de Serviço Social.** São Luís: V Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2011.

PALMA, Diego. **A Prática Política dos Profissionais: O Caso do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1986.

PIMENTEL, Marcela Carnaúba. **Trabalho e o Fenômeno da Alienação na Práxis Social**. São Luís: V Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2011.

POCHMANN, Marcio. **O Trabalho Sob Fogo Cruzado: exclusão, desemprego e precarização no final do século**. São Paulo: Contexto, 2002.

RAICHELIS, Raquel. **Proteção Social e Trabalho do Assistente Social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial**. São Paulo: Revista Serviço Social e Sociedade, n.116, 2013.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela Mão de Alice: O Social e o Político na Pós-Modernidade**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. **A Gramática do Tempo: para uma nova cultura política**. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, Rone Eleandro dos. **Notas sobre a importância do trabalho na ontologia de Georg Lukács**. São João Del Rei: Revista Estudos Filosóficos, n. 2, p. 86-100, 2009.

SCHONS, Selma Maria. **Assistência Social entre a ordem e a “des-ordem”: mistificação dos direitos sociais e da cidadania**. São Paulo: Cortez, 1999.

SENNETT, Richard. **A Corrosão do Caráter: Consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. Rio/São Paulo: Record, 1999.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **Formação Profissional do Assistente Social**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1995.

VASAPOLLO, Luciano. **O Trabalho Atípico e a Precariedade**. São Paulo: Ed. Expressão Popular, 2005.

YASBEK, Maria Carmelita. **Classes Subalternas e Assistência Social**. São Paulo: Cortez, 1996.

Capítulo 28

A especificidade do cras indígena

Marcelo Matos Michiles¹

Introdução

O referido artigo “A especificidade do CRAS Indígena” reflete sobre a questão dos povos indígenas no Brasil e as políticas públicas para estes povos, sobretudo referente à política de assistência social, e mais especificamente aos CRAS Indígenas dentro de suas aldeias no país.

Pensar políticas públicas para os povos indígenas no Brasil trata-se de um desafio histórico que se impõe para o Estado, que historicamente nunca tratou estas populações como sujeitos de direitos, portanto pensar a atuação dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) Indígenas é um desafio que é colocado e uma possibilidade de fortalecer estes povos, do qual ainda sabemos muito pouco, é o momento de refletirmos sobre quais são suas necessidades humanas a partir de seus pontos de vista, de sua cultura e de seus territórios.

O trabalho realiza uma análise da política de assistência social à população indígena, objetivando identificar até que ponto esta

¹ Graduado em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Ceará - UFC, 2005.2. Graduado em Serviço Social pela Faculdade Cearense - FaC, 2014.1. Especializando-se em Gestão do SUAS. Trabalhou como Assistente Social em Centro de Referência da Assistência Social - CRAS Indígena de Aquiraz/CE. Atualmente trabalha como Assistente Social no Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS do Várzea Alegre/Ce.

política tem contribuído para o alcance da cidadania destes povos, incidindo sobretudo sobre o trabalho social dos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS).

Iniciaremos fazendo um breve resgate da questão indígena em nosso país, os vários ataques que sofreram e como eram vistos nestes contextos históricos.

A posteriori abordaremos os processos de reorganização da luta indígena, que se dá a partir dos anos 1970, trazendo novos rumos para estes povos e direitos conquistados.

Passamos pelos desafios que estão colocados para os indígenas, em suas lutas por espaço dentro de nossa sociedade, sem que sejam negadas suas expressões culturais.

E por fim discutimos a política de assistência social em relação aos indígenas e como os CRAS indígenas devem atuar nestes territórios.

O desafio maior está em como leremos a realidade desses povos, que escape ao nosso olhar etnocêntrico e que consiga compreender sua cultura numa perspectiva crítica de totalidade, para que caminhemos nos rumos dos direitos humanos e de fortalecimento das políticas públicas e onde estes povos alvos destas políticas, participem, conduzam e decidam os próprios processos.

2. Massacre Indígena e resistências

Chauí (200) analisa que a América não estava aqui à espera de Colombo, assim como o Brasil não estava aqui à espera de Cabral. Não são “descobertas” ou, como se dizia no século XVI, “achamentos”. São invenções históricas e construções culturais. Sem dúvida, uma terra ainda não vista nem visitada estava aqui. Mas o Brasil (como também a América) é uma criação dos conquistadores europeus. O Brasil foi instituído como colônia de Portugal e inventado como “terra abençoada por Deus”, para ser abertamente explorada.

Chauí (2000) analisa que a colonização europeia moderna aparece, em primeiro lugar, como um desdobramento da expansão puramente comercial. Foi no curso da abertura de novos mercados para o capitalismo mercantil europeu que se descobriram as terras americanas. E desde o início de nossa colonização, o escravismo se impôs como exigência econômica, e o estado selvagem dos índios foi usado como legitimação para a escravização dos mesmos.

Santos (2006) afirma que a história é testemunha de que várias tragédias ocasionadas pelos colonizadores aconteceram na vida dos povos originários dessas terras: escravidão, guerras, doenças, massacres, genocídios, etnocídios e outros males que por pouco não eliminaram por completo os seus habitantes. Não que esses povos não conhecessem guerra, doença e outros males. A diferença é que nos anos da colonização portuguesa eles faziam parte de um projeto ambicioso de dominação cultural, econômica, política e militar do mundo, ou seja, um projeto político dos europeus, que os povos indígenas não conheciam e não podiam adivinhar qual fosse. Eles não eram capazes de entender a lógica das disputas territoriais como parte de um projeto político civilizatório, de caráter mundial e centralizador, uma vez que só conheciam as experiências dos conflitos territoriais intertribais e interlocais.

Santos (2006) reflete que os indígenas foram forçados a abdicar de suas culturas, tradições, de seus valores e saberes porque eram considerados inferiores, satânicos e bárbaros (eram considerados como sinônimo de atraso, o que os impedia de entrar no mundo civilizado, moderno e desenvolvido) e para poderem se tornar gente civilizada, moderna e desenvolvida. Eles foram obrigados a acreditar que a única saída possível para o futuro de seus filhos era esquecer suas tradições e mergulhar no mundo não-indígena sem olhar para trás.

Chauí (2000) reflete que impera na cultura brasileira um mito de nação pacífica, sem conflitos, sem racismo, sem desigualdades, de um povo ordeiro e generoso. Uma imagem positiva, um mito que se reatualiza e busca disfarçar as relações sociais e estas perversas

violências sofridas pelos indígenas. Além de imperar em nossa sociedade uma visão alienada e romântica do encontro pacífico das três raças: indígena, negro e branco. Júnior (1961) inclusive analisa que o processo de branqueamento na sociedade brasileira assumiu o lugar de negação histórica do elemento negro e indígena no componente racial.

Santos (2006) entende que há uma grande diferença entre os milhões de povos nativos que habitavam as terras que hoje chamamos de Brasil desde milhares de anos antes da chegada dos portugueses e as poucas centenas de povos denominados indígenas que atualmente compõem os 0,4% da população brasileira, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2001). A diferença não é só de tempo nem de população, mas principalmente de cultura, de espírito e de visão do mundo sobre o passado, o presente e o futuro. Estimativas apontam que no atual território brasileiro habitavam pelo menos 5 milhões de pessoas, por ocasião da chegada de Pedro Álvares Cabral, no ano de 1500.

De acordo com o Censo Demográfico 2010, no Brasil, vivem 817 mil índios, que correspondem a 0,4% da população nacional. A comparação com a população de outros países latino-americanos dá a dimensão demográfica da colonização portuguesa e de tamanha violência e quase dizimação destes povos. No México, eles são cerca de 10% do total de pessoas. No Peru e na Guatemala, os indígenas somam quase metade de suas respectivas populações nacionais. Na Bolívia, eles superam os 60%.

Inclusive não existe nenhum povo, tribo ou clã com a denominação de índio. Na verdade, cada “índio” pertence a um povo, a uma etnia identificada por uma denominação própria. Berger (2015) analisa que a palavra “índio” foi uma identidade atribuída pelo colonizador, que enquadrou em um único termo povos e culturas diferentes, e passou a impor nessa homogeneização do “outro”, políticas coloniais, e depois nacionais, de marginalização. Porém Santos (2006) afirma que ser índio transformou-se em sinônimo de orgulho identitário. Ser índio passou de uma

generalidade social para uma expressão sociocultural importante do país.

Santos (2006) afirma que foram muitos anos de violência e dominação e, ainda assim os índios estão mais do que nunca vivos: para lembrar e viver a memória histórica e, mais do que isso, para resgatar e dar continuidade aos seus projetos coletivos de vida, orientados pelos conhecimentos e pelos valores herdados dos seus ancestrais, expressos e vividos por meio de rituais e crenças. São projetos de vida de 222 povos que resistiram a toda essa história de opressão e repressão. Viver a memória dos ancestrais significa projetar o futuro a partir das riquezas, dos valores, dos conhecimentos e das experiências do passado e do presente, para garantir uma vida melhor e mais abundante para todos os povos. Mas essa abundância de vida, buscada por todos os povos do mundo, para os povos indígenas passa necessariamente pela manutenção dos seus modos próprios de viver, o que significa formas de organizar trabalhos, de dividir bens, de educar filhos, de contar histórias de vida, de praticar rituais e de tomar decisões sobre a vida coletiva. Dessa maneira, os povos indígenas não são seres ou sociedades do passado. São povos de hoje, que representam uma parcela significativa da população brasileira e que lutam por sua diversidade cultural, territórios, conhecimentos e valores.

Santos (2006) entende que os povos indígenas do Brasil vivem atualmente um momento especial de sua história no período pós-colonização. Após 500 anos de massacre, escravidão, dominação e repressão cultural, hoje respiram um ar menos repressivo, o suficiente para que, de norte a sul do país, eles possam reiniciar e retomar seus projetos sociais étnicos e identitários. Culturas e tradições estão sendo resgatadas, revalorizadas e revividas. Terras tradicionais estão sendo reivindicadas, reapropriadas ou reocupadas pelos verdadeiros donos originários. Línguas vêm sendo reaprendidas e praticadas na aldeia, na escola e nas cidades. Rituais e cerimônias tradicionais há muito tempo não praticados estão voltando a fazer parte da vida cotidiana dos povos indígenas nas

aldeias ou nas grandes cidades brasileiras. Inclusive refletindo que o processo de entrar e fazer parte da modernidade não significa abdicar de sua origem nem de suas tradições e modos de vida próprios, mas de uma interação consciente com outras culturas que leve à valorização de si mesmo, até porque a cultura é dinâmica, se transforma.

3. Reorganização e Luta!

A partir do final do século XX e início do século XXI, ser indígena tem novos significados, que lhe prevê uma série de direitos: como nos artigos 231 e 232 da Constituição Federal de 1988, que busca garantir direitos às terras tradicionalmente ocupadas e legitimidade dos indígenas para defender seus direitos e interesses; a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT): em vigor no Brasil desde 1969, que institui a legalidade da consciência da identidade indígena e a autonegação dos povos; o Estatuto do Índio (Lei 6.001/1973), que trata de seus direitos civis e políticos, a questão das terras, educação, cultura e saúde; a Lei 11645/08, que torna obrigatório o estudo da história e cultura afro-brasileira e indígena.

Povos indígenas que, por pressões políticas, econômicas e religiosas ou por terem sido despojados de suas terras e estigmatizados em função dos seus costumes tradicionais, foram forçados a esconder e a negar suas identidades tribais como estratégia de sobrevivência, (para que passassem a sofrer menos perseguição e preconceito) estão reassumindo e recriando as suas tradições indígenas.

Santos (2006) faz o resgate de que nos fins da década de 1970, o próprio Estado tentou dizimar de vez com os povos indígenas e suas diversidades: por meio de uma lei que deveria transformar os índios sobreviventes em cidadãos comuns. Assim estaria decretada a extinção final dos povos indígenas do Brasil. Em grande medida, a emergência do movimento indígena na luta articulada pelos seus

direitos e interesses foi uma reação e uma resposta à estes propósitos do Estado. Lei que acontece em um período de expansão agropecuária estimulada pela política de ocupação do governo militar. Desde então, iniciou-se um longo processo de superação do fantasma do desaparecimento dos povos indígenas, de reafirmação das identidades étnicas e da reconstrução dos projetos socioculturais dos povos sobreviventes. Este processo está em curso com horizontes ainda incertos, mas bem mais esperançosos por causa do protagonismo cada vez mais forte dos povos indígenas. Os resultados dessa mudança de perspectiva histórica na luta de resistência indígena são expressos por alguns dados, como o crescimento demográfico dos povos indígenas em nosso país.

A partir dessa trágica experiência, os povos indígenas resolveram superar as rivalidades, e se uniram para lutar em conjunto por seus direitos. Para consolidar essa nova estratégia, diversos povos indígenas, a partir da década de 1970, começaram a criar suas organizações representativas para fazerem frente às articulações com outros povos e com a sociedade nacional e a internacional. A conjunção e a articulação entre tais organizações constituem hoje o chamado movimento indígena organizado. Santos (2006) afirma que com o surgimento do movimento indígena organizado a partir da década de 1970, os povos indígenas do Brasil chegaram à conclusão de que era importante manter, aceitar e promover a denominação genérica de índio ou indígena, como uma identidade que une, articula, visibiliza e fortalece todos os povos originários do atual território brasileiro e, principalmente, para demarcar a fronteira étnica e identitária entre eles, enquanto habitantes nativos e originários dessas terras. A partir disso, o sentido pejorativo de índio foi sendo mudado para outro positivo de identidade multiétnica de todos os povos nativos do continente. De pejorativo passou a uma marca identitária capaz de unir povos historicamente distintos e até mesmo rivais na luta por direitos e interesses comuns. É neste sentido que hoje todos os índios se tratam como parentes.

Santos (2006) analisa que os povos indígenas sempre resistiram a todo o processo de dominação, massacre e colonização europeia por meio de diferentes estratégias, desde a criação de federações e confederações de diversos povos para combaterem os invasores, até suicídios coletivos. A estratégia atual mais importante está centrada neste fortalecimento e na consolidação do movimento indígena organizado.

Nesta mesma década outro marco fundamental na transformação do pensamento e da práxis indigenista de acordo com Lacerda (2007) foi a Declaração dos antropólogos e sociólogos na Declaração de Barbados em 1971. Denunciando a continuidade da sujeição dos indígenas do continente a uma relação colonial de domínio originada com a conquista, a Declaração expressa um mea culpa das ciências sociais sobretudo da Antropologia como instrumento da dominação colonial, enfatizando também para a responsabilidade, neste processo, das missões religiosas e do próprio Estado. Quanto a este, apontava a necessidade de ruptura radical com as práticas colonialistas, através da criação de um estado verdadeiramente multiétnico no qual cada etnia tivesse direito à autogestão e à livre escolha de alternativas sociais e culturais. O Estado deveria garantir às populações indígenas o direito de serem e permanecerem elas mesmas, vivendo segundo seus costumes de se organizarem e de se governarem segundo sua própria especificidade cultural, sem contudo impedir aos seus membros o exercício de todos os direitos do cidadão. Propunha, então, como direito inalienável dos indígenas, o de serem protagonistas de suas próprias lutas de emancipação e seu próprio destino. Pois o índio não é um menor nem um inválido, e não pode ficar condicionado a critérios de uma suposta integração.

Nos anos 1980, a previsão do desaparecimento dos povos indígenas deu lugar a uma retomada demográfica geral. No Censo 2010, 817 mil pessoas se autodeclararam indígenas, o que significou um crescimento no período 2000/2010 de 11,4% (84 mil pessoas),

e no período 1991/2000, de aproximadamente 150% (440 mil pessoas).

Isto se deve, principalmente, à inclusão da categoria dos Indígenas à populações antes tidas como caboclas (miscigenação de indígenas, negros e brancos), que passaram a se reconhecer e autônomoar indígenas e a retomar suas identidades e territorialidades tradicionais além da categoria dos indígenas em contexto urbano.

De acordo com Silva (2008) a retomada do crescimento da população indígena, em processo, está vinculada, assim também, diretamente com as demarcações das terras indígenas e ao atendimento de políticas sociais e sanitárias. Muitos demógrafos atribuíram o fato a um momento mais apropriado para os indígenas, em que estavam saindo da invisibilidade pela busca de melhores condições de vida, mais especificamente, devido aos incentivos governamentais. Segundo Santos (2006), esse incremento poderia estar associado à melhoria nas políticas públicas oferecidas aos povos indígenas. Na década de 2000, houve muitos incentivos e programas para as populações de baixa renda e os indígenas estavam incluídos nesse grupo.

Por fim, entende Santos (2006) que o grande desafio dos povos indígenas é garantir definitivamente e em determinadas condições sociojurídicas ou de cidadania o seu espaço na sociedade brasileira contemporânea, sem necessidade de abrir mão do que lhe é próprio: as culturas, as tradições, os conhecimentos e os valores.

A lógica protecionista e tutelar do Estado em relação aos povos indígenas começa a mudar partir da CF 88 que reconhece o índio como provedor de direitos. A Constituição Federal (CF) de 1988 é um divisor de águas na legislação indigenista brasileira. Em seus artigos 231, nossa lei maior abandona o preceito da tutela e da integração dos Povos Indígenas (a uma suposta comunhão nacional) e passa a reconhecer aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, bem como os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam. A Constituição Federal de

1988 estabeleceu um novo ordenamento jurídico no Brasil, reconhecendo a sociedade brasileira como sendo pluriétnica e multicultural. Desde então, tornou-se necessário fazer as políticas públicas se direcionar pelo respeito e pelo atendimento aos direitos diferenciados. Cada um dos milhares de grupos e comunidades existentes dentro do território brasileiro pode e deve hoje receber o atendimento diferenciado pelos Poderes Públicos em níveis federal, estadual e municipal, em sintonia com seus usos, costumes e valores específicos. Ainda mais no caso das comunidades indígenas existentes em território nacional, por serem elas autóctones e terem seus direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, tendo também reconhecidos seus usos, costumes, línguas e cosmovisão próprios

Apesar da dizimação colonial, ainda hoje permanecem operantes modos de vida, formas de organização política, saberes e visões de mundo diversos que devem ser reconhecidos e respeitados. Resistem povos que souberam defender seus interesses ante a violenta expansão capitalista em nosso país e, hoje, afirmam suas identidades étnicas num contexto jurídico favorável ao reconhecimento dos seus direitos coletivos. Muitos povos indígenas resistiram à colonização através de estratégias de silenciamento e negação de suas identidades culturais.

Lacerda (2007) afirma que ao mesmo tempo em que aprendem novas formas de luta, os índios também ensinam ao Brasil que sua participação em todas as decisões que lhes dizem respeito, deverá ser uma constante daqui por diante.

4. Desafios

De acordo com Santos (2006) os povos indígenas, com forte sentimento de inferioridade, enfrentam duplo desafio: lutar pela auto-afirmação identitária e pela conquista de direitos e de cidadania nacional e global.

Um dos desafios colocados para a implementação de políticas públicas para indígenas diz respeito segundo Santos (2006) à antiga visão romântica sobre os índios, presente desde a chegada dos primeiros europeus ao Brasil. A visão que concebe o índio como ligado à natureza, protetor das florestas, ingênuo, pouco capaz ou incapaz de compreender o mundo branco com suas regras e valores. O índio viveria numa sociedade contrária à sociedade moderna. Essa visão criada por cronistas, romancistas e intelectuais, desde a chegada de Pedro Álvares Cabral em 1500, perdura até os dias de hoje e tem fundamentado toda a relação tutelar e paternalista entre os índios e a sociedade nacional, institucionalizada pelas políticas indigenistas do último século, inicialmente, por meio do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) e, atualmente, pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Aqui o índio é percebido sempre como uma vítima e um coitado que precisa de tutor para protegê-lo e sustentá-lo, isto é, sem tutor ou protetor os índios não conseguiriam se defender, se proteger, se desenvolver e sobreviver. Daí a ideia da FUNAI como pai e mãe, ainda muito presente entre vários povos indígenas do Brasil.

Outra perspectiva na visão de Santos (2006) seria a visão do índio cruel, bárbaro, canibal, animal selvagem, preguiçoso, traíçoeiro e tantos outros adjetivos e denominações negativas. Essa visão também surgiu desde a chegada dos portugueses, devido aos processos de resistência dos povos indígenas, aos processo de escravidão e violência. As denominações e os adjetivos eram para justificar suas práticas de massacre, como autodefesa e defesa dos interesses da Coroa. Ainda hoje essa visão continua sendo sustentada por grupos econômicos que têm interesse pelas terras indígenas e pelos recursos naturais nelas existentes. Os índios são taxados por esses grupos como empecilhos ao desenvolvimento econômico do país, pelo simples fato de não aceitarem se submeter à exploração injusta do mercado capitalista, uma vez que são de culturas igualitárias e não cumulativistas. Dessa visão resulta todo o tipo de

perseguição e violência contra os povos indígenas, principalmente contra suas lideranças que atuam na defesa de seus direitos.

A terceira perspectiva de acordo com Santos (2006) é sustentada por uma visão mais cidadã, que passou a ter maior amplitude nos últimos vinte anos, o que coincide com o mais recente processo de redemocratização do país, iniciado no início da década de 1980, cujo marco foi a promulgação da Constituição de 1988, que concebe os índios como sujeitos de direitos e, de uma cidadania plural. Aqui os povos indígenas ganharam o direito de continuar perpetuando seus modos próprios de vida, suas culturas, suas civilizações, seus valores, garantindo igualmente o direito de acesso a outras culturas, às tecnologias e aos valores do mundo como um todo.

Analisa Silva (2008) que os índios são vistos, ora como “bonzinhos” (visão paternalista e descendente); ora como atrasados (eles impedem o progresso); ora como puros (sem defeitos e sem malícia); ora como selvagens ou primitivos; ora como descaracterizados (porque viajam pelo país, usam calças, celular, internet, camisa, óculos, falam português).

Silva (2008) entende que esta caracterização atribuída aos indígenas estimulou no senso comum da população a criação da ideia que índio é coisa do passado, “primitivo”, negando-lhes a presença histórica e cultural na sociedade brasileira.

5. CRAS Indígenas

Durante muito tempo, nossas Constituições não reconheceram a sociodiversidade indígena, ao contrário, buscaram sua assimilação numa suposta identidade nacional unificada. Com a Constituição Federal de 1988, essa situação começa a mudar. Ela assegurou aos povos indígenas o respeito à sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, rompendo com a perspectiva tutelar vigente até então. A partir daí os povos indígenas passam a ser considerados pela legislação como “sujeitos de direitos” que

devem ter direito à terra e a políticas públicas que respeitem suas diferenças.

Atenta a essa realidade, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), (aprovada em 2004, possibilita a transição entre a tradição de favores políticos e caridade, que historicamente marcou essa área, para um novo estágio em que as ações de assistência estão sintonizadas com o campo do direito social), busca tornar visíveis pessoas tradicionalmente invisíveis ou excluídas socialmente. Afirmando a Assistência Social como direito universal, desconstruindo práticas patrimonialistas, tutelares e preconceituosas, que historicamente aprofundam desigualdades, além de reconhecer que as discriminações étnicas e raciais são promotoras de vulnerabilidades que devem ser enfrentadas.

Um dos maiores avanços da Política de Assistência Social enquanto direito social e na perspectiva de universalização da proteção social básica, foi a implantação dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) em quase todos os municípios brasileiros, materializando a presença do Estado em territórios marcados, historicamente, por desproteções e ausências de serviços públicos.

A Assistência Social, como um campo de políticas públicas de proteção social tem como princípios o atendimento das necessidades sociais da população, a universalização dos direitos sociais, o respeito à cidadania, autonomia e à convivência familiar e comunitária e a igualdade de direitos, sem discriminação de qualquer natureza. Sendo assim, a atuação dos técnicos deve ser pautada pelo respeito à diferença como direito assegurado aos povos indígenas. O CRAS deve ser a porta de entrada destes cidadãos ao SUAS (Sistema Único de Assistência Social).

A Assistência Social é uma política pública que visa respeitar e promover o respeito à diversidade cultural e étnica; garantia de participação dos usuários em todas as etapas de formulação, aplicação e avaliação das políticas a eles destinados; realização de estudos sobre o impacto social, cultura e ambiental decorrente de

atividades que os afetem; incentivo ao respeito e à preservação e manutenção de seus conhecimentos tradicionais. A Política Nacional de Assistência Social também deve se realizar de forma integrada às políticas setoriais, considerando as desigualdades sócio-territoriais, visando seu enfrentamento, a garantia dos mínimos sociais, o provimento de condições para atender contingências sociais e a universalização dos direitos sociais, e deve apoiar as famílias para que elas cumpram seu papel de referência primária de socialização, aprendizagem e desenvolvimento das capacidades humanas.

Um dos eixos estruturantes do SUAS é a territorialização. Isso significa descentralizar a política de forma a aproximá-la da vida cotidiana de seus usuários. Nesse sentido, a PNAS reconhece outras dimensões do território para além do seu aspecto físico: ele é um espaço coletivo vivido como suporte das relações sociais, do sentimento de pertencimento e solidariedade, mas também onde se manifestam conflitos e desigualdades. O CRAS materializa a presença do Estado no território, possibilitando a democratização do acesso aos direitos socioassistenciais e contribuindo para o fortalecimento da cidadania. Este conhecimento da realidade local é que permite a formação de uma rede de atenções voltada à defesa da vida relacional diante de várias agressões: isolamento (ruptura de vínculos, exclusão, abandono), subordinação (ausência de autonomia, protagonismo, liberdade) e exclusão social (apartação, estigma, discriminação).

De acordo com Brasil (2016) hoje temos 21 CRAS em comunidades indígenas, 574 CRAS e 240 CREAS que atendem comunidades indígenas, além da atuação das equipes volantes que totalizam 1.254, em 1.083 municípios.

No caso da construção do CRAS para um público indígena, quilombola ou outra comunidade tradicional, de acordo com Brasil (2005a) a elaboração do projeto arquitetônico deve levar em conta a organização socio-cultural destes povos. Para que este ambiente seja acolhedor, sua identidade física deve referenciar-se a noções correlatas a elementos identitários do grupo usuário do serviço sem,

no entanto, perder de vista que o CRAS é uma porta de entrada para o sistema de proteção social básica de assistência social e, enquanto tal, deve necessariamente ofertar serviços da Proteção Social Básica do SUAS. O projeto (localidade onde será construído, material de construção, estética, assim como disposição interna e externa do espaço físico) no caso de CRAS indígena e a adequação dos serviços devem ser pensados e discutidos em conjunto com lideranças indígenas, representantes do grupo usuário do serviço, e órgãos responsáveis pela questão indígena como FUNASA e FUNAI. Visa-se, garantir a funcionalidade do serviço, pois seu projeto será norteado pela perspectiva cultural do grupo étnico-racial atendido, assim como pelas expectativas que eles tem em relação a um serviço como este.

Brasil (2005a) determina que as equipes que desenvolverão trabalho em territórios com presença de populações tradicionais (indígenas, quilombolas) ou específicas, devem ser orientadas por um Antropólogo sobre as especificidades étnicas e culturais da população atendida, contribuindo no planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços e ações. Neste sentido, também é importante que a equipe técnica estabeleça interlocução com as lideranças da comunidade atendida, para legitimar e auxiliar o trabalho realizado junto à comunidade.

O CRAS deve ofertar, por meio do Programa de Atenção Integral à Família - PAIF, serviços para famílias e indivíduos que moram no território de abrangência deste, visando à prevenção de riscos e ao fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Deve prestar informação e orientações para sua população referenciada, acompanhamento familiar, ofertar serviços socioeducativos e de convivência, encaminhamento da população local para as demais políticas públicas, bem como promover a articulação com a rede de proteção social local no que se refere a direitos de cidadania, mantendo ativo um serviço de vigilância da exclusão social na produção, sistematização e divulgação de

indicadores da área de abrangência do CRAS, em conexão com outros territórios.

Os CRAS não devem restringir sua relação com os indígenas à gestão de benefícios (BPC) e programas de transferência de renda, embora seja importante, a renda é apenas uma das seguranças socioassistenciais que as equipes de referência devem buscar afiançar às famílias. Acolhida, convívio familiar e comunitário e autonomia, estas são as seguranças às quais todos os usuários do PAIF têm direito.

A metodologia proposta para o trabalho social com as famílias indígenas é a metodologia colaborativa. Ela promove o empoderamento dos povos indígenas porque considera suas comunidades, lideranças e instituições representativas como sujeitos de direitos capazes de propor, ao CRAS, linhas de ação em respeito aos seus usos, costumes e tradições. No caso dos povos indígenas, ser protagonista é resistir aos processos de dominação e exclusão historicamente constituídos; é opor-se, assim, a toda forma de dependência, tutela e subordinação. O trabalho do CRAS deve possibilitar às comunidades, famílias e seus membros o exercício da autonomia e do protagonismo, atributos inter-relacionados e essenciais na conquista de direitos e alcance da cidadania. Nesta metodologia, os povos indígenas são os protagonistas no trabalho social, o qual é voltado para o fortalecimento das suas culturas e a valorização das suas identidades étnicas, e as prioridades de atuação são definidas pelas comunidades, por seus representantes e lideranças. Sua execução depende de três princípios básicos: conhecimento da realidade local, colaboração intercultural e autonomia.

Entre as ações com as famílias indígenas, nós temos a acolhida, que é o início do vínculo. Para que este vínculo seja duradouro, a atitude do profissional deve ser aberta ao diálogo sem preconceitos para permitir que os indígenas relatem os problemas que estão enfrentando com a confiança de que poderão encontrar no CRAS o apoio institucional de que necessitam; ações individuais

e comunitárias como palestras, eventos, campanhas, oficinas e o direito ao atendimento e acompanhamento familiar.

Como afirma a PNAS, ao agir nas capilaridades dos territórios e se confrontar com a dinâmica do real, no campo das informações, essa política inaugura uma outra perspectiva de análise ao tornar visíveis aqueles setores da sociedade brasileira tradicionalmente tidos como invisíveis ou excluídos das estatísticas.

A situação de vulnerabilidade social dos povos indígenas pode ser atestada ao se conhecer o território e as famílias, agravadas muitas vezes pela insegurança alimentar, condições de seca, ausência de condições de plantio, conflitos interétnicos, conflitos com fazendeiros e posseiros, discriminação, entre outros fatores. A condição de indígena não pode ser, automaticamente, sinônimo de vulnerabilidade. Por isso o monitoramento é essencial para o gerenciamento do trabalho social com as famílias indígenas, que se trata do processo contínuo de produção de informações sobre a execução do serviço tendo em vista seus objetivos e metas.

A Proteção Social Básica, prevista na Política Nacional de Assistência Social, tem como objetivo prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Seus serviços e programas destinam-se à população em situação de vulnerabilidade social, decorrente da pobreza, privação e/ou fragilidade de vínculos afetivos - relacionais e de pertencimento social (discriminações raciais, etárias, étnicas, de gênero, por deficiência, dentre outras).

Visando promover o acesso dos Povos Indígenas às unidades públicas de proteção básica (CRAS) e aos serviços, ações, benefícios, projetos e programas nele desenvolvidos, ocorre a construção de CRAS em Terras Indígenas, populações que muitas vezes eram impossibilitados de acessar o serviço devido as distâncias do mesmo, visando a máxima ampliação do acesso e a qualidade do atendimento realizado.

O adequado atendimento nos serviços operados nestes CRAS, depende de uma melhor qualificação técnica do trabalho e das equipes responsáveis. O escopo do trabalho junto a estas comunidades é dotado de grande complexidade, em função das formas diferenciadas de organização social. Neste sentido, as equipes devem lidar, por exemplo, com distintos formatos de famílias, de organização das atividades produtivas ou de divisão sexual do trabalho. O cuidado no sentido de promover o respeito a valores culturais e a práticas sociais distintas, evitando intervenções que fragilizem a regulação social tradicional destas comunidades, exige um amplo trabalho de qualificação técnica da intervenção, assim como uma adequada capacitação e composição das equipes técnicas. O mesmo pode ser dito face aos processos históricos de segregação e discriminação aos quais estas comunidades estão submetidas, fenômenos que também precisam ser objeto de reflexão por parte das equipes técnicas, na organização e planejamento das ações.

Destacam-se, além da necessidade de fortalecimento de ações de capacitação das equipes, é necessário de acordo com Brasil (2007) maior integração entre as esferas de governo, em especial a federal e a municipal visando à orientação e aprimoramento deste trabalho; presença de profissionais de antropologia e/ou com formação indigenista nas equipes; profissionalização das equipes técnicas em número suficiente e de forma estável; e ampliação do esforço de acompanhamento e avaliação dos trabalhos em curso.

As discussões sobre os serviços dos CRAS nos municípios já beneficiados na análise de Brasil (2007) devem, em muitos casos, ser aprofundadas, pois muitas vezes a comunidade não tem informações de que aquele equipamento deve lhes prestar serviços, mantendo-se distante do Centro de Referência, assim como a consulta às comunidades indígenas é essencial para que os CRAS sejam instrumentos efetivos de serviços em benefício desta população, pois é necessário aprimorar a escuta às comunidades quando do planejamento, da instalação e das atividades dos CRAS,

para que sua presença possa ser de fato construtora de uma nova realidade nestes territórios e para estes povos.

6. Considerações Finais

Assumir o desafio de implementar política pública para populações indígenas é passar a ver estes povos como sujeitos de sua própria história, capazes de conduzir e negociar suas mudanças. Pode-se, através dos CRAS indígenas criar condições para o fortalecimento destes povos, se criando melhores condições para que eles façam sua história, para o que a Constituição de 1988 contribui de modo valioso. Porém, como afirma Cohn (2001) não somos nós quem deve decidir qual a “cultura” que eles devem seguir, e muito menos como irão manter suas tradições.

Também é importante compreender que a força do movimento indígena se dá com legislações que visam protegê-lo, mas sobretudo com suas formas de organização e luta, intensificadas desde os anos 1970, e que ainda resistem na luta histórica em busca do direito aos seus territórios, afirmação da cultura, vida e identidade.

E que apesar das conquistas trazidas pela Constituição Federal Brasileira a realidade dos indígenas brasileiros ainda é de descaso, preconceito e tutela. Após a Constituição em 1988, muito se fez para garantir e efetivar os direitos indígenas e o desenvolvimento de políticas públicas voltadas as suas necessidades e tradições, porém a realidade ainda está muito longe da ideal.

Como afirma Caleffi (2007) ser índio refere-se a ressignificar uma generalização feita pelo colonizador em relação à vários povos diferentes aqui encontrados (povos originários), ressignificado numa coletividade que hoje tem direitos assegurados, porém isto não significa abrir mão de suas identidades específicas, mas pelo contrário, a partir desta união se tem conseguido avançar em relação a seus direitos.

E sobretudo este artigo visa discutir a importância da Política de Assistência Social, sobretudo dos CRAS, que são a porta de entrada desta política, mais especificamente do CRAS indígena e como o mesmo deve ser implantado e em que perspectiva este equipamento pode ser um potencializador de direitos e de proteções para os povos indígenas em nosso país. Respeitando as diversidades étnico raciais de cada povo, rompendo com visões eurocêntricas, preconceituosas e colonialistas em relação à estes povos, dando vez e voz à estas populações nas ações do CRAS dentro dos territórios indígenas e promovendo uma política de assistência social qualificada e engajada na melhoria de vida destas populações, na perspectiva de construção de uma nova política indigenista de respeito às diversidades dos povos indígenas e de fomento de seus processos de autonomia e participação.

Referências

- ABREU, Francisca Kayna Azevedo Honorato. **O adolescente Pitaguary: a construção da identidade como sujeito indígena**. Fortaleza: FaC, 2013.
- BERGER, William. **A expressão indígena da questão social no quadro da formação social brasileira**: quais os desafios para a política social? Rio de Janeiro: Revista Moitará, v.1, n.1, p. 1-23. 2015.
- BORGES, Júlio César. **Territórios recortados, políticas fragmentadas**: a experiência da Assistência Social entre os índios Pataxó. Goiânia: UFG, 2015.
- BRASIL. **Estatuto do Índio**. Decreto nº 6001, 19 de dezembro, 1973.
- _____. Presidência da República. **Decreto presidencial nº 5.051 que promulga a convenção 169 de 1989**. Brasília, 1989.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social**. Lei nº 8.742 de 7 de dezembro, 1993.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: MDS, 2004.

- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Guia de orientação técnica do SUAS Nº 1 - Proteção Social Básica de Assistência Social**. Brasília: MDS, 2005a.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica da Assistência Social**: NOB/SUAS. Brasília: MDS, 2005b.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Relatório GT Povos Indígenas**. Brasília: MDS, 2007.
- _____. Presidência da República. **Lei 11.645 de 10 de marco de 2008**. Brasília, 2008.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações técnicas Centro de Referência de Assistência Social – CRAS**. Brasília: MDS, 2009.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos - NOB-RH/SUAS**. Brasília: MDS, 2011.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas Trabalho Social Com Famílias Indígenas: Proteção Social Básica Para Uma Oferta Culturalmente Adequada**. Brasília: MDS, 2016.
- CALEFFI, Paula. **O que é ser Índio hoje?** A questão indígena na América Latina/Brasil no início do século XXI. Dinamarca: Universidade de Aarhus, 2007.
- CHAUÍ, Marilena. **Brasil: Mito fundador e sociedade autoritária**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.
- COHN, Clarice. **Culturas em transformação: os índios e a civilização**. São Paulo: São Paulo em Perspectiva, vol.15, n.2, pp.36-42. 2001.
- CRISTO, Priscila Diniz de Oliveira de. **Política de assistência social e efetivação de direitos na Comunidade Guarani Tekoa Karaguatá - Sambaqui Guaraguaçu, Pontal do Paraná, PR**. Paraná: UFPR, 2011.

IBGE. **Censo Demográfico 1991/2010 - categoria 'indígena' do quesito da cor ou raça**, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf> Acesso em: 28/04/2016.

JÚNIOR, Caio Prado. **Formação do Brasil Contemporâneo**: Colônia. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1961.

LACERDA, Rosane Freire. **Diferença não é incapacidade**: Gênese e trajetória histórica da concepção da incapacidade indígena e sua insustentabilidade nos marcos do protagonismo dos povos indígenas e do texto constitucional de 1988. Brasília: UNB, 2007.

QUERMES, Paulo Afonso de Araújo; CARVALHO, Jucelina Alves de. **Os impactos dos benefícios assistenciais para os povos indígenas**: estudo de caso em Aldeias Guaranis. São Paulo: Revista Serviço Social e Sociedade, n.116, p.769-791. 2013.

SANTOS, Luciano Gersem dos. **O índio brasileiro**: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade - SECAD, 2006.

SCHWINGEL, Lúcio Roberto. **Povos indígenas e políticas públicas da assistência social no Rio Grande do Sul**: Subsídios para a construção de políticas públicas diferenciadas às Comunidades Kaingang e Guaraní. Rio Grande do Sul: Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social, 2002.

SILVA, Heloísa Helena Correa da. **Indígenas urbanos uma questão social no contexto da cidade de Manaus**. Manaus: UFAM, 2008.

SOUZA, Alcinéia Moreira. **A Política de Assistência Social à População Indígena**: a que será que se destina? Brasília: UNB, 2011.

Capítulo 29

Políticas sociais de transferência de renda: uma análise do programa bolsa família no Brasil

Marcelo Matos Michiles¹

Introdução

O referido artigo tem como tema, as Políticas Sociais de Transferência de Renda, mais especificamente a análise do Programa Bolsa Família no Brasil. Este trabalho foi realizado refletindo-se inicialmente sobre a importância da política de Assistência Social e sua perspectiva de direito social, inserido a partir da Constituição Federal de 1988.

Também se discute a centralidade desta política de Assistência Social, numa conjuntura de cortes de investimentos em outras áreas da Seguridade Social, como a educação e a saúde, a partir das novas configurações do Capitalismo e do projeto Neoliberal.

Realizamos reflexões sobre o fenômeno da pobreza, fenômeno que busca ser atacado no país com o advento e expansão do Programa Bolsa Família. Buscamos analisar a pobreza para além da simples questão de incremento de renda, mas em uma perspectiva mais profunda e complexa do fenômeno.

¹ Graduado em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Ceará - UFC, 2005.2. Graduado em Serviço Social pela Faculdade Cearense - FaC, 2014.1. Especializando-se em Gestão do SUAS. Trabalhou como Assistente Social em Centro de Referência da Assistência Social - CRAS Indígena de Aquiraz/CE. Atualmente trabalha como Assistente Social no Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS do Várzea Alegre/Ce.

E sobretudo fazemos a análise do Programa Bolsa Família no país, em suas possibilidades e limites, na perspectiva de contribuir um pouco mais com o debate, na tentativa de desmistificar sentidos comuns que permeiam nosso cotidiano sobre o Programa.

A metodologia de pesquisa foi a pesquisa bibliográfica sobre o assunto, baseada sobretudo nas autoras: MOTA (2009), SILVA (2004) IAMAMOTO (2012), YASBEK (2008) entre outros que enriqueceram o debate e possibilitaram que o artigo acontecesse.

2. Assistência social é direito

A partir da nossa Constituição Federal de 1988 a Política de Assistência Social passa a compor a Seguridade Social, juntamente com a saúde e a previdência, e passa a ter a perspectiva de direito.

Antes disso, historicamente em nosso país a assistência social sempre foi tratada em uma perspectiva assistencialista, da caridade, com programas e ações pontuais, descontínuas e eventuais, numa perspectiva de favor, onde a população nunca foi vista numa perspectiva de direito, de cidadania.

A formação de nosso país sempre foi feita à base de muita exploração e desigualdade social, então temos enraizados dentro de nossa realidade, desigualdades históricas que geraram um alto índice de extrema pobreza e de desigualdades persistentes.

Ressalta Assumpção (2010) que desta forma, a partir da Constituição de 1988 a assistência social torna-se uma política de responsabilidade do Estado, e de direito da população, não contributiva, que provê os mínimos sociais e visa garantir o atendimento às necessidades básicas, como o enfrentamento da pobreza, objetivo prioritário nos últimos anos em nossas políticas sociais e também cobrado pelos organismos internacionais que interferem em nossas ações.

E uma das formas de se enfrentar esta pobreza tem como carro chefe o Programa Bolsa Família, que foi criado por meio da Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, além da garantia de assistência

social para quem dela necessitar, e os Benefícios e Serviços Socioassistenciais que integram esta política de assistência social, ampliando a proteção social e buscando promover a superação de situações de vulnerabilidade e de risco social.

Dentro desta política, temos o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, que é uma base de dados que identifica e traz o perfil das famílias de baixa renda, que permite conhecer a realidade socioeconômica dessas famílias. Com essas informações, registradas pelos municípios, o poder público pode criar e pôr em prática programas e ações específicas, como o Programa Bolsa Família, que contribuem para a redução das vulnerabilidades sociais a que essas famílias estão expostas.

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência de renda com condicionalidades (compromissos assumidos nas áreas de educação, de saúde e de assistência social), voltado para as famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o País, faz parte do Plano Brasil Sem Miséria (BSM), que está baseado na garantia de renda, na inclusão produtiva e no acesso aos serviços da área social.

O Programa gera uma transferência direta de renda à família e busca combater a pobreza e a desigualdade; promover o acesso das famílias mais pobres à rede de serviços públicos, em especial os de saúde, de educação e de assistência social; e incentivar que os vários órgãos do poder público trabalhem juntos nas políticas sociais e que apoiem as famílias a superar a condição de pobreza, através da intersetorialidade com outras políticas.

O cumprimento de condicionalidades de acordo com Sousa (2011) busca a ampliação de acesso aos serviços públicos que constituem direitos sociais, nas áreas de saúde, de educação e de assistência social. Na educação, todas as crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos devem estar devidamente matriculados e com frequência escolar mensal mínima de 85% da carga horária. Já as estudantes e os estudantes entre 16 e 17 anos devem ter frequência de, no mínimo, 75%. Na área de saúde, as famílias beneficiárias

assumem o compromisso de: manter o calendário de vacinação das crianças menores de 7 anos em dia; as mulheres na faixa de 14 a 44 anos também devem ser acompanhadas e, se são gestantes ou estão amamentando, devem realizar o pré-natal e o acompanhamento da sua saúde e da saúde do bebê. O descumprimento de condicionalidades pode gerar efeito sobre os benefícios da família, como: advertência, bloqueio e suspensão.

3. Centralidade da Assistência Social: é possível ser heroína sozinha?

Assumpção (2010) afirma que a década de 1980, ficou conhecida do ponto de vista econômico como a década perdida, foi um período de intensas lutas sociais que culminaram na elaboração de nossa atual Constituição federal, conhecida como Constituição Cidadã. É a partir daí que a assistência social foi reconhecida como direito social e dever do Estado e constituinte da seguridade social, juntamente com a previdência social e a saúde, prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição. Esta constituição deve ser reconhecido como expressão de resistência e autonomia dos setores progressistas da sociedade brasileira, já que o cenário internacional era adverso a qualquer iniciativa de intervenção social do Estado em face das críticas neoliberais ao Welfare State nos países desenvolvidos.

Porém, se de um lado, temos os avanços obtidos mediante a promulgação da Constituição de 1988, que assinala o caráter universal da seguridade social, defendendo o reconhecimento dos direitos sociais dos cidadãos; de outro, temos a política neoliberal, com seus ajustes macroeconômicos, que, por sua vez, põem em xeque os próprios preceitos constitucionais, principalmente no que concerne à intervenção do Estado, em que há a constante defesa em torno da desregulamentação deste último.

O neoliberalismo não permite o desenvolvimento de políticas sociais universais, preconiza, o desenvolvimento de ações

focalizadas na pobreza absoluta, ações direcionadas para os comprovadamente pobres. Na realidade, tal desenvolvimento constitui proposta dos organismos internacionais, como o Banco Mundial.

Assim, tanto a seletividade como a focalização constituiu uma verdadeira estratégia neoliberal para o campo social, pois, uma vez que preconizava-se o corte nos gastos sociais, estes deveriam ser empregados exclusivamente em ações de caráter emergencial voltadas para os mais pobres. Questionamos aqui não a questão de recursos para os pobres, e sim o fato de esses programas substituírem políticas sociais mais abrangentes. E se por um lado, se investe cada vez mais recursos no Programa Bolsa Família, por outro os investimentos no Sistema único de Assistência Social (SUAS) são deficitários.

A Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Assistência Social, a Política Nacional de Assistência Social e o SUAS foram marcos fundamentais na regulamentação e sistematização da política de Assistência Social. Política esta que tem assumido centralidade na seguridade social e no âmbito da proteção social, entretanto cada vez mais pela via focalista e seletiva, e a expansão desta política tem se efetivado pela priorização dos Programas de Transferência de Renda, sobretudo do Programa Bolsa Família. No Brasil, é sob o governo Lula, em 2003, que há a unificação de diversos Programas de Transferência de Renda no Programa Bolsa Família (PBF) e entende Assumpção (2010) que são estes programas de transferência de renda que têm mais visibilidade e acabam por caracterizar as ações do governo nesta área.

De acordo com Mota (2009), mesmo com o investimento insuficiente na assistência social ela teve destaque numa realidade onde se tem cada vez mais a mercantilização e privatização da saúde e da previdência. Um dos argumentos dessas privatizações é de que há um aumento da pobreza e a impossibilidade de equilíbrio financeiro, por isso a solução seria a privatização da saúde e previdência, juntamente com a focalização dos segmentos mais

pobres da população. Nisto há uma fetichização da assistência como política de enfrentamento da desigualdade social e principal mecanismo de proteção social no Brasil.

Mota (2009) analisa que para um país de trabalho precarizado como o Brasil combinar previdência limitada e assistência apenas aos mais pobres não garante proteção social. Além do que, esta centralidade da assistência, que na prática se dá não como política mediadora de acesso a outras políticas e sim como uma política que tem a função de dar conta de todas as questões (devido a precariedade cada vez maior das outras políticas) é um papel impossível que acaba a lhe caber, uma super heroína, que vive da fama que lhe delegaram, pois se trata de um fetiche, pois isto não é de forma nenhuma possível de forma isolada (embora a política se proponha intersetorial com outras políticas).

E embora ao mesmo tempo que se tenha cada vez mais a ampliação de ações compensatórias, como as políticas de transferência de renda, temos por parte do governo cada vez mais cortes nos acessos aos direitos sociais, assim a Assistência Social, mais do que uma política de proteção social, se constitui num mito social, que não pode dirimir tantas questões somente com sua intervenção isolada, dentro de uma política fragmentada, e dentro de um sistema capitalista que produz cada vez mais miséria, sobretudo dentro de um projeto neoliberal.

Em uma realidade cada vez mais despolitizada, onde Mota (2009) analisa que se discute inclusão e exclusão, e não mais guerra de classes, numa posição neutra em relação à pobreza e ao capitalismo enquanto meio econômico de acumulação de riquezas em detrimento da exploração da classe trabalhadora, além da desvinculação da questão do trabalho, como questão central para uma parte da população, que não consegue sequer adentrar no mercado de trabalho. Nesta impossibilidade de garantir direito ao trabalho, o Estado capitalista amplia o campo de ação da assistência social. Portanto entendemos que a centralidade dada à Assistência Social nos últimos anos, demonstra que as políticas que integram a

seguridade social estão longe de formarem um amplo e articulado mecanismo de proteção, principalmente diante da impossibilidade do Estado de garantir o direito ao trabalho.

“Amparada pela naturalização da ordem, a burguesia busca, dentre outros objetivos, transformar o cidadão sujeitos de direitos num consumidor; o trabalhador num contribuinte autônomo; o desempregado num beneficiário da assistência social; e a família e a comunidade em células de uma ‘sociedade solidária, socialmente responsável e cooperativa’.” (MOTA, 2009, p. 144)

Assim, o enfrentamento da ‘questão social’, no entendimento de Yasbek (2007) acaba por ser uma refilantropização da assistência, pois o governo acaba por transferir esta responsabilidade para a sociedade civil, entendendo a sociedade civil como um espaço harmônico e de colaboração de classes, além da coresponsabilidade da sociedade e sobretudo da família nas soluções das contradições sociais, como se a realidade não fosse contraditória e permeada de disputas de projetos societários.

Silva (2010) analisa que a aflição da classe trabalhadora, devido a não garantia do atendimento de suas necessidades básicas pelo conjunto das políticas sociais, jamais caberá ser preenchida pela assistência social, pois garantir proteção social sem assegurar emprego protegido e tantas outras políticas sociais e direitos é uma missão impossível, portanto a assistência social, não pode ser tomada como fetiche na solução da desigualdade.

Outro ponto bastante relevante, trazido por Boschetti (2006) é a análise de que nosso Estado Social tem financiamento regressivo, isto é, vem sendo sustentado pelos mais pobres, ou seja, não é redistributivo. Assim, ele retira recursos dos mais pobres para os mais ricos, desta forma a seguridade social é financiada indiretamente por seus próprios beneficiários e diretamente pelos contribuintes da previdência social.

Mesquita (2013) analisa que outro grande equívoco acontece quando se entende que a política pública da Assistência deva ser a

política responsável por se ocupar do pobre ou da situação de pobreza, pois a questão do pobre e da pobreza está totalmente imbricada com o modelo econômico que vivemos, assim não será uma única política social a mudar isto. A partir disso, os programas de transferência de renda com condicionalidades e centrados nas famílias pobres apresentam-se como a estratégia dominante desse sistema para o enfrentamento da pobreza.

Desta forma, Raupp (2007) reitera o que aqui discutimos, que a Política de Assistência Social passa a assumir uma grande parcela da população, na tarefa de garantir proteção social. Numa conjuntura de capitalismo, onde não é possível garantir o direito ao trabalho, tanto pelo nível de desemprego estrutural, como pela orientação da política neoliberal. Desta forma a Assistência Social intervém junto aos pobres, miseráveis, desempregados, desqualificados para o mercado de trabalho e os inaptos a produzir. Entendemos, portanto, que a pobreza é um fenômeno complexo derivado do modo pelo qual uma sociedade distribui e concentra o acesso à sua riqueza social produzida.

4. Pobreza, uma questão de renda ou um fenômeno complexo?

Entende Sposati (1997) o conceito de pobreza é relativo, reflete hábitos, valores e costumes de uma sociedade. Porém para se delimitar e estudar a pobreza, critérios são definidos para conceituá-la, e entendê-la na sua dimensão invariável, embora específica e simplificadora, que é a renda. Esta passa a ser uma medida que permite estabelecer uma linha de pobreza como parâmetro para pesquisas científicas que avaliam a realidade a partir de um padrão de renda mínimo. Entendemos, entretanto que a renda é apenas uma das dimensões da pobreza, ainda mais na sociedade capitalista, onde a pobreza não pode ser lida como um fenômeno isolado.

Sposati (1997) reitera que devemos lembrar que a pobreza é um processo resultante entre outras coisas de uma estrutura de desigualdades sociais historicamente presente na realidade

brasileira, em diversos fatores e situações que vivenciamos. Além disso, devemos considerar que estamos em um país de extensão continental, com diferenças culturais e regionais, climáticas e geográficas que devem ser também considerados na elaboração das políticas de enfrentamento à pobreza.

O Brasil não é um país pobre, mas um país com muitos pobres, e um país extremamente injusto e desigual. Magro (2011) analisa que a superação destas intensas desigualdades sociais, vêm sendo construída e pensada sob uma ótica residualista de diminuição da pobreza, sem se combater as raízes da desigualdade.

Bello (2014) afirma que na década de 1990, se formou no Brasil uma frente denominada por Boito Jr (2012) de “neodesenvolvimentista”, de acordo com o autor esse modelo se firmou como tal nos governos de Lula e Dilma, que foi a base de sustentação da política de crescimento econômico aliado a transferência direta de renda, o “novo desenvolvimentismo” parte do pressuposto de que o Brasil está vivendo uma nova fase, a de um país desenvolvido aliado ao enfrentamento das desigualdades sociais. Porém embora seja necessário reconhecer avanços em relação ao enfrentamento da pobreza, a desigualdade social continuou intacta. Se a pobreza extrema foi o alvo destes governos, o combate à concentração de riqueza não foi também alvo dessa preocupação, se perpetuando a desigualdade, sendo assim, não pode-se afirmar que o país passa por um nova fase do desenvolvimento.

O Programa Bolsa Família (PBF) é a principal estratégia brasileira de combate à pobreza. Visa a articulação da transferência direta de renda ao cumprimento de condicionalidades pelas famílias beneficiárias e à oferta de programas complementares, como geração de emprego e de renda, cursos profissionalizantes, apoio às iniciativas de economia solidária, entre outros. É voltado ao público inscrito no Cadastramento Único para Programas Sociais do Governo Federal (CADÚNICO), desde que caracterizado em situação de extrema pobreza ou de pobreza, segundo os níveis de renda

familiar per capita. Medeiros (2008) analisa que seus efeitos positivos, se concentram mais na garantia da sobrevivência e menos no enfrentamento da pobreza, ou seja, os Programas de Transferências de Renda possuem um caráter de minimização da miséria e não de sua prevenção, embora em sua normatização a justificativa para a existência das condicionalidades estejam baseadas na proposta de rompimento do ciclo intergeracional da pobreza.

5. Programa Bolsa Família: uma análise necessária

De acordo com Mesquita (2013) desde a década de 1930, os programas de transferência de renda já faziam parte do debate público e de experiências em alguns países, entretanto o debate só volta a ressurgir no contexto de crise do capitalismo internacional e do contexto de grandes transformações econômicas, políticas e sociais ocasionadas ainda nos anos finais da década de 1970, é nesse âmbito que o debate internacional tem apontado os Programas de Transferência de Renda como possibilidade de solução para a crise do emprego, e o enfrentamento da pobreza.

Compreende Filho (2007) que os objetivos básicos do PBF em relação a seus beneficiários são: Promover o acesso à rede de serviços públicos, especialmente da Saúde, Educação e Assistência Social, com vista à redução, em longo prazo, da pobreza entre as gerações, e na perspectiva de ampliar o acesso aos direitos básicos, se centrando sobretudo na Educação, não permitindo que a criança deixe de estudar para ajudar no sustento de sua família com algum subemprego, a ideia é que a elevação do nível educacional dessas crianças permitirá ampliar sua capacidade futura de geração autônoma de renda, rompendo com o círculo vicioso de reprodução da pobreza; combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional, através do alívio imediato da pobreza alcançado por meio da transferência monetária às famílias, pois a disponibilidade de uma renda regular permite que as famílias satisfaçam

necessidades fundamentais, que as habilitam a ir mais além; estimular a emancipação das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza. O PBF deve ser promovido na perspectiva da intersectorialidade com outras políticas públicas, como a geração de trabalho e renda.

O Bolsa Família de acordo com Zimmermann (2008) equipara-se de forma bastante tímida aos programas europeus, os quais garantem, em sua essência, condições mínimas de existência no sentido amplo do termo. O Bolsa Família mal consegue mitigar a fome e mesmo assim é alvo de tantas análises preconceituosas, imagine se o mesmo configurasse como um benefício mais generoso a estilo do Europeu.

Um dos mitos em torno do PBF e fruto de preconceitos é o fato de tomar as transferências como um desestímulo ao trabalho, esta afirmação não se apoia em evidências empírica. Dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de acordo com Medeiros (2007) mostram que pessoas que vivem em domicílios onde há beneficiários do Bolsa Família trabalham tanto ou mais que as outras pessoas com renda familiar per capita similar. Portanto o “ciclo da preguiça” motivado pelas transferências é uma mentira.

“A maioria dos pobres é muito trabalhadora, conforme mostram os dados do IBGE. Talvez seja desnecessário enfatizar que geralmente, os pobres não deixam de trabalhar por decisões livres e espontâneas, e sim porque não têm emprego em condições aceitáveis.” (MEDEIROS, 2007, p.16).

Outra questão que deve ser trazida para o debate é o peso do PBF no orçamento, Medeiros (2007) entende que é insensato impedir a expansão do PBF ou criticar sua sustentação sob a justificativa de que causam pressão excessiva nos orçamentos públicos, pois não é verdade

Outro mito é o de vincular o PBF à redistribuição de renda no país. Pois, a nossa realidade demonstra o oposto, como demonstra

Mota (2009), não revela uma transferência de recursos dos mais ricos para os pobres e, sim sugere uma redistribuição de renda entre os próprios trabalhadores.

6. Considerações Finais

O PBF, portanto confere maior poder aquisitivo, condição indispensável para uma maior qualidade de vida das famílias, mas isto não garante a superação das precariedades, ou sequer da pobreza, pois olhar para a pobreza apenas por um ângulo restrito de renda per capita é ver o fenômeno de forma limitada. Assim como atribuir o papel da proteção social apenas à política de assistência social é outra impossibilidade, pois de forma isolada não se faz possível, a mesma deve vir acompanhada de investimentos em outras políticas, de emprego e renda, de habitação, de saúde, de educação, de segurança, de lazer, etc.

A superação da pobreza é muito mais ampla e complexa, e muito mais ainda complexa é a perspectiva de construção da cidadania no país, de um povo de fato sujeito de direitos, e mais profundo ainda é atacar a desigualdade social do país que persiste mesmo com as políticas de transferência de renda, pois para além disto temos um sistema capitalista que vive da exploração do trabalho e do trabalhador, que se dão de forma cada vez mais intensas.

O PBF, assim como demais programas de transferência de renda com condicionalidades devem ser complementados com outros programas sociais e com uma Política Econômica de geração de emprego e renda e de desconcentração da renda e da riqueza socialmente produzida. Além disso, as políticas de transferência de renda ficam aquém dos objetivos pretendidos, uma vez que o acesso à educação e à saúde de baixa qualidade e cada vez mais precarizadas não é capaz de gerar as condições necessárias à superação da vulnerabilidade.

Numa conjuntura, onde as políticas sociais estão cada vez mais próximas da lógica do mercado, distanciadas da lógica dos direitos sociais, cujos principais estratégias são focadas na monetarização, ou repasse de dinheiro para um determinado grupo. Desta forma, de um lado, ampliam-se as necessidades não atendidas da maioria da população, pressionando as instituições por uma demanda crescente de serviços sociais. Do outro lado, esse quadro choca-se com a restrição de recursos para as políticas sociais governamentais, coerente com os postulados neoliberais para a área social, que provocam o desmonte das políticas públicas de caráter universal, ampliando a seletividade típica dos “programas especiais de combate à pobreza” e o olhar segundo os parâmetros empresariais de custo/benefício, da eficácia/inoperância, da produtividade/rentabilidade. O resultado é a subordinação de necessidades sociais e sua satisfação à mecânica instrumental do orçamento público.

Referências

- ASSUMPÇÃO, Maria Clara Martins Alves. **Centralidade dos programas de transferência de renda na política de assistência social**. Rio de Janeiro: UERJ, 2010.
- BELLO, Marília Gonçalves Dal; REIS, Cássia Alves dos; CRUZ, Vanessa da. **Política de enfrentamento a pobreza no contexto neodesenvolvimentista**. Campos de Toledo: Unioeste, 2014.
- BÔAS, Livia Vilas. **A Focalização e Universalização na Política Social Brasileira: Opostos e Complementares**. Rio de Janeiro: UFF, 2011.
- BOITO Jr., Armando. **As bases políticas do neodesenvolvimentismo**. São Paulo: Fundação Getulio Vargas, 2012.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organização de Alexandre de Moraes. 16.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

- _____. **Decreto nº 5.209 de 17 de setembro de 2004:** Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências.
- _____. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.** Lei Orgânica de Assistência Social.
- _____. **Lei nº 10.836 de 9 de janeiro de 2004:** Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências.
- _____. **Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011.** Altera a Lei Orgânica de Assistência Social.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Caderno de Orientações:** aos Conselhos de Assistência Social para o Controle Social do Benefício de Prestação Continuada (BPC), Programa Bolsa Família (PBF) e Benefícios Eventuais da Assistência Social. Brasília: Conselho Nacional de Assistência Social, 2014.
- _____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos de Assistência Social – NOB-RH/SUAS de 2006:** aprovada pela Resolução nº 269, de 13 de dezembro de 2006, do CNAS.
- _____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Norma Operacional Básica do SUAS, de 2005.** Aprovada pela Resolução nº 130, de 15 de julho de 2005, do CNAS.
- _____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Norma Operacional Básica do SUAS, de 2012.** Aprovada pela Resolução nº 33, de 12 de dezembro de 2012, do CNAS.
- _____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Política Nacional de Assistência Social, de 2004:** aprovada pela Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004, do CNAS.

CAMPELLO, Tereza; NERI, Marcelo Côrtes. **Programa Bolsa Família:** uma década de inclusão e cidadania. Brasília: Ipea, 2013.

COLARES, Mônica Socorro Pereira. **Programa de Transferência de renda no Brasil e seus desafios futuros.** Rio de Janeiro: UFF, 2010.

FERRAZ, Lúcio Flávio. **Programa Bolsa Família: Impactos na distribuição da renda.** Brasília: Instituto Serzedello Corrêa, 2008.

FERREIRA, Viviane Capitani; AQUINO, Carla Botrel Consentino de. **Programa Bolsa Família: Superando a pobreza e reduzindo a privação de capacidades.** Varginha: UNIFAL, 2012.

FILHO, Antônio Claret Campos. **Transferência de renda com condicionalidades e desenvolvimento de capacidades: uma análise a partir da integração dos programas Bolsa Família e Vida Nova no Município de Nova Lima.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2007.

FILHO, Antônio Euzébios; GUZZO, Raquel Souza Lobo. **A migalha nossa de cada dia: um estudo sobre a consciência política de beneficiários dos programas de transferência de renda de uma região de Campinas.** In: XV Congresso nacional da ABRAPSO, 2010, Maceió. Anais do VX Congresso da ABRAPSO, p. 1-9, 2010.

GODINHO, Isabel Cavalcante. **Pobreza e desigualdade social no Brasil: um desafio para as Políticas Sociais.** Rio de Janeiro: IPEA, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** 7 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

LAVINAS, Lena. **Transferência de Renda: o “quase tudo” do Sistema de Proteção Social Brasileiro.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

MAGRO, Aline Fátima do Nascimento; REIS, Carlos Nelson dos. **Os Programas de Transferência de Renda na América Latina: panorama de experiências em desenvolvimento.** Rio Grande do Sul: PUCRS, 2011.

MEDEIROS, Marcelo; BRITTO, Tatiana; SOARES, Fábio. **Transferência de Renda no Brasil.** São Paulo: Novos Estudos, n. 79, 2007.

MENDOSA, Douglas. **Gênese da política de assistência social do governo Lula.** São Paulo: Usp, 2012.

MESQUITA, Adriana de Andrade; FREITAS, Rita de Cássia dos Santos. **Programas de transferência de renda e centralização nas famílias:** prioridades do sistema de proteção social não contributivo brasileiro em questão. Rio de Janeiro: Revista O Social em Questão, ano XVII, nº 30, 2013.

MORAIS, Maria Derli de Oliveira; BITTENCOURT, Rosely. **Estratégias de enfrentamento à extrema pobreza em Curitiba sob a perspectiva dos gestores da Assistência Social:** um olhar sobre a Ação Brasil Carinhoso. Belo Horizonte: Perspectivas em Políticas Públicas, vol. VII, n. 14, p. 99-124, jul/dez 2014.

MOTA, Ana Elizabete. **O Mito da Assistência Social:** ensaios sobre Estado, política e sociedade. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

RAUPP, Gleice Candioto. **Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e Programa Bolsa Família (PBF) de Florianópolis:** uma análise da unificação dos benefícios. Florianópolis: UFSC, 2007.

RÜCKERT, Isabel Noemia. **A política de Assistência Social e os programas de transferência de renda para o RS.** Porto Alegre: PUCRS, 2006.

SANTOS, Cláudia Roberta Bocca; MAGALHÃES, Rosana. **Pobreza e Política Social:** a implementação de programas complementares do Programa Bolsa Família. Rio de Janeiro: Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol.17, n.5, Maio de 2012.

SILVA, Maisa Miralva da. **Seguridade Social Brasileira:** a assistência social mitificada sob o predomínio da transferência condicionada de renda. In: 13º Congresso BIEN 2010 - Renda básica como instrumento de justiça e paz. São Paulo: 2010.

SILVA; Maria Ozanira da Silva e. **Os Programas de Transferência de Renda na Política Social Brasileira:** seu desenvolvimento, possibilidades e limites. São Luís: Revista de Políticas Públicas, vol. 8, n. 2, p. 113-133, 2004.

SILVA, Marina da Cruz; BOAVENTURA, Vanessa Cunha; JESUS, Fernanda Ferreira de. **Políticas Públicas e Programas de Transferência de Renda:** O impacto do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e do Programa Bolsa Família (PBF) na vida dos idosos residentes nas cidades de Cachoeira e São Félix-BA. Cruz das Almas/Bahia: UFRB, 2012.

- SILVA, Mossincléia Mendes da; ROCHA, Eric Paulino. **A Centralidade dos Programas de Transferência de Renda na Assistência Social Brasileira e a Inserção Sócio-Ocupacional dos (as) Assistentes Sociais nesta Política Pública.** Rio de Janeiro: UERJ, 2012.
- SIQUEIRA, Luana. **O paradoxo da política de assistência social no Brasil.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.
- SOUSA, Tázya Coelho. **Programas de Transferência de Renda:** do merecimento por destituição a destituição de direitos. Brasília: UNB, 2011.
- THEODORO, Mário; DELGADO, Mário Theodoro. Guilherme. **Política Social:** Universalização ou Focalização - subsídios para o debate. Brasília: IPEA, 2007.
- YASBEK, Maria Carmelita. **Estado e Políticas Sociais.** Rio de Janeiro: Revista Praia vermelha, vol.18, n. 1, 2008.
- ZIMMERMANN, Clóvis Roberto; SILVA, Marina da Cruz. **O Programa Bolsa Família:** lições da experiência alemã. Maringá: Revista Espaço Acadêmico, nº 98, Julho de 2009, Ano IX. MEDEIROS, Mara Rosange Acosta de. **Condicionalidades nos Programas de Transferência de Renda:** tensão entre direitos e controle dos pobres. Porto Alegre: PUCRS, 2008.