

ELÓI MARTINS SENHORAS
FLÁVIA CRISTINA SILVEIRA LEMOS
(organizadores)

ASSISTÊNCIA SOCIAL

Temas em Contexto



ASSISTÊNCIA SOCIAL

Temas em Contexto

ASSISTÊNCIA SOCIAL

Temas em Contexto

ELÓI MARTINS SENHORAS
FLÁVIA CRISTINA SILVEIRA LEMOS
(organizadores)



BOA VISTA/RR
2023

Editora IOLE

Todos os direitos reservados.

A reprodução não autorizada desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação dos direitos autorais (Lei n. 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.



EXPEDIENTE

Revisão

Elói Martins Senhoras
Maria Sharlyany Marques Ramos

Capa

Alokike Gael Chloe Hounkonnou
Elói Martins Senhoras

Projeto Gráfico e

Diagramação

Elói Martins Senhoras
Balbina Líbia de Souza Santos

Conselho Editorial

Abigail Pascoal dos Santos
Charles Pennaforte
Claudete de Castro Silva Vitte
Elói Martins Senhoras
Fabiano de Araújo Moreira
Julio Burdman
Marcos Antônio Fávaro Martins
Rozane Pereira Ignácio
Patrícia Nasser de Carvalho
Simone Rodrigues Batista Mendes
Vitor Stuart Gabriel de Pieri

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO (CIP)

Se 54 SENHORAS, Elói Martins; LEMOS, Flávia Cristina Silveira (organizadores).

Assistência Social: Temas em Contexto. Boa Vista: Editora IOLE, 2023, 351 p.

Série: Serviço Social. Editor: Elói Martins Senhoras.

ISBN: 978-65-85212-06-9
<https://doi.org/10.5281/zenodo.7580722>

1 - Assistência Social 2 - Brasil. 3 - Estudos de Caso. 4 - Portugal.
I - Título. II - Senhoras, Elói Martins. III - Serviço Social. IV - Série

CDD-360

A exatidão das informações, conceitos e opiniões é de exclusiva responsabilidade dos autores.



EDITORIAL

A editora IOLE tem o objetivo de divulgar a produção de trabalhos intelectuais que tenham qualidade e relevância social, científica ou didática em distintas áreas do conhecimento e direcionadas para um amplo público de leitores com diferentes interesses.

As publicações da editora IOLE têm o intuito de trazerem contribuições para o avanço da reflexão e da *práxis* em diferentes áreas do pensamento e para a consolidação de uma comunidade de autores comprometida com a pluralidade do pensamento e com uma crescente institucionalização dos debates.

O conteúdo produzido e divulgado neste livro é de inteira responsabilidade dos autores em termos de forma, correção e confiabilidade, não representando discurso oficial da editora IOLE, a qual é responsável exclusivamente pela editoração, publicação e divulgação da obra.

Concebido para ser um material com alta capilarização para seu potencial público leitor, o presente livro da editora IOLE é publicado nos formatos impresso e eletrônico a fim de propiciar a democratização do conhecimento por meio do livre acesso e divulgação das obras.

Prof. Dr. Elói Martins Senhoras

(Editor Chefe)



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
<hr/>	
CAPÍTULO 1	
Clientelismo e Assistencialismo: A Tradição da Assistência Social no Brasil	13
<hr/>	
CAPÍTULO 2	
Portugal y España en sus Caminos Hacia una Política de Asistencia Social: Del Siglo XIX a los Años 1930	37
<hr/>	
CAPÍTULO 3	
Capitalismo Dependente e Assistência Social no Brasil no Século XXI	81
<hr/>	
CAPÍTULO 4	
O Assistente/Trabalhador Social Como Agente Ativo na Análise e Implementação de Políticas Públicas	121
<hr/>	
CAPÍTULO 5	
Os Impactos Sociais e Econômicos da Pandemia do Novo Coronavírus: Desafios Para o Trabalho de Assistentes Sociais em um Contexto de Neoliberalismo nas Políticas Sociais	161
<hr/>	

SUMÁRIO

CAPÍTULO 6 Assistência Social Focalizada: A Realidade dos Programas de Transferência Monetária no Brasil no Contexto da Covid-19	185
CAPÍTULO 7 Empreendedorismo e Controle Social pelas Políticas de Assistência Social Medicalizadas	209
CAPÍTULO 8 Produção da Exclusão e a Assistência Social em uma Sociedade Empreendedora	243
CAPÍTULO 9 Intersetorialidade no Terceiro Setor e o Papel do/a Assistente Social como Articulador de Rede Socioassistencial	269
CAPÍTULO 10 O Papel do Assistente Social no Acolhimento e na Garantia ao Acesso dos Usuários aos Programas da Rede SUS	289
CAPÍTULO 11 O Trabalho de Assistentes Sociais em uma Unidade de Cuidados Paliativos	309
SOBRE OS AUTORES	341

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A assistência social embora não seja caracterizada como uma temática nova, tornou-se central na sociedade contemporânea, tanto, em razão das trajetórias históricas de urbanização nas distintas formações nacionais, quanto da eventual emergência de sistemas de proteção social em alguns países dentro de um paradigma de *welfare state*, tornando-se assim um direito e objeto de ações e políticas sociais multifacetadas.

Justificado pela relevância fenomenológica que a profissionalização e institucionalização da assistência social adquiriu nos sistemas de proteção social a partir do século XX, este livro somente foi possível devido ao trabalho colaborativo enendrado por várias mãos, a fim de preencher uma lacuna científica, corroborando para a expansão da fronteira do conhecimento sobre a temática.

O trabalho coletivo desenvolvido em rede por um conjunto de vinte pesquisadoras e pesquisadores de instituições públicas e privadas de ensino superior do Brasil e de Portugal traz uma privilegiada imersão comparativa sobre a temática da assistência social a partir da conjugação do estado da arte com uma análise empírica em distintas realidades socioespaciais e com formações históricas específicas.

A finalidade da presente obra, intitulada “Assistência Social: Temas em Contexto” foi reunir diferentes profissionais que trabalham ou pesquisam a caleidoscópica prestação de serviços de assistência social para compartilharem uma série de experiências sobre distintas realidades socioespaciais e institucionais, oportunizando a troca de informações e a construção de novos conhecimentos.

A estruturação deste livro em onze capítulos apresenta uma instigante e panorâmica discussão temática sobre a assistência social devido ao papel das distintas formações acadêmicas e *expertises* dos autores, repercutindo assim em um rico momento para explorar, de modo multidisciplinar, as fronteiras do conhecimento com base na conciliação de teoria e empiria, bem como na revisão da literatura e em estudos de casos.

Caracterizado por uma natureza exploratória, descritiva e explicativa quanto aos fins, este livro teve o método histórico-teórico-dedutivo como pilastra mestre para fundamentar a análise sobre questões fáticas e teóricas com base nos procedimentos qualitativos, tanto, de revisão bibliográfica e documental no levantamento de dados, quanto de hermenêutica humanística na interpretação dos dados.

Recomendada para um conjunto diversificado de leitores, esta obra apresenta a realidade prática e o estado da arte sobre a assistência social a partir de macro e microanálises, presentes em capítulos redigidos que valorizam uma didática e fluída linguagem que atende aos interesses, tanto para um público leigo não afeito a tecnicismos, quanto para um público especializado de acadêmicos e profissionais da área.

Excelente leitura!

Prof. Dr. Elói Martins Senhoras

Profa. Dra. Flávia Cristina Silveira Lemos

(organizadores)

CAPÍTULO 1

*Clientelismo e Assistencialismo:
A Tradição da Assistência Social no Brasil*

CLIENTELISMO E ASSISTENCIALISMO: A TRADIÇÃO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL

Maithê Potrich

A Constituição Federal de 1988, conhecida como constituição cidadã, prevê, no parágrafo único do seu artigo 1º, que todo o poder emana do povo, seja ele exercido através da eleição de representantes ou da participação direta. Tal diretriz representa um avanço à democratização do Estado e à inclusão da sociedade civil, por meio de conselhos e conferências, no controle e na gestão das políticas públicas (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2011).

No Art. 194, a Constituição de 1988 adota o termo seguridade social para designar um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade. A assistência social passa a ser reconhecida, a partir desse momento, como um direito, e compõe, junto à saúde e à previdência, o tripé da seguridade social. A regulamentação da assistência social, no entanto, só ocorreu com a aprovação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) em 1993, que reafirmou, em seu artigo 1º, que a assistência social é direito do cidadão e dever do Estado.

Historicamente, as ações de assistência eram promovidas por organizações religiosas e baseadas na filantropia e na caridade. Ainda na década de 1980:

a assistência social era símbolo de uma ação a ser negada por significar tutela, favor, voluntarismo, clientelismo, assistencialismo, ação pontual e nunca campo de estudo e muito menos política social (SPOSATI, 2004, p. 03).

Esse artigo propõe uma análise sobre as formas que dois fenômenos específicos assumiram ao nortear as ações de assistência social no Brasil até a Constituição Federal de 1988: Clientelismo e Assistencialismo.

O estudo sobre as particularidades de cada fenômeno será acompanhado de uma comparação dos dois, a fim de desvelar a perspectiva que, mesmo assumindo manifestações diferentes, ambos compartilham sobre a assistência social. O texto está dividido em 03 partes, sendo a primeira dedicada ao Clientelismo e suas origens, a segunda concentrada no Assistencialismo e a terceira atribuída à análise da semelhança dos fenômenos anteriores a partir dos conceitos de favor, direito, Estado e Governo. A conclusão trará o percurso para consolidação da área como política pública e os efeitos que a tradição ainda reproduz sobre a assistência social.

O CLIENTELISMO E SUAS ORIGENS

Segundo Avelino Filho (1994), o termo clientelismo era utilizado pelos antropólogos para compreender as relações de poder pessoal em pequenas comunidades. A adoção do termo pela ciência política propõe um estudo da reprodução dessas micro-relações na dimensão total do sistema político. O autor (1994) afirma que, partindo da perspectiva do “desenvolvimento político”, em que as sociedades são divididas em três estados, sendo eles “tradicional”, “em transição” e “politicamente desenvolvida”, o clientelismo é resultado do desarranjo entre a estrutura social e o sistema político na superação do estágio tradicional pelo estágio de transição. Ao caracterizar a sociedade tradicional e a sociedade em transição, o autor define que:

as sociedades tradicionais são caracterizadas pelos partidos dos “notáveis”, pela dependência dos recursos pessoais do patrono que se reflete num poder quase doméstico, e pelo caráter afetivo da relação. No estágio de transição, o poder pessoal dos “notáveis” é enfraquecido; os recursos passam a ter origem predominantemente estatal; os partidos são mais organizados e disputam posições no aparelho do Estado para manipular os recursos públicos; e as relações entre o patrono e o cliente ganham um acento mercantil (AVELINO FILHO, 1994, p. 226).

O desejo de controlar os recursos públicos coloca em disputa as elites econômicas da sociedade tradicional, dessa vez como elites políticas. Nesse sentido, o poder doméstico que elas exerciam sobre sua comunidade privada é transferido para a administração pública. A esse tipo de dominação política, em que não há distinção entre os limites do público e do privado, uma vez que as relações de poder domésticas são reproduzidas na esfera pública, Faoro (1993) atribuiu, inspirado em Max Weber, o conceito de patrimonialismo.

Faoro (1993) explica que o patrimonialismo é um subtipo da dominação tradicional e dispõe de uma racionalidade material, que se orienta por valores religiosos, políticos e econômicos. Já a dominação racional, na concepção weberiana, nega motivações pessoais e afetivas em favor de uma racionalidade formal, exigente quanto a submissão da obediência às regras anteriormente estabelecidas, e não à pessoa. Nesta dominação, a economia se constitui como uma estrutura autônoma, enquanto naquela é necessário um poder que comande a sociedade e a economia. Ao contrapô-las, o autor conclui que:

A dominação patrimonial, ao contrário, por incompatível com a igualdade jurídica e as garantias

institucionais contra o arbítrio, torna o indivíduo dependente do poder que lhe dita, pela definição de valores, a conduta. Aponta, em consequência, para um sistema autocrático, que, em lugar de se desenvolver segundo uma ordem em que a sociedade é autônoma, afirma a dependência ao poder da autoridade (FAORO, 1993, p. 16).

Assim, a sociedade fica à mercê da decisão arbitrária da classe dirigente, que comanda a economia e a gestão dos recursos públicos, e utiliza esse poder em função dos seus interesses privados, o que não permitiu, no caso brasileiro, o reconhecimento da esfera pública enquanto espaço de cidadania. O Estado Patrimonialista é, portanto, um terreno fértil para as práticas clientelistas, tendo em vista que a população não dissocia a imagem do político daquele patrono protetor e provedor conhecido na sociedade tradicional (FIUZA; COSTA, 2015). Segundo as autoras, o político atende as necessidades da população através de doações, que passam a ser compreendidas pelos beneficiados como o meio mais adequado para ter seus anseios socorridos, portanto “o que se coloca no Estado patrimonial são as práticas de “ajudas” e não as do direito de cidadania” (FIUZA; COSTA, 2015, p. 68).

A troca de votos por cargos públicos, por exemplo, ilustra o que é o clientelismo e os efeitos que ele produz, mas não é sua única expressão. Essa prática consiste em oferecer um cargo público ao eleitor, que, em troca, deve direcionar o seu voto ao candidato que lhe fez a oferta. O cargo é revestido, portanto, de pessoalidade, dado que ele é visto como uma propriedade particular do político, que o concede ao eleitor, não como uma função que pertence ao poder público e a ele deve ser dedicada (FIUZA; COSTA, 2015).

Dessa forma, as práticas clientelistas representam a acomodação da coisa pública sob o domínio privado e a troca de

favores, além de ser um instrumento utilizado pelas classes que comandam o Estado. Carvalho (1997), ao propor uma discussão conceitual sobre mandonismo, coronelismo e clientelismo, aponta que este está presente em toda a história política brasileira e pode encontrar diferentes parceiros. De acordo com o autor (1997), quando os chefes políticos locais se veem incapazes de controlar o voto da população, o governo faz dos eleitores os seus clientes diretos. Segundo Carvalho:

as relações clientelísticas, nesse caso, dispensam a presença do coronel, pois ela se dá entre o governo, ou políticos, e setores pobres da população (CARVALHO, 1997, p. 03).

No Brasil, a condição dos setores pobres da população foi compreendida, por anos, como resultado de causas individuais e psicológicas, não como um efeito da estrutura social (MONTAÑO, 2012). Tal noção que a elite política compartilhava sobre a pobreza impedia que se estendesse a essa população direitos sociais, que eram criados pelo governo à medida que atendessem os seus interesses particulares, o que reduziu o direito à assistência social a um simples presente do Estado aos que, de acordo com o pensamento da época, eram pobres por culpa própria (FIUZA, COSTA, 2015).

Segundo Villanueva *et al.* (1999), essa perspectiva só foi superada em 1920, quando o Brasil, atrasado em relação aos países da Europa, conheceu a relação capital-trabalho e os problemas oriundos desse processo ganharam espaço na política governamental do período.

Santos (1987) afirma que as leis promovidas a partir de 1923, como aquelas que regulavam o trabalho de mulheres, crianças e as condições de segurança e higiene no trabalho, tinham como objetivo

regulamentar o processo de acumulação que se inaugurou, mas pouco agiram nesse sentido, mesmo que, ao mesmo tempo, atendessem a algumas reivindicações da classe operária emergente. Segundo o autor (1987), diante da insuficiência dessas leis em alcançar os resultados que se esperava delas, as demandas dos trabalhadores, dirigidas ao processo de acumulação, foram alvo da repressão do poder público.

A organização da acumulação conquistada em 1930 permitiu que estes anos trouxessem novidades ao cenário social e econômico no Brasil, cujo princípio está na noção de “cidadania regulada” (SANTOS, 1987). Isso significa dizer que “são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei” (SANTOS, 1987, p. 75). Assim, de acordo com o autor (1987), a carteira de trabalho, criada em 1932, torna-se o atestado de cidadania do trabalhador, uma vez que os seus direitos não estão diretamente associados ao Estado, mas dependem da intermediação da atividade profissional regulamentada que desempenha.

Os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) criados em 1934 são, no âmbito previdenciário, um exemplo da extensão de direitos sob as limitações da “cidadania regulada”. Cabia ao Estado selecionar as categorias profissionais às quais seriam outorgadas a cidadania e que, portanto, receberiam os benefícios dos IAPs (MATTA, 2013). Segundo o autor (2013), o fato de a representação dos trabalhadores e dos empresários ficar a cargo dos sindicatos indica a intenção do Estado de despolitizar a relação de classes e ocultar os conflitos de classes.

A organização e o funcionamento dos IAPs são inspirados no modelo bismarckiano de benefícios previdenciários, desenvolvido na Alemanha no final do século XIX. Segundo Boschetti (2009), esse modelo consiste na concessão de direitos a trabalhadores que, ao longo de sua atuação, tenham prestado contribuições diretas ao

Estado. Os recursos para o financiamento de programas inspirados nesse modelo serão retirados do montante das contribuições, que são baseadas na folha salarial do empregado (BOSCHETTI, 2009).

Nesse contexto, o clientelismo se reproduz de maneira diferente daquela praticada na Primeira República (1889-1930). Fiuza e Costa (2015) localizam na massa de trabalhadores informais, que não têm sua profissão regulamentada ou carteira de trabalho assinada, os novos clientes da elite política. A classe dirigente tem em suas mãos, mais uma vez, o poder arbitrário de decidir sobre a proteção social. A dominação patrimonial, a partir de 1930:

vai ser expressa nas ações de “ajudas”, recriando o clientelismo. Os limites entre as responsabilidades do Estado e os favores ficam obscurecidos pelo discurso populista. Cabe lembrar que em 1938 o Governo Vargas criou o Conselho Nacional de Serviço Social – CNSS – como um conselho de notáveis – responsável pela avaliação dos pedidos de subvenções públicas para obras filantrópicas (FIUZA; COSTA, 2015, p. 74).

Nos anos 1950, a área social recebeu investimentos que visavam enfrentar os seus problemas. Os processos de urbanização e industrialização promovidos nesse período permitiram que os brasileiros experimentassem o Estado de Bem-estar social, com verbas direcionadas à educação, saúde, previdência e habitação (VILLANUEVA *et al.*, 1999). Mas, segundo as autoras (1999), a ditadura militar instaurada em 1964 utilizou os benefícios como um meio de controlar a população. Nesse cenário não democrático, o Governo enfeita as ações sociais e as distribui como um presente, novamente.

ASSISTENCIALISMO

Antes de dedicar essa parte à análise do que é e como se reproduz o assistencialismo, faz-se necessário, diante do fato de que “fazer assistência social é, via de regra, confundido com assistencialismo e voluntarismo” (SPOSATI, 2004, p. 04), explicar as confusões que recaem sobre o termo.

A origem da palavra assistencialismo vem de “Assistencial, de assistência + do alemão + ismo” (DICIO, 2020a). Entre os significados da palavra assistência consta “Ação de ajudar, de dar auxílio” e “Ajuda ou auxílio especializado” (DICIO, 2020). No âmbito governamental, agrega-se a qualificação “social” ao termo assistência. Segundo Sposati, assistência social, nessas condições, é “política de proteção social não contributiva, portanto, lhe cabe prover ações preventivas e protetivas face à vulnerabilidade, riscos e danos sociais” (SPOSATI, 2004, p. 07). Nesse sentido, a assistência social prevê a destinação de recursos públicos, recolhidos com impostos e contribuições, para ações de proteção dos direitos e da sobrevivência de toda população, ou de um grupo particular desta (VILLANUEVA *et al.*, 1999).

O assistencialismo, por sua vez, não alcança essa qualificação, mas é o seu oposto. Neste fenômeno, observa-se o estabelecimento de uma relação de sujeição, em que alguém, em um ato de bondade, ajuda outra pessoa, que se torna devedor do favor recebido, ou seja, é a percepção da assistência como um objeto doado (VILLANUEVA *et al.*, 1999), ou melhor, emprestado. Sendo o assistencialismo e o clientelismo um favor, cabe desembaraçar o que exige a seguinte questão: Qual é a diferença entre Clientelismo e Assistencialismo? O que difere os dois fenômenos é o espaço em que eles se reproduzem e os fins aos quais se dedicam.

Segundo Boschi (1984), o assistencialismo tem como inspiração a doutrina cristã de caridade e fraternidade humana, e se apresenta, sob a roupagem do paternalismo, como “forma de prestação de serviços aos necessitados de proteção e apoio, buscando minorar suas agruras ou satisfazer suas necessidades” (BOSCHI, 1984, p. 25). A influência cristã que atua sobre essa prática se materializou na criação das Santas Casas de Misericórdia em Portugal, ainda no século XV.

Fernandes (2009) explica que as Misericórdias eram a face portuguesa das irmandades europeias, instituições compostas por leigos que praticavam caridade com os leprosos. Em Portugal, num contexto de fome, êxodo rural e navegações:

[...] o modelo resultante foi uma política assistencial centralizada, singular no continente europeu, sob alçada de laicos, com patrocínio monárquico e articulado com a herança da caridade medieval e das suas representações da pobreza (FERNANDES, 2009, p. 35).

Esse modelo foi exportado para as colônias portuguesas e assumiu, em cada uma delas, formatos que se adequavam às suas particularidades locais. As Misericórdias brasileiras do período colonial atendiam pobres e doentes, e eram responsáveis pela administração de hospitais construídos pela população (FERNANDES, 2009). Segundo a autora (2009), o objetivo dela nesse momento era, ao controlar os surtos epidêmicos e a questão sanitária, atrair novos povoadores e oferecer aos escravos condições que permitissem que eles trabalhassem.

As mudanças econômicas do Império e as suas consequências propiciaram a criação de novas Misericórdias. Nesse

contexto, a Igreja propôs trégua aos conflitos de interesses que travava com as Misericórdias, que passaram a assumir, mesmo sob regulação e fiscalização do Governo, o papel de oferecer assistência aos necessitados (FERNANDES, 2009). A autora (2009) explica que, à medida que a população carente aumentava, as finanças das Misericórdias, antes recolhidas por serviços prestados, viram-se decadentes, o que obrigou essas instituições a buscar recursos na filantropia. Além da fonte de renda, Fernandes (2009) aponta que a população assistida também foi modificada, uma vez que a ideia de “pobre merecedor” retirou dos presos pobres o acesso aos projetos conduzidos pelas Misericórdias. A caridade deixou de ser justificativa para os investimentos aplicados nas Santas Casas, a condição dos beneficiados passou a ser um fator mais significativo.

Na República, a nova ordem exigia mão-de-obra apta ao trabalho e desenvolvimento do capitalismo, mas sozinhas as Misericórdias não respondiam a esses interesses. Ademais, observa-se que, além de serem um meio para praticar filantropia e caridade, elas viraram um espaço político, porque atraíam novos participantes pelo interesse que eles nutriam em estabelecer relações com a elite, que comandava as Santas Casas (FERNANDES, 2009).

Durante o Estado Novo surgiu outra proposta de práticas assistencialistas, dessa vez promovida pelo Governo. Trata-se da Legião Brasileira de Assistência Social (LBA), fundada e presidida por Darcy Vargas, primeira-dama. Criada em 1942, a LBA é um órgão que colabora com o Estado na prestação de assistência às famílias dos soldados combatentes da Segunda Guerra Mundial (FIUZA; COSTA, 2015). A LBA foi utilizada pelo Governo para mobilizar a população a favor dos “esforços de guerra”. Tal empreendimento deu certo e aproximou a sociedade do governo, que fez da LBA um aparato organizacional para as suas práticas assistencialistas e, sobretudo, inaugurou o primeiro-damismo. O Presidente Getúlio Vargas “[...] instituiu a sua esposa na Presidência

da LBA com o objetivo de buscar a legitimidade do seu governo mediante a tática do assistencialismo como mecanismo de dominação política” (TORRES, 2002, p. 86 *apud*. FIUZA; COSTA, 2015, p. 16).

O primeiro-damismo:

tem uma função política, uma vez que as mulheres dos governantes são chamadas a interferir no social, por meio de estratégias de enfrentamento à pobreza, desresponsabilizando o Estado de garantir à população o acesso a políticas públicas de caráter universal, considerar que a atuação da primeira-dama se dá no âmbito do voluntariado e da filantropia (LOPES; GROSSI, 2019).

Os exemplos das Misericórdias, da LBA e do primeiro-damismo, enquanto espaços para reprodução do assistencialismo, ilustram como esse fenômeno não tem interesse em alterar as condições sociais dadas em determinado momento, mas apaziguá-las, além de ser um meio de atuação da elite. Diante do exposto acima, percebe-se que as medidas tomadas pelas Misericórdias buscavam o desenvolvimento econômico da sociedade, seja pelo controle das doenças, por melhorarem a condição de vida e atraírem novos povoadores, ou pela promoção de circunstâncias favoráveis ao trabalho. A LBA, por sua vez, foi um meio utilizado pelo governo, através da ajuda aos combatentes, de angariar o apoio e o compromisso da sociedade diante da Guerra. Já o primeiro-damismo concentrou na figura das primeiras damas a gestão e a direção das ações de assistência de caráter voluntário e filantrópico para dar popularidade à imagem do Governo.

Após esclarecer o que é o assistencialismo, sua origem e descrito sua manifestação histórica no Brasil a partir do exemplo das

Santas Casas de Misericórdia, cabe, agora, explicar a noção de favor que o reveste.

A não transformação social implica acomodação social. Não há, no assistencialismo, o objetivo de emancipar a pessoa assistida ou incentivá-la a buscar outros meios de se sustentar que não sejam pela ajuda. É útil, para essa prática, que a pobreza e a vulnerabilidade existam, mas é preciso naturalizá-las e controlar os seus efeitos. A naturalização da desigualdade, segundo Faria (2018), provoca o desmonte das conquistas sociais alcançadas pela classe trabalhadora ao longo da história. Nesse sentido:

ao fim e ao cabo, o propósito, repita-se, é claro: o exercício dessas políticas assistenciais neutralizava o potencial de ameaça à ordem vigente, encarnado nas camadas sociais de necessitados e despossuídos (BOSCHI, 1984, p. 26).

Grosso modo, pode-se inferir que a troca de favores proposta pelo assistencialismo envolve, de um lado, ajuda e, de outro, silêncio. A tentativa de atenuar as consequências da pobreza vem acompanhada da intenção de enfraquecer os movimentos organizados por trabalhadores nessa situação. Como Faria explica, “no tratamento das desigualdades sociais, tem-se adotado historicamente a combinação repressão/ assistência” (FARIA, 2018, p. 162). Assim, as práticas assistencialistas escondem a exclusão, travestindo-a de inclusão, e se apresentam como um ato de bondade do Governo ao atender as necessidades da população carente (SPOSATI, 1992).

Se, no clientelismo, a troca de cargos públicos por votos sugere a apropriação privada sobre a coisa pública, o assistencialismo permite o conformismo das classes que dependem,

e são incentivadas a dependerem, de ajuda ou doações. Enquanto lá, o novo funcionário público deve ao político o seu voto, aqui o pobre e o trabalhador devem a quem os ajuda, ainda que indiretamente, o compromisso de não se sublevarem.

FAVOR E DIREITO

No âmbito das práticas assistencialistas e clientelistas, o favor é a representação do objetivo comum delas: desresponsabilizar o Estado. Os dois fenômenos supracitados concordam que a assistência social é um favor prestado pela sociedade, Igreja e, em especial, pela figura governamental, que a utilizam como moeda de troca.

O favor, nesses moldes, implica efemeridade. Trata-se de uma atitude transitória e esporádica, que tem objetivos políticos e econômicos, não sociais. A ideia de precisar retribuir a bondade oferecida por um benfeitor representa o desconhecimento das causas daquela ajuda. Como exposto, as práticas clientelistas e assistencialistas desconheciam, até meados do séc. XX, a relação capital-trabalho. Na época, acreditava-se que as situações de vulnerabilidade e pobreza eram uma “questão social”, o que sugere que elas não eram resultado da exploração do capital sobre o trabalho e que não tinham relação com a estrutura política e econômica da sociedade, mas eram consequência de uma disfunção comportamental, cultural e moral do indivíduo (MONTAÑO, 2012).

Quando essa relação foi percebida no Brasil, desenvolveu-se a cidadania regulada, que seleciona, a partir da qualificação profissional, os indivíduos cidadãos, aqueles que têm direitos reconhecidos pelo Estado (SANTOS, 1987). E, assim, outra massa

da população continua dependendo do favor da sociedade, da igreja e da elite que quer seu voto e seu silêncio.

Hofling (2001) define que Estado é um conjunto de instituições estáveis que tornam viável a ação do Governo, que, por sua vez, é um conjunto de programas proposto por um grupo político, que está no comando do Estado, para toda a sociedade. Sobre as atribuições do Estado e a relação estabelecida com o Governo no Estado Democrático de Direito, Rocha (2008) aponta que:

Fazem parte deste Estado e não fazem parte do seu governo a Constituição, o conjunto de servidores públicos estáveis, o patrimônio público, a máquina burocrática pública, as forças públicas, etc. Isto porque a sociedade precisa que estas instituições sejam estáveis e impessoais, que não estejam sujeitas às mudanças de governo no processo eleitoral e que sejam republicanas pertencentes ao conjunto da sociedade e não aos interesses de quem está no poder (ROCHA, 2008, p. 141).

As políticas públicas são, nesse contexto, um projeto de governo implantado e mantido pelo Estado, portanto estão sob responsabilidade deste e são dirigidas para uma parcela da população (HOFLING, 2001). A autora (2001) explica que, embora o Estado seja o responsável por essas políticas, as questões pertinentes a elas reúnem em discussão outros órgãos públicos e agentes da sociedade. O Sistema Único de Assistência Social (SUAS), por exemplo, tem como diretrizes o controle e a participação social na sua gestão e condução das suas ações, além de contar com uma Secretaria específica vinculada ao Governo em exercício e um Conselho Nacional que agrupa representantes da sociedade civil.

Quando a Constituição Federal de 1988, sendo compreendida como parte do Estado e não do Governo, reconhece a assistência social enquanto direito do cidadão e dever do Estado, este assume, em detrimento da tradição da assistência social, o papel de mediar as relações de classe em uma sociedade de mercado, em prol da luta pelo reconhecimento dos direitos sociais e do alcance das obrigações do Estado sobre as questões sociais (SPOSATI, 2007). Essa situação, entretanto, não impede que discursos opostos a este ideal de reproduzam. Segundo Sposati (2007), existem dois projetos políticos sobre a assistência social, sendo um deles de caráter patrimonialista e conservador, que resiste à expansão da assistência social como direito social, e outro que busca superar essa perspectiva, onde:

para fazer da assistência social política pública, dever de Estado e direito do cidadão, isto é, apoiada no paradigma de construção de direitos dos cidadãos usuários da assistência social (SPOSATI, 2007, p. 437).

CONCLUSÃO

A promulgação da Constituição Federal de 1988 inaugurou um novo período na história da assistência social no Brasil que, a partir desse momento, foi reconhecida como uma política pública de responsabilidade do Estado a qual todos os cidadãos têm direito. A sua regulamentação, no entanto, se deu apenas 05 anos depois, com a criação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Essa conquista contou com a mobilização de movimentos sociais e de setores da sociedade que, após Fernando Collor de Melo vetar o texto original em 1991, organizaram-se em atos e manifestações que tinham como objetivo o reconhecimento dos artigos constitucionais.

O Benefício de Prestação Continuada, previsto pelo artigo 203, V, da CF/1988 e regulamentado pelo artigo 20 da LOAS (1993), representa um importante passo dos defensores da assistência social na intenção de emancipá-la das práticas clientelistas e assistencialistas às quais ela esteve, historicamente, submetida. O referido artigo da Constituição prevê que:

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

[...]

V - a 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.

Assim, o acesso ao benefício não depende de uma contribuição anterior do beneficiado, basta ele comprovar que sua condição de vida condiz com os requisitos necessários à concessão do salário mínimo. Apesar do exemplo dos IAPs, o BPC traz, no âmbito da Seguridade Social, outro modelo de proteção social: o modelo inglês beveridgiano. Criado em 1942, como uma alternativa aos problemas de reconstrução enfrentados no pós-guerra, o Plano Beveridge consiste na “contribuição de toda uma sociedade para a criação de um fundo social” (LOPES, 2015, p. 27). Segundo Boschetti (2009), nesse modelo os direitos são universais e o financiamento é oriundo dos impostos fiscais. Em contrapartida ao modelo bismarckiano, que assiste os trabalhadores em momentos de crise, o objetivo do sistema beveridgiano é combater a pobreza (BOSCHETTI, 2009).

Porém, em 2020, a aprovação do Auxílio Emergencial mostra como a tradição de desresponsabilização do Estado, incentivada pelas práticas clientelistas e assistencialistas, ainda persiste no ideário da população. O Auxílio Emergencial aprovado no Governo Bolsonaro como medida de enfrentamento das consequências econômicas da pandemia foi instituído pela Lei nº 13.982/2020, que prevê o repasse de 600 reais mensais a trabalhadores informais e de baixa renda, microempreendedores individuais e também contribuintes individuais do Instituto Nacional do Seguro Social. Sobre este tema, a Frente Nacional em defesa do SUAS e da Seguridade Social (2020), organização que desde 2016 age em defesa da política de assistência social, publicou um informativo em que trata de criticar a ideia de que o Auxílio Emergencial seria uma dívida do governo, sendo que resulta da ampla dedicação de movimentos sociais e organizações que formularam o projeto de lei. Além disso, afirma que o Estado tem se desresponsabilizado de suas obrigações e chamado a sociedade civil para provê-las.

Essa situação mostra que após 27 anos da aprovação da LOAS, a assistência social ainda se vê às voltas de críticas e falta de reconhecimento acerca do papel que desempenha na sociedade. Segundo Sposati (2007), ainda há quem queira trocar o termo assistência por “promoção”, “inserção” e “desenvolvimento”, o que denota uma dificuldade em reconhecê-la como política pública e desviá-la das noções de ajuda e favor. Como alternativa à troca de nome, a autora propõe que “são as heranças nos procedimentos da assistência social que devem ser rompidas e resignificadas sob novo paradigma” (SPOSATI, 2007, p. 435).

Essa ruptura depende da intensificação da capacidade mobilizadora que os movimentos em defesa da assistência social vem conquistando desde as organizações dos anos 1990, que conquistaram a LOAS, e dos atos do início dos anos 2000, que

lutavam pela implantação do Sistema Único de Assistência Social. Mesmo que esses movimentos tenham encontrado no Governo Federal um terreno hostil às suas reivindicações desde 2016, eles persistem na defesa da assistência social e, sobretudo, na sua emancipação e reconhecimento como política pública, dever do Estado e direito do cidadão.

REFERÊNCIAS

AVELINO FILHO, G. “Clientelismo e política no Brasil: revisitando velhos problemas”. **Novos Estudos Cebrap**, vol. 1, n. 38, 1994.

BOSCHETTI, I. “Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação”. In: CFESS - Conselho Federal de Serviço Social. (org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: Editora da UnB, 2009.

BOSCHI, C. C. “O assistencialismo na Capitania do Ouro”. **Revista de História**, n. 116, 1984.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Planalto, 1988. Disponível: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

BRASIL. **Lei n. 8.742, 7 de dezembro de 1993**. Brasília: Planalto, 1993. Disponível: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

CARVALHO, J. M. “Mandonismo, coronelismo, clientelismo: uma discussão conceitual”. **Revista Dados**, vol. 40, n. 2, 1997.

DA MATTA, J. J. “Dos Institutos de Aposentadorias e Pensões ao seguro Complementar: trabalho e previdência no Brasil”. **Revista Em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea**, vol. 11, n. 32, 2013.

DICIO. “Assistência”. **DICIO - Dicionário Online de Português** [2020]. Disponível em: <www.dicio.com.br>. Acesso em: 25/11/2020.

DICIO. “Assistencialismo”. **DICIO - Dicionário Online de Português**. [2020a]. Disponível em: <www.dicio.com.br>. Acesso em: 25/11/2020.

FAORO, R. “A aventura liberal numa ordem patrimonialista”. **Revista USP**, n. 17, 1993.

FARIA, J. N. “O assistencialismo na assistência social brasileira”. **Revista Serviço Social e Realidade**, vol. 22, n. 2, 2018.

FERNANDES, L. A. **As Santas Casas da Misericórdia na República Brasileira 1922-1945** (Dissertação de Mestrado em Políticas de Bem-Estar e Perspectivas). Évora: Universidade de Évora, 2009.

FIUZA, S. C. R.; COSTA, L. C. “O direito à assistência social: o desafio de superar as práticas clientelistas”. **Serviço Social em Revista**, vol. 17, n. 2, 2015.

HÖFLING, E. “Estado e políticas (públicas) sociais”. **Cadernos Cedex**, vol. 21, n. 55, 2001.

LOPES, C. B.; GROSSI, F. R. S. “O primeiro damismo na Assistência Social: uma análise crítica”. **Anais Eletrônico CIC**, vol. 17, n. 17, 2019.

LOPES, F. M. **O requisito da miserabilidade do benefício de prestação continuada da Lei n. 8.742/93** (Lei Orgânica da Assistência Social) (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Direito). João Pessoa: UFPB, 2015.

MAX, W. “Os três tipos puros de dominação legítima”. *In*: COHN, G. (org.). **Weber: Sociologia**. São Paulo: Editora Ática, 1997.

MONTAÑO, C. “Pobreza, ‘questão social’ e seu enfrentamento”. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 110, 2012.

OLIVEIRA, C. R.; OLIVEIRA, R. C. “Direitos sociais na constituição cidadã: um balanço de 21 anos”. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 105, 2011.

ROCHA, M. I. C. “Estado e governo: diferença conceitual e implicações práticas na pós-modernidade”. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, vol. 11, n. 2, 2008.

SANTOS, W. G. Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. *In*: SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1987.

SPOSATI, A. “Assistência Social: de ação individual a direito social”. **Revista Brasileira de Direito Constitucional**, vol. 10, n. 1, 2007.

SPOSATI, A. “Do assistencialismo à assistência social: o modelo de seguridade social brasileiro”. **Memorias del IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**. Madri: CLAD, 2004.

SPOSATI, A. O. *et al.* “Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise”. *In*: SPOSATI, A. O. *et al.*

Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise. São Paulo: Editora Cortez 1992.

VILLANUEVA, E. R. *et al.* “História da assistência social no Brasil”. **Revista Multitemas**, n. 14, 1999.

CAPÍTULO 2

*Portugal y España en sus Caminos Hacia una
Política de Asistencia Social: Del Siglo XIX a los Años 1930*

PORTUGAL Y ESPAÑA EN SUS CAMINOS HACIA UNA POLÍTICA DE ASISTENCIA SOCIAL: DEL SIGLO XIX A LOS AÑOS 1930

Pedro Teixeira Pereira

En un reto histórico en que se plantea el futuro previsiblemente precario de los sistemas de seguridad social como los conocemos hasta ahora, en que la demografía va a cortar corto el alcance de los apoyos sociales gestionados por los Estados que vienen siguiendo un modelo de estado social, este capítulo se propone a una análisis de la evolución de la asistencia social, y de la protección social estatal como un todo, en Portugal y en España, partiendo desde el siglo XIX hasta la afirmación de los regímenes dictatoriales ibéricos en los años de 1930. ¿Fue la edificación de las estructuras de apoyo social en España y Portugal resultado de una evolución ideológica de las políticas públicas?

Hasta el siglo XIX, en Portugal y en España, y prácticamente también en el resto de Europa, es casi exclusivamente la unidad familiar a quien le compete cuidar de los suyos, lo que la consagra como una verdadera institución social. La expresión «política social» es por tanto una conquista relativamente reciente, sólo siendo legítimo emplear tal enunciación al tiempo de la revolución industrial. En ambos países ibéricos, el siglo XIX es el período en que la «cuestión social» despunta, y que conduce al Estado, lenta y penosamente, hacia el desarrollo de alguna conciencia en la necesidad de desempeñar un papel social, de acudir a las crecientes debilidades sociales, realidad esta que, desde tiempos inmemoriales, estuvo a cargo de la esfera privada y caritativa de índole cristiana. Efectivamente, durante Ochocientos se agudiza la pauperización de

las masas, provocada por la precariedad laboral y salarial, con la llegada del fenómeno y de la civilización industrial. Con el aumento de las masas populares o bien paupérrimas, o bien acosadas, estas comienzan a ser consideradas como perjudiciales para el deseable funcionamiento y ordenamiento de la sociedad, pues la ideología dominante temía que estas pudiesen inducir a la inestabilidad y, a largo plazo, desestructuración del *status quo ante*.

El cuadro descrito provocará un largo camino de inversión de la postura desinteresada, y hasta negligente, del Estado cara al bienestar social de sus ciudadanos, lo que contrariaba, para muchos, la matriz liberal defensora de la no intervención en la vida privada de las personas, de la meritocracia y de la postura activa de los individuos, en contraposición a la pasividad amparada por la caridad cristiana, por lo que esta evolución no será exenta de tensiones. Los primeros seguros sociales representan un distanciamiento del atomismo liberal, en la medida en que al Estado pasa a tener, creciendo paulatinamente, un conjunto de responsabilidades sociales. Como tal se verifica a través de la promulgación, a título de ejemplo, del seguro contra accidentes de trabajo, en que la responsabilidad se transfiere del patrón al Estado, del seguro contra la enfermedad y las pensiones de jubilación, que van a garantizar un mínimo para la supervivencia debido a la obligatoriedad en las contribuciones que el Estado establecerá para los trabajadores, invadiendo de esta forma la esfera de la decisión personal, y por último, el seguro contra el desempleo, que de alguna manera corrige el entendimiento de que el propio mercado laboral tendría sus mecanismos para regular la situación social (PEREIRINHA, 2008, p. 17-24). Por esta idea se deduce que el siglo XIX trae, por lo menos a la mayoría de los estados liberales en industrialización europeos, la conciencia de que les compete un papel de mecanismo regulador, o como ordenador de la sociedad.

Construyendo sobre fuentes legales, primarias y secundarias de Portugal y España, coadyuvadas por un análisis al estado del arte a través de la bibliografía publicada, este capítulo intenta reconstruir los pasos seguidos en las naciones ibéricas hacia la organización de una política de asistencia social. Además, se procura identificar puntos de contacto entre las opciones políticas y las realidades asistenciales entre Portugal y España hasta la década de 1930.

LOS TÍMIDOS AVANCES DE LA ASISTENCIA SOCIAL EN PORTUGAL Y ESPAÑA EN EL SIGLO XIX

De este modo, el poder político instituye organismos oficiales públicos de asistencia social con el propósito de suplir las carencias que alcanzan a varios estratos de la población, como los Asilos de Mendicidade, en Portugal. Aquí:

ao outorgar às Misericórdias (durante a época moderna), pelo menos moralmente, responsabilidades assistenciais tão abrangentes como as previstas nos seus Compromissos, [...] o Estado e a Igreja trabalharam no sentido de reforçar a intervenção da sociedade civil na gestão da assistência, mantendo-a no estrito campo da caridade (ABREU, 1999, p. 373-374).

Por tanto, la asistencia social, hasta el inicio del Siglo de las Luces, trabaja dentro de una esfera de iniciativa privada, inserta en la estructura religiosa. Hasta los mediados del siglo XIX, la asistencia social estaba destinada a los indigentes y enfermos, contando con la intervención de la caridad de la Iglesia Católica y de las familias (RODRIGUES *et al.*, 1999).

Con el despuntar de la era contemporánea en Portugal, las actividades de asistencia caritativa, cada vez más notorias en su insuficiencia ante la complejidad de la realidad y de los subsecuentes problemas sociales, comenzaron a ser coadyuvadas por las acciones de algunas asociaciones privadas de carácter laico, las asociaciones de socorro mutuo, que se encontraban en expansión en la Europa del siglo XIX¹. Las nuevas formulaciones asociativistas emergen como una forma de respuesta de las categorías sociales trabajadoras hacia la extinción de las corporaciones del Antiguo Régimen (1834). El primer montepío² del cual se tiene conocimiento se remonta a 1807, en Lisboa, con la designación de Montepio do Senhor Jesus do Bonfim, que preveía obligaciones religiosas. Los socios de este primer montepío tenían derecho a subsidio de enfermedad y de asistencia médica (GOODOLPHIM, 1889).

Ahora, el Estado portugués hacia la Primera República (1910-1926), va intentando declinar intervenciones y responsabilidades en el campo de la protección social³. Sin embargo, el inicio de la intervención estatal aún se verifica en el siglo XIX a través de la creación del Conselho Geral de Beneficência, en 1835 (*apud* CAETANO, 1986)⁴. Este está instituido con el propósito de erradicar la mendicidad, a través de la valorización del trabajo como

¹ En el siglo XIX, el Código Penal de 1852 definió, en Portugal, la legalidad en los dominios de los socorros mutuos.

² Designación que adoptaron las primeras asociaciones mutualistas o de socorros mutuos en Portugal.

³ “Desde sempre que a benemerência organizada estava nas mãos da Igreja, mormente das ordens religiosas. A extinção destas ou, pelo menos, a sua redução gradual a partir de 1834 levou a uma diminuição, quer dos organismos dispensadores de cuidados quer de mão-de-obra operativa, sentidos principalmente em períodos de calamidade e da conseqüente intensificação de actividades” (MARQUES, 2004, p. 473).

⁴ Esto, no obstante, la Carta de 1826 ya prever, entre otras, garantías de socorros públicos: art. 145° de la Carta Constitucional de 1826.

algo propiciador de la madurez del ser humano⁵ (LOPES, 1998) bien como un objetivo pragmático, “indicar edificios públicos capaces para depósitos de mendigos” (CORREIA, 1944, p. 31). En este marco, en 1836, Agostinho José Freire, ministro del Reino, insta en el sentido de la introducción en Portugal de las Cajas Económicas que se presentan como “poderosas vantagens públicas e particulares” (ROSENDO, 1996, p. 231). Hay que tener en cuenta que, con todo, esta medida no tiene aplicación inmediata ni está consensuada, una vez que algunos sectores reaccionan contra ella, entendiéndola como una subversión del liberalismo.

A partir del inicio de la Regeneração⁶ (1851), la sociedad portuguesa camina hacia una creciente estabilización política, que pone de relieve, entre otros factores, un fuerte incremento del movimiento mutualista (MENDES, 1998). Efectivamente, el ideal de asociación tiene, en esta fecha, una perspectiva de «panacea universal, capaz de curar todos os males sociais, como o modo único e verdadeiro de realizar os fins importantes da sociedade» (LEAL, 1998, p. 256). Paralelamente, y en una característica contraria a los dictámenes del liberalismo portugués de 1830, la Regeneração asiste, de forma tácita, al regreso de las órdenes y de las congregaciones religiosas a Portugal, expulsadas hacía unos años, movimiento que se mantendrá hasta final de siglo (DIAS, 2004, p. 281). Ahora bien, nos parece legítimo interpretar que la importancia de la acción de asistencia social de las instituciones religiosas era tal que, aunque la Regeneração se pudiera basar en una ideología

⁵ Uno de los resultados de esta nueva institución fue la creación de los Asilos de Mendicidade, el primero inaugurado en Lisboa en 1837, y el de Oporto, aunque ya estaba formalizado anteriormente, abre sus puertas en 1846.

⁶ Período verificado entre 1851 y la década de 1880, marcado por la normalización de la situación política en Portugal, instaurándose una alternancia política en el gobierno, por oposición en la primera mitad de siglo, interrumpida por las Invasiones Francesas (1807-1811), la Revolución Liberal (1820), la Guerra Civil (1828-1834) y las revueltas populares de Maria da Fonte y de la Patuleia (1846-1847).

explícitamente anticlerical (BONIFÁCIO, 2010, p. 167), tolera el restablecimiento de instituciones religiosas dada la pertinencia de su actividad, debido – y lo que podrá ser tanto o más urgente – a la inercia pública, deliberada, en este dominio.

Volviendo al mutualismo, este viene a intentar proveer respuestas a algunas de estas cuestiones sociales:

fundado na voluntariedade e no livre associativismo, [el mutualismo] destina-se a cobrir um conjunto de riscos sociais, isto é, uma situação contingente – doença ou outro qualquer tipo de incapacidade para o trabalho, velhice, morte, sobrevivência, etc. – abarcando profissões e classes sociais, as mais variadas (ROSENDO, 1996, p. 236).

El ciclo de existencia del asociativismo mutualista en Portugal conoce su inicio, aún de una forma primaria, en el siglo XVIII, viviendo a lo largo de la segunda mitad del siglo XX un acentuado debilitamiento, tendente a la extinción de esta tipología de institución de protección social previsoras. Este asociativismo tenía como finalidad, expresado en un tono de finales del siglo XIX, la de “infiltrar no espirito [*sic*] do povo a ideia da economia [...] servindo de auxílio ao agricultor, ao artista, ao comerciante, ao operário, a todos, enfim, que trabalham, livrando-os das garras dos usuários” (GOODOLPHIM, 1889, p. 141). Desde la Regeneração hasta los años 1920, ya en el transcurrir de la I República, el movimiento mutualista conoce un fuerte incremento en el país (pese a las miradas de sospecha que sobre estas asociaciones recaía, encaradas inicialmente por el Estado como hipotéticas bolsas de resistencia y de insubordinación laboral), entrando en una parálisis y decadencia durante la vigencia del Estado Novo, que se acentuará a partir de la década de 1960. De hecho, a medida que la previsión

estatal se consolida, se abarca un número más elevado de ciudadanos y de riesgos sociales, y durante el siglo XX, la previsión particular institucionalizada en las mutualidades va perdiendo preponderancia.

Continuando el camino rumbo a la estatización de la protección social, “é a comiseração, a compaixão, que provocam a acção assistencial do Estado” (LOPES, 1998, p. 429). Este escenario cambiará lentamente a medida que el siglo XX se anuncia, resultado de las fuerzas de presión de la sociedad sobre la maquinaria del Estado, en el sentido de responsabilizarlo en cuanto a los riesgos sociales para los que las clases trabajadoras están sujetos. Así, en Portugal, se registra la constitución, en 1852, del Centro Promotor dos Melhoramentos das Classes Trabalhadoras. En este punto, el cambio al siglo XX intenta institucionalizar, públicamente, planes de pensiones para las (algunas) clases trabajadoras. Las primeras pensiones de jubilación públicas en Portugal fueron instituidas para los trabajadores del Arsenal da Marinha, en 1870; el decreto ley de 17.07.1886 actualiza al anterior, ampliando las pensiones para los operarios de los establecimientos fabriles del Estado. En los años subsecuentes, se asiste a la dispersión de las pensiones de jubilación con la creación de la Caixa de Reformas dos Trabalhadores da Imprensa Nacional y, en 1905, de la Caixa de Reforma e Socorros dos Serviços Telégrafo-Postais, entre otros (Segurança Social em Portugal, Evolução e Tendências, 1984). Años más tarde, el 29/08/1907, se formaliza la ley para la creación de la Caixa de Aposentações para as Classes Operárias e Trabalhadoras que nunca funcionará debido al contexto del país, en régimen autoritario con João Franco y asolado por una profunda crisis económica y social. Sin embargo, su articulado prevé el pago de una cuota anual por parte de los socios (designados por los pensionistas), aumentada por una contribución patronal, que, si fuese necesario, tendrían derecho a una subvención. Hasta la segunda década del siglo XX no existirá en Portugal legislación que contemple el descanso semanal, las condiciones de higiene en los lugares de trabajo, accidentes laborales

o subsidios de jubilación (RAMOS, 2001). Por tanto, y en síntesis para el caso portugués, con una asistencia social pública fragmentada e incipiente y una previsión privada de corto alcance, urgía que el Estado pasase de la inercia a la acción en la mejora de las condiciones de vida del proletariado, particularmente ahora, en seguida de los dictámenes de la encíclica fundamental en la cuestión social y de los trabajadores, *Rerum Novarum*, de 1891. A comienzos del siglo XX portugués se escribía en la línea clásica del liberalismo que aún no vislumbra la previsión pública:

O fim das instituições de previdência é fazer compreender ao operário, que deve tirar de si mesmo os meios para se manter com dignidade, e que só em último caso deverá apelar para a caridade; não que a caridade seja porventura um sentimento que avilte o indivíduo que a recebe; sendo um atributo sublime dos grandes corações, o seu exercício nada tem de humilhante (GOODOLPHIM, 1889, p. 32).

Ya en España, consideramos más madrugador el arranque de la acción pública en el ámbito del apoyo social. Así, sobre el mismo fondo del despuntar industrial, se desenvuelve el “Estado Asistencial Residual”, en palabras de Francisco Comín (1996, p. 36). Por tanto, la secular caridad cristiana, y sobre todo las Cajas de Ahorros, a partir de la década de 1830 (coincidente con la propuesta de creación de las Caixas Económicas en Portugal, en 1836, como referimos), motivan los pequeños ahorros a los individuos. La acción benéfica estaba al alcance de aquellos comprobadamente pobres y sin posibilidades de ser autosuficientes, similar a la interpretación del legislador portugués. En lo concerniente a los responsables, o por lo menos a aquellos que asegurarían esta forma de “protoasistencia” social, el Estado delegaba en los organismos locales, en la caridad particular y en las asociaciones de socorros mutuos esa incumbencia,

sin demostrar un efectivo interés político en asumir cualquier función. Esta frágil articulación configura una primera red de protección social, con muchas lagunas, existente en la época.

Siguiendo un hilo conductor, la primera nota legislativa a retener nos remite a 1812, año en que, a través de la primera Constitución, se consagra al inicio del tránsito del control de la beneficencia de la esfera clerical y particular hacia la esfera pública – lo que configura, por tanto, la primera intervención estatal en esta área de la vida social:

La Constitución de las Cortes de Cádiz preveía ya que las casas de misericordia y demás establecimientos benéficos contruidos por el común quedaran en adelante a cargo de los ayuntamientos y que los de patronato particular se rigiesen por su estatuto, pero ejerciendo los jefes políticos de las provincias el derecho de inspección para evitar posibles abusos (MARTÍN, 1967, p. 52).

Esta alteración administrativa quedó institucionalizada a través de la Ley de Beneficencia de 23/01/1822, pasando la asistencia privada a estar dentro del ámbito de los Ayuntamientos: “Se trata de la primera norma general que [...] traza un completo organigrama de la beneficencia pública fundamentado en la autonomía de las corporaciones locales” (MAZA, 1999, p. 30). Más tarde, entre los años 1849 y 1855, a través de dos articulados legales, el sistema mejora su operabilidad, estructurándose en Juntas Provinciales (gestionaban establecimientos destinados, exclusivamente, al tratamiento de enfermedades comunes y a la acogida de trabajadores incapacitados para desempeñar su función) que controlaban las Juntas Municipales (las cuales gestionaban, a su vez, establecimientos orientados a hechos accidentales, asistencia

domiciliaria y a la orientación de los accidentados a las demás tipologías de cuidados). Todas se encuentran sobre la tutela principal de la Junta General de Beneficencia. Se refuerza, de este modo, el papel público y de aquí en adelante pasará a ser el Estado quien fiscalice las actividades e instituciones de asistencia social que adquirirán una característica tendencialmente pública.

No obstante, el cuadro legal definido por el articulado de 1849, relativamente a la toma de las riendas de acciones de beneficencia por parte del Estado, sufre algunos matices, considerando a partir de ahora una intervención conjunta, o por lo menos compartida entre el Estado, que se asume como legislador y coordinador de la acción asistencial, y el sector privado, que vuelve a ser considerado para la acción de apoyo social sobre el terreno. De hecho, el proceso de secularización de la asistencia está, a mediados del siglo XIX, en un punto sin retorno, avanzando decisivamente. El intervalo republicano de 1873-1874 hay también reforzado la creciente relevancia de la protección social, pugnando el republicanismo español por un nuevo cuadro de relaciones laborales y el de la creación de instituciones sociales más eficaces y modernas (SUÁREZ CORTINA, 2006).

Además, en el final de lo siglo XIX, se sentía la presión, contestación de las clases populares para que el Estado se transformara (BARRIO ALONSO, 2021), dando respuesta a la tendencia de los tiempos, la valoración de las clases trabajadoras y, consecuentemente el reconocimiento de sus derechos y necesidades. No obstante alguna evolución en las políticas sociales, los resultados concretos del nuevo formato público-privado de asistencia dejaron mucho que desear, puesto que el segmento de la población que se beneficia de los servicios y cuidados prestados no sobrepasaba el 2% de la población (MAZA, 1999). De este modo se perciba como un fracaso.

Avanzando en la cronología y presentándose la “cuestión social” cada vez más ingente (aunque este asunto fuese considerado, a inicios de siglo, como secundario en las tareas de Estado y en las preocupaciones de los principales actores sociales. (CASANOVA, 2005), en la década de 1880 con la llegada del Partido Liberal al poder se ponía en marcha un proceso de reformas sociales (PERFECTO, 2018), dónde va a resultar, en 1883, por Real Decreto de 5 de diciembre, la Comisión de Reformas Sociales⁷, con el propósito de analizar y proponer resoluciones para los nuevos cuadros económico-sociales que en España se concretizaban. Posteriormente, esta Comisión pasó al Instituto de Reformas Sociales – por Real Decreto de 23.04.1903 –, presentando la intención de estudiar reformas sociales, teniendo como punto de partida la situación efectiva de los trabajadores, preparando proyectos de ley sobre los datos congregados (RODRÍGUEZ, 2003).

En las décadas finales del siglo XIX, las Instrucciones Generales de Beneficencia direccionan o, mejor dicho, definen la acción asistencial del Estado como complementario de la iniciativa particular, en similitud con el caso portugués. Además, se clarifica quién podría beneficiarse de un auxilio estatal, que serían los desvalidos, es decir, los alienados, los incapaces y los enfermos. Así, si perspectiva la evolución de la política social en tres fases distintas: esta, la primera entre 1883 y 1903, que serviría para preparar la legislación laboral, después, entre 1903 y 1907, la apuesta en la previsión, y la tercera, entre 1917 y 1926, con el objetivo de dotar al Estado de un mayor control sobre los problemas sociales, como abordaremos adelante.

Por lo expuesto, damos cuenta de una evolución del papel del Estado frente a los asuntos sociales. ¿Cuáles son, entonces, las razones para esta nueva postura del Estado que se va percibiendo?

⁷ Podemos encarar esta Comisión como la génesis del futuro Ministerio de Trabajo.

Esencialmente, esta nueva conciencia social se inscribe en el marco de la “nacionalización” desarrollada desde el poder central pero implicando los órganos gubernativos provinciales y municipales (BARRIO ALONSO, 2021), y que viene, también, de la creciente necesidad de asegurar el mantenimiento del orden público, asegurando así un control social, bien como la prevención de riesgos para la salud pública, que se veía amenazada por la creciente falta de obreros en las ciudades, muchas veces reducidos a mendigos que hacían proliferar peligrosas e incómodas epidemias (COMÍN, 1996).

En una perspectiva más lata, “entre el individuo como ser social y el Estado, entre lo individual y lo colectivo, mediaba, así, una nueva relación de deberes y obligaciones mutuas que trascendía la antigua noción del “contrato social” del primer liberalismo, cuyo sujeto era el individuo. En ese nuevo marco de un liberalismo «renovado» – el nuevo liberalismo –, el Estado, en su papel de principal fuente de derechos, se presentaba como el garante del bien común, el representante, en suma, de los intereses generales». (BARRIO ALONSO, 2021). Con todo, el Estado liberal español, así como su congénere portugués concretizaran solo alguna atención con aquellos que podrían romper con la “normalidad”, considerando que los individuos resolverían sus problemas por iniciativa propia, o acudiendo a las compañías de seguros o a las recientes asociaciones de socorros mutuos.

En una lectura comparativa, en el tránsito al siglo XX, la protección social provista por el poder público, portugués y español, patenta una preocupación mayoritariamente fragmentaria, fundamentalmente auxiliando a los indigentes y a los portadores de deficiencias físicas y mentales, por lo que el recurso a la asistencia social pública, por lo menos hasta mediados del siglo XX será todavía encarada como un estigma socialmente negativo.

EL DESPUNTAR DEL SIGLO XX, EL TIEMPO DE LOS SEGUROS SOCIALES EN PORTUGAL Y ESPAÑA

Retratamos el siglo XIX. Observemos el arranque del siglo XX. Prosiguiendo en el campo de la asistencia social en España, es importante darse cuenta que, en términos de organización administrativa, las cuestiones de aquella naturaleza se encuentran centralizadas ahora en la Sección de Reformas Sociales del Ministerio de Gobernación, a su vez tutelada por el Consejo Superior de Protección a la Infancia y Represión de la Mendicidad (REAL DECRETO DE 21/03/1909 *apud* MAZA, 1999, p. 22).

Un punto comparativo con la Europa. En el mismo período en que Bismarck ponía en marcha el primer sistema de seguros sociales, en España, la Comisión de Reformas Sociales daba cuenta del profundo descontento de los trabajadores por su situación social:

La medida y el grado de la situación de absoluta inseguridad del obrero español queda perfectamente reflejada en varias de las contestaciones al cuestionario de la Comisión de Reformas Sociales de 1884. En los informes obreros aparece insistentemente la denuncia de la situación de indefensión y desamparo de los “inválidos del trabajo”, a merced, en la mayoría de los casos, exclusivamente de la caridad pública (MONTERO, 1988, p. 251-252).

Entrando en el siglo XX, asistimos en su primer tercio a una nueva postura estatal relacionada con las iniciativas e instituciones privadas de cariz asistencial. Esto es, se percibe ahora que la acción de estas instituciones como fundamental en la respuesta a las dificultades sociales, forjándose un nuevo modelo público-privado

(laico o religioso), invirtiendo, de algún modo, el entendimiento estatal y el escenario de la segunda mitad del siglo XIX.

Podemos avanzar con la idea de que la desprotección, casi desamparo, de las masas populares torna más urgente, para el estado, la necesidad de garantizar la manutención de la estabilidad social de todos aquellos que se podrían dejar captar, seducir por las propuestas ideológicas de la ideología comunista. Además, en el primer tercio del siglo XX se queda claro que las masas se iban politizando a través de asociaciones (ARNABAT MATA, 2019), que, frecuentemente, incluían a mecanismos de protección social. Así, los futuros seguros sociales encuentran aquí una de sus principales motivaciones, la contención. En el transcurso del tiempo, la incapacidad de la beneficencia particular implicó el establecimiento de una asistencia social pública que, por padecer de igual insuficiencia, dará lugar, a su vez, a un nuevo mecanismo de apoyo, el seguro social. Así, paralelamente a las prácticas y políticas asistenciales, el nuevo siglo trae una nueva metodología y arquitectura institucional para el apoyo social, es decir, se camina rumbo a los seguros sociales que surgen «con cierto carácter defensivo para contrarrestar la creciente influencia de la doctrina marxista en las masas de trabajadores» (ALONSO; GONZALO, 1997, p. 69). El siglo XX introducirá la previsión social que, juntamente con la asistencia social constituyeran el binomio sobre el cual se edificará la política social franquista. Se crea, por tanto, en las primeras décadas de 1900, la Previsión Social, sobre tres estructuras de base: el Seguro de Accidentes de Trabajo, promulgado en 1900 y que se constituía en «respuesta al incremento de las lesiones causadas por la introducción de máquinas al compás de la expansión de industrialización» (MARTÍNEZ QUINTERO, 1988, p. 178), y era producto visible de la acción desarrollada por el Instituto de Reformas Sociales (que pretendía firmar un nuevo compromiso con la sociedad en búsqueda de paz social (BARRIO ALONSO, 2021); el Instituto Nacional de Previsión, creado en 1908, y el Retiro Obrero, un subsidio de

jubilación por edad, de 1919. Hasta la llegada de la Segunda República, el INP tuvo por función acoger las contribuciones de los funcionarios públicos, profesionales con escasos recursos, pequeños comerciantes (que no ganaran más de 3000 pesetas por año). Cabe destacar que los primeros seguros sociales, anteriores a esta fecha, no se revestían de un cariz obligatorio pues los trabajadores no tenían que inscribirse ni cotizar, siendo así, una protección voluntaria. La contribución necesaria para poder ser titular de un seguro social estaba más allá de las posibilidades financieras de muchos de los trabajadores españoles.

El año 1919 es relevante, tanto para España como en Portugal, en la medida en que ambos países conocen la promulgación de un gran sistema de seguros sociales obligatorios, aunque se comprueba a finales de la década de 1920, un gran avance legislativo en Portugal, rumbo a un amplio modelo de seguros sociales obligatorios. Este tiene motivaciones internas, esto es, deriva en cierta medida de la voluntad del poder político en promover alguna protección a la sociedad. Por otro lado, esta nueva legislación resulta, ciertamente, de las reacciones que se propagan por toda Europa, provocadas por la revolución rusa de 1917, sintiéndose los regímenes liberales presionados a presentar medidas sociales para evitar “perder” segmentos de la sociedad hacia la ideología comunista.

Pero continuemos por el camino de España: se legisló la jornada de trabajo en ocho horas⁸ y se aprobó el primer seguro social obligatorio, el mencionado Retiro Obrero, gestionado por las igualmente creadas Mutualidades. Además: por Real Decreto de 20.11.1919, los seguros de Enfermedad, Maternidad, Accidentes e

⁸ Aunque de dudoso cumplimiento por parte de las entidades patronales, una vez que, posteriormente durante la Segunda República, con la ley de 09.09.1931 (Ley de Jornada Máxima Legal), el Gobierno fija la jornada de trabajo en 8 horas. Este articulado se mantiene en vigor durante todo el Franquismo y llegará hasta la época democrática.

Invalidez son confirmados como propios del INP y de aplicación generalizada a todos los que integrasen la clase social trabajadora, por tanto, los activos. Entre 1919 y 1923, las asociaciones de socorros mutuos conocen un apoyo a nivel financiero proporcionado directamente por el Estado, una vez que, en ese momento, eran estas instituciones las que garantizaban algunos de los subsidios sociales. A nivel institucional y organizativo, data del 08.05.1920 la creación del Ministerio de Trabajo “para unificar el conjunto de servicios sociales distribuidos por diversos ministerios, dotarlos de coherencia y obtener, así, mayor eficacia” (CALLE, 1998, p. 292). Luego en 1922 pasa a denominarse Ministerio de Trabajo, Comercio e Industria. Ya dentro de la dictadura de Miguel Primo de Rivera, 1923-1930 (GIMÉNEZ MARTÍNEZ, 2018), se instituyó el Consejo Nacional de Trabajo, Comercio e Industria, un órgano consultivo del gobierno, y si determinaba que Instituto de Reformas Sociales se reduciría a quedarse integrado en el Ministerio de Trabajo. Fue Eduardo Aunós (MIRANDA BOTO, 2010) quien, en el liderazgo del Ministerio, promocionó algunos avances en lo social como sean el subsidio para familias numerosas y el Código de Trabajo. Igualmente, durante la dictadura, por el Decreto-ley de Organización Corporativa Nacional, si establecieran, en 1926, las bases para la edificación de la propuesta social más grande del régimen, la organización corporativa de la sociedad, basada en sindicatos controlados por el Estado, las designadas agrupaciones intermedias, basada en los comités paritarios, organismos de mediación entre obreros y patronos (PERFECTO, 1994). Aunós idealizaba la sociedad organizada y bajo el ideal de corporación; además, esto sería alcanzado bajo un Estado ordenador y que, si quería más especializado, más tecnócrata (FERNÁNDEZ RIQUELME, 2010) – está va a ser más una línea paralela de las políticas sociales ibéricas, bajo los regímenes de Franco y Salazar, en un futuro próximo, particularmente en la década de 1950. Volviendo a la evolución legislativa, en 1928, es adoptada la denominación de Ministerio de

Trabajo y Previsión en 1928. De esta evolución resulta claro que el Estado, en el primer cuarto de siglo XX, incrementa su acción en el campo social, legislando, desarrollando una arquitectura con estructuras de encaje y apoyo social, asumiéndose cada vez más como mediador para las relaciones sociales y laborales. Y prosigue... En 1929, se crea el Subsidio de Maternidad para mujeres mayores de 16 años y menores de 50, y que obtienen menos de 4000 pesetas anuales. Las prestaciones pasaban por apoyo médico y farmacéutico, pensión durante 6 semanas después del parto de hasta 180 pesetas, bien como un subsidio de lactancia que podría alcanzar las 50 pesetas (GIRÓN, 1944). Los padres de familias numerosas pasan, igualmente, a disponer de algunos beneficios. En 1931 se organiza un seguro contra las situaciones de Paro Forzoso, además de extenderse la protección legal de las personas que vivían de la agricultura con el Seguro de Accidentes de Trabajo en la Agricultura. Siendo así, el espectro de la protección social coordinada por el Estado, al final de la dictadura Riverista, abarca los accidentes de trabajo, la vejez y la maternidad.

Los años de 1920 y 1930 son conocedores del arranque de un conjunto de seguros sociales de iniciativa estatal por toda Europa, aunque de diferente y escaso alcance y, normalmente, instituidos para remediar una posible situación social gravosa ya existente y no para desarrollar una acción profiláctica. Como ejemplo, los seguros obligatorios de desempleo comienzan en Gran Bretaña en 1911, Italia en 1919, Austria en 1920, Irlanda en 1923, Polonia en 1924, Bulgaria en 1925, Alemania y Yugoslavia en 1927 y en Noruega en 1938. No obstante estos avances legislativos, “em nenhum país se reconhecia qualquer obrigação por parte do Estado de garantir um determinado conjunto de serviços a todos os cidadãos, fossem homens ou mulheres, empregados ou sem trabalho, velhos ou novos” (JUDT, 2009, p. 99).

En la década de 1930, consideramos que los “dois Estados periféricos da Europa do Sul, submetidos a regimes ditatoriais enquadráveis, pelo menos num determinado momento, no fenómeno fascista internacional” (LOFF, 2008, p. 73). Así, la década de 1930 es, para ambos países ibéricos, tiempo de cambio de régimen: en Portugal, y después de un intervalo dictatorial militar, se evoluciona hacia un régimen autoritario fascista de cariz nacional-corporativista (sobre la disgregación del Estado liberal y evolución hacia el Estado autoritario en Portugal véase: CHORÃO, 2010; CRUZ, 1985; FARINHA, 1999; PINTO, 1994; REIS, 1990; ROSAS, 1989 y 1998; ROXO, 2017, TELO, 1980), mientras que España (GIL, 2006) lleva un camino inverso (hasta el realineamiento político-ideológico verificado con el gobierno de Franco), sucediendo a los 7 años de Primo Rivera una Segunda República. Este nuevo escenario político español acarrea repercusiones lógicas a nivel de política social: primeramente, el Decreto Orgánico del Ministerio de Trabajo y Previsión se promulga en noviembre de 1931⁹, lanza bases para el trabajo legislativo de carácter social desarrollado por la Segunda República española, que inspira un espíritu progresista en relación a las políticas de previsión, desarrollando esfuerzos en el sentido de la unificación de los seguros sociales (no concretizada), ampliando el ámbito de varios de los seguros sociales, como el seguro de Retiro Obrero a los agricultores (véase CALVO-MONZANO, 2019) y a los trabajadores domésticos, el seguro de Maternidad, que fue aprobado por decreto de 26.05.1931, pero solamente en vigor a partir de 1 de octubre siguiente. En 1935, este seguro contaba con 741.000 inscritos, y el Retiro Obrero con 415.000 inscritos (JORDANA DE POZAS, 1953). Dado que existía la conciencia de que este seguro era algo muy ambicionado, interna y externamente, el legislador republicano de 1931 promulgó el Seguro Obligatorio de Maternidad. Inicialmente, comienza por asumir que “uno de los compromisos

⁹ Era titular del ministerio, Largo Caballero.

internacionales que tiene España por cumplir es el de la protección a las madres obreras para garantizarles el debido reposo antes y después del parto”. Después de la consideración del contexto económico del Estado y del contexto social de la población objeto, el articulado afirma que no “es peligro alguno para las finanzas del Estado ni para la Economía nacional, ni puede, en fin, detener la noble aspiración generalmente sentida de proteger a las madres y a la infancia de las clases obreras en el trance en que a ellas y a sus hijos les pone el hecho de prestar un gran servicio a la Nación” (LEY de 26 de Mayo de 1931 *apud* MARTÍN VALVERDE *et al.*, 1987, p. 978-979).

Directamente relacionada con la política de orientación social está el factor de producción, el trabajo. Ahora bien, el régimen republicano español declara el trabajo como una obligación social, pero, en concomitancia, declara que “asegurará a todo trabajador las condiciones necesarias de una existencia digna”. Incluso, que:

su legislación social regulará: los casos de seguros de enfermedad, accidente, paro forzoso, vejez, invalidez y muerte; el trabajo de las mujeres y de los jóvenes y especialmente la protección a la maternidad; la jornada de trabajo y el salario mínimo y familiar; las vacaciones anuales remuneradas; las condiciones del obrero español en el Extranjero; las instituciones de cooperación; la relación económico-jurídica de los factores que integran la producción; la participación de los obreros en la dirección, la administración y los beneficios de las empresas, y todo cuanto afecte a la defensa de los trabajadores (CONSTITUCIÓN DE LA SEGUNDA REPÚBLICA LEY DE 9 DE DICIEMBRE DE 1931, ARTÍCULO 46).

La tutela de estos seguros pasa por los ministerios de la Gobernación y de la Instrucción Pública. Ahora bien, regresando al citado seguro, el régimen republicano considera que un seguro contra el desempleo (de Paro) es algo impracticable, por lo que contraponen medidas sueltas, como ayudas caritativas, desprovistas de carácter sistémico, y, en 1931, proyecta y crea la Caja Nacional contra el Paro Forzoso¹⁰ que, en la práctica, apenas serviría para que el Estado apoyase financieramente a las aseguradoras que vendían seguros de desempleo. En 04.07.1932, se elabora el proyecto de ley del Seguro Obligatorio de Accidentes de Trabajo para los trabajadores de la agricultura y de la industria, siendo el patronato quien podría constituir en cualquier empresa aseguradora privada, en las mutuas patronales, o incluso en la Caja Nacional de Accidentes de Trabajo: todo el patronato “tiene la obligación de estar asegurado contra el riesgo de accidente de sus obreros que produzca la incapacidad permanente o la muerte de los mismos” (Ley de Accidentes del Trabajo en la Industria *apud* MONTOYA, 1992: 234). Es importante anotar que la República establece sanciones efectivas para las situaciones de desprecio por las leyes de los seguros sociales, a través de la promulgación del decreto de 04.12.1931¹¹, lo que es revelador de la voluntad política de cumplir su programa.

En lo que respecta a la organización institucional, en 1933 la tutela asume la nomenclatura del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, después de haber incorporado los servicios de Sanidad y Beneficencia. En una de las últimas remodelaciones gubernamentales de la República, en 1935, se crea el Ministerio de Trabajo y Justicia, regresando en este año al formato ya experimentado de Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión. Por

¹⁰ Sustituida por la Junta Nacional del Paro (Ley de 25.11.1944).

¹¹ Reglamento para la Imposición y Efectividad de las Sanciones por Incumplimiento de las Leyes de los Seguros, de 04.12.1931.

último, antes de estallar la guerra civil, es aprobada la Ley de Bases del Seguro de Enfermedades Profesionales, en 1936, pero que se verá paralizada por el conflicto, así como el restante esquema de previsión que se estaba edificando. Será, por tanto, verosímil afirmar que la Segunda República organiza un sistema de seguros sociales, aun siendo cierto que con variadísimos problemas de funcionamiento una vez que los referidos seguros operan dentro de una lógica de capitalización, modelo que resultará paralizado por la inflación creciente de esta época en España (Para un conocimiento más profundo sobre la evolución económica de España en los años de 1930 y del período franquista, véase: ESPINA, 2007, p. 101). No obstante algunas líneas de continuidad, la guerra civil representó una ruptura con los entendimientos que venían presidiendo a los rumbos de la política social, lo que implicó igualmente una refundación, que se hará operativa durante el discurrir de los años 1940.

Atravesemos la frontera. En Portugal, el proceso de industrialización tardío, aunque real, vuelve perceptible el creciente desfase entre la asistencia social y los riesgos sociales a los cuales este modelo consigue dar respuesta. Siendo así, de cierta forma podemos afirmar que el modelo asistencial incurre en un anacronismo a la medida en que el siglo XX se perfila. De manera que nuevas y cada vez más complejas cuestiones económico-sociales (pauperización y concienciación de las masas) se van imponiendo. Las premisas están lanzadas para la necesidad de creación de un nuevo modelo de protección social, quizás paralelo y que englobe a la asistencia social, pero necesariamente de mayor rigor funcional y de más profundo alcance – la previsión estatal. Hasta el despuntar del siglo XX, carece Portugal de un cuerpo legislativo que de forma y potencie las actividades de protección social. Ese camino se inicia con la reforma de los servicios de salud y de beneficencia, fechada en 24.12.1901 y firmada por Hintze Ribeiro, que se saldará con la institucionalización de organismos supervisores (Repartição de Beneficência y el Conselho Superior de Beneficência Pública), con

grandes preocupaciones formales con respecto a la higiene, característica de la mentalidad social de la época: “A proposta de lei [...] apresentada [...] pretendia regulamentar e organizar a beneficência pública como função do Estado e introduzir mecanismos de fiscalização e de comprovação das necessidades dos candidatos a essa assistência” (MARTINS, 1999, p. 95). La prueba de la escasa intervención estatal en la esfera de la protección social está en las 286 misericordias existentes durante la primera década del siglo XX. No obstante, los primeros años de esta centuria conocen 134 asilos, en los que se asisten, entre otros, a los desvalidos, mendigos, discapacitados... es decir, al sector no contributivo de la sociedad portuguesa. Estas instituciones albergaban cerca de 8000 individuos (MARQUES; RODRIGUES, 1991). El hecho del Estado emprender acciones en el campo de la protección a la población, implica el establecimiento de varias dinámicas, intrínsecas y extrínsecas al propio Estado: por un lado, los responsables por la delimitación de toda la política y las estructuras que la soportan; por el otro, aquellos que tienen la incumbencia de aplicar la teoría a la realidad (Para la temática de la asistencia social en Portugal (1965-1990) véase: COUTINHO, 1999; RODRIGUES, 1999. Para abordar la evolución y problemática de la seguridad social en Portugal, en los años más recientes, véase: CAMPOS, 2000; Comissão de Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2002; MATOS, 2014; MOZZICAFREDDO, 1997; SILVA, 2013. Para abordar la evolución y problemática del Estado de Bienestar en España, en los años más recientes, véase: GUILLÉN; LEÓN, 2011; RODRÍGUEZ CABRERO, 2013. Para la evolución de la protección social y el «modelo social europeo» véase: FIALHO, 2018; PACI, 2005; PALIER, 2010; RONCAGLIA, 2005).

Así, la Primera República portuguesa, consubstanciada legalmente en la Constituição de 1911, trae, de hecho, una mayor conciencia del papel social que cabría al Estado, por lo menos a nivel teórico-legislativo. Esto es así pues queda patente la exigua acción

que las instituciones de previsión portuguesas presentan en esta época de cara al aumento de la importancia de la «cuestión social»; por otro lado, el elevado grado de politización que la sociedad portuguesa atraviesa por estos años, particularmente de la masa obrera, cada vez más consciente de su existencia e importancia como actor económico-social y, por tanto, merecedora de mayores derechos cívicos.

Por consiguiente, en estos años se traza una estrategia estatal de previsión, amparada por el modelo social que Bismarck había implementado en Alemania. En 05.06.1883, fue instituido el seguro obligatorio contra accidentes de trabajo, de enfermedad, de invalidez para los trabajadores que ganasen, anualmente, menos de 2000 marcos repartidos los encargos en dos tercios para el trabajador y un tercio para el empleador. Este seguro se traducía en tratamiento médico hasta un máximo de 13 semanas, asegurando el pago de cerca de tres cuartos del salario. El 06/07/1884, el seguro contra accidentes de trabajo pasó a ser costado en su totalidad por las entidades patronales. En las situaciones de invalidez (permanente y total), los trabajadores recibirían un subsidio correspondiente a tres cuartos de su anterior salario, pudiendo ser transmitido a sus familiares directos, esposa e hijos, en caso de fallecimiento. Por último, el 22/06/1889, fue instituida la pensión de jubilación y de invalidez, en un sistema financiado en igual medida por el propio Estado, trabajadores y patronato (MACHTAN, 1999).

La legislação bismarckiana revolucionou a mutualização dos riscos sociais. Fê-lo recorrendo a um fundamento ético e jurídico preciso: o da “responsabilidade objectiva” pelos danos na eventualidade do risco. Ao mesmo tempo, incluiu o Estado entre os parceiros da partilha do risco e subsequente reparação dos correspondentes prejuízos (MENDES, 2011, p. 30-31).

La primera Constitución republicana trae consigo la toma de conciencia y ciertas alteraciones en el ámbito de la asistencia, como se alude en su preámbulo:

A assistência pública é em Portugal uma organização rudimentar. [...] o problema do pauperismo não se resolve pela assistência; mas o da mendicidade deve encontrar nos organismos assistentes meios seguros de eliminação. [...] O pedinte português atesta atraso, passividade e inércia dos poderes públicos, imprevidência e falta de solidariedade social [...]. O presente decreto destina-se a iniciar, sobretudo na capital da República, a experiência de um sistema de assistência pública capaz de tornar desnecessária a quem quer que seja a esmola (Diário do Governo, nº 122, de 26.05.1911: 2130. La cursiva es nuestra. pero el artículo 3º, nº 29º atestigua el “direito à assistência pública”).

En esta reforma se instituye la Direcção-Geral de Assistência, que tiene como función supervisar la totalidad de los organismos públicos de este ámbito, lo que incluye las Misericordias. Y también queda legislada la creación del Fundo Nacional de Assistência y del Conselho Nacional de Assistência Pública para gestionarlo. Así, en 1911 se resuelve la separación entre la esfera de la asistencia y de la salud, cada cual con una respectiva Direcção-Geral.

Es el diputado de la Assembleia Constituinte, Fernão Boto-Machado (1911) quien, por primera vez, propone el establecimiento de seguros obligatorios para las clases trabajadoras. Con todo, la reforma social de la Primera República, es decir, el inicio de la acción estatal tendente a una seguridad social de los trabajadores, sólo se verificará verdaderamente con la Ley 83, de 24/07/1913, que

consagra la responsabilidad patronal por los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, independientemente de la culpa de los patrones en el accidente (pudiendo estos transferir su carga para una compañía aseguradora), aunque la ley no cubre la totalidad de los trabajadores, pero sí al menos algunos grupos indicados por el articulado:

Terão direito a assistência clínica, medicamentos e indenizações [...] sempre que sejam vítimas dum acidente de trabalho, sucedido por ocasião do serviço profissional e em virtude desse serviço, os operários e empregados [...] onde se faça uso duma força distinta da força humana (LEY N° 83, EN DIÁRIO DO GOVERNO, N° 171, DE 24.07.1913, Art. 1.º, p. 2754).

Tras exponer este derecho, aún se declara que, “As entidades responsáveis pelas indenizações e encargos provenientes dos accidentes de trabalho são: a) As empresas e os patrões que explorem uma indústria; b) O Estado e as corporações administrativas para com os operários ao seu serviço”.

La institucionalización de la previsión social dentro de la esfera del Estado se formaliza con la creación del Ministerio del Trabajo y de la Previsión Social, a 16 de marzo de 1916. Nuevo ministerio, nuevas competencias, a través de la creación de la Direção-Geral de Previdência Social e Subsistências, que desempeña la función de relacionarse con los organismos de previsión particular (Ley n.º 494, en Diário do Governo, n° 51 (suplemento), de 16/03/1916, p. 263-264). En palabras de Guibentif, “la création d’un ministère du Travail inaugure un rapport nouveau entre l’opinion et le pouvoir d’Etat, en instituant pour ainsi dire la question sociale comme enjeu des pratiques politiques” (1986, p.

220). De acuerdo al seguimiento cronológico de la Primera República, la dictadura de Sidónio Pais (1917-1918) marca una tendencia de carácter inverso en la reforma de la política social, dándole una formulación descentralizadora.

Como ya aludimos, en 1919 se materializan con leyes las preocupaciones sociales que los republicanos pregonan como pilares en su sistema de valores políticos, a través de una profunda reforma del sistema de protección social, inaugurando la previsión estatal/pública en Portugal, con la institución de un sistema de seguros sociales obligatorios. Este avance legislativo tuvo como impulsores varios factores. A nivel externo, en este mismo año, la Organización Internacional del Trabajo insta a los gobiernos a instituir sistemas de seguros sociales que protegiesen, principalmente, los riesgos laborales. A nivel interno, el país atraviesa uno de sus períodos más agitados, todavía con los rescoldos de la Gran Guerra, en la cual Portugal había participado directamente, así como tras la dictadura de Sidónio Pais. Todo esto contribuye para la efervescencia de la clase obrera, que poco a poco se va politizando y que, así, se torna en un actor social sobre el cual el poder político no puede continuar ignorándolo o menospreciándolo. El paquete social aprobado intentaría contribuir para el apaciguamiento de un país que había derribado el secular régimen monárquico, pero cuyo joven régimen republicano no había encontrado argumentos que lo validasen como ventajoso en el progreso del país.

En 10/05/1919, se publican los decretos-ley número 5636, 5637, 5638, 5639 y 5640 que organizan respectivamente: el seguro social obligatorio de enfermedad, el seguro social obligatorio para los accidentes de trabajo (ahora ampliado a todos los trabajadores por cuenta ajena), y el seguro social obligatorio de invalidez, vejez y supervivencia – por tanto, estos tres decretos iniciales definen las áreas de acción de la legislación republicana. Las Bolsas Sociais de

Trabalho y el Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e Previdência Geral crean el marco institucional para cumplir los anteriores.

En lo que concierne al seguro social contra la enfermedad, su implementación en una sociedad que, por la fecha y de acuerdo a su propia articulación, engloba cerca de 2.300.000 ciudadanos que no se encuadran bajo ninguna estructura de seguridad social, «é uma das mais brilhantes conquistas do direito moderno, como medida de eficaz protecção às classes menos protegidas da fortuna e que dão o seu valioso concurso profissional para o desenvolvimento de todas as fontes de riqueza» (Decreto-ley n.º 5636, en Diário do Governo, n.º 98, de 10/05/1919, 8.º suplemento, p. 1025). Este extracto demuestra el progresismo que esta medida comporta para la cultura legislativa de la época, a pesar de su casi nulo alcance práctico. Con todo, si las intenciones de tal decreto pueden prever una evolución, las bases en que se fundamenta se vuelven cada vez más anacrónicas e insuficientes para soportar este nuevo sistema: «A base da organização do seguro social obrigatório na doença terá carácter regional, sendo moldada nas instituições da mutualidade livre para socorros na doença. Esta previsão estatal depende mucho de la secular previsão mutualista, sin conseguir, o sin querer, emanciparse de esta. Por consiguiente, los ciudadanos, algunos, tendrán que asociarse a mutualidades para poder aprovecharse de los beneficios sociales: «A inscrição obrigatória com direito a socorros sociais abrange os indivíduos de ambos os sexos dos 15 aos 75 anos, que residam no concelho, que no tenham rendimento anual superior a 700\$00, ou salário ou ordenado correspondente, de qualquer ocupação que exerçam, sendo classificados como sócios efectivos» » (Decreto-ley n.º 5636, en Diário do Governo, n.º 98, de 10/05/1919, 8.º suplemento, p. 1027). Desde luego se aprende el carácter parcial que este nuevo modelo propone, estando la mentalidad legislativa aún lejos de querer encuadrar el todo social en un esquema de protección.

El decreto 5637 establece el seguro contra accidentes de trabajo, de alguna forma fortaleciendo, casi legitimando y, sobre todo, confirmando un alcance poblacional más bien ecléctico a la Ley 83, de 1913. Uno de los mayores propósitos de este texto legal pasa por la ampliación de la responsabilidad a todas las entidades patronales, universalizando la responsabilidad por el accidente en el trabajo. Los trabajadores inscritos en este seguro tendrán derecho a asistencia médica (con internamiento o ambulatorio), medicación e indemnizaciones, conforme a las situaciones. (Decreto-ley n° 5637, en Diário do Governo, n° 98, de 10/05/1919, 8° suplemento, art. 2° y ss., p. 1035-36)

Con el decreto 5638 se instituyen los seguros de invalidez y de vejez. Aquí, el Estado reconoce que la mayoría de la población activa está adscrita al sector primario (agricultura, pesca, explotación minera, entre otros), área de la economía nacional que, para una gran parte de la masa trabajadora rural, no proporciona sustento suficiente, y mucho menos amparo después de la entrada en la fase pasiva de la vida laboral (por edad o por incapacidad física), que casi nunca llegaba. Serían beneficiarios de esta protección social todos aquellos que no estuvieran inscritos en asociaciones de socorros mutuos con cobertura de los mismos riesgos que el sistema estatal preveía, ni que superasen más de 700\$00 anuales.

La reforma de 1919 instituye las Bolsas Sociais de Trabalho que desempeñarán la función de dar a conocer e informar a las entidades patronales la mano de obra desempleada y/o las posibles carencias de trabajadores en determinadas áreas laborales, contribuyendo, de este modo, para una creciente empleabilidad:

e a República, cimentando assim as bases dessas importantes instituições de economia e previdência, afirma mais uma vez a alta compreensão dos seus destinos em todos os ramos da administração do

Estado, preparando as classes laboriosas a melhor entrada para a conquista das suas justas reivindicações, num espírito de paz, de equidade e justiça! (Decreto-ley nº 5639, en Diário do Governo, nº 98, de 10/05/1919, 8.º suplemento, p. 1045).

Por último, encuadrando e institucionalizando todo este torrente legislativo, se crea el Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e de Previdência Geral, formalizado por el decreto ley 5640. Integrado en el Ministerio de Trabajo, sus atribuciones son las de ejecutar, coordinar y supervisar todo el conjunto de articulados sobre los seguros sociales obligatorios enunciados, las Bolsas Sociales de Trabajo, así como los organismos de previsión social obligatoria y libre, entre otras – es decir, una fiscalización de toda la red de previsión portuguesa (Decreto-ley n.º 5640, en Diário do Governo, n.º 98, de 10/05/1919, 8.º suplemento, p. 1047).

En cuanto a la gestión de esta red de seguros, en lo relativo al seguro social de enfermedad, este sería administrado por una red de mutualidades instituidas a nivel provincial; en el caso del seguro contra accidentes de trabajo este esclarecimiento es más confuso, pero es el Estado o el patronato quien asegurará su gestión y garantía; en el seguro de invalidez, vejez y supervivencia, este se fundamenta en una lógica de cotización, gestionada por el interés público. Este “sistema” de previsión social se financiaría mediante las contribuciones de los ciudadanos activos y de las respectivas entidades patronales, bajo la supervisión estatal que dirigiría el régimen dentro de un principio de capitalización. De todas las medidas mencionadas, apenas el Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e Previdência Geral entra en funcionamiento. El Ministerio del Trabajo desaparece en 25/11/1925 y el Instituto será integrado en el Ministerio de las Finanzas (Decreto-ley nº 11.996, de 29.07.1926, en Diário do Governo, nº 166, de 31/07/1926: 897-898), habiendo funcionado hasta 1933, año en que se preconizará la

creación del Instituto Nacional do Trabalho e Previdência, extinguindo el anterior. (Decreto-ley nº 23.053, de 23/09/1933, art. 44º, p. 243).

En conclusión, y siguiendo un discurso contemporáneo y elogioso en defensa propia sobre las reformas sociales republicanas, «Portugal ocupa hoje na Europa o primeiro lugar, entre os países que mais completa legislação social decretaram a favor das populações trabalhadoras» (Circular do Conselho de Administração do Instituto de Seguros Sociais e Obrigatórios e de Previdência Geral, de 17/06/1919 *apud* LEAL, 1998, p. 108-109). El primer republicanismo impuso al Estado la toma de conciencia como protagonista, edificando, por lo menos en teoría, al estado social. Con todo, años más tarde, el legislador estado-novista reflexionará sobre la reforma republicana así:

Autêntica improvisação, animados da mais generosa mas da mais ingénua das intenções, os decretos de 1919 organizavam o seguro para todos os trabalhadores, sem distinção de profissão, de sexo ou de idade. Equivaliam a simples declarações de princípios que se destinavam, afinal, a não passar do papel (ABC DO SEGURO SOCIAL, 1949, p. 51).

La realidad es que, durante la Primeira República habían sido creadas las bases legales de un sistema de protección social, “instituyendo a lei das 8 horas e os seguros obrigatórios para pensões e indemnizações nos casos de doença, velhice, invalidez, sobrevivência, acidentes de trabalho, embora limitados aos operários com baixos rendimentos” (RAMOS, 2001, p. 542-543). A pesar de la estructura ahora establecida, este sistema no llegará a ser implementado. Ya durante el Estado Novo se apuntaban las causas del fracaso del sistema de 1919:

A falta de preparação do público para a execução de medida de tão alta envergadura, visto a realização depender da colaboração de todos e não apenas da ação dos funcionários; a insuficiência das reservas da Nação para cobrir encargos enormes; a falta de espírito de solidariedade para entender e amar com entusiasmo o que se decretava; e a entrega ao Estado dum serviço que exigia larga burocracia e que havia ainda de ser exagerada em harmonia com a nossa tendência tradicional (RODRIGUES, 1943, p. 212)

Apurando el análisis, el revolucionario sistema de seguros sociales de 1919 no granjea empatías ni dinámicas movilizadoras por parte del proletariado, ni tampoco de las entidades empleadoras: “faltavam aos governos os meios práticos de compelirem o patronato à efectivação das medidas decretadas, sobrando, pelo contrário, aos patrões os modos de se subtraírem à lei, a escamotearem ou a desprezarem abertamente” (MARQUES; RODRIGUES, 1991, p. 210-211).

Todo el clima de profunda inestabilidad económica y política contribuye para que el paso de la teoría a la práctica no sea concretizado con el pragmatismo conveniente, por lo que la profunda reforma de la legislación social portuguesa se quedó en la simple declaración de intenciones. Destáquese que el primer sistema de pensiones global es armado en 1929, con la institución de la Caixa Geral de Aposentações, que extiende sus beneficios sociales a aquellos que son funcionarios públicos (PEREIRA, 2000, p. 5-6). El período de la Dictadura Militar marca el desinterés político por la implementación de las reformas sociales hace mucho legisladas. Con todo, en 1932 surge la institución del subsidio de desempleo en Portugal para los trabajadores de los sectores de la industria y de los servicios (Decreto-ley nº 21.699, de 19/09/1932, en Diário do Governo, nº 230, de 30/09/1932, p. 1975-1986). Este se encuadra en

la Caixa de Auxílio aos Desempregados. No obstante, “a resolução do problema do desemprego parecia depender mais da reanimação da vida económica do que da existência de um subsídio. A caixa de auxílio aos desempregados surgia, assim, com um papel supletivo e os (seus) fundos destinavam-se a ser empregues produtivamente e só em casos últimos ou extremos a ser distribuídos sob a forma de ajuda monetária” (PATRIARCA, 1995, p. 171). El patronato no encara positivamente esta medida del entonces ministro de Finanzas, Salazar, argumentando el carácter propiciador de la ociosidad, vicios y malos hábitos que tal protección social podría fomentar. Más allá de esta visión (o su falta), a los patrones del comercio y de la industria les pasa a ser exigida una contribución de un 1% en beneficio del fondo de sustentación de este subsidio, lo que realmente también pesaría en la postura patronal. Con rigor, hasta 1935 (Ley n.º 1884, en Diário do Governo, n.º 61, de 16/03/1935, p. 335-387), cuando se pone en marcha el sistema de seguros sociales obligatorios, la protección social se compone de una asistencia privada, alguna estatal y por el conjunto de las asociaciones mutualistas, lo que redundaba en una parcialidad, después incapacidad, de la acción protectora, distante de un modelo a escala nacional.

Como balance, la tan profunda reforma social de 1919 no pasa de la superficie. Así, este vacío legislativo tuvo, si no otros, un gran mérito en el proceso histórico de construcción de una visión social para Portugal: fue el anuncio de la implicación directa del Estado, que evolucionará hacia un carácter social (RODRIGUES, 1999). Con rigor, ni la previsión mutualista, ni la asistencia social pública liberal, ni los seguros sociales obligatorios republicanos, se constituyen en sistemas de protección universales, ya sea en Portugal o en España. El individuo está siempre obligado a la reunión de un conjunto de prerrequisitos para poder disfrutar de los beneficios que los mencionados “sistemas” proporcionarían: en el caso de la asistencia social, una falta de recursos económicos demostrados, y en el caso de la previsión, unas contribuciones efectuadas. En

Portugal, el sistema de seguros sociales obligatorios republicano será totalmente desacreditado en los análisis retrospectivos producidos por el Estado Novo. Sin embargo, dentro de la amalgama de “analistas republicanos”, mostramos a Manuel Rodrigues, ideólogo destacado del régimen salazarista, que, en 1939, afirma: «não se regressa ao sistema maciço dos seguros sociais obrigatórios, não porque fosse errado mas por ser demasiado dispendioso e pouco eficiente» (1949, p. 208). En la misma línea, pero para el régimen español, Franco afirma en 18 de julio del 1937, relativamente al trabajo social desarrollo por la República, que “España no estaba retrasada en lo social. Las leyes no eran malas, pero se ejecutaban mal” (p. 55).

CONCLUSIÓN

En definitiva, en Portugal y España a lo largo del siglo XIX, la asistencia social ha continuado principalmente como una función privada y local, ajena al interés y a la acción central del Estado, pero, en las primeras décadas del XX, el poder político de los países ibéricos ha tenido que aceptar que la asistencia social no podría seguir siendo una responsabilidad cuasi exclusiva de las familias y de los individuos. El desarrollo del Estado implicaba ahora una tomada de posición, aunque esta materializó sobre todo en las nuevas leyes de carácter social, pero mucho menos traducida en la realidad de los cuidados asistenciales. Los Estados van a institucionalizar la asistencia social bajo el formato de previsión social, en la que los Estados se ofrecen para organizar legalmente el funcionamiento de un conjunto de seguros sociales, aunque para ellos no iban a contribuir.

REFERÊNCIAS

ABREU, L. **Memórias da Alma e do Corpo a Misericórdia de Setúbal na Modernidade**. Viseu: Palimage Editores, 1999.

ALONSO, J. M.; GONZALO, B. **La Asistencia Social y los Servicios Sociales en España**. Madrid: Boletín Oficial del Estado, 1997.

ARNABAT MATA, R. **Asociaos y seréis fuertes: sociabilidades, modernizaciones y ciudadanías en España, 1860-1930**. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza, 2019.

BARRIO ALONSO, Á. “Reforma social, nacionalización, (y ¿democratización?) en España: del reformismo a la política social (1880-1924)”. *In*: BARRIO ALONSO, Á.; APARICIO, A. H. Y.; SUÁREZ CORTINA, M. (eds.). **Latidos de nación: Europa del sur e Iberoamérica en perspectiva histórica**. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza, 2021.

BONIFÁCIO, M. F. **A Monarquia Constitucional (1807-1910)**. Lisboa: Texto Editores, 2010.

CAETANO, M. **Constituições Portuguesas**. Lisboa: Verbo, 1986.

CALLE, M. D. “El sinuoso camino de la política social española”. **Historia Contemporánea**, n. 17, 1998.

CALVO-MONZANO JULIÁN, M. “La implantación del Retiro Obrero en el campo español: dificultades y resistencias durante su etapa de gestación (1917-1921)”. *In*: ESPINO JIMÉNEZ, F. M.; CALVO-MONZANO JULIÁN, M. (coords.). **La Problemática de**

la tierra en España durante la historia contemporánea. SEVILLA: Egregius Ediciones, 2019.

CAMPOS, A. C. **Solidariedade Sustentada: Reformar a Segurança Social.** Lisboa: Gradiva, 2000.

CASANOVA, J. **La Iglesia de Franco.** Barcelona: Editorial Crítica, 2005.

CHORÃO, L. B. **A crise da República e a Ditadura Militar.** Lisboa: Sextante Editora, 2010.

COMÍN, F. “Las Formas Históricas del Estado de Bienestar: el Caso Español”. ALVAREZ-MIRANDA, B. **Dilemas del Estado de Bienestar.** Madrid: Fundación Argentaria, 1996.

COMISSÃO DE TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL. **A Reforma da Segurança Social, contributos para o estudo da Lei de Bases.** Lisboa: Assembleia da República, 2002.

CORREIA, F. S. “Algumas Efemérides Referentes a Legislação sobre Assistência em Portugal”. **Boletim da Assistência Social**, n. 13, 1944.

COUTINHO, M. M. **A Assistência Social em Portugal. 1965/1971: um Período Charneira.** Lisboa: Associação Portuguesa de Segurança Social, 1999.

CRUZ, M. B. “A revolução nacional de 1926: da ditadura militar à formação do Estado Novo”. **Revista de História das Ideias**, vol. 7, 1985.

DIAS, G., “Igreja, Igrejas e Culto”. *In*: MARQUES, J. S. A. H. O. (org.). **Nova História de Portugal**. Lisboa: Editorial Presença, 2004.

DICI - Divulgação, Informação e Cooperação Internacional. **ABC do Seguro Social**. Lisboa: D.I.C.I., 1949.

ESPINA, Á. **Modernización y Estado de Bienestar en España**. Madrid: Fundación Carolina, 2007.

FARINHA, L. **O Revirvalho**: Revoltas Republicanas contra a Ditadura e o Estado Novo (1926-1940). Lisboa: Editorial Estampa, 1999.

FERNÁNDEZ RIQUELME, S. “Política, Autoridad y Trabajo. Eduardo Aunós y Estado corporativo en España”. **La Razón Histórica: Revista hispanoamericana de História de las Ideas**, n. 10, 2010.

FIALHO, J. “Estado (quase) sociais: Desafios prospetivos para o modelo social europeu”. **Café com Sociologia**, vol. 7, n. 1, 2018.

FRANCO, F. “... en entrevista al director de ‘ABC’ a 18 de julio de 1937, en Salamanca”. *In*: FRANCO, F. **Palabras de Franco**. Bilbao: Editora Nacional, 18.07.1937.

GIL, J. **La II República**. Madrid: Biblioteca Nueva, 2006.

GIMÉNEZ MARTÍNEZ, M. Á. “La representación política en España durante la dictadura de Primo de Rivera”. **Estudios Históricos**, vol. 31, n. 64, 2018.

GIRÓN DE VELASCO, J. A. **Orientaciones Sociales del Gobierno**: discurso ante el pleno de las Cortes Españolas, el 22 de noviembre de 1944. Madrid: ENP, 1945.

GOODOLPHIM, C. **A Previdência**. Lisboa: Imprensa Nacional, 1889.

GUIBENTIF, P. “Avatars et dépassement du corporativisme. Le développement de lá sécurité sociale au Portugal”. **Colloque sur l’Histoire de la Sécurité Sociale, Montpellier, 1985**. Paris : Association pour l’Étude de l’Histoire de la Sécurité Sociale, 1986.

GUILLÉN, A. M.; LEÓN, M. **The Spanish Welfare State in the European Context**. Surrey: Ashgate, 2011.

JORDANA DE POZAS, L. **Los Seguros Sociales en España de 1936 a 1950**. Madrid: Ministerio de Trabajo, 1953.

JUDT, T. **Pós-Guerra. História da Europa desde 1945**. Lisboa: Edições 70, 2009.

LEAL, A. S. “O Mutualismo”. *In*: NEVES, I. (coord.). **Temas de Segurança Social**. Lisboa: União das Mutualidades Portuguesas, 1998.

LOFF, M., “**O Nosso Século é Fascista!**”: O Mundo visto por Salazar e Franco (1936-1945). Porto: Editora Campo das Letras, 2008.

LOPES, M. A. “Os Pobres e a Assistência Pública”. *In*: MATTOSO, J. (org.). **História de Portugal**. Lisboa: Editora Estampa, 1998.

MACHTAN, L. “A Construção do Estado Social Alemão e a Política Social de Bismarck”. **Ler História**, n. 37, 1999.

MARQUES, A. H. O. “Conjuntura”. *In*: MARQUES, A. H. O.; SERRÃO, J. (orgs.). **Nova História de Portugal**. Lisboa: Editorial Presença, 2004.

MARQUES, A. H. O.; RODRIGUES, L. N. “A Sociedade e as Instituições Sociais”. *In*: MARQUES, A. H. O.; SERRÃO, J. (orgs.). **Nova História de Portugal**. Lisboa: Editorial Presença, 1991.

MARTÍN VALVERDE, A. *et al.* **La Legislación Social en la Historia de España de la Revolución Liberal a 1936**. Madrid: Congreso de los Diputados, 1987.

MARTÍN, R. **La Asistencia Social como Servicio Público**: Guía de Actividades Públicas Asistenciales. Madrid: Secretaría General Técnica del Ministerio de la Gobernación, 1967.

MARTÍNEZ QUINTERO, E. “El Nacimiento de la previsión social (1900-1917). Las primeras soluciones al problema de la vejez entre la previsión y la beneficencia”. *In*: PINILLA, M. P. L. H. (org.). **De la Beneficencia al Bienestar Social**: Cuatro Siglos de Acción Social. Madrid: Siglo XXI de España Editores, 1988.

MARTINS, A. **Génese, Emergência e Institucionalização do Serviço Social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1999.

MATOS, M. **O Estado-Providência em Portugal e as Políticas Sociais**: avaliação da implementação das cantinas sociais. Lisboa: ISCTE, 2014.

MAZA, E. **Pobreza y beneficencia en la España contemporánea (1808-1936)**. Barcelona: Editorial Ariel, 1999.

MENDES, F. R. **Segurança Social**: O Futuro Hipotecado. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2011.

MENDES, J. A. “As Camadas Populares Urbanas e a Emergência do Proletariado Industrial”. In: MATTOSO, J. (org). **História de Portugal**. Lisboa: Editora Estampa, 1998.

MIRANDA BOTO, J. M. “Los Ministros de Trabajo entre 1920 y 1936. Un ensayo de prosopografía laboral”. **Dereito**, vol. 19, n. 1, 2010.

MONTOYA, A. **Ideología y lenguaje en las leyes laborales de España (1873-1978)**. Madrid: Editorial Civitas, 1992.

MOZZICAFREDDO, J. **Estado Providência e Cidadania em Portugal**. Oeiras: Celta Editora, 1997.

PACI, M. **Nuovi lavori, Nuovo Welfare**. Bolonha: Il Mulino, 2005.

PALIER, B. **A Long Goodbye to Bismarck? The Politics of Welfare Reform in Continental Europe**. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2010.

PATRIARCA, F. **A Questão Social no Salazarismo 1930-1947**. Lisboa: INCM, 1995.

PEREIRINHA, J. A. **Política Social: Formas de actuação no contexto europeu**. Lisboa: Universidade Aberta, 2008.

PERFECTO, M. A. “Política Social y regeneracionismo en la Dictadura de Primo de Rivera”. **Studia Zamorensia**, n. 1, 1994.

PINTO, A. C. **Os Camisas Azuis: Ideologia, Elites e Movimentos Fascistas em Portugal, 1914-1945**. Lisboa: Editorial Estampa, 1994.

PREFECTO, M. A. “Corporativismo y Política Social en España. Orígenes y Evolución”. **Estudios Históricos**, vol. 31, n. 64, 2018.

RAMOS, R. “A Politização da Vida Portuguesa”. *In*: MATTOSO, J. (org.). **História de Portugal**. Lisboa: Editora Estampa, 2001.

REIS, A. “Ascensão e consolidação do Estado Novo: a ordem económica e social entre o desenvolvimento e a estagnação: controlo ideológico e resistência cultural: sob a égide dos valores conservadores”. *In*: REIS, A. **Portugal Contemporâneo**. Lisboa: Publicações Alfa, 1990.

RODRIGUES, E. V. *et al.* “A pobreza e a exclusão social – teorias, conceitos e políticas sociais em Portugal”. **Sociologia: Revista da Faculdade de Letras do Porto**, vol. 9, 1999.

RODRIGUES, F. **Assistência Social e Políticas Sociais em Portugal**. Lisboa: ISSS, 1999.

RODRIGUES, M. **Igualdades e Desigualdades: Problemas Sociais (Questões Políticas)**. Lisboa: Editora Ática, 1943.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. **El Estado de Bienestar en España diez años después del inicio de la Gran Recesión**. Madrid: Fundación Foessa, 2013.

RODRÍGUEZ, M. J. “Concepto y Antecedentes de la Seguridad Social”. *In*: RODRÍGUEZ, M. J.; GORELLI, J.; VÍLCHEZ, M. (orgs.). **Sistema de Seguridad Social**. Madrid: Editorial Tecnos, 2003.

RONCAGLIA, A. **II Mito della Mano Invisibile**. Roma-Bari: Editori Laterza, 2005.

ROSAS, F. “A crise do Liberalismo e as origens do Autoritarismo Moderno e do Estado Novo em Portugal”. **Penélope**, n. 2, 1989.

ROSENDO, V. O Mutualismo em Portugal, Dois séculos de História e suas Origens. Lisboa: Montepio Geral, 1996.

ROXO, R. L. Representações do 28 de maio de 1926 na Imprensa da Época. Lisboa: ISCTE, 2017.

SILVA, F. C. (org.). Os Portugueses e o Estado-Providência: Uma perspectiva comparada. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2013.

TELO, A. J. Decadência e Queda da I República. Lisboa: A Regra do Jogo, 1980.

CAPÍTULO 3

*Capitalismo Dependente e
Assistência Social no Brasil no Século XXI*

CAPITALISMO DEPENDENTE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL NO SÉCULO XXI¹²

Ana Paula Ornellas Mauriel

A implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), criado em 2005, trouxe uma nova etapa para a estruturação da Política de Assistência Social (PNAS) no Brasil. Novas orientações legais, normatizações, vários aspectos institucionais e conceitos novos estão presentes na PNAS e no SUAS.

Contudo, embora sua consubstanciação no SUAS possua muitos méritos, as tendências que se apresentaram na assistência social mostram um processo contraditório que, ao mesmo tempo em que busca a garantia de direitos a toda população pela noção de seguridade social, apresenta tendências neoconservadoras que limitam sua própria estruturação como política de proteção – centralidade da transferência de renda, foco do alívio da pobreza extrema, focalização, sem deixar de vivenciar os velhos dilemas assistencialistas e clientelistas que ainda se fazem presentes, mas reconfigurados e, por vezes, potencializados.

Diante de tais assertivas, o texto tem como objetivo apresentar uma análise das tendências da política de Assistência Social brasileira nas duas últimas décadas, abordando as principais orientações políticas do Estado pensadas a partir das contradições do capitalismo dependente no atual contexto de radicalização da ofensiva conservadora do capital pós-crise 2008.

¹² Esse texto é uma versão revista e ampliada do trabalho apresentado em mesa coordenada intitulada Capitalismo dependente e política social brasileira: entre o aparato assistencial e a criminalização da questão social no Brasil no 8º Encontro Internacional e 15º Encontro Nacional de Política Social, realizado em junho de 2020, na UFES em Vitória/ES.

Para isso, se buscou aportes na noção de capitalismo dependente em Florestan Fernandes e Ruy Mauro Marini, procurando problematizar como os padrões dependentes, que se atualizam no movimento histórico, apresentam elementos estruturantes do Estado e das políticas sociais que também se fazem presentes na política de assistência social. Nesse sentido, algumas das principais obras de Ruy Mauro Marini e Florestan Fernandes são exploradas para buscar uma correlação entre os fundamentos do Estado e do capitalismo dependente brasileiro, para pensar sua correlação com as políticas sociais, especialmente a assistência social, procurando mostrar como a dependência e os traços autocráticos estruturantes do Estado tendem a forjar patamares mínimos de acesso.

Embora com as lutas sociais (de classe e dos oprimidos/as) o acesso a serviços e programas tenham se ampliado em diferentes momentos históricos, em contexto de agudização da crise como o atual, o retorno a patamares aviltantes de condições de vida tende a ser predominante.

Longe de afirmar que as tendências que se apresentam na política de Assistência Social hoje são apenas uma atualização do passado, trata-se de situá-la como parte complexa de um conjunto de contradições que compõe um novo padrão de intervenção sobre a questão social por parte do Estado na fase imperialista atual diante da financeirização e do neoliberalismo, em que as ações assistenciais, encapsuladas sob a lógica do alívio da pobreza, aparecem cada vez mais conjugadas com elementos punitivos, de controle e vigilância.

O texto se configura como ensaio com revisão bibliográfica em que adotamos a perspectiva materialista histórica dialética para pensar as políticas sociais, utilizando a categoria capitalismo dependente como guia de análise. O capitalismo dependente aparece como categoria para entendermos a constituição das particularidades

histórico-concretas do capitalismo brasileiro e como as políticas sociais ganham especificidades sob a nossa formação econômico-social. Acreditamos que a perspectiva crítica marxista para pensar as políticas sociais tem a potencialidade de evitar abordagens unilaterais, monocausais, idealistas e a-históricas, permitindo localizar o papel das políticas sociais na complexidade da reprodução capitalista, para situar as mediações no circuito de valor e seu papel para as condições de reprodução material e subjetiva da classe trabalhadora, e reconhecer as relações de poder no Estado e as forças políticas das classes sociais, frações de classe e grupos em confronto no processo de elaboração, implementação, gestão, organização do financiamento e formas de avaliação das políticas sociais.

No primeiro item, apresentamos uma discussão sobre a relação entre capitalismo dependente, Estado e políticas sociais no Brasil, apontando algumas tendências históricas, para em seguida, tecer algumas contradições atuais. Na parte onde são abordados aspectos históricos, são desenvolvidas algumas categorias de Ruy Mauro Marini (e parte da Teoria Marxista da Dependência) e Florestan Fernandes, onde buscamos correlacionar os fundamentos econômicos para pensar a dependência com a forma do Estado e da dominação burguesa no Brasil.

No segundo item, buscamos localizar a relação entre assistência e a atuação mais repressiva por parte do Estado nos dias atuais, observando um crescente processo de assistencialização conservadora da própria assistência social diante da criminalização da pobreza, compondo parte de um novo padrão de enfrentamento da questão social sob o neoliberalismo pós crise 2008. A intenção é mostrar que a expansão da política de assistência social nesse momento histórico veio a responder muito mais a uma determinada estratégia para absorver e disciplinar trabalhadores/as precários/as e

informais mediante uma expansão contraditória do SUAS, do que à garantia de direitos de proteção fundamentais.

ESTADO, CAPITALISMO DEPENDENTE E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL: TENDÊNCIAS HISTÓRICAS E CONTRADIÇÕES ATUAIS

Ao pensar o capitalismo dependente no Brasil e o Estado brasileiro, Iasi (2014) parte do entendimento de que não há resquícios a serem superados ou elementos que possam ser enfrentados sendo deixados para trás, mas “permanências no sentido de que tais aspectos seguem funcionais à ordem a qual se associam” (p. 81). Ou seja, nós não temos um capitalismo incompleto, cujas particularidades estariam calcadas em restos do passado colonial, pois o Brasil desenvolveu um “capitalismo completo nos marcos de uma inserção subordinada e dependente à ordem imperialista e monopolista” (IASI, 2018, p. 140).

Tanto Florestan Fernandes quanto Ruy Mauro Marini fornecem fundamentos para mostrar que existe um tipo de Estado que necessariamente precisa de um modo de ser autocrático, violento para poder legitimar a manutenção dessa dependência, desse padrão de desenvolvimento capitalista dependente e heteronômico, pactuado também por meio da perpetuação de condições materiais aviltantes para trabalhadoras e trabalhadores, em que o assistencialismo conservador não sai de moda.

Para Marini ([1973] 2011), a dependência se conforma a partir da forma contraditória que marca a integração historicamente constituída das economias latino-americanas no mercado mundial, a qual tem como fundamento a transferência de valor porque as relações de produção são desiguais, baseadas no controle do

mercado por parte das nações imperialistas, com a transferência de excedente gerada nos países dependentes, na forma de lucros, juros, patentes, *royalties*, dentre outros, ocasionando a perda de seus próprios recursos por parte de quem transfere valor.

Essa apropriação de valor por parte dos países centrais não pode ser compensada por uma produção de mais valia interna baseada na inovação tecnológica, ou um desenvolvimento da capacidade produtiva das economias dependentes para competir no mesmo patamar das economias centrais. Essa é a razão pela qual as economias dependentes buscam compensar as perdas resultantes dessas transferências recorrendo à superexploração da força de trabalho, no âmbito da produção interna, o que se reflete em uma forma particular do ciclo de capital das economias dependentes (MARINI, [1979], 2012), que perpetua e reproduz estes mecanismos, mantendo assim a reprodução da própria dependência.

Marini discute o problema da cisão entre as fases do ciclo do capital, demonstrando como a dependência nas esferas tecnológica e financeira, assim como a persistência da superexploração da força de trabalho, fazem com que se perpetue a subordinação dos países dependentes à divisão internacional do trabalho (FERREIRA *et al.*, 2012, p. 18).

Segundo Marini ([1973] 2011), para aumentar a massa de valor produzida internamente, a superexploração da força de trabalho corresponde a uma situação em que o trabalhador é remunerado abaixo de seu valor sistematicamente, mesmo fora de situações de crise. Marini considera que, nas economias dependentes, a despeito da classe trabalhadora ser submetida cotidianamente ao prolongamento da jornada e ao aumento da intensidade de seu trabalho, não recebe reajuste de salário que

compense esse desgaste. Essa é uma situação estrutural nas economias dependentes, haja vista que a dialética externo-interno exige que a burguesia local programe políticas que criem condições para a manutenção do imperialismo, cujas condições são reproduzidas pelo Estado, o que requer processos extremamente violentos, para manter os trabalhadores dentro de padrões de sobrevivência estruturalmente no limite da sobrevivência ou mesmo abaixo dela. Isso conforma o caráter autoritário como um traço particular e estrutural dos Estados nos países dependentes.

Os Estados latino-americanos precisam reproduzir essas condições no campo político e no campo econômico, de modo a atender aos interesses das classes dominantes nos países imperialistas, ao mesmo tempo em que acolhe os interesses das burguesias internas. Uma vez que as relações de poder de diferentes Estados no sistema mundial são desiguais, fazendo com que tenham uma soberania frágil no plano internacional, as burguesias locais operam sempre com base em associação aos capitais imperialistas em diversos momentos históricos.

Contudo, apesar de uma soberania frágil no plano externo, os Estados dependentes possuem forte poder político local e o utilizam em seus respectivos territórios nacionais a partir dos aparatos do Estado (poderes executivo, legislativo e judiciário, burocracia estatal, poder militar e de polícia), para garantir a dependência, particularmente a partir do controle e da regulação da vida da classe trabalhadora, construindo e gerindo condições políticas, ideológicas e sociais que permitam a perpetuação da superexploração (OSORIO, 2014).

Nos aportes de Florestan Fernandes (1981; 2005), o caráter dependente e subordinado do capitalismo brasileiro é base para exclusão da maioria da população dos circuitos de consumo e acessos materiais fundamentais, o que leva à persistência dos traços autocráticos do Estado. Na obra *Capitalismo dependente e classes*

sociais na América Latina, Fernandes (1981) aponta que a transição para o capitalismo dependente na América Latina se caracteriza por um movimento de continuidade e inovações devido a três fatores fundamentais: o controle externo, a debilidade da revolução burguesa e o padrão dual de expropriação do excedente econômico.

Para o autor, a sobre-apropriação e a dependência constituem a substância de uma lógica econômica própria do capitalismo dependente, em que “os dinamismos econômicos externos e internos não teriam razão de ser [...] se não existisse a perspectiva da sobre-apropriação capitalista” (FERNANDES, 1981, p. 54). Logo, a dependência não é um acidente de percurso, mas uma articulação estrutural de dinamismos econômicos externos e internos, onde a estratégia do lado hegemônico é aceita pelo lado subordinado, garantindo condições desejadas para ambos os parceiros externos e internos (FERNANDES, 1981, p. 54).

Ou seja, temos uma burguesia parceira do imperialismo como elemento estruturante. Isso quer dizer que a apropriação repartida do excedente econômico não significa que o capitalismo dependente “falhou”, ao contrário, está respondendo muito bem ao padrão de acumulação de capital imperialista. Daí que a burguesia que deriva daí é compósita, pois com a desintegração das oligarquias dá lugar a uma plutocracia, na qual os parceiros externos estão diretamente representados na burguesia interna. Sob essa perspectiva, nossa burguesia já nasce conservadora (FERNANDES, 1981, p.57-58).

O capitalismo dependente se organiza e se expande reforçando a concentração de renda, o prestígio social e o poder, mas impondo limites para a classe trabalhadora no que se refere à participação econômica (ao restringir a universalização da própria condição operária), a participação sociocultural e política.

Como as classes privilegiadas dominantes têm sua condição burguesa afetada diante das condições externas, são conduzidos a usar aquilo que conhecem historicamente como autoproteção, ou seja, as formas estamentais de cooperação e solidariedade, construindo critérios classificadores de mercado com base em elementos arcaicos de estratificação (FERNANDES, 1981, p. 69-70). Para as classes consideradas “baixas”, as frações que compõem a classe dominante também buscarão referenciais históricos, com base nos elementos étnico-raciais (aqui incluem também os patriarcais) e socioeconômicos como limitadores de acesso ou como fatores de integração subordinada no mercado. Grandes segmentos de trabalhadores e trabalhadoras encontrarão limitações nas condições de venda da sua força de trabalho, o que gera impedimentos na mobilidade social na ordem capitalista, mantendo-se em condições estruturais restringidas de consumo e acesso a bens públicos.

O padrão de mercantilização do trabalho que se forja a partir desses elementos estruturantes gera massas de trabalhadores que sofrem a apropriação capitalista pelo mercado e a expropriação capitalista quando ficam fora dele (correspondendo àquilo que Marx classificou como superpopulação relativa).

Portanto, a apropriação externa permanente de parte substancial do excedente econômico associada à ordem capitalista com a revitalização de relações de dominação que predominavam no sistema colonial (incluindo aí o próprio padrão de mercantilização do trabalho e de reprodução de trabalhadores/as em padrões mínimos) cria condições para garantir a reprodução do capitalismo dependente, configurando uma condição de heteronomia permanente (FERNANDES, 1981, p. 72).

Florestan Fernandes em seu ensaio “A quem serve o Estado” (1977) já destacava que as funções assumidas pelo Estado no capitalismo monopolista são instrumentais para a iniciativa privada,

a proteção dos lucros capitalistas e a consolidação de um sistema mundial desigual de poder do capital. Ou seja, a intervenção estatal na economia visa não só garantir a acumulação ampliada, mas intensificá-la e criar vários modos de proteger e manter a segurança do capital.

Ora, se capitalismo dependente, para Fernandes ([1975] 2005) se organiza e se expande reforçando a concentração de renda, do prestígio social e do poder, impondo limites para a classe trabalhadora no que se refere à participação econômica (ao restringir a universalização da própria condição operária), a participação sociocultural e política, o caráter dependente e subordinado do capitalismo brasileiro se faz a partir da pauperização permanente da maioria da população e da manutenção de padrões mínimos, o que leva à persistência dos traços autocráticos do Estado para manutenção da ordem e contenção das lutas que possam surgir para lutar por mais direitos.

Nesse sentido, Fernandes ([1975] 2005) assume que os requisitos do padrão de desenvolvimento inerente ao capitalismo monopolista dependente não são só econômicos, necessitam também de estabilidade política e controle efetivo do poder do Estado por parte da burguesia nativa, haja vista a dupla expropriação do excedente econômico (pela burguesia externa e interna) e a sobre expropriação da classe trabalhadora, que requerem constantes ações de legitimação da ordem com a implementação de políticas públicas, porém dentro de padrões mínimos, e dentre estas localizamos potencialmente a Política de Assistência Social.

Segundo Paiva, Rocha e Carraro (2010), as políticas sociais nas economias dependentes latino-americanas sempre estiveram na disputa pelo excedente econômico historicamente expropriado das massas trabalhadoras superexploradas, por isso, tradicionalmente desenhadas com o objetivo de minimizar os efeitos da pobreza, funcionando na maioria das vezes com ações fragmentadas,

emergenciais, pulverizadas e vinculadas a esquemas meritocráticos e particularistas de acesso ao direito social. Ainda assim, qualquer tipo de política social ou intervenção estatal regulatória que significasse melhoria nas condições de vida foram resultado de conquistas de árduas lutas de classe.

Brettas (2017) sinaliza a superexploração e a herança colonial escravista, ao lado da modernização conservadora, que consolida o capitalismo monopolista no país, como bases estruturantes da política social brasileira, as quais plasmam o enfrentamento às expressões da questão social no Brasil, o qual ocorre “permeado de contradições, de modo que a luta pela garantia de direitos se afirma no bojo da cultura do favor e do coronelismo” (BRETTAS, 2017, p. 58). Segundo a autora, “o Estado (dependente) brasileiro combinou políticas sociais fragmentadas e corporativas – assentadas na tutela e no favor – com uma atuação por meio de grandes empresas estatais na produção de bens de capital e infraestrutura” (BRETTAS, 2017, p. 61).

Tais especificidades históricas de nossa política social fizeram com que, distinta de outras formações sociais centrais, não tivéssemos uma rede estruturada de proteção social para ser desmontada quando o neoliberalismo se consolidou no Brasil como estratégia de reconfiguração do poder burguês imperialista e da burguesia interna para responder à crise que se arrolava desde os anos de 1980. Nesse sentido, o neoliberalismo inicia ajustes estruturais na economia e contrarreformas nas políticas sociais em meio a um processo muito inicial e limitado de implementação das conquistas legais inscritas na Carta de 1988 (BRETTAS, 2017).

Diante da crise contemporânea do capital, as contrarreformas implementadas pelo Estado capitalista na transição do século XX para o XXI tiveram um ponto em comum: um acelerado processo de transferência dos custos da crise para os trabalhadores na forma de

expropriação de direitos, os quais nas economias dependentes se combinam com a superexploração da força de trabalho.

A expropriação de direitos sociais aqui é compreendida como processo de subtração de condições históricas de reprodução da força de trabalho, mediada pelo Estado Social, por meio da reapropriação, pelo capital, de parte do fundo público antes destinado aos direitos conquistados pela classe trabalhadora (BOSCHETTI; TEIXEIRA, 2019, p. 81).

Consideramos que as políticas neoliberais vêm sendo implementadas como parte da ofensiva das classes dominantes para restabelecimento das condições de acumulação de capital e de restauração do poder burguês (HARVEY, 2008). Particularmente nas economias dependentes, o movimento de integração recente à economia mundial compõe parte desse projeto de restauração neoliberal. Considerando ainda que houve uma reconfiguração das classes dominantes e uma recomposição intraburguesa – com o predomínio de frações rentistas financeirizadas com novas estruturas nas relações comerciais transnacionais que passam a tensionar os Estados no sentido do aumento de sua dimensão coercitiva (violenta) em seus territórios nacionais, ao mesmo tempo em que ocorre um aumento correspondente da exigência da formação de consensos para levar adiante as contrarreformas necessárias à socialização dos custos da crise (HARVEY, 2008).

Estas políticas neoliberais implicaram em expropriações de bens públicos e comuns, com a venda de empresas rentáveis a preços baixos com condições benéficas ao capital privado e, em muitos casos, estrangeiro, além do desmonte de prestações sociais de várias naturezas, o que para Osório (2015) significa uma “brutal

desapropriação do salário real para milhões de trabalhadores” (p. 38).

Nesse sentido, corroboramos Gouvêa (2020) para quem o neoliberalismo não é um fenômeno circunstancial, mas se constitui como modo de ser da acumulação capitalista imperialista que teve início como resposta à crise dos anos 1970, e se estende até os dias de hoje, a partir de três eixos de medidas no sentido de flexibilização das relações e organização da produção, da utilização do capital fictício como elemento central da acumulação e do aprofundamento das expropriações e da mercantilização em todas as dimensões de reprodução da vida (GOUVEA, 2020, p. 24).

Diante disso, é possível observar que, desde os anos 1990, o neoliberalismo aprofundou a condição de dependência, uma vez que incrementou a transferência de valor produzido nessas economias, mas que é apropriado e acumulado nas economias centrais, dentre essas formas de transferência estão os pagamentos de serviços da dívida (CARCANHOLO, 2018).

Daí que no centro do sistema imperialista se encontra a disputa por mecanismos de drenagem de riquezas das economias dependentes sob a forma financeira, tendo como um dos principais mecanismos a dívida pública. Nisso se encontra o sentido da disputa pelo fundo público. Uma disputa, diga-se logo, desigual e, muitas vezes, covarde entre capital e o conjunto da classe trabalhadora, haja vista que as instâncias parlamentares e de governo dos Estados nacionais determinam de antemão a supremacia dos interesses do capital pela política econômica e por mecanismos de ajuste fiscal sistemáticos, o que constrange a distribuição do fundo público para políticas e serviços sociais para satisfazer o capital financeiro e os demais segmentos do capital monopolista imperialista.

Ademais, os recursos disponibilizados para atender as demandas mais essenciais das maiorias trabalhadoras acabam sendo

capturados pela lógica da financeirização das políticas sociais, o que significa algo para além da privatização, que ocorre quando serviços e estruturas que interessam ao conjunto da sociedade transformam-se em capital a procura das melhores oportunidades de aplicação, das maiores taxas de lucro, das mais profundas medidas para extrair trabalho não pago (GRANEMANN, 2007).

Tais processos mais recentes respondem à ordem monopólica contemporânea, a qual exige um novo papel do Estado diante das necessidades do capital financeiro e do caráter parasitário do capital imperialista em crise, que implicam numa apropriação singular de riqueza socialmente produzida: onde todo o esforço produtivo da força de trabalho é dilapidado para garantir as condições de lucratividade predatória do capital monopolizado, a saúde do capital financeiro e o bem-estar do fluxo de capitais. Diante disso, “a forma política para cumprir tal papel não é a ordem democrática”, reatualizando assim “as bases da autocracia burguesa naquilo que lhe é fundamental” (IASI, 2018, p. 424).

Com a crise da economia mundial que se abre a partir 2007/2008, aquele ambiente internacional favorável com taxas de juros baixas, entre 2001 e 2007, que permitia aumento das reservas e da arrecadação estatais se findou (CARCANHOLO, 2018), levou consigo as poucas margens manobra que permitiam a implementação de política sociais, ainda que pontuais e focalizadas que minimizassem os efeitos mais agudos da superexploração do trabalho e da miséria absoluta e promovessem melhoras na redistribuição de renda pela base.

Os desdobramentos para a política social têm sido deletérios não só no sentido da regressividade na garantia dos direitos e do princípio da universalidade, ou seja, cada vez menos expansão e qualificação dos serviços coletivos protetivos públicos em políticas estruturantes como saúde, educação, habitação etc., transfigurando-se cada vez mais em um conjunto ações focalizadas, imediatas e

reduzidas de alívio da pobreza sob o mote da transferência de renda, conjugados com esquemas de ativação para o trabalho precário ou ações que gerem algum tipo de renda pela via da capacitação ou a partir do (micro)crédito (MAURIEL, 2018). Mas, e principalmente, a política social tem se tornado miríade de instrumentos úteis, senão necessários e estratégicos, ao padrão de reprodução das relações sociais de produção capitalistas, por meio da regulação do valor da força de trabalho a baixo custo, funcionando diretamente como espaço de garantia da rentabilidade do grande capital ao facilitar a estratégia da dívida pública (BRETTAS, 2017), transferindo recursos para Bancos para gestão de programas de transferência de renda (SILVA, 2012), participando do incremento da rotação do capital como aplicação do fundo público (BEHRING, 2012) sob variadas formas, a exemplo dos fundos de pensão (GRANEMANN, 2012).

É sobre essa base que se configura uma expansão contraditória da política de Assistência Social, que vem sofrendo reveses cada vez mais conservadores.

ASSISTÊNCIA SOCIAL E CRIMINALIZAÇÃO DA POBREZA SOB A RADICALIZAÇÃO NEOLIBERAL

Nesse contexto de agravamento da crise na economia mundial, o governo brasileiro vem adotando, para socorrer o capital, o aprofundamento das expropriações de direitos, via medidas de endurecimento do ajuste fiscal, associado a novas contrarreformas nas políticas sociais. Isso ocorre porque as medidas anteriores se tornaram insuficientes para assegurar os recursos (seja pelos *superávits* primários, seja pela tributação historicamente regressiva) nos patamares necessários para remunerar o capital financeiro e transferir valor para as economias centrais.

Corroboramos Castelo, Ribeiro e Rocamora (2020) de que a questão social, para além da dimensão mais geral que se situa nas contradições existentes entre capital e trabalho na sociedade capitalista e nas lutas da classe trabalhadora como sujeito histórico, envolve um conjunto de particularidades históricas do desenvolvimento do capitalismo em cada formação social e região.

No capitalismo dependente, as expressões da questão social assumem características mais agudas e dramáticas devido às particularidades das formações sociais dependentes, com desdobramentos para as vidas das famílias trabalhadoras que, quando administradas pelo Estado por meio de políticas assistenciais, as quais muitas vezes, pelo seu caráter focalizado, nem sequer possibilitam saídas da pobreza, acabam por deflagrar medidas coercitivas de encarceramento, tortura ou extermínio (KILDUFF; SILVA, 2019).

No que se refere à política de Assistência Social, desde a criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), esta veio adquirindo uma curiosa centralidade perante as demais políticas sociais (MOTA, 2013), focando sua intervenção na pauperização relativa e no controle de segmentos da classe trabalhadora, em especial aqueles considerados parte da superpopulação relativa estagnada (ou seja, que compõem majoritariamente segmentos com relações de trabalho informais e vínculos precários e instáveis), incluindo os que se encontram no pauperismo (BOSCHETTI, 2016).

Por um lado, essa ampliação da ponta assistencial significou um obscurecimento da diminuição das outras políticas que compõem a Seguridade, ou mesmo sua captura de sua lógica pela monetarização por parte da transferência de renda, pela lógica da financeirização por parte do acesso ao microcrédito para ações de microempreendedorismo associadas a novas formas de inserção produtiva e capacitação dos segmentos mais pobres para consumo. De outro lado, essas ações mostraram a importância da base material

das ações assistenciais para reprodução material dos estratos mais pauperizados e precários da classe trabalhadora (justamente os grupos que mais crescem diante da reconfiguração das condições e relações de trabalho como resposta à crise capitalista) diante da precarização estrutural da vida e pauperização mais aguda em meio à crise.

Daí que a Assistência Social na crise não aparece mais como política subsidiária ao trabalho ou às outras políticas sociais, mas vem ganhando a cena como importante política na garantia de rendimento para assegurar o consumo e a reprodução da força de trabalho e recursos para aqueles que não podem trabalhar. Na periferia do capitalismo a tendência ao crescimento da ponta assistencial foi maior em função do eixo da transferência de renda, que ganha centralidade como uma das únicas saídas para a questão da precarização do trabalho, sendo convocada para ajudar a promover a expropriação e a reprodução ampliada do capital no momento em que se constitui como política pública (BOSCHETTI, 2016a).

Tal tendência tem a ver com o contraditório processo de implementação da Assistência Social como política pública de Seguridade, que neste texto cabem apenas três ponderações consideradas essenciais. Primeiro, a Seguridade nunca foi implementada como projetada, nem do ponto de vista da articulação intersetorial, nem legal – leis orgânicas separadas, nem do ponto de vista da base orçamentária. Um segundo ponto é a implementação tardia da Assistência Social que, apesar da LOAS, veio mantendo a mesma base institucional (rede socioassistencial) após a Constituição de 1988 até a aprovação da PNAS em 2004. A inovação veio com o SUAS, mas com alterações importantes na concepção da política, já incorporando elementos que fogem do padrão da LOAS e hibridizam a noção de proteção presente no projeto Constitucional, aproximando a PNAS de uma política mais voltada para o

enfrentamento da pobreza de forma mais direta e menos integrada ao projeto de Seguridade inicial. E, um terceiro ponto, mas que não finda o conjunto de contradições que se apresentam com a política de Assistência tem a ver com a herança histórica conservadora que nunca foi totalmente superada. O passado caracterizado pelo clientelismo, pelo patrimonialismo, pelo engessamento burocrático, pela cultura do favor, aparece reatualizado, potencializado. Ou seja, novas contradições se interpõem sob velhos dilemas históricos.

Cabe ressaltar, contudo, que os arranjos assistenciais de alívio da pobreza não se expandem historicamente apenas mediante o aumento da pauperização, mas, sobretudo pelas várias formas de resistência popular que vão se configurando mediante os processos de espoliação da vida (MAURIEL, 2008). Nesse sentido, a expansão da política de assistência social nesse momento histórico serviu muito mais para responder a uma determinada estratégia para absorver e disciplinar trabalhadores/as precários/as e informais mediante a expansão do SUAS - por meio de sua estrutura institucional, programas, cadastros da dados, entre outros aspectos, do que para garantir direitos fundamentais.

Daí que a institucionalidade correspondente precisa ter eficiência e eficácia na gestão, que se configura contraditoriamente como acesso a bens que reproduzem a vida material imediata dos/as trabalhadores/as e, ao mesmo tempo, exercem o controle e a vigilância sobre a vida de seus usuários - material e simbolicamente, pois não podemos esquecer a forte dimensão ideológica, moral e ética que a concessão de uma assistência vital pode ter sobre aqueles que têm a precariedade da vida diariamente sob ameaça.

Porém, como o valor da força de trabalho e o seu preço, os salários, além da média social de produtividade nos ramos das provisões que compõem a cesta de bens socialmente reconhecidos como necessários à reprodução das/os trabalhadoras/es, também depende da luta de classes (MARX, [1867], 2017). Cabe inferir



ainda que a redução do nível dos meios de subsistência da superpopulação relativa estagnada acaba por colaborar com a redução do valor da força de trabalho em outros ramos econômicos (MARX, [1867], 2017).

Por isso, o Estado não utiliza apenas a expropriação de direitos e a reorganização de esquemas assistenciais para dirigir e controlar contingentes de trabalhadores/as a um novo patamar de organização mais precária de vida e de trabalho, mas tende a aumentar a coerção sobre as lutas e resistências à agudização da exploração, reivindicando a repressão por diversos mecanismos mais (ou menos) violentos.

Se, durante a estratégia de conciliação de classe dos governos PT, sob o intitulado neodesenvolvimentismo, a assistência social compunha um rol de ações que buscava reconduzir as políticas sociais em direção ao alívio da pobreza, naturalizando e individualizando a pobreza, ampliando a transferência de renda para responder aos processos mais urgentes de precarização da vida daqueles que vendem de forma precária sua força de trabalho. Porém, diante do aprofundamento da crise, novas medidas se tornaram necessárias para garantir patamares ainda “mais mínimos” para esses segmentos.

Desde que Temer assumiu a presidência vários direitos foram retirados, incluindo os direitos socioassistenciais e a transferência de renda. Um primeiro ataque foi realizado com a Emenda Constitucional 95 (de 15 de dezembro de 2016) – a PEC do teto dos gastos, criadora de um novo regime fiscal, que congelou as despesas primárias por 20 anos e as despesas não primárias (gastos com a dívida) ficam livres, o que já vem impactando numa redução do gasto per capita dos programas sociais ao longo dos anos. Essa medida foi acompanhada da Lei da Terceirização (Lei n.1342/2017) e da Reforma Trabalhista (Lei nº 13.467/2017), consideradas retrocessos históricos nas condições e direitos do trabalho.

Os dados do Censo Suas (2018) revelam que em 2007 os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) cobriam 56,6% dos municípios, percentual que chegou a 99,4% em 2018. Porém, alguns indicadores seguem o sentido oposto ao da expansão da rede socioassistencial e apontam uma redução da oferta de serviços importantes para a população: em 2018, houve uma redução de 17% na média mensal do acompanhamento de famílias no Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), bem como o número de famílias inseridas também foi menor, havendo uma queda de 57% na média de novos casos acompanhados em relação a 2012 (IPEA, 2020). A expansão de gastos com o Suas, que ocorreu de forma crescente seguidamente até 2013, apresentou uma reversão a partir de 2014, que coincide com o início da crise econômica e política e sua repercussão fiscal. A análise dos repasses aos municípios entre 2015 e 2018, mostra que o volume de repasses apresentou uma forte queda em 2016 e 2017 em relação aos anos anteriores (IPEA, 2020), correspondendo a 458 milhões entre 2016-17, sendo 277 milhões retirados só da proteção básica (SILVA, 2020).

Ainda no que se refere aos serviços socioassistenciais, os valores transferidos para os serviços tiveram uma diminuição de 38,6%, com queda de R\$ 2,6 bilhões (2012) para R\$ 1,6 bilhão em 2018. Mesmo se incluirmos o valor da ação “Apoio Financeiro pela União aos Entes Federativos que recebem o Fundo de Participação dos Municípios – FPM” na categoria serviços sociassistenciais, este saltaria de R\$ 1,6 bilhão para R\$ 2,0 bilhões. Ainda assim, o montante de gastos com serviços seria inferior ao do ano de 2012 (BOSCHETTI; TEIXEIRA, 2019), demonstrando que ocorreu uma nova e negativa tendência de aprofundamento da subtração de recursos, o que coloca em xeque um dos eixos estruturantes do SUAS, a rede de atendimento.

Assim, os equipamentos sociais públicos e da rede conveniada que sempre padeceram de problemas sérios, ainda

durante seu processo de implementação e estruturação – com estruturas precárias e recursos humanos limitados (cujas relações e condições de trabalho são em sua maioria extremamente precarizadas), as condições físicas dos estabelecimentos onde são realizadas as atividades e serviços socioassistenciais sempre imputaram grandes dificuldades à consolidação de uma rede pública de serviços de qualidade -, enfrentam o cenário recente de desmonte com sua rede já fragilizada.

Para além do desfinanciamento provocado pelo impacto da Emenda Constitucional 95, outras investidas conservadoras no âmbito dos programas assistenciais ajudaram a compor o quadro de precarização do SUAS. O novo Programa Criança Feliz, criado através do decreto presidencial n. 8.869/16, em 05 de outubro de 2016, ganha prioridade no repasse de recursos experimentando incremento de 36% em 2018 (R\$238 milhões) em relação a 2017 (R\$ 175 milhões) (IPEA, 2019, p. 76). O valor consumido pelo Programa Criança Feliz instituído só no ano de 2017 foi superior ao montante destinado a todos os programas, projetos e ações de gestão da Assistência no âmbito do Fundo Nacional de Assistência Social, que equivaleu a R\$ 156,4 milhões (SILVA, 2020). Além do Programa Pátria Voluntária, criado pelo governo Bolsonaro, liderado pela primeira dama, que vem gastando mais com publicidade nas redes sociais do que arrecada para realização de suas ações.

É importante considerar também o impacto do novo regime fiscal no que se refere ao corte de benefícios sociais no âmbito da assistência social, particularmente no que se refere ao Programa Bolsa Família (PBF) e Benefício de Prestação Continuada (BPC), que são considerados despesas obrigatórias, os quais constituem a maioria das despesas primárias, e exercem forte pressão sobre os demais gastos discricionários (os serviços da rede SUAS), pois tendem a crescer acima da inflação. Como as despesas primárias não

podem crescer acima da inflação, o ajuste tende a recair, num primeiro momento, sobre a rede socioassistencial e os serviços. Entretanto, quando esses cortes não são suficientes, num segundo momento, o governo busca formas de cortar despesas com as prestações assistenciais, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Programa Bolsa Família (PBF), seja fazendo revisões nas regras de acesso e no valor dos benefícios, seja mudando a burocracia de atendimento, seja criando um novo tipo de programa (como no caso do Auxílio Brasil), sempre no sentido de restringir a despesa.

Assim, mesmo os programas de transferência de renda – que desde 2004 vinham recebendo o maior aporte de recursos federais no campo assistencial – tiveram queda de investimento. Assim como a cobertura, os recursos destinados ao pagamento do PBF expandiram desde sua criação até 2014, coincidindo com o mesmo movimento dos serviços da rede SUAS. A partir de então, os recursos apresentaram reduções sistemáticas, acumulando perda de 11%, passando de R\$ 34,5 bilhões em 2014 para R\$ 30,6 bilhões em 2018 (em valores de 2019). Com o pagamento de R\$ 32,5 bilhões, em 2019, registrou-se um aumento de 6% em recursos destinados ao PBF em relação ao ano anterior, mesmo não havendo reajuste do valor do benefício. Porém, este aumento justifica-se pelo pagamento do abono natalino aos 13,2 milhões de famílias em dezembro de 2019, no valor de R\$ 2,5 bilhões (IPEA, 2021, p. 07).

O que ganhou a alcunha de 13º do Bolsa Família e havia sido prometido na campanha presidencial de Jair Bolsonaro em 2018, no entanto, parece ter ocorrido às custas da redução de beneficiários, na medida em que houve uma economia nos gastos com o pagamento para milhares de pessoas que deixaram o programa, sem que os que estivessem na fila para a concessão fossem inseridos no lugar dos que deixaram. No fim de dezembro de 2019, havia 13,2 milhões de famílias beneficiárias e um passivo de 1,4 milhão de famílias, as

quais, apesar de habilitadas, não conseguiram acessar ao programa. Além de cerca de 1,1 milhões de famílias que foram desligadas do programa entre maio de 2019 e janeiro de 2020 (NERI, 2020).

O encerramento do Programa Bolsa Família foi anunciado pelo governo Bolsonaro em nove de agosto de 2021 com a publicação da Medida Provisória n.1.061 que instituiu o “Programa Auxílio Brasil”. De lá pra cá o governo federal já criou um marco legal robusto para o pouco tempo de existência do novo programa.

Corroboramos Boschetti (2022), para quem não é possível entender o Auxílio Brasil fora do contexto da pandemia da Covid-19, o qual atuou como importante fator para legitimar o encerramento do Bolsa Família, pela forma como o governo implementou o Auxílio Emergencial, o qual se tornou popularmente conhecido, uma vez que teve efeitos reais, pois permitiu intervir direta e imediatamente em uma situação dramática de empobrecimento generalizado da população frente não só à pandemia, mas aos efeitos da contrarreforma trabalhista, da aprovação do teto de gastos e dos processos de expropriação de direitos que vem sendo aprofundados desde o golpe de 2016, atingindo o fundo público precarizando as condições de trabalho e gerando o quantitativo expressivo de 14,8 milhões de desempregados e 6 milhões de desalentados. Ademais, a inflação que fechou o ano de 2021 ao índice de 10,06%, soma a maior taxa desde 2015, configurando um cenário desafiador para as maiorias trabalhadoras sobreviverem com aumentos sistemáticos dos alimentos, moradia, combustíveis, transporte público, dentre outros itens necessários à reprodução diária de vida.

O Auxílio Emergencial foi regulamentado pela Lei n. 13982/2020, que previu pagamento de auxílio no valor de R\$600,00 por três meses a trabalhadores maiores de 18 anos, sem emprego formal e sem qualquer outro tipo de proteção social (incluindo os microempreendedores individuais), com renda per capita mensal de

até ½ salário-mínimo (R\$522,50) e não ter recebido rendimento tributável acima de R\$28.559,70 em 2018. Apesar de todas as dificuldades para acesso, e após a ampliação dos irrisórios R\$200,00 reais oferecidos pelo Presidente para o valor pago de R\$600,00, 67,2 milhões de pessoas tiveram o direito de recebimento aprovado, com uma média de benefício de R\$901,00, o que significa atender 43,9% dos domicílios brasileiros.

O presidente Bolsonaro, percebendo o efeito político do Auxílio Emergencial, pressiona o debate nos bastidores do Planalto e o programa nasce sob a pressão da Pandemia e do pleito eleitoral, sem nenhuma relação com a Seguridade Social, com a política de Assistência Social ou mesmo com uma política mais estruturada de combate à pobreza, com uma articulação “pelo alto”, sem participação de nenhuma instância coletiva.

Tal articulação também garantiu sua criação sem contar com recursos orçamentários próprios, mas vinculado aos recursos dos precatórios, o que não significa ampliação dos gastos com a área social, e ainda prevê alterações oportunistas e eleitoreiros na forma do cálculo do teto de gastos primários previstos pela Emenda Constitucional n. 95, porém, sem suprimi-la (BOSCHETTI, 2022).

Do ponto de vista da concepção, o Auxílio Brasil inicialmente se apresentou como um programa de menor abrangência e valores mensais reduzidos em relação ao Auxílio Emergencial, com algumas diferenças em relação ao Bolsa Família, mas sem transformar sua lógica e estrutura. Posteriormente, dois meses antes das eleições, o governo Bolsonaro conseguiu garantir por meio da Emenda Constitucional 01/2022 a implementação de novos benefícios sociais e a ampliação do valor do Auxílio Brasil para R\$600,00 até dezembro de 2022, abrindo caminho para turbinar sua campanha para reeleição. Essa emenda autorizou a expansão de gastos acima do teto atropelando a legislação fiscal em meio à

disputa eleitoral, mostrando claramente a intenção eleitoreira dessas ações.

No que se refere aos benefícios sociais, a nova PEC destinou R\$ 5,4 bilhões para o voucher caminhoneiro de R\$ 1 mil por mês; R\$ 2,5 bilhões para o transporte de idosos; R\$ 2 bilhões para o auxílio taxista de R\$ 200 por mês. Todavia, a maior cartada de Bolsonaro foi a ampliação do valor mensal do Auxílio Brasil, que é o item que responde pela maior parcela de recursos da PEC: R\$ 26 bilhões e por se tratar de um benefício já concedido, no entanto, não exige nova regulamentação. O mesmo vale para o R\$ 1,05 bilhão destinado ao aumento do vale-gás de R\$ 120 a cada bimestre e para o repasse de R\$ 500 milhões ao programa Alimenta Brasil. Vale ressaltar que todos os benefícios têm data para terminar: 31 de dezembro de 2022, fim do atual mandato de Bolsonaro.

O Auxílio Brasil assume um caráter mais abrangente que o Bolsa Família, pois ampliou o número de famílias beneficiadas de 14,6 para 18 milhões em março de 2022 ao ampliar a linha de pobreza para acesso de R\$ 89,00 para R\$ 105,01 para famílias em situações de extrema pobreza e de R\$ R\$ 178,00 para R\$ 210,00 para famílias em situação de pobreza, e ao reajustar em 17,84% o valor médio dos benefícios, elevando-os de R\$ 189,00 para R\$ 217,18, acrescido do “auxílio transitório” que pode ampliar esse valor a R\$ 400,00 (BOSCHETTI, 2022). Com a emenda constitucional aprovada em junho, os benefícios foram turbinados aumentando seu valor com um adicional de R\$200,00, garantidos até dezembro de 2022 e incluindo mais 2,2 milhões de famílias totalizando 20,2 milhões de benefícios pagos (UGT, 2022).

Esse novo esquema de benefícios e auxílios é mais complexo do que o Bolsa Família e com um caráter mais financeirizado. O Bolsa Família unificou vários programas de transferência de renda e auxílios e instituiu a transferência direta de renda com

condicionalidades¹³, o Auxílio Brasil retoma uma antiga prática, porém por uso de aplicativo e bancarizada, ao incluir a transferência indireta de renda como uma de suas ações, como exemplo da previsão de pagamento direto a creches pelas matrículas fora da rede pública, ou mesmo a proposta de depósito dos recursos do Auxílio de Inclusão Produtiva urbana em conta administrada pelas instituições financeiras federais e aplicados integralmente em títulos do Tesouro Nacional, e com seu saldo disponível poderá ser usado como garantia em operações de Microcrédito Produtivo e Orientado. Outro exemplo pode ser o auxílio de Inclusão Produtiva Rural que, após o primeiro ano de recebimento, a família beneficiária terá como condição a doação de alimentos para famílias em situação de vulnerabilidade social atendidas pela rede educacional e socioassistencial, para continuar recebendo o pagamento do auxílio mensal.

Outro elemento que reforça a financeirização relacionada à assistência social foi a aprovação, em junho de 2022, da Medida Provisória n. 1106/2022, que aumenta a margem para empréstimos consignados e libera a contratação por beneficiários do programa Auxílio Brasil (PAB). A medida foi sancionada em início de agosto e além do Auxílio Brasil, a medida permite que pessoas inscritas no Benefício de Prestação Continuada (BPC), pago a idosos e pessoas com deficiência de baixa renda, e do Renda Mensal Vitalícia (RMV) também contraíam empréstimos descontados em folha.

¹³ Figuravam na ocasião uma miríade de transferências monetárias para diversos fins, com destaque para: Programa Agente Jovem de Desenvolvimento Humano Social, que figurava ao lado do PETI e do BPC sob gestão do Ministério de Assistência Social; Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Educação – Bolsa Escola, sob a gestão do Ministério da Educação (Lei nº 10.219, de 11 de abril de 2001); Programa Bolsa Alimentação do Ministério da Saúde (Medida Provisória nº 2.206-1, de 6 de setembro de 2001); Auxílio Gás, do Ministério de Minas e Energia (Decreto nº 4.102, de 24 de janeiro de 2002).

Com isso, várias instituições financeiras interessadas podem fornecer o serviço de crédito aos usuários do Auxílio Brasil. Até agora, os dois bancos estatais, Caixa Econômica Federal (CEF) e Banco do Brasil, estão confirmados como os primeiros credores, mas já anunciaram a linha de crédito os bancos Pan, Safra e Facta Financeira. O empréstimo consignado do Auxílio Brasil poderá ser pago em até 48 meses, e a margem consignável, que é o valor máximo que pode ser comprometido do benefício, será de 40% para o pagamento do crédito, o que significa que, o auxílio médio de R\$ 600 poderá gerar uma dívida mensal dedutível de R\$ 240, sobrando R\$ 360 para o consumo final as famílias. Os juros têm sido considerados mais altos que a média do mercado (ALMEIDA; BENITES, 2022).

Essas novas condições financeirizadas somadas às condicionalidades apontadas para o recebimento do Auxílio Brasil demonstram que esses elementos significam menor autonomia no uso do dinheiro pelas famílias e maior tendência ao endividamento.

Em relação às condicionalidades, ao serem muito mais centrados no atendimento à infância, adolescência, gestantes e nutrizes, priorizando famílias monoparentais, deixam de lado o público masculino adulto, os quais passam a ser atendidos apenas atrelados ao incentivo ao trabalho (rural ou urbano). Aqui é possível observar uma retomada de uma moralização reacionária e conservadora na gestão da pobreza. Mais uma vez o redesenho da política centra-se fundamentalmente em medidas individualizadas de status dos pobres e numa definição de pobreza em que indivíduos se encontram por falta de certos dotes ou condições, os quais por sua vez, ao serem adquiridos os capacitam a “pular” a linha da pobreza e nesse caso, se emancipar.

Nesse sentido, entendemos que a assistência social passa a ser reorganizada para se inserir em uma nova e complexa estratégia de recomposição de poder dominante para reduzir ainda mais o

patamar dos valores dos benefícios, os quais já historicamente sempre foram mantidos abaixo dos salários mais ínfimos do mercado. Isso não é realizado apenas com a mudança nos valores dos benefícios ou corte nos serviços ofertados, mas se dá associado a um amplo conjunto de contrarreformas e expropriação de direitos, cujos critérios utilizados recuperam fatores estamentais de estratificação (FERNANDES, 1981) em que determinados grupos como mulheres, negros, negras, populações originárias, imigrantes são cooptados para servir de mão de obra mais barata, reiterando padrões racistas, patriarcais e conservadores de normatividade social incluindo as ações e os programas assistenciais. Segundo Almeida (2020), isso:

cria uma estratificação social que se reverte em inúmeras desvantagens políticas e econômicas [...], vivenciadas na forma de pobreza, salários mais baixos, menor acesso aos sistemas de saúde e educação, maiores chances de encarceramento e morte (ALMEIDA, 2020, p. 03).

Quando amplos segmentos de trabalhadores/as mal pagos/as são necessários, como na fase atual de reconfiguração das relações de trabalho diante da crise contemporânea do capital, os esquemas assistenciais não só se retraem, mas seguem associados a reformas trabalhistas extremamente regressivas, necessárias para a diminuição dos custos de contratação e demissão e a flexibilidade da jornada de trabalho, criando uma tendência crescente das horas extras trabalhadas não serem socialmente reconhecidas, e, por isso, não serem remuneradas. A isso, soma-se um mercado de trabalho historicamente precário, informal, onde prevalece uma inserção laboral intermitente, instável e descontínua, e, em todos os casos, os

trabalhadores possuem quase nenhuma ou não possuem proteção social.

O principal resultado tem sido a reatualização de velhas formas de relações de trabalho enraizadas nos sistemas de produção tradicionais ou pré-capitalistas – múltiplos empregos dentro da mesma família, sem falarmos na persistência do trabalho infantil, em situações análogas ao escravismo em diversos setores da economia, a crescente expansão do endividamento por crédito, tendência ao prolongamento das jornadas de trabalho e condicionando a um aumento da mais-valia absoluta (VALENCIA, 2010).

Nesse sentido, a política de assistência social participa de um novo padrão de enfrentamento da questão social no Brasil, o qual, segundo Castelo (2014), tem início com a chegada dos efeitos da crise de 2008 no país, assumindo como marco as manifestações de junho de 2013, que mostram sinal do esgotamento da estratégia de conciliação de classe. O novo padrão de intervenção sobre a questão social no qual se intensificam a criminalização da pobreza e dos movimentos sociais, levando ao que o autor chama de “militarização da questão social”, veio se forjando desde o final dos anos 1990 diante do enfraquecimento do neoliberalismo na América Latina e do avanço das forças populares na região. Com o apoio do governo dos EUA, várias iniciativas contrarrevolucionárias militarizadas começaram a se formar na Venezuela, Bolívia, Colômbia, entre outras iniciativas, mas sempre com apoio dos EUA. Além do aumento de gastos com investimentos militares a partir dos anos 2000 em vários países da região, sendo liderado pelo Brasil (CASTELO, 2009).

Esse novo padrão de intervenção na questão social se faz valer de elementos consensuais e coercitivos simultaneamente, com o crescente aumento do uso dos aparatos policiais e, mais recentemente, militares. Nas palavras de Castelo: “Mantidas as velhas estruturas coercitivas, o Estado pode retomá-las no atual

momento como uma das formas de manter a ordem diante da crise conjuntural [...] reatualizando antigos métodos e erigindo novas estruturas” (CASTELO, 2014, p. 49).

Ora, o ciclo de expropriações de direitos que se apresenta a partir do fim dos governos PT, por ser muito mais agressivo simbólica e materialmente, tende a ser levado por uma expansão do autoritarismo, seja por meios econômicos diretos (aumento da exploração via reformas trabalhistas), seja por meios extraeconômicos (mediante a criação de legislações, medidas, políticas que ampliam os mecanismos repressivos, punitivos e de controle do Estado) (GONÇALVES, 2019).

Kilduff e Silva (2019, p. 624) alertam para o crescimento ininterrupto do encarceramento no Brasil que desde o início do neoliberalismo, com aumentos vertiginosos: em 1995 o número de pessoas privadas de liberdade somavam cerca de 148 mil, chegando a aproximadamente 726 mil em 2016, alcançando o patamar de 812 mil em 2019. É fundamental alertar para o perfil da população carcerária, majoritariamente composta de jovens, com baixa escolaridade, desempregados/as e moradores/as das periferias das grandes cidades.

Outro fator interessante de observar no período recente é o crescimento da população carcerária feminina. Segundo estudos de Kilduff (2020) – com base no relatório INFOPEN/Mulheres (2018), o número de mulheres privadas de liberdade aumentou de 5.601 para 42 mil entre 2000 e 2016, ano em que o Brasil passou a ocupar o quarto lugar quantidade de mulheres presas no mundo.

Além do aumento do encarceramento, o extermínio também é parte estratégica do enfrentamento histórico da questão social no capitalismo dependente brasileiro. Entre 1980 e 2010, o Brasil registrou 1.091.125 mortos por homicídio, uma média de 4 vidas retiradas por hora, sinalizando um aumento de 124% nesse período



(BRITO; VILLAR; BLANK, 2013, p. 215). Só em 2017 ocorreram 65.602 homicídios, um número recorde por ano, segundo o Atlas de Violência (IPEA, 2019), revelando um aumento de 6,7% com relação a 2016 e de 37,5% em relação a 2007. Dentre esses casos ocorridos em 2017, 75,5% das vítimas eram pessoas negras.

Observando essas e outras séries históricas vê-se que os homicídios não são distribuídos igualmente pelo país, mas possuem critérios de seletividade econômicos, étnico-raciais e territoriais. Ou seja, o racismo, o machismo, o ódio de classe, a LGBTfobia matam diariamente pela violência do Estado, por meio de seus instrumentos policiais, prisionais, mas também pelo aumento da violência nas relações cotidianas.

Tais estratégias políticas por parte do Estado que declaram guerra aos segmentos mais pauperizados, precarizados e oprimidos da classe trabalhadora, pretendem impor padrões morais conservadores por meio de medidas repressivas e de regulação armada, com fortes doses de militarismo, que enaltecem o uso da violência, mostrando que o fim da ditadura militar não foi suficiente para assegurar o fim da influência de perspectivas militares em várias dimensões da vida social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ordem econômica atual e o papel dos Estados nacionais precisam garantir condições e formas de propriedade que gerem um grau de exploração de tal ordem, que solapa as condições mínimas de existência, a ponto de fazer ruir a própria base material que garante a legitimidade da ordem (democracia burguesa) em que se fundamentam.

Diante dessas condições, o “minimalismo assistencialista dá o braço à repressão extra-econômica às camadas pauperizadas” (NETTO, 2013), encontrado uma nova articulação orgânica entre a repressão à classe trabalhadora e as formas assistenciais conservadoras, as quais parecem constituir um eixo estruturante das políticas sociais dirigidas ao enfrentamento da questão social no capitalismo dependente brasileiro, medidas reeditadas e aprofundadas diante da crise que atravessamos desde 2008.

Sob essa perspectiva, conclui-se que as principais ações conduzidas pela ofensiva reacionária da burguesia que se encontra em curso apontam uma nova fase de assistencialização conservadora, mediante o aprofundamento de recursos aos padrões de primeiro damismo, cultura do favor, meritocracia, aliados à ultrafocalização, à redução dos recursos e reforço de princípios gerencialistas, privatistas e individualistas na gestão e organização da política, para fazer reduzir ainda mais os patamares de proteção, porém sem deixar de fazer a regulação, o controle e a vigilância da força de trabalho.

A individualização de questões que são estruturantes da formação social brasileira, reduzindo a esforços individuais o enfrentamento a problemas como a fome, a aumento da cesta básica, o desemprego ou a própria pandemia, toma por base a auto-responsabilização, pois traz embutida a culpabilização do próprio trabalhador precarizado pela sua condição de miserabilidade, pressupondo o mau uso do dinheiro, negligência com educação e saúde dos filhos e suposta “vagabundagem” ao fazer uso dos programas de transferência de renda para fins eleitoreiros. Tais pressupostos aparecem agora legalmente formalizados nos objetivos e ações do Programa Auxílio Brasil.

Mais que uma mudança técnica de um programa para outro, temos um aprofundamento do modo conservador de ver e tratar os segmentos mais pauperizados da classe trabalhadora brasileira. Um

modo que coaduna com um governo que sempre flertou com o fascismo, com autoritarismo e investe contra a democracia, estimulando os diversos tipos de preconceitos, intolerâncias e violências contra mulheres, negros, indígenas, homoafetivos, diversidades religiosas e políticas, abusando do negacionismo ao desprezar os impactos da pandemia na vida de milhares de pessoas.

Tais medidas assistencialistas conservadoras se associam a tendências vigilantes e repressoras, e encontram espaço favorável para seu cultivo e fortalecimento a partir das respostas dadas a crise de 2008, especialmente nas medidas editadas no contexto brasileiro com o golpe de 2016, onde se intensificam movimentos de extrema direita com discursos de eugenia social, exacerbação do racismo, machismo, xenofobia, homofobia e LGBTfobia, desprezo pela ciência, culto ao obscurantismo e reforço do fundamentalismo religioso.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R.; BENITES, S. “No Estado, 197,8 mil terão acesso ao crédito consignado do Auxílio Brasil. Linha de financiamento para pessoas vulneráveis será editada ainda nesta semana, segundo o governo federal”. **Blog Correio do Estado** [09/08/2022]. Disponível em: <www.correiodoestado.com.br>. Acesso em: 20/08/2022.

ALMEIDA, S. “Capitalismo e crise: o que o racismo tem a ver com isso?” **Blog da Boitempo** [23/06/2020]. Disponível em: <www.blogdaboitempo.com.br>. Acesso em: 19/09/2022.

BEHRING, E. “Rotação do capital e crise: fundamentos para compreender o fundo público e a política social”. *In*: SALVADOR,

E. *et al.* (orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Editora Cortez, 2012.

BOSCHETTI, I. “Há perigo na esquina: Auxílio Brasil e propostas de esquerda para direitos e políticas sociais”. **Blog Esquerda Online** [2022]. Disponível em: <www.esquerdaonline.com.br>. Acesso em: 18/07/2022.

BOSCHETTI, I. “Tensões e possibilidades da Assistência Social em contexto de crise do capital”. **Argumentum**, vol. 8, n. 2, 2016a.

BOSCHETTI, I. **Assistência Social e Trabalho**. São Paulo: Editora Cortez, 2016.

BOSCHETTI, I.; TEIXEIRA, S. O. “O draconiano ajuste fiscal no Brasil e a expropriação de direitos da seguridade social”. In: SALVADOR, E.; BEHRING, E.; LIMA, R. L. (orgs.). **Crise do capital e fundo público: Implicações para o trabalho, os direitos e a política social**. São Paulo: Editora Cortez, 2019.

BRETTAS, T. “Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil”. **Temporalis**, n. 34, 2017.

BRITO, F.; VILLAR, A.; BLANK, J. “Será guerra?” In: BRITO, F.; OLIVEIRA, P. R. (orgs.). **Até o último homem: visões cariocas da administração armada da visa social**. São Paulo: Editora Boitempo, 2013.

CARCANHOLO, M. “A crise do capitalismo dependente brasileiro”. MACARIO, E. *et al.* (orgs.). **Dimensões da crise brasileira: dependência, trabalho e fundo público**. Fortaleza: Editora da UECE, 2018.

CASTELO, R. “As Encruzilhadas da América Latina e a militarização da ‘questão social’”. **Temporalis**, n. 18, 2009.

CASTELO, R. “Crise conjuntural e (re)militarização da ‘questão social’ brasileira”. **Margem Esquerda**, n. 23, 2014.

CASTELO, R.; RIBEIRO, V.; ROCAMORA, G. “Capitalismo dependente e as origens da “questão social” no Rio de Janeiro”. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 137, 2020.

FERNANDES, F. “A quem serve o Estado”. **Jornal Movimento**, n. 21, 1977.

FERNANDES, F. **A Revolução Burguesa no Brasil**. São Paulo: Editora Globo, 2005.

FERNANDES, F. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

FERREIRA, C. *et al.* (orgs.). **Padrão de reprodução do capital: contribuições da teoria marxista da dependência**. São Paulo: Editora Boitempo, 2012.

GONÇALVES, G. L. “Crise, expropriações e autoritarismo”. *In*: DEMIER, F.; CISLAGHIU, J. F. (orgs.). **O neofacismo no poder (ano I): análises críticas sobre o governo Bolsonaro**. Rio de Janeiro: Editora Consequência, 2019.

GOUVÊA, M. M. “A culpa da crise não é do vírus”. *In*: MOREIRA, E.; GOUVEIA, R. *et al.* (orgs.). **Em tempos de pandemia: Propostas para defesa da vida e de direitos sociais**. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ. 2020.

GRANEMANN, S. “Fundos de Pensão e a metamorfose do “salário em capital”. *In*: SALVADOR, E. *et al.* (orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Editora Cortez, 2012.

GRANEMANN, S. “Políticas Sociais e financeirização dos direitos ao trabalho”. **Revista Em Pauta**, n. 20, 2007.

HARVEY, D. **O neoliberalismo: História e implicações**. São Paulo: Editora Loyola, 2008.

IASI, M. “Cinco teses acerca da formação social brasileira.” *In*: GRANEMANN, S. (org.). **Teoria Social, Formação Social e Serviço Social**. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2018.

IASI, M. “Estado, ditadura e permanências: sobre a forma política”. *In*: IASI, M.; COUTINHO, E. G. (orgs.). **Ecossistema do golpe: a persistência da ditadura 50 anos depois**. Rio de Janeiro: Editora Mórula, 2014.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência 2019**. Rio de Janeiro: IPEA, 2019.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. “Políticas Sociais: acompanhamento e análise”. **Boletim de Política Social**, n. 26, 2019.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. “Políticas Sociais: acompanhamento e análise”. **Boletim de Política Social**, n. 27, 2020.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. “Políticas Sociais: acompanhamento e análise”. **Boletim de Política Social**, n. 28, 2021.

KILDUFF, F. “Hipertrofia do sistema penal, destruição de direitos e acumulação de capital”. **Anais do VIII Encontro Internacional de Política Social**. Vitória: UFES, 2020.

KILDUFF, F.; SILVA, M. M. “Tensões da política social brasileira: entre o aparato assistencial e a criminalização da questão social no Brasil”. **Katálisis**, vol. 22, n. 3, 2019.

MARINI, R. M. “Dialética da Dependência [1973]”. *In*: TRASPADINI, R.; STEDILE, J. P. (orgs.). **Ruy Mauro Marini: Vida e Obra**. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2011.

MARINI, R. M. “O ciclo do capital na economia dependente”. *In*: FERREIRA, C. *et al.* (orgs.). **Padrão de reprodução do capital: contribuições da teoria marxista da dependência**. São Paulo: Editora Boitempo, 2012.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Livro I. O processo de produção do capital. [1867]. São Paulo: Editora Boitempo, 2017.

MAURIEL, A. P. O. **Combate à pobreza e desenvolvimento humano: impasses teóricos na construção da política social na atualidade**. Campinas (Tese de Doutorado em Ciências Sociais). Campinas: UNICAMP, 2008.

MAURIEL, A. P. O. “Estado e expropriações no capitalismo dependente”. *In*: BOSCHETTI, I. (org.). **Expropriações e direitos no capitalismo**. São Paulo: Editora Cortez, 2018.

MOTA, A. E. “Seguridade Social brasileira: o sentido político da expansão da Assistência Social no governo Lula”. *In*: SILVA, J. F.; SANT’ANA, R. S.; LOURENÇO, E. A. S. (orgs.). **Sociabilidade**

burguesa e Serviço Social. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2013.

NERI, M. “FGV Social comenta os cortes no Bolsa Família e o aumento da extrema pobreza no Brasil”. **Portal Eletrônico da FGV** [2020]. Disponível em: <www.fgv.br>. Acesso em: 23/09/2022.

NETTO, J. P. “Uma face contemporânea da Barbárie”. **Revista Novos Rumos**, vol. 50, n. 1, 2013.

OSORIO, J. “América Latina em la valorización mundial del capital”. **Revista Brasileira de Economia Política**, n. 41, 2015.

OSORIO, J. **O Estado no centro da mundialização.** São Paulo: Editora Expressão Popular, 2014.

PAIVA, B.; ROCHA, M.; CARRARO, D. “Política Social na América Latina: ensaio de interpretação a partir da Teoria Marxista da Dependência”. **Revista Ser Social**, vol. 12, n. 26, 2010.

SILVA, G. S. “Transferência de renda e monetarização das políticas sociais: estratégia de captura do fundo público pelo capital portador de juros”. In: SALVADOR, E. *et al.* (orgs.). **Financeirização, Fundo Público e Política Social.** São Paulo: Editora Cortez, 2012.

SILVA, M. M. “Sistema Único de Assistência Social: entre o desmonte e a condição de serviço essencial no contexto da pandemia”. In: MOREIRA, E. *et al.* (orgs.). **Em tempos de pandemia:** Propostas para defesa da vida e de direitos sociais. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2020.

UGT – União Geral dos Trabalhadores. “Governo começa a pagar R\$ 13 bi em bene”. **União Geral dos Trabalhadores.** Disponível em: <www.ugt.org.br>. Acesso em: 22/01/2022.

VALENCIA, A. S. “Toyotismo, automatização flexível e superexploração do trabalho na América Latina”. **Praia Vermelha – Revista da Faculdade de Serviço Social/UFRJ**, vol. 20, n. 2, 2010.

CAPÍTULO 4

*O Assistente/Trabalhador Social como Agente Ativo
na Análise e Implementação de Políticas Públicas*

O ASSISTENTE/TRABALHADOR SOCIAL COMO AGENTE ATIVO NA ANÁLISE E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Jacqueline Marques

Este texto pretende apresentar alguns conceitos teóricos e modelos de análise de políticas públicas, de modo a fornecer ao assistente/trabalhador social uma análise teórica do processo de políticas sociais, com especial relevância ao modelo de análise do ciclo de políticas em fases ou momentos. Tal opção prende-se com a perspectiva do assistente/trabalhador social como agente implementador da política pública. Implementador que, na perspectiva de Michael Lipsky (1976; 2010), é um agente ativo com influência na política, um verdadeiro “fazedor de políticas”.

Apresenta-se as três fases do ciclo - formulação, implementação e avaliação - de modo a expor um quadro geral que pode ser operacionalizado e utilizado como ferramenta de análise das políticas que estes profissionais implementam. Encarar a necessidade de analisar a política que se implementa contribui para a politização da intervenção, através da mobilização do poder na luta de forças que caracterizam o campo social para, assim, combater a desigualdade e defender os direitos social e a equidade e justiça social. Caso não se encare este desafio a profissão de serviço/trabalho social poderá ser assumida como meramente executiva, abdicando da sua função propositiva e do seu papel ativo na formulação, implementação e avaliação das políticas sociais.

O capítulo foi elaborado a partir da análise bibliografia seguida de uma reflexão sobre a adequação do modelo de análise de políticas públicas à realidade do serviço/trabalho social. Inicia-se

com uma explicitação do conceito de política e de política pública do ponto de vistas de um conjunto de autores. Segue-se a apresentação do processo de política pública em fases ou momentos e de uma explicitação da escolha das três fases desse processo: formulação, implementação e avaliação.

Procurou-se, nesse mesmo ponto, explicar em que consiste cada uma das fases e os possíveis modelos teóricos para sua análise. O capítulo finaliza com uma reflexão do processo político enquanto ferramenta essencial para o assistente/trabalhador social e da importância que a mesma assume no papel deste profissional e na concretização dos princípios inerentes ao serviço/trabalho social.

CONCEITO DE POLÍTICA PÚBLICA

Começando pela expressão “política”, sabemos que em português integra uma diversidade de fenómenos, ao contrário da língua inglesa que apresenta uma diferenciação em três termos - *polity*, *politics* e *policy*. Esta diferenciação é apresentada por Frey (2000), ao considerar que o conceito de *polity* refere-se à esfera da política e faz a distinção entre o mundo da política e o da sociedade civil, reportando-se à “ordem do sistema político, delineada pelo sistema jurídico e à estrutura institucional do sistema político-administrativo” (p. 216).

O mesmo autor considera que *politics* refere-se à atividade política em geral, ou seja, ao “processo político, frequentemente de carácter conflituoso, no que diz respeito à imposição de objetivos, aos conteúdos e decisões de distribuição” (p. 216). Finalmente, a *policy* diz respeito ao processo através do qual são elaborados e implementados programas de ação pública, ou seja, a “configuração dos programas políticos, aos problemas técnicos e ao conteúdo das

decisões políticas” (p. 217), materializando a dimensão prática da política. Esta diferenciação é reduzida para dois conceitos por Sola (1996 *apud* TRABADA, 2003) e Roth Deubel (2006) que sugerem a distinção entre o termo *politics* e *policy*, o primeiro invoca os temas clássicos da investigação politóloga – poder, conflito, consenso, partidos, eleições, etc.-, ou seja, a atividade de organização e luta pelo controle do poder, enquanto o termo *policy* invoca a intervenção pública, as decisões de um governo, as consequências da política mais do que as suas condições iniciais, a indicação dos propósitos e programas das autoridades. Sintetizando, podemos considerar a distinção entre o sistema político propriamente dito – *polity* - e o processo político, no qual se toma decisões para desenvolver a política e se implementa a mesma – *politics* e *policy*.

Ultrapassada a diferenciação semântica do conceito, verificamos que o termo política apresenta uma diversidade de significados. Esta riqueza está patente nas palavras de Villanueva (1996) que, tendo em conta as perspectivas de Subirats (1989) e de Hogwood e Gunn (1981), considera que o conceito encerra um conjunto de entendimentos e campos diferenciados, como podemos ver:

política pode denotar várias coisas: um campo de atividade governamental (política de saúde, educacional, comercial), um propósito legal a ser realizado (política de emprego estável para os jovens), uma situação social desejada (política de restauração de centros históricos, contra o tabagismo, de segurança), uma proposta de ação específica (política de reflorestamento dos parques nacionais, de alfabetização de adultos), uma norma ou normas que existem para determinada problemática (política ecológica, energética, urbana), um conjunto de objetivos e programas de ação que o governo possui num determinado campo (política de produtividade

agrícola, de exportação, de luta contra a pobreza). Ou a política como produto e resultado de uma atividade governamental específica, o comportamento governamental (a política habitacional conseguiu construir um número de casas, a política de emprego criou postos de trabalho), o impacto real da atividade governamental (diminuição do crime urbano, aumento da conclusão do ciclo básico de estudos, diminuição dos preços ao consumidor, redução da inflação), o modelo teórico ou a tecnologia aplicável em que se sustenta uma política governamental (política da energia, política da renda regressiva, política de ajuste e estabilização) (p. 22-23).

Esta amplitude do conceito levou Easton (1957) e Jenkins (1978) a definir a política como um conjunto de ações, uma teia de decisões inter-relacionadas. Alguns autores, como Hecló (1972, 2010), Ham e Hill (1993) e Pressman e Wildavsky (1973) e Dye (1976; 2013), consideram que para além da ação a inação (não-ação) faz parte integrante da política.

Tal como o conceito de política o termo política pública apresenta uma considerável diversidade conceptual. Assim, encontramos definições de grande amplitude como a de Dye (2013) que considera que a política pública é tudo o que o governo decide fazer ou não fazer até definições mais específicas que consideram a política pública como a ação governamental num determinado sector ou área geográfica (ver por exemplo as concepções de MENY; THOENIG, 1992).

Consideramos que a simplicidade do conceito é ilusória, já que, para além da ação (medidas concretas, decisões), a inação pode ser considerada como parte integrante do conceito, quando deliberadamente se decide não produzir nenhuma política.

Quadro 1 - Perspectivas de política pública

AUTOR	CONCEITO DE POLÍTICA PÚBLICA
Lowi (1964, 1972, 1997)	A política pública pode assumir quatro formatos: políticas distributivas, políticas regulatórias, políticas redistributivas e políticas constitutivas. Cada uma delas terá conflitos e apoios diferentes, pelo que se irão processar de forma diferenciada dentro do sistema político.
Hecló e Wildavsky (1974)	A política pública é concebida como ação governamental dirigida para a obtenção de objetivos.
Lindblom (1979)	A política pública inclui processos, decisões e resultados, sem que isso exclua conflito entre os interesses divergentes presentes em cada momento e tensões, entre diferentes concepções do problema a resolver. Trata-se de um campo com poderes em conflito que ora competem ora colaboram perante opções específicas.
Subirats (1989)	A política pública refere-se à norma ou conjunto de normas que existem acerca de uma determinada problemática, bem como ao conjunto de programas ou objetivos que o governo possui num campo concreto.
Meny e Thoenig (1992)	A política pública apresenta-se como um programa de ação governamental num determinado setor da sociedade ou num determinado espaço geográfico.
Dye (2013)	A política pública é tudo aquilo que os governos decidem efetuar ou decidem não efetuar.
Villanueva (1996)	A política pública reporta-se às decisões do governo que incorporam a opinião, a participação, a coresponsabilidade e os recursos dos privados, na sua qualidade de cidadãos eleitores e contribuintes.
Gerston (1997)	A política pública refere-se ao conjunto de decisões, compromissos e ações produzidas pelos indivíduos que ocupam as posições de autoridade num dado governo e que resulta da interação entre diferentes atores que estão dentro e fora do governo.
Velásquez (2001)	A política pública refere-se ao conjunto de sucessivas iniciativas, decisões e ações do regime político perante situações socialmente problemáticas de modo a resolver as mesmas ou torná-las gerenciáveis.
Roth Deubel (2002)	A política pública é um conjunto de um ou de diversos objetivos coletivos considerados como necessários e que serão desenvolvidos, completa ou parcialmente, através de instituições e organizações governamentais com a finalidade de orientar os comportamentos dos atores individuais e coletivos para a alteração de uma determinada situação concebida como insatisfatória ou problemática.
Bucci (2008)	A política pública constitui-se numa complexidade de arranjos institucionais, expressos através de estratégias formalizadas ou programas de ação governamental que têm como objetivo coordenar os meios que estão à disposição do Estado, assim como as atividades privadas para desse modo concretizar fins socialmente relevantes, politicamente determinados e juridicamente estabelecidos.
Ruas (s/d)	A política pública são os <i>outputs</i> do sistema político, ou seja, o conjunto de procedimentos que se destinam à resolução de demandas, através da alocação de bens e recursos públicos. Esses <i>outputs</i> são o resultado da pressão do sistema político que podem ser originários do meio ambiente – <i>inputs</i> – ou do próprio sistema político – <i>withinputs</i> .

Fonte: Elaboração própria. Baseada nos autores supracitados.

Complexifica-se, igualmente, com o entendimento da política pública como resultado de negociações (e conflitos) entre diversos atores - individuais ou coletivos, públicos ou privados – em que cada um quer salvar os seus interesses.

Com o intuito de compreender a diversidade de entendimentos da política pública agrupamos as perspectivas de diferentes autores. Note-se que não se pretende esgotar as perspectivas existentes, mas apenas apresentar, de forma simplificada algumas delas.

A ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS COMO PROCESSO

Autores como Wildavsky (1979), Lindblom (1981), Hogwood (1987) e Lindblom e Woodhouse (1993) foram essenciais na criação de modelos analíticos de políticas públicas, nomeadamente na percepção da política como um processo dinâmico que para ser analisado deve integrar um conjunto de fases ou momentos, ultrapassando, assim, as propostas em voga que se centravam no momento da formulação, considerada como a única capaz de influenciar o processo da política pública.

Em termos analíticos esta perspectiva permite ordenar o complexo processo da política pública, examinar a especificidade e complexidade de cada uma das fases desse processo e compreender quais os atores e fatores presentes e a influência que desenvolvem. Pelo contrário, as principais limitações desta perspectiva surgem quando o analista omite a complexidade do processo considerando-o como um somatório de fases sem interligação e quando concebe a política pública enquanto resolução de problemas, desvalorizando as lutas de interesses e os motivos que podem estar presentes em todo o processo.

São diversos os contributos apresentados para a divisão por fases do processo da política pública, como podemos observar no Quadro 2:

Quadro 2 - Momentos do processo das políticas públicas

AUTOR	MOMENTOS DO PROCESSO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS
Lindblom (1981)	O processo divide-se em 5 momentos: i) formação da agenda política; ii) construção da agenda política; iii) formulação da política; iv) implementação; v) avaliação.
Hogwood e Gunn (1984)	O processo divide-se em 9 momentos: i) definição da agenda política; ii) filtragem dos diferentes assuntos; iii) descrição ou processamento do assunto; iv) estudo ou prospeção dos desenvolvimentos possíveis do assunto; v) definição de objetivos, resultados e prioridades da política; vi) análise das opções ou alternativas para as ações da política; vii) implementação; viii) avaliação e verificação da política; ix) conservação, sucessão ou finalização da política.
Peters (1992)	O processo divide-se em 5 momentos: i) construção da agenda e formulação da política; ii) legitimação da política; iii) implementação; iv) alocação de recursos; v) avaliação.
Howlett e Ramesh (1995)	O processo divide-se em 5 momentos: i) formação da agenda; ii) formulação da agenda; iii) decisão; iv) implementação; v) avaliação.
Frey (2000)	O processo divide-se em 3 momentos principais: i) formulação, que se subdivide em três fases: percepção e descrição dos problemas; integração do problema na agenda política; elaboração de programas e decisões; ii) implementação; iii) avaliação;
Roth Deubel (2006)	O processo divide-se em 5 momentos: i) identificação do problema; ii) formulação das soluções; iii) tomada de decisões; iv) implementação; v) avaliação.
Souza (2006)	O processo divide-se em 3 momentos principais: i) formulação, que se subdivide em quatro fases: agenda política; reconhecimento das alternativas; avaliação das escolhas existentes; seleção das opções; ii) implementação; iii) avaliação.

Fonte: Elaboração própria. Baseada nos autores supracitados.

É possível verificar que as diferentes propostas, embora distintas, apresentam elementos similares. Frey (2000) e Souza (2006) apresentam um modelo semelhante que integra três momentos, nos quais consideramos que se podem agrupar alguns dos

momentos assinalados pelos autores do quadro anterior. Nesse sentido, julgamos possível apresentar três fases principais do processo da política pública: a formulação que integra a formação da agenda política e a tomada de decisão, a implementação e, finalmente a avaliação.

O NASCIMENTO DA POLÍTICA PÚBLICA: FASE DA IMPLEMENTAÇÃO

A primeira fase refere-se à formulação da política, momento no qual se estabelece qual o assunto a tratar pela política e como será tratado esse mesmo assunto. Em termos analíticos iremos considerar que este momento se subdivide em dois: inserção do problema na agenda política e a tomada de decisões com a legitimação da política.

A inserção do problema na agenda política inicia-se com a introdução de determinada necessidade ou demanda na lista de prioridades do poder público, ou seja, na agenda política. A introdução na agenda ocorre quando o assunto ganha um amplo conhecimento público que exige uma ação da competência (completa ou em parte) do governo, ou seja, quando ao assunto se atribui um estatuto de problema público, fundamentando e legitimando a intervenção pública.

A complexidade deste movimento de transformação de um assunto em problema público deve-se, para Elder e Cobb (1996), por um lado, ao facto dos governos possuírem uma atenção limitada e, por isso, “existem sempre mais assuntos para atender do que tempo para os considerar” (p. 77) e, por outro lado, pela natureza dos problemas de política pública, considerados como construções e definições e não como “dados a priori”.

A este propósito Kingdon (1984) considera que o processo que facilita a transformação de um assunto em problema público integra três fatores que podem ser cumulativos, nomeadamente, a evolução de um dado indicador (por exemplo, a taxa de pobreza, de desemprego), o surgimento de um acontecimento inesperado que leva a uma necessidade urgente de intervenção (por exemplo, uma catástrofe natural) e, por fim, o aparecimento de uma resposta a uma iniciativa pública anterior. A estes fatores Peters (2005) acrescenta a necessidade do assunto não ser uma mera questão, isto é, deve possibilitar uma intervenção, ser quantificável e representar variados interesses.

Tendo em conta a diversidade de assuntos que podem integrar a agenda política alguns autores apresentam uma variedade de tipos de agenda, que podem coexistir (em tempo) mas não coincidir (em conteúdos). Roth Deubel (2006) classifica as agendas segundo a instituição envolvida (agenda administrativa, agenda governamental, agenda legislativa etc.). Por sua vez, Viana (1996) qualifica as agendas segundo a atenção que o assunto que a integra recebe do governo - agenda sistémica ou não governamental (integra os assuntos que, embora preocupem o país, não mereceram uma atenção do governo), agenda governamental (inclui os problemas que centram a atenção do governo) e agenda de decisão ou política (engloba o conjunto de assuntos que estão a ser analisados para verificar se serão ou não objeto da ação governamental). Para Birkland (2007; 2019) a classificação da agenda ocorre tendo em conta a resposta ao assunto que a mesma integra: a agenda do universo (inclui ideias que podem ser discutidas num sistema político), a agenda sistémica (incorpora os assuntos que merecem a atenção pública), a agenda institucional (integra os assuntos que estavam na agenda sistémica e que passam a ser apreciados pelos órgãos do sistema político) e a agenda de decisão (incorpora alguns assuntos que passam da agenda anterior e que são “merecedores” de decisão política).

Nem todos os assuntos serão objeto de ação governamental e, por isso, nem todos são transformáveis em política, já que não existe “espaço” na agenda política para todos os assuntos com possível interesse público. Nesse sentido, a formação da agenda é um dos pontos politicamente críticos no processo de criação de políticas, já que nele participam diversos atores com uma distribuição variável do poder que lutam para determinar os temas da agenda e a seleção da definição mais adequada ao problema. Segundo Roth Deubel (2006) esse movimento de “luta” pode ocorrer de duas formas distintas:

- i) o problema ou a demanda é introduzido a partir do governo na opinião pública, através da utilização dos meios de comunicação ou de alguns grupos de pressão (sindicatos, empresários, sociedade civil etc.). Aqui o ciclo tem início na esfera governamental que o “devolve” para o espaço público, de modo a ser legitimado, para voltar ao campo governamental por meio da sua integração na agenda do governo. Esta dinâmica ocorre num contexto de constantes lutas e negociações;
- ii) o problema ou a demanda surge no espaço público, “obrigando” os governos a assumir a sua resolução ou minimização e, conseqüentemente, coagindo o governo a incorporar o assunto na sua agenda.

Independentemente de o assunto entrar na agenda pelo governo ou a partir do espaço público, são diversos os atores que integram esse processo e que procuram impor (ou convencer sobre) as suas ideias e interesses. Esses atores podem ser governamentais - atores que integram a estrutura institucional do Estado e, por isso, possuem poder público (deputados, alguns cargos de administração, governos, tribunais, etc.) - e não governamentais - atores que não

integram a estrutura política e administrativa do Estado (grupos de pressão, académicos, comunicação social, partidos políticos, organizações do terceiro sector, corporações etc.) (REALDATO; PÉREZ, 2005).

São diversos os modelos que explicitam a construção da agenda política, nomeadamente:

- i) a perspectiva racional ou positivista: modelo explicativo da formação da agenda política, no qual as políticas são concebidas como respostas aos problemas, encarados como factos sociais, dos quais é possível determinar as suas causas. Trata-se de uma concepção simplista que negligencia a complexidade do processo de criação da agenda (diferenças de interesses dos atores, opinião pública etc.);
- ii) a perspectiva pluralista (*pluralistic perspective*): explica o processo de construção da agenda política como resultado da luta de interesses através de diversas estratégias, nomeadamente a articulação de interesses (ajustamento dos interesses para os tornar aceitáveis ao sistema político) e a agregação de interesses (transformação de problemas públicos em opções de soluções políticas). Ambas as estratégias podem ser protagonizadas pelos partidos políticos (através da capacidade de mobilização do partido, características do eleitorado, sistema político, lei eleitoral, etc.), ou pelos grupos de interesses e lobbies (através da mobilização de influências, da pressão eleitoral, do apoio de campanhas eleitorais, etc.). A principal crítica a este modelo refere-se a omissão da capacidade do poder político para gerir os conflitos (e até evitá-los) e para, através dos meios de comunicação, reorientar e modelar as pressões dos cidadãos para os objetivos que deseja;
- iii) a perspectiva da opinião pública (*perspective of public opinion*): explicita a formação da agenda como

resultado da influência da opinião pública. Esta dialética é visível na atualidade, existindo cada vez mais atenção sobre a influência da opinião pública o que tem levado a um forte investimento por parte dos governos e dos partidos políticos num conjunto de estratégias para interagir com a opinião pública.

Após a entrada do problema na agenda política, ele sofre um processo de institucionalização, por meio do qual o problema é (re)definido de forma a ser enquadrado no aparelho político e administrativo do sistema público, de modo a se tornar “resolúvel” através de um programa ou política e de responder as diversas “visões” sobre o problema. Trata-se de uma “tradução” do problema que permite produzir as condições para criar uma política que lhe dê resposta, o minimize ou o previna.

Quando o problema se encontra “traduzido” surge a necessidade de selecionar a alternativa considerada mais adequada, que permitirá a tomada de decisão e a definição dos objetivos, recursos, marco jurídico, etc. Esta seleção ocorre num processo decisório que pode ser democrático ou não, existindo um elevado risco de se perder o carácter participativo da mesma quando se assumem decisões com base numa visão normativa e hermética, tornando esta fase pouco permeável à participação.

Existe um conjunto diversificado de modelos que procuram explicar a tomada de decisão:

- i) o modelo de racionalidade limitada (*model of bounded rationality*), baseado na proposta de Simon (1983), parte do princípio de que não possuímos toda a informação para decidir. Para ultrapassar esse constrangimento o decisor (ou grupo de decisores) utiliza as informações e conhecimentos que

consideram permitir escolher a decisão que parece mais satisfatória e, desse modo, privilegiar uma alternativa sobre outra, minimizando a necessidade de estudar e examinar algumas das alternativas e criando um meio-termo entre a necessidade de analisar o máximo de informações e a necessidade de oferecer uma solução aceitável e rápida;

- ii) o modelo incremental, de ajustes marginais ou estratégia de incrementalismo desarticulado (*disjointed incrementalism*), apresentado por Lindblom em 1959, concebe o processo de decisão como alheio a qualquer tipo de fundamentação racional, já que a decisão mais adequada será aquela que permite garantir o acordo mais satisfatório entre os diferentes interesses envolvidos no processo. Deste modo, a maioria das decisões propostas por este modelo apresentam-se como arranjos ou ajustes das políticas pré-existentes, ou seja, baseadas em decisões já tomadas em momentos anteriores e, por isso, possuidoras de algum grau de consensualidade. Assim, em vez de criar políticas, introduz correções nas políticas existentes de modo a resolver ou minimizar o problema;
- iii) o modelo da anarquia organizada ou nas palavras de Olson (1982) modelo de lata do lixo (*garbage can*). Aqui a casualidade é considerada como intrínseca ao próprio processo de decisão, que resulta da junção fortuita entre um determinado problema e as alternativas ou soluções. A tomada de decisão acontece num contexto caótico tornando-se ambíguo e imprevisível, onde os atores definem os objetivos e os meios que vão utilizar ao longo do processo não existindo, por isso, uma prévia elaboração racional das decisões que serão tomadas;
- iv) o modelo de escolha pública (*public choice*) que considera a tomada de decisão baseada unicamente no interesse pessoal dos decisores. O processo de decisão resultaria, assim, da escolha egoísta de atores

e agentes, com poderes diferenciados e funções diversas no sistema político (executivo, jurídico, legislativo, administrativo etc.).

Para Roth Deubel (2002) existem três modelos de tomada de decisão:

- i) o primeiro explica o processo centrando-se no papel do Estado, considerado como variável independente da sociedade e onde os atores e grupos que ocupam determinadas funções estatais vão determinar fortemente as decisões tomadas no processo de decisão das políticas públicas;
- ii) o segundo foca o processo de decisão na sociedade, nas quais o Estado surge como uma variável dependente da sociedade e onde as instituições públicas (e seus atores) exercem pouca ou nenhuma influência sobre o processo de tomada de decisão de políticas públicas e;
- iii) por fim, o modelo que incorpora uma visão mista, com uma posição intermédia em relação às anteriores, na qual os fatores internos, centrados no Estado, e os fatores externos, focados na sociedade, são considerados como categorias analíticas.

Após a decisão da política ocorre um processo de formulação da mesma, em regra, através de uma lei ou de um programa, embora possam ocorrer situações em que a política apesar de decidida não é formulada devido a circunstâncias várias.

CONCRETIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA: FASE DA IMPLEMENTAÇÃO

O momento da implementação da política pode ser traduzido, de forma geral, como a efetivação da política após a sua formulação. É uma fase de transformação de intenções e decisões de política em ações e programas, que implica o planejamento e a organização do aparelho administrativo (existente ou criado para o efeito) e dos recursos financeiros, materiais, humanos e tecnológicos necessários para a execução da política pública. É um procedimento que permite que a implementação transforme um mero enunciado (legislação, plano ou programa de governo) numa ação efetiva, num efeito provável, numa realidade efetiva (VILLANUEVA, 2007).

Seguindo o pensamento de Perez-Rus (1998, p. 68) os estudos sobre o processo de implementação podem ser divididos em três gerações: a primeira vai até meados dos anos 70 do século XX e focaliza os estudos na ação das instâncias decisórias, consideradas como as responsáveis por todo o processo da política pública, da formulação até a avaliação. A segunda geração, que decorre de 1975 a 1980, surge com estudos que incorporavam um conjunto de fatores (para além das instâncias decisórias) que contribuíam para o sucesso ou fracasso da implementação da política. É no âmbito destes estudos que surgem dois modelos de referência na análise da implementação de políticas - *top-down* e *bottom-up*. A última geração, que decorreu a partir da década de 80 do século XX, ofereceu considerações críticas sobre os modelos anteriormente estudados.

De um modo geral podemos agrupar os diferentes modelos de análise da implementação de políticas públicas (independentemente da geração) nos enfoques: *top-down* e *bottom-up*.

O enfoque *top-down*, ou o modelo de cima para baixo, estuda a implementação centrando-se nos burocratas de alto nível hierárquico, no momento da tomada de decisão. Considera-se que a responsabilidade pela implementação da política assenta, quase que unicamente, na atuação dos burocratas de alto nível que chefiam os que estão num nível mais baixo, que desfrutam de um diminuto grau de discricionariedade. Parte-se do pressuposto que a implementação da política deve ocorrer em concordância com a decisão tomada e executar de forma exata as indicações técnicas, organizativas e operativas impostas no desenho da política. Por outras palavras, esta perspectiva parte do pressuposto que a implementação deve ser desenvolvida de acordo com as decisões elaboradas pelo governo existindo uma relação direta de casualidade entre a definição da política (*input*) e a sua implementação (*output*).

Aqui, quando existe uma falha na política, as causas são sempre atribuídas ao seu processo de implementação que foi incapaz de pôr em prática o desenho da política, seja por causa dos atores e poderes que participam na implementação, seja pela ineficiência ou incompetência das instâncias que executam a política, seja por outro qualquer problema inerente a essa fase. Estando a origem das falhas ou problemas da política no processo de implementação, então a sua resolução ou prevenção deve estar, segundo este enfoque, nessa mesma fase. Propõe, assim, a criação de um aparelho, que pode ser visível ou subtil, de controle (regulamentos, incentivos, sanções, atores de confiança etc.) constituído e conduzido por um corpo diretivo, com o objetivo de garantir a precisão e concordância entre a implementação e o desenho da política previamente estabelecido. Considera-se uma situação de êxito quando existe um cumprimento exato da legislação e do programa inerente à política.

Neste enfoque encontramos alguns autores que apresentam modelos de análise do processo de implementação das políticas públicas com base nas ideias atrás enunciadas. Um desses modelos

pertence a Pressman e Wildavsky (1973) que, partindo do princípio de que a política é formulada com base no modelo racional, encaram a implementação como o processo que efetiva a conexão causal prevista no desenho da política, ou seja, o processo que executa de forma exata e rigorosa o desenho logicamente criado pelos formuladores da política. No enfoque *top-down* podemos, também, encontrar a proposta de Van Meter e Van Horn (2007) que defendem a análise do processo de implementação como um momento distinto da formulação e da avaliação. Apesar disso, estes autores afastam-se das percepções racionais que centralizam todo o processo nos formuladores da política, já que julgam ser impraticável estes efetuarem a previsão exata da forma como decorrerá a implementação, uma vez que existem um conjunto de elementos que interferem no processo da implementação. O último modelo que apresentamos para o enfoque *top-down* refere-se ao modelo de Sabatier e Mazmanian (2007), que divide o processo de implementação em cinco etapas, interligadas entre si:

- i) produção de decisões por parte dos atores responsáveis pela implementação da política e sua concordância com os objetivos da política;
- ii) aceitação por parte dos beneficiários das decisões políticas efetuadas pelos atores implementadoras da política;
- iii) análise dos impactos reais da ação (tanto os desejados como os não desejados) e a sua concordância com os objetivos da política;
- iv) análise dos impactos percebidos pelos grupos de eleitores e pelas autoridades do sistema político e sua concordância com os objetivos da política e com os valores das elites políticas importantes;
- v) avaliação pelo sistema político, de forma efetiva ou tentada, da lei básica que deu origem à política

implementada. Os mesmos autores consideram que ao longo da implementação da política coexistem diversos fatores, considerados como variáveis independentes do processo, que a condicionam.

O enfoque *top-down* foi fortemente criticado por alguns autores, dando lugar ao enfoque *bottom-up*. Uma das razões para as críticas apontadas aos modelos *top-down* refere-se, segundo Elmore (2007), à ideia de que quanto mais procuramos governar com os instrumentos convencionais de controle hierárquico, menos capazes somos de consegui-lo.

No enfoque *bottom-up* a análise da implementação centra-se nas redes de decisão que se formam no momento e ao nível concreto da implementação e não apenas nas estruturas pré-estabelecidas pelos formuladores da política. Alguns dos autores que defendem esta perspectiva são: Lipsky (1976; 2010), Bardach (1977), Reine e Rabinovitz (2007) e Elmore (2007).

Esta perspectiva surgiu originalmente nos estudos de Lipsky que procurou contrariar a tradição intelectual predominante, na qual o fator determinante no processo de formulação de políticas públicas era limitado ao momento da tomada de decisão que era constituído pelos decisores de alto nível do governo, que sentenciavam a forma como os níveis inferiores deveriam executar a política. Os estudos deste autor permitiram comprovar a importância que professores, assistentes sociais, médicos, polícias, etc. tinham no desenvolvimento das políticas públicas. Lipsky (197; 2010) denominava esses trabalhadores de “burocratas ao nível da rua” (*street level bureaucrats*) e considera que, no desenvolvimento do seu trabalho, na inter-relação que estabeleciam com os cidadãos, possuíam uma grande margem de manobra para a tomada de decisão e no desempenho das suas funções. Para o autor esses profissionais são os verdadeiros “fazedores de política” nas suas respetivas áreas

de trabalho, apesar das diversas dificuldades que enfrentam, nomeadamente as constantemente solicitações para se adaptarem às mudanças nas condições de trabalho e às exigências nas suas funções e tarefas, a sobrecarga de tarefas em serviços caracterizados pela procura diversificada, ampla, constante e urgente, a inexistência de indicações rigorosas e operativas sobre as metas e prioridades, a ausência de reconhecimento ou incentivos de estatuto ou remuneração e a falta de recursos materiais e organizacionais suficientes para o desempenho efetivo das suas funções. Esta situação produz nestes trabalhadores uma necessidade de atuar com reserva na prestação de serviços e de engendramos esquemas de ação rotineiros para conseguir orientar o fluxo da demanda e gerir as pressões a que são expostos.

O modelo de Lipsky centra-se, assim, na análise do envolvimento dos atores que estão no nível da cadeia hierárquica responsável pela implementação da política. Esses atores desenvolvem ações concebidas como resposta às dificuldades e problemas não resolvidos no momento da formulação ou como opções entre as diversas alternativas para ultrapassar os défices ou omissões do desenho da política. Os resultados dessas ações e das interações construídas entre os atores constituem a matéria-prima para compreender o processo de implementação das políticas públicas.

No sentido de sublinhar a importância da análise do processo de implementação Bardach (1977; 1998) apresenta um modelo analítico que encara a implementação como “jogos políticos e burocráticos”, no qual os diferentes atores utilizam estratégias e táticas para ganharem o controle sobre o processo. O autor adota a metáfora de “montagem de uma máquina” para analisar o processo de implementação e de “processo de montagem” para explicar o seu dinamismo. Para ele, a política é uma máquina constituída por diferentes elementos - recursos financeiros, processos

administrativos, atores responsáveis pela sua execução, fiscalização, atitude dos beneficiários da política, etc. – que através da implementação são montados de modo a permitirem o funcionamento da máquina. No processo de montagem estão presentes diversos atores independentes que procuram controlar os elementos da política e, através da persuasão e/ou negociação, organizar os elementos (montar) para implementar a política (máquina). Como resultado deste jogo Bardach (1977; 1998) assinala quatro dos efeitos adversos mais comuns:

- i) o “desvio de recursos ou de fundos” públicos previstos para a política;
- ii) o “desvio dos objetivos” da política durante o processo de implementação, decorrente da falta de definição dos objetivos, das inconsistências da política e das discordâncias entre os atores envolvidos na sua formulação;
- iii) os “dilemas da administração”, que consiste na obstrução aos esforços que institucionalmente são efetuados no sentido de implementar a política;
- iv) o “desperdício de esforços pessoais e políticos” em estratégias e táticas em vez da sua aplicação na implementação da política.

De modo a tentar travar estes quatro efeitos adversos Bardach propõe o que denomina de um “cenário escrito”, que permite que os jogos e ações que vão ocorrer no processo de implementação sejam previstos no momento da formulação da política, e assim se evitem danos e obstruções.

Esta perspectiva de Bardach permite, por um lado, considerar o momento da implementação como um processo político, e não apenas como uma atividade administrativa, e por outro lado, pensar

neste momento desde o processo de formulação da política. Esta necessidade de alargar os estudos de implementação de políticas públicas para além das questões administrativas e de o integrar desde o início do processo é, igualmente, defendida por Lindblom (1981). Nesse sentido, o autor defende que a maior parte dos atos administrativos desenvolvidos no decorrer da implementação da política, são formas de fazer política e de alterar a política, razão pela qual considera este momento do processo como um dos mais importantes do *policy-making*.

A importância da análise do processo de implementação é, igualmente, apresentada por Rein e Rabinovitz (2007). Para eles a implementação centra-se nos atores que a implementam, os quais no decorrer desse processo enfrentam imperativos que podem ser conflituosos entre si e que permitem ao implementador realçar um em detrimento do outro, o que induz alterações no modo como se executa a política. Os autores apontam três imperativos:

- i) o imperativo legal, que impõe que os atores cumpram as exigências legislativas inerentes à política pública que se pretende implementar. Existem diversos fatores que interferem na submissão que os implementadores assumem em relação ao documento legal em que se baseia a política, nomeadamente: o prestígio e a força de quem legislou a política, a adequação técnica da lei, o grau ou nível de negociação durante o processo de criação da lei. Quando é este imperativo que sobressai, a sua “força” dependerá da exatidão e objetividade da lei, já que quanto mais ambígua e vaga for maior será a possibilidade de se modificar os objetivos, as metas e os resultados pretendidos com a mesma;
- ii) o imperativo racional-burocrático, que guia o desenvolvimento da política no interior de uma estrutura organizativa. Quando este imperativo

predomina os interesses pela manutenção e crescimento organizacional são colocados à frente da legislação que apoia a política. Assim, nos casos em que existe incompatibilidade entre a lei (política) e os princípios da organização, existe a tendência para se obstruir a implementação da política e, desse modo, garantir a manutenção da organização;

- iii) o imperativo consensual, que permite a existência de um conjunto diversificado de atores com interesses divergentes no interior do processo de implementação. Quando este imperativo prevalece o processo de implementação é submetido aos interesses de determinados grupos que assumem o exercício do poder e que, em regra, reduzem os imperativos legais e burocráticos às suas necessidades e interesses.

Rein e Rabinovitz (2007) consideram que é nesta fase que se estabelece qual o grau de congruência que existe entre a legislação e a interpretação burocrática. Note-se que esta “concretização” da política não é apenas uma interpretação da lei, já que os implementadores, quando confrontados com omissão ou dúvidas em relação ao desenho da lei, tomam decisões que poderão alterar a intenção legislativa original da política.

O realce no contexto local foi apresentado por Berman (1980) que considerava que o “ambiente institucional” é um dos fatores determinantes na análise do momento da implementação das políticas públicas, de modo a compreender as condições que permitem que as decisões tomadas durante o processo de formulação produzam os resultados desejados. Na análise do ambiente institucional o autor salienta a necessidade de compreender o contexto da “macroimplementação”, referente à formação e garantia de todas as condições necessárias para que uma política seja posta em prática e o contexto de “microimplementação”, relativo ao

processo concreto de prestação de serviços para a execução da política e que implica os atores diretamente envolvidos na implementação.

APRECIÇÃO E BALANÇO DA POLÍTICA PÚBLICA: FASE DA AVALIAÇÃO

Existe uma grande diversidade de conceitos de avaliação, o que poderá dever-se às alterações que o conceito foi sofrendo devido à influência de diversas áreas de saber e à necessidade de estudar vários campos de uma mesma política. As diferentes conceptualizações da avaliação foram sintetizadas pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID, 1997, p. 03) em quatro campos que correspondem a diferentes épocas ou gerações. A primeira geração, que surge no final do século XIX, é composta por definições de avaliação centradas na identificação do grau de concretização dos objetivos, através da utilização de métodos e instrumentos quantitativos de análise. A segunda geração, que ocorreu entre 1920 e 1950, incluía a identificação, através de métodos experimentais, dos aspetos que otimizam ou limitam determinados objetivos previamente estabelecidos. De 1950 a 1980 surge a terceira geração que se centra no estudo comparativo entre resultados e metas e os objetivos estabelecidos, através da análise normativa com indicadores de referência. Finalmente, a quarta geração, que decorre a partir de 1980, centra-se na análise de todos os dados disponíveis e pressupõe a intervenção de diversas áreas de conhecimento e perspectivas.

A dimensão decisional (prática) da avaliação está presente nas definições existentes nas diversas gerações apresentadas, enquanto a dimensão racional (racionalização das decisões e dos recursos através da utilização de critérios de eficiência, eficácia e

efetividade) e a dimensão integradora (avaliação como parte integrante de um processo abrangente, no qual se inclui o planejamento, a formulação e a implementação) estão presentes sobretudo nas concepções de avaliação da última geração. A interligação entre as diferentes dimensões surge na concepção de avaliação de Cohen e Franco (1999), concebida como um processo intrínseco ao processo de planejamento e implementação da política com a função de racionalização dos recursos envolvidos no desenvolvimento da política com base em critérios de eficiência e eficácia e da melhoria das ações desenvolvidas no decurso da execução da política.

Outro dos autores que procura fazer convergir as dimensões acima mencionadas é Ander-Egg (1990). Para o autor a avaliação permite a utilização de um conjunto de procedimentos que confirmam se as metas e objetivos propostos foram alcançados, reconhecer os fatores e causas que influenciaram os resultados (êxito ou fracasso) e enunciar as advertências e recomendações que auxiliam a tomada de decisão e que permitem estabelecer as correções ou reajustes necessários. A avaliação é considerada, nesta perspectiva, como um instrumento fundamental para decidir pela manutenção, alteração ou finalização de uma política, já que nos fornece conhecimentos e informações sobre o grau de concretização da política, os fatores que determinaram os resultados e as variáveis que afetam a sua execução.

São vários os modelos de avaliação que surgem na literatura sobre o tema (FERRÃO; PAIXÃO, 2018). Figueiredo e Figueiredo (1986) classificam a avaliação de acordo com os objetivos que se pretendem atingir, apresentando três tipos distintos. O primeiro refere-se à avaliação de processos, que visa analisar a eficácia de um programa ou política através do estudo do processo de implementação, de forma a verificar em que medida o programa foi implementado de acordo com o desenho proposto na formulação, o

grau de concordância entre as metas previamente propostas e os resultados atingidos com a política e o nível de adequação entre os recursos utilizados e os objetivos propostos na formulação da política. Já a avaliação dos impactos, pretende estudar a efetividade de um programa, através do estudo das alterações que uma determinada política provoca nas condições de vida da população, de modo a analisar as mudanças quantitativas e qualitativas ocorridas com o processo de implementação da política. Por fim, a avaliação compreensiva que procura conhecer os impactos provocados pela implementação de uma política tendo em conta os objetivos previstos e os fatores que influenciaram a implementação.

Figueiredo e Figueiredo (1986) apresentam outra classificação da avaliação tendo como referência a sua divisão segundo os resultados e na qual diferenciam a efetividade, a eficácia e a eficiência. A avaliação da eficácia refere-se ao estudo da concretização dos objetivos e metas num determinado período, enquanto a avaliação da efetividade procura analisar a relação entre os resultados concretos e objetivos atingidos. Finalmente, a avaliação da eficiência permite, segundo os autores, o exame da relação entre o esforço utilizado na implementação da política e os resultados obtidos. Existem autores que consideram a avaliação da eficácia e da eficiência como semelhantes, estando as duas, segundo Aguilar e Ander-Egg (1995), vocacionadas para avaliar os resultados obtidos em termos de efeitos (sobre a população destinatária) e impacto (sobre o conjunto da população e o meio). Com uma posição contrária, surgem Cohen e Franco (1999) que consideram existir uma diferenciação entre os conceitos, já que a eficácia se refere ao grau em que se alcançam os objetivos e metas em relação a população beneficiária, em um determinado período, independentemente dos custos implicados, e a efetividade é o resultado concreto ou as ações conducentes a esse resultado concreto – dos fins, objetivos e metas desejadas.

Figueiredo e Figueiredo (1986) apresentam, ainda, a outra classificação da avaliação tendo em conta o critério temporal. Os autores consideram nesta classificação o momento em que se efetua a avaliação da política e, nesse sentido, apresentam quatro tipos de avaliação:

- i) avaliação retrospectiva que visa examinar uma política implementada no passado;
- ii) avaliação prospetiva que permite estudar uma política que hipoteticamente será desenvolvida no futuro;
- iii) avaliação formativa que pretende avaliar uma política no decorrer da sua execução ou implementação e;
- iv) avaliação integrativa que pretende analisar o antes e o depois da implementação da política.

O critério temporal também foi considerado por Lubambo e Araújo (2003), que consideram o momento do processo da política em que é efetuada a avaliação. Nesse sentido, os autores distinguem quatro tipos de avaliação:

- i) avaliação *ex-ante* que ocorre antes do início da implementação da política;
- ii) avaliação formativa ou de processo que ocorre durante a fase de implementação da política e permite examinar os processos, a gestão e o funcionamento da política (e não os resultados);
- iii) avaliação *ex-post* ou sumativa realizada no final da fase de implementação e após a conclusão da medida e;

- iv) a monitorização que consiste num processo constante de análise da gestão, do funcionamento e do desempenho das políticas.

NOTAS CONCLUSIVAS

Tendo em conta a perspectiva apresentada por Lipsky (1976; 2010) considera-se o assistente/trabalhador social como um implementador de políticas. Estes profissionais são vistos como “burocratas ao nível da rua” que no desenvolvimento do seu trabalho, na inter-relação que estabelecem com os cidadãos, possuem margem de manobra para a tomada de decisão e para o desempenho das suas funções. Para o autor esses profissionais são os verdadeiros “fazedores de política” nas suas respetivas áreas de trabalho, apesar das diversas dificuldades que enfrentam. Considera-se, por isso, essencial que este profissional compreenda todo o processo da política que vai implementar. Que encare a política pública como um curso de ações e de inações que ocorrem num contexto complexo, dinâmico e mutável, constituído por um conjunto diversificado de atores, com interesses e objetivos distintos, que procuram influenciar as decisões a serem tomadas. Assim, poderá ter em conta na sua análise a complexidade do processo e as contradições inerentes da luta de interesses de atores diferenciados que fazem parte do seu processo.

No que diz respeito aos modelos de análise apresentados considera-se que o processo político dividido em fases ou ciclos poderá constituir uma ferramenta essencial para o assistente/trabalhador social. Resumidamente este modelo pode integrar três fases: a formulação da política que se subdivide na criação da agenda pública e na tomada de decisão, a implementação da política e a sua avaliação.

O assistente/trabalhador social ao implementar uma política deve conhecer o processo de formulação da mesma, que implica a transformação de um assunto em problema com interesse público e sua, conseqüente, entrada para a agenda política. Nem todos os problemas são alvo da atenção pública e do governo, pelo que a primeira ação do processo é tornar um determinado assunto num problema com interesse público e político, sendo necessário compreender a razão pela qual um determinado problema, num contexto específico, foi considerado como "merecedor" dessa atenção. A introdução do assunto na discussão para a sua tradução em problema público pode surgir a partir do governo ou do "espaço público" que "obrigam" o governo a considerá-lo, sendo, pois, necessário o assistente/trabalhador social entender esse processo. A partir do momento em que o problema ou assunto atinge a agenda política e existe a decisão de criar uma política para responder ao mesmo, ocorre um processo de institucionalização do problema, que permite (re)definir o mesmo. Esta redefinição ocorre para salvaguardar os interesses dos atores envolvidos e para ajustá-los aos princípios e ideologias do governo e às lógicas de funcionamento do aparelho político-administrativo. O assistente/trabalhador social deve compreender como foi "traduzido" o problema, de modo a perceber qual a perspectiva do problema que a política vai responder e o que foi negligenciado acerca do problema.

O momento da implementação da política pode ser concebido como a concretização da política, ou seja, a transformação de intenções e decisões de política em ações e programas. Nesta fase, executa-se a política com base nos dispositivos legais criados, no aparelho administrativo existente ou concebido para o efeito, nos recursos disponibilizados etc. Considera-se o modelo *bottom-up* como a ferramenta mais adequada para o assistente/trabalhador social encarar esta fase do processo. Sustenta-se na ideia que não é possível existir um controlo absoluto de todo o processo de elaboração da política, pelo que a implementação é encarada como

o produto de um processo interativo com o contexto, as organizações e os atores presentes na mesma. Parte, também, da ideia de que muitas decisões são tomadas na fase da implementação, altura que surgem conflitos, dúvidas e clarificações impossíveis de serem previstas no momento de formulação da política. Aqui o assistente/trabalhador social é um profissional que assume um papel fulcral na implementação, já que permite a transformação da política em ações reais, decide o modo como utiliza os recursos, define os objetivos que considera existir na política, resolve os assuntos e problemas não previstos na formulação da política etc. Este papel responsabiliza este profissional, que deve entender a importância que assume e a forma como sua implementação pode afetar (e até alterar) a política e, por isso, a população que dela beneficia. Uma implementação vigilante e uma consciência das consequências das suas ações na política são fundamentais para que este profissional materialize, através da política, os princípios da justiça e equidade social, da dignidade, da não discriminação, do empoderamento e advocacia da população.

A última fase do ciclo da política é a avaliação, largamente discutida pela literatura que apresenta diversos modelos em função daquilo que é avaliado e dos objetivos que se pretendem alcançar. Embora a avaliação surja como a última fase do ciclo, ela é muitas vezes um instrumento para auxiliar a tomada de decisões nos mais variados momentos, e na qual o assistente/trabalhador social deve participar, de forma a contribuir para a redefinição da política e a criação de novas respostas aos problemas.

Saliento que nenhuma definição de análise de política e nenhuma teoria ou modelo consegue capturar ou explicar a complexidade existente no processo de análise de políticas. Apesar dessa dificuldade o modelo de ciclo da política com fases delimitadas surgiu, pelas razões apresentadas, como o mais adequado enquanto metodologia de análise da política para o

assistente/trabalhador social. Esta análise do ciclo de políticas afasta a possibilidade de considerar a política como “uma ‘*démarche*’ essencialmente técnica, como uma espécie de ação política sem alma, sem inocência, mas também sem culpa” (STOER; CORTESÃO; CORREIA, 2001, p. 45). Isto porque impedem que os “processos de decisão, ligados mais ou menos à implementação, sejam remetidos para um não-lugar da geografia política” (p. 20).

O Serviço/Trabalho Social assume um papel essencial na mobilização do poder na luta de forças que caracterizam o campo social, para combater a desigualdade e defender os direitos e a justiça social. Assim, é essencial este profissional considerar a análise do ciclo de política como uma ação que integra a sua prática profissional, de modo a não negligenciar a “atitude política” (FALEIROS, 2002, p. 86) na profissão e, conseqüentemente o seu potencial emancipador. Para Faleiros esta perspectiva para além de fortalecer a cidadania permite uma “articulação da dimensão política com a dimensão de serviços, não se reduzindo o Serviço Social, nem a relações psicológicas nem a relações burocráticas para acesso a determinados benefícios” (1999, p. 169). Caso não encare este desafio a profissão poderá ser assumida como meramente executiva, abdicando da sua função propositiva e do seu papel ativo na formulação das políticas sociais (MARQUES, 2016).

REFERÊNCIAS

AGUILAR, M.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de Serviços e Programas Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995.

ANDER-EGG, E. **Evaluación de programas de trabajo social**. Buenos Aires: Editorial Hvmánitas, 1990

BARDACH, E. **The Implementation Game**: What happens after a bill becomes a law. Cambridge: MIT Press, 1977.

BARDACH, E. **Los Ochos Pasos para el Análisis de Políticas Públicas**. Ciudad de México: Centro de Documentación y Docencia Económicas, 1998.

BERMAN, P. "Thinking about Programmed and Adaptive Implementation: Matching Strategies to Situations". *In*: INGRAM, H.; MANN, D. (eds.). **Why Policies Succeed or Fail**. London: Sage, 1980.

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento. **Evaluación**: una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos. Washington: BID, 1997.

BIRKLAND, T. "Agenda Setting in Public policy". *In*: FISHER, F.; MILLER, G.; SIDNEY, M. (eds.). **Handbook of Public Policy Analysis**. London: Taylor and Francis Group, 2007.

BIRKLAND, T. A. **An Introduction to the Policy Process**: Theories, concepts, and models of public policy making. New York: Routledge, 2019.

BUCCI, M. "Notas para uma Metodologia de Análise de Políticas Públicas". *In*: FORTINI, C.; ESTEVES, J.; DIAS, M. (orgs.). **Políticas Públicas**: Possibilidades e Limites. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de Projectos Sociais**. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

DYE, T. **Policy Analysis: What Governments do, why they do it, and what difference it makes.** Alabama: University of Alabama Press, 1976.

DYE, T. **Understanding Public Policy.** London: Pearson, 2013.

EASTON, D. “Classification of Political Systems”. **Political Research, Organization and Design**, vol. 1, n. 2, 1957.

ELDER, C.; COBB, R. “Formación de la agenda. El caso de la política de los ancianos”. *In*: VILLANUEVA, L. (ed.). **Problemas Públicos e Agenda de Gobierno.** Ciudad de México: Miguel Ángel Porrúa, 1996.

ELMORE, R. “Diseño Retrospectivo: La investigación de la implementación y las decisiones políticas”. *In*: VILLANUEVA, L. (ed.). **La Implementación de las políticas.** Ciudad de México: Miguel Ángel Porrúa, 2007.

FALEIROS, V. “La crítica a una política del sujeto”. **Trabajo Social**, n. 4, 2002.

FALEIROS, V. “Os desafios do serviço social na era da globalização”. **Serviço Social e Sociedade**, vol. 20, n. 61, 1999.

FERRÃO, J.; PAIXÃO, J. M. P. **Metodologias de Avaliação de Políticas Públicas.** Lisboa: Universidade de Lisboa, 2018.

FIGUEIREDO, A.; FIGUEIREDO, M. “Avaliação Política e Avaliação de Políticas: Um quadro de referência teórica”. **Análise e Conjuntura**, vol. 1, n. 3, 1986.

FREY, K. “Políticas Públicas: Um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil”. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 21, 2000.

GERSTON, L. **Public Policy Making: Process and Principles**. New York: M. E Sharpe, 1997.

HAM, C.; HILL, M. **The Policy Process in the Modern Capitalist State**. London: Harvester Wheatsheaf, Hemel Hempstead, 1993.

HECLO, H. “Policy Analysis”. **British Journal of Political Science**, vol. 2, n. 1, 1972.

HECLO, H; WILDAVSKY, A. **The Private Government of Public Money: Community and Policy inside British Politics**. London: Macmillan, 1974.

HOGWOOD, B. **From Crisis to Complacency? Shaping Public Policy in Britain**. New York: Oxford University Press, 1987.

HOGWOOD, B; GUNN, L. **Policy Analysis for the Real World**. Oxford: Oxford University Press, 1984.

HOWLETT, M.; RAMESH, A. **Studying Public Policies: Policy Cycles and Policy Subsystems**. Oxford: Oxford University Press, 1995.

JENKINS, G. “A Review of the Methodology for Social Cost-Benefit Analysis as Proposed by the World Bank”. **Development Discussion Papers**, n. 6, 1978.

KINGDON, J. **Agendas, alternatives and public policies**. Boston: Little Brown & Company, 1984.

LINDBLOM, C. **O Processo de Decisão Política**. Brasília: Editora da UnB, 1981.

LINDBLOM, C. “Still Muddling, Not Yet Through”. **Public Administration Review**, vol. 39, n. 6, 1979.

LINDBLOM, C.; WOODHOUSE, E. **The Policy Making Process**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1993.

LIPSKY, M. “Towards a theory of street-level bureaucracy”. *In*: HAWLEY, W.; LIPSKY, M. (eds.). **Theoretical Perspective on Urban Politics**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1976.

LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public service**. New York: Russell Sage Foundation, 2010.

LOWI, T. “American Business and Public Policy Case Studies and political theory”. **World Politics**, vol.16, 1964.

LOWI, T. “Four Systems of Policy, Politics and Choice”. **Public Administration Review**, vol. 32, n. 4, 1972.

LOWI, T. “President v. Congress: What the Two-Party Duopoly Has Done to the American Separation of Powers”. **Case Western Reserve Law Review**, vol. 47, n. 4, 1997.

LUBANDO, C.; ARAÚJO, M. **Avaliação de Programas Sociais: Virtualidades técnicas e virtualidades democráticas**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, 2003.

MARQUES, J. **Itinerário de uma política: olhares sobre o rendimento social de inserção no concelho de Aveiro** (Tese de Doutoramento em Serviço Social). Lisboa: ULL, 2016.

MENY, Y.; THOENING, J. **Las Políticas Públicas**. Barcelona: Ariel, 1992.

OLSON, M. **The rise and decline of nations: Economic growth, stagflation, and social rigidities**. New Haven: Yale University Press, 1982.

PEREZ-RUS, J. “Avaliação do Processo de Implementação: Algumas questões metodológicas”. In: RICO, E. (org.). **Avaliação de Políticas Sociais**. São Paulo: Editora Cortez, 1998.

PETERS, G. **American Public Policy**. New Jersey: Chatam House Publisher, 1992.

PETERS, G. “The Problem of Policy Problems”. **Journal of Comparative Policy Analysis**, vol. 7, n. 4, 2005.

PRESSMAN, J; WILDAVSKY, A. **Implementation**. Berkeley: University of California Press, 1973.

REALDATO, J.; PEREZ, M. (ed.) **Análisis de políticas públicas**. Granada: Editora da Universidad de Granada, 2005.

REIN, M.; RABINOVITZ, F. “La implementación: una perspectiva teórica. Entre la intención y la acción”. In: VILLANUEVA, L. (ed.). **La Implementación de las Políticas**. México: Miguel Ángel Porrúa, 2007.

ROTH DEUBEL, A. **Discurso sin compromiso: La política de derechos humanos en Colombia**. Bogotá: Ediciones Aurora, 2006.

ROTH DEUBEL, A. **Políticas Públicas: Formulación, Implementación y evaluación**. Bogotá: Ediciones Aurora, 2002.

RUAS, M. “Análise de políticas Públicas: Conceitos básicos”. **Portal Eletrônico da UFBA** Disponível em: <www.ufba.br>. Acesso em: 22/01/2023.

SABATIER, P; MAZMANIAN, D. “La implementación de la política pública: un marco de análisis”. *In*: VILLANUEVA, L. A (ed). **La Implementación de las Políticas**. Ciudad de México: Miguel Ángel Porrúa, 2007.

SIMON, H. **Administration et Processus de Decision**. Paris: Economica, 1983.

SOUZA, C. “Políticas públicas: uma revisão da literatura”. **Sociologias**, n. 16, 2006.

STOER, S.; CORTESÃO, L.; CORREIA, J. (orgs.). **Transnacionalização da educação: Da crise da educação à “educação” da crise**. Porto: Editora Afrontamento, 2001.

SUBIRATS, J. **Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración**. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública, 1989.

TRABADA, A. “Entre la ciencia política básica y la ciencia política aplicada; de la política a las políticas, del análisis a la gestión”. **Revista de Investigaciones Políticas e Sociológicas**, vol. 2, n. 1, 2003.

VAN METER, D.; VAN HORNE, C. “El proceso de implementación de las políticas. Un marco conceptual”. *In*: VILLANUEVA, L. (ed.). **La Implementación de las políticas**. Ciudad de México: Miguel Ángel Porrúa, 2007.

VELÁSQUEZ, V. Notas sobre el estado y las políticas públicas. Colombia: Almudena, 2001.

VIANA, A. “Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas”. **Revista de Administração Pública**, vol. 30, n. 2, 1996.

VILLANUEVA, L. El Estudio de las Políticas Públicas. Ciudad de México: Miguel Ángel Porrúa, 1996.

VILLANUEVA, L. La Implementación de las políticas. Ciudad de México: Miguel Ángel Porrúa, 2007.

WILDAVSKY, A. Speaking Truth to Power: The art and craft of policy analysis. Boston: Little Brown, 1979.

CAPÍTULO 5

*Os Impactos Sociais e Econômicos
da Pandemia do Novo Coronavírus:
Desafios para o Trabalho de Assistentes Sociais
em um Contexto de Neoliberalismo nas Políticas Sociais*

OS IMPACTOS SOCIAIS E ECONÔMICOS DA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS: DESAFIOS PARA O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS EM UM CONTEXTO DE NEOLIBERALISMO NAS POLÍTICAS SOCIAIS

Thiago Bazi Brandão

O presente artigo nasce da preocupação de entender os desafios gerados pela pandemia da Covid-19, do ponto de vista social e econômico. Busca também analisar as repercussões desse cenário no trabalho do assistente social, tendo em vista a hegemonia neoliberal nas políticas sociais.

Neste sentido, foi feito o levantamento de conteúdos relacionados à pandemia da Doença do Coronavírus 2019 - Covid-19 (SENHORAS, 2020) a partir de reportagens, estudos e relatórios técnicos. Somado a isso, foi feito um esforço de revisão bibliográfica acerca do trabalho do assistente social na contemporaneidade e seus desafios. Por fim, relacionamos os temas supracitados com o objetivo de como a Covid-19 impactou nas expressões da questão social e nas políticas sociais.

Assim, na primeira seção deste capítulo é realizada uma análise teórica do cenário neoliberal, identificando a partir daí os limites da atuação do Estado nas políticas sociais, processo este que foi acirrado no contexto da pandemia da Covid-19. Com base no exposto identificamos os efeitos da pandemia na realidade, especialmente nas condições de vida da população, para em seguida refletir sobre o trabalho do assistente social, suas dificuldades e perspectivas.

CONTEXTUALIZANDO O FENÔMENO DA COVID 19

Conforme relatório da Comissão de Direitos Humanos da Câmara Legislativa do Distrito Federal, que atuou no sentido de atender as necessidades humanas decorrentes da pandemia:

A COVID-19, síndrome respiratória causada pelo novo coronavírus, foi identificada pela primeira vez em Wuhan, na província de Hubei, República Popular da China, em 1 de dezembro de 2019. O primeiro caso, porém, foi reportado apenas em 31 de maio. As análises da estrutura e origem desse coronavírus indicam que tenha infectado humanos a partir do consumo de carne animal, na China. O novo coronavírus tem, por característica, uma taxa de contágio extremamente alta, o que ajuda a explicar a impressionante velocidade com que se disseminou pelo mundo. No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde declarou o surto da COVID-19 uma pandemia, levando todas as nações que já possuíam casos confirmados a adotarem medidas de contenção do contágio. A infecção pelo novo coronavírus abrange um espectro muito vasto de reações a ela; há, desde casos absolutamente assintomáticos, que constituem a maioria dos contagiados, até casos letais de Síndrome Respiratória Aguda Grave. A letalidade do novo coronavírus é bastante variável, pois há tantas incertezas em relação ao número de infectados, à eficácia dos testes e outros fatores, que é praticamente impossível chegar a um número preciso. Há países que registraram taxas de 1,4%, como a China, enquanto outros chegam a mais de 10%, como a Itália (CDDHCEDP, 2022).

Destaca-se que a pandemia apresentou diferentes questões e problemas desde o contágio veloz a dificuldade de tratamento da população por ser um fenômeno novo. Ainda em conformidade com o relatório citado:

A velocidade de contágio faz com que milhares de pessoas adoçam ao mesmo tempo, de forma que os sistemas de saúde de nenhuma cidade são capazes de lidar com a alta demanda instantânea por atendimento médico. Faltam leitos, faltam equipamentos de proteção individual aos profissionais da saúde, e faltam os respiradores, equipamentos fundamentais no tratamento dos casos mais graves da COVID-19. Conforme a evolução da epidemia foi sendo desenhada nos países onde ela aconteceu primeiro, de forma devastadora para a população e para os governos, os demais países foram se adiantando na tomada das medidas preventivas. Como nenhuma pessoa tem imunidade adquirida contra o patógeno, dado que é um agente infeccioso absolutamente novo, todos estão susceptíveis ao contágio; soma-se a isso o fato de que o vírus tem alta capacidade de infecção, de forma que a progressão de sua disseminação se dá de forma exponencial. Tal padrão matemático é o causador da temida saturação dos sistemas de saúde, o que, por sua vez, aumenta consideravelmente o número de casos letais, gerando tragédias em cima de tragédias (CDDHCEDP, 2022).

Por sua vez, a principal estratégia para a prevenção da doença era o isolamento social. Contudo, o, tal medida traz uma série de questões de natureza social e econômica que tiveram de ser superadas por políticas e ações intersetoriais fomentadas pelos Governos.

É consenso em todo o mundo, endossado por todas as autoridades de saúde, que a única forma eficaz, nos dias atuais, para conter sua disseminação é o isolamento social, a quarentena e, nas situações mais críticas, o chamado *lockdown*, que se trata da proibição total do funcionamento de comércio e da saída da população de suas casas. O isolamento social, porém, traz uma série de implicações socioeconômicas, como perda de emprego e falta de renda, que se tornam muito graves em países com grandes parcelas da população em estado de vulnerabilidade social, como é o caso do Brasil. Nesse contexto, ampliam-se os casos de violações de direitos humanos fundamentais, objeto do presente relatório (CDDHCEDP, 2022).

Isto posto, resta-nos refletir como a pandemia da Covid-19 impactou na realidade e que medidas foram adotadas para o seu enfrentamento.

IMPACTOS SOCIAIS E ECONÔMICOS DA COVID 19

A pandemia do novo coronavírus emerge em um contexto político e econômico de hegemonia do capitalismo financeiro e prevalência do ideário neoliberal nas políticas sociais.

A análise de Havery (2008) sobre o processo histórico de institucionalização do neoliberalismo mostra um redirecionamento da ação estatal no sentido de torná-lo um guardião do capital, da propriedade, enfim dos mercados, pois o Estado não apresenta competências para atuar imparcialmente nas relações, de produção, troca, circulação e consumo maximizando lucros. A função militar e policialesca foi enfatizada para assegurar a proteção à propriedade privada e a concentração de riqueza.

Para Harvey (2008), esse processo nasceu no Chile justamente em contexto ditatorial, do golpe de Estado de Pinochet, patrocinado pelas forças capitalistas internacionais, sobre o Governo de Allende de oposição. Logo foram tomadas medidas de repressão, aos movimentos sociais e aos sindicatos, de modo a eliminar a resistência e a oposição. Harvey (2008) destaca as seguintes medidas de caráter macroeconômico e política neoliberalis:

Reverteram as nacionalizações e privatizaram ativos públicos, liberaram recursos naturais (pesca, extração de madeira etc) à exploração privada e não regulada, privatizaram a Seguridade Social e facilitaram os investimentos estrangeiros diretos e o comércio mais livre (HARVEY, 2008, p. 08).

Essas medidas foram aplicadas em vários países a partir dos anos 1970, com destaque para a Inglaterra, com o Governo Thatcher, e para os EUA, com o Governo Reagan. A ofensiva neoliberal (PAULO NETTO, 2001) se dá fundamentalmente pela falência e descrença em relação ao Estado como instituição reguladora das relações sociais, favorecendo e fortalecendo a posição do mercado forte e da hegemonia do capital. Estes preceitos ratificados no Consenso de Washington, por sua vez, influenciaram uma ação governamental, que preconiza a reorientação das ações e da forma de organização do Estado. O debate acerca do papel do Estado foi acompanhado de proposta de reforma, não apenas no que se refere a sua relação com a economia e a intervenção nas áreas sociais, mas também em relação ao próprio funcionamento de seu aparelho, configurando um novo padrão de políticas públicas, destinadas a garantir o funcionamento dos mecanismos de mercado na prestação de serviços sociais.

Para Navarro (2007) podem ser elencados 4 postulados do pensamento neoliberal, a saber: os déficits públicos são negativos para a economia, as regulações estatais sobre o mercado de trabalho são negativas para a economia, a proteção social pública não favorece o desenvolvimento econômico, o Estado não deve intervir na regulação do comércio exterior nem na regulação dos mercados financeiros.

Observamos, a esteira do exposto, que a acelerada financeirização da riqueza nos últimos decênios do século XX e início do século XXI acompanhou as tendências de mudança na gestão do trabalho. Chesnais (1996), ao enveredar pela análise do capital financeiro nos dias de hoje, transita da reflexão que percebe o capital financeiro determinado pela orientação dos investimentos das empresas para a compreensão da centralidade das finanças na configuração do processo produtivo, influenciando especialmente no mundo do trabalho. A redução de preços, dos custos derivados do pagamento de trabalhadores e matérias-primas está associada a estratégia de articulação das multinacionais como “empresas-rede” que buscam as melhores condições para o incremento da lucratividade.

[...] estamos num contexto novo de liberdade quase total do capital para se desenvolver e se valorizar sem ter que continuar a se submeter a entraves e limitações que ele havia sido constringido a aceitar, especialmente na Europa, depois de 1945. Esse capitalismo liberado [...] não é de nenhuma maneira um capitalismo renovado. Ele reencontrou simplesmente a capacidade de exprimir brutalmente os interesses de classe sobre os quais está fundado (CHESNAIS, 1996, p. 16).

Chesnais (1996) defende a adoção do termo mundialização, ao invés de globalização, por compreender que esse processo ocorre em favor dos interesses das classes dominantes. A mundialização é o processo de internacionalização liberada das finanças, em que prevalece o fortalecimento do dinheiro pelo dinheiro, sem necessariamente haver aumento na produção. Assim, a ruptura das fronteiras, a redução das distâncias e as facilidades de comunicação global favoreceriam o acúmulo de capital, a conquista de mais espaço de modo mais intenso do capital. Esse movimento é corroborado pelo incremento das operações financeiras desde a década de 1980, pelo fortalecimento dos fundos de pensão e pelas políticas de alta de juros que favorecem o crescimento exponencial dessa riqueza. Para Chesnais (1996), a queda dos lucros auferidos na dimensão produtiva somada as perdas do capital investido tenderam a validação dos empreendimentos financeiros. Exemplo disso é revelado por Lupatini (2012) e Granemann (2012) que demonstram a força dos fundos de pensão patrocinados por trabalhadores, especialmente, de grandes empresas públicas ou de capital misto que alocam parcela significativa dos seus recursos em títulos públicos, fortalecendo a ciranda financeira do capital em detrimento da alocação de recursos em políticas públicas. Lupatini (2012) destaca que o total de recursos pagos pelo Estado brasileiro em juros da dívida pública no ano de 2011, representou 14 (quatorze) vezes o volume de recursos aplicados no Programa Bolsa Família (PBF).

Neste sentido, a tendência dos governos, no período pré-pandemia, especialmente o brasileiro, era a de contenção dos gastos públicos, devido principalmente à Emenda Constitucional 95/2016 que estipulou limites claros as despesas governamentais. Isto posto, temos que na experiência brasileira recente o Governo adotou cortes nos gastos no âmbito das políticas de saúde, assistência social e educação, inclusive na área de pesquisa, ciência e tecnologia.

O fenômeno da Covid 19, por sua vez, obrigou os Governos a reconfigurar suas estratégias e políticas econômicas e sociais, pelo menos temporariamente, dada a situação emergencial que se instalou a partir do final de fevereiro e início de março de 2020. O risco de contaminação em massa e de se exaurirem os sistemas de saúde, com interações decorrentes desta doença, obrigou países como China, Coreia do Sul, Japão, EUA, Itália, Alemanha, Espanha, Portugal, Brasil, Argentina entre outros a utilizarem a estratégia do isolamento social como forma de brechar a disseminação do vírus.

Neste sentido, vamos observar uma sucessão de eventos que impactam diretamente na economia capitalista dependente da lógica imbricada da produção, consumo, distribuição. Por exemplo, em 09/03/2020, ocorreu a queda de 10,02% da IBOVESPA, o que acionou a paralisação das suas negociações por 30 minutos. O Ibovespa encerrou o dia com redução de 12,17%, a maior queda percentual diária registrada desde setembro de 1998. Suspensão de eventos e expedientes de trabalho em todo o mundo, arrefecendo os índices de produção econômica.

Com os riscos presentes no mercado financeiro vamos observar um movimento especulativo forte, típico do capital rentista, sempre disposto a extrair lucros de situações de fragilidade. Ao mesmo tempo, observa-se que o mercado acionário teme uma bancarrota no sistema produtivo dada a possibilidade de diminuição e até paralisação total das atividades produtivas.

Em sendo assim, os Governos temerosos com relação a contaminação da população lançam normativas proibindo o funcionamento de estabelecimentos públicos e particulares, assim como limitando a possibilidade de realização de eventos e outras atividades que impliquem a aglomeração de pessoas. Ademais, o Governo brasileiro decretou estado de calamidade pública que viria a ser aprovado pelo Senado Federal.

O resultado direto foi a queda da atividade econômica, advinda da redução da circulação de pessoas. Na sequência, vamos identificar a adoção de medidas que culminam no desemprego ou na suspensão de contratos de trabalho, afetando diretamente a parcela mais pobre da população.

No caso brasileiro, as preocupações se ampliaram, considerando que existe um contingente enorme da população que vive em situação de pobreza e de dependência dos serviços públicos, pois:

- 13,5 milhões de pessoas extremamente pobres segundo o IBGE;
- 48% da população não possui esgoto;
- 35 milhões não tem acesso a água tratada;
- 59% das escolas não possuem rede de esgoto (SENADO, 2019).

A precariedade das condições sanitárias, somada a pobreza e a expansão do número de pessoas desempregadas e em situação de rua denotam o problema histórico da questão social no Brasil, a qual tem recebido tratamento limitado no enfrentamento de suas expressões, principalmente, no que se refere ao desemprego. O mundo do trabalho precário de que fala Antunes (2019) ganhou contornos dramáticos em tempos de coronavírus.

O ônus da financeirização acelerada da economia recai essencialmente na classe que vive do trabalho, nos termos de Antunes (1995), porquanto o cidadão paga impostos e financia o fundo público, entretanto não auferir a qualidade de vida correspondente ao volume de trabalho dispendido. Ademais, as multinacionais afetadas pelas crises financeiras, usualmente,

reduzem seus custos demitindo funcionários, achatando salários e rompendo com garantias históricas dos trabalhadores.

Neste sentido, a questão social tende a se acirrar nesta conjuntura, pois o Estado que deveria investir nas políticas sociais acaba por se comprometer com o pagamento dos juros da dívida pública. Iamamoto (2009, p. 22) afirma: a questão social “[...] expressa a banalização do humano, resultante de indiferença frente à esfera das necessidades das grandes majorias e dos direitos a elas atinentes.

Diante disso, o Governo brasileiro adotou medidas de política social, de natureza emergencial, com o intuito de atender as necessidades da população e também na tentativa de retomar o aquecimento da economia capitalista, a partir da injeção de renda no mercado, provocando a retomada do ciclo multiplicador da economia Keynesiano. Com isso, o Governo altera a Lei Orgânica da Assistência Social e institui a Lei nº 13.982/2020 que prevê o pagamento de auxílio emergencial, no valor de R\$ 600, 00 a pessoas inscritas no Cadastro Único da Assistência Social e que não recebam o benefício de prestação continuada. Assegurando as mulheres, que se enquadrem nos referidos critérios e sejam mulheres provedoras de família monoparental, o valor de R\$ 1200, 00. Tal medida específica para as mulheres denota esforço imediato de compensar as desigualdades históricas relativas ao machismo e ao patriarcalismo instalado na cultura e nas políticas governamentais.

Neste mesmo sentido, o Governo amplia o seu orçamento destinado a política de saúde, em 5 bilhões de reais, e também aumenta o repasse de recursos para os Estados. Autoriza a liberação do saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, por meio da Medida Provisória, 946/2020, ao mesmo tempo que extingue o Programa de Inclusão Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP). Este último fato denota o

ranço da tendência anterior do Governo de redução dos gastos sociais.

Em adição a isso, vamos constatar mudanças no padrão de sociabilidade e nos hábitos da população, expressos, por exemplo, por meio de: novas práticas de higiene e aos comportamentos, mudança na rotina das grávidas; cancelamento de viagens; fechamento de estabelecimentos, principalmente escolas, shoppings centers e outros; adiamento de festas e eventos; e uso de máscaras e álcool em gel, pânico e consumismo.

Neste sentido, cabe salientar o debate sobre a sociedade do risco, entabulado por Beck (2010, p. 108), este que é um dos autores contemporâneos que defende que nos tempos de hoje as desigualdades foram intensificadas, mas ganhando nova formatação em que as distâncias individuais aumentam em relação as desigualdades de classe, pois “de modo tendencial, surgem formas e situações existenciais individualizadas, que obrigam as pessoas a colocarem-se a si mesmas – por conta de sua própria sobrevivência material – no centro da criação e da execução de seus próprios planos de vida”. Para Beck (2010) saímos de uma sociedade de classes para uma sociedade de risco, em que os indivíduos não encontram portos de sustentação solidária para enfrentar os riscos considerados destinos individualizados.

Em face disso, são lançados desafios em termos de capacidade de reorganização da sociedade no enfrentamento do coronavírus e dos seus impactos. Por outro lado, vamos observar também um movimento dirigido ao atendimento das necessidades das pessoas que se encontram em maior situação de precariedade, alavancado por estratégias de comunicação lançadas nas redes sociais. Tais medidas têm tentado atenuar estes efeitos, contudo, a assunção da responsabilidade pelo Estado é imprescindível, especialmente no campo das políticas sociais.

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL EM TEMPOS DE PANDEMIA

O trabalho do assistente social nos últimos 40 anos no Brasil tem se configurado de um modo alinhado aos interesses das populações que tiveram seus direitos historicamente violados e da classe trabalhadora. Tal movimento consagrado no Congresso da Virada de 1979 em São Paulo ganhou espaço com as mudanças legais estampadas no Código de Ética do Assistente Social de 1986 e 1993, nas Diretrizes Curriculares de 1982 e 1996 e na Lei de Regulamentação da Profissão de 1993.

A concepção teórica hegemônica, atualmente de cunho crítico, fincada nos preceitos marxistas e marxianos, entende o Serviço Social como um trabalho concretizado nos espaços profissionais, com o fito de garantir a reprodução material e espiritual da força de trabalho no processo de reprodução das relações sociais (IAMAMOTO, 2007). O trabalho do assistente social assim repercute na consciência dos indivíduos, tencionando a alteração de comportamentos, ações e concepções de mundo. Segundo Iamamoto (2007) o Serviço Social é uma prática político-pedagógica que pode reproduzir o ideário das classes dominantes ou o das classes trabalhadoras, como as duas concomitantemente e contraditoriamente. Afirma ainda que a ação profissional insere-se, prioritariamente, no âmbito das organizações (estatais, empresas privadas, organizações-não-governamentais) por meio das políticas sociais se concretizando nos serviços sociais.

O cenário sócio-histórico da década de 1990 impeliu o Serviço Social a assumir a defesa intransigente dos direitos sociais com o fulcro de lutar pela redução das desigualdades sociais, pela democratização e pela justiça social. Para tanto, o exercício profissional tornou-se uma das alternativas para que a população,

historicamente espoliada, possa se apropriar do espaço público e buscar o exercício da cidadania. Predomina assim, a valorização de ações que procuram qualificar os usuários como sujeitos de direitos, partícipes de todas as etapas que constituem o trabalho profissional.

Destarte, ao se analisar o Serviço Social na esfera institucional, observa-se que se confrontam, de um lado, os interesses profissionais orientados para o favorecimento das demandas dos usuários na perspectiva da defesa dos direitos, de outro, as exigências institucionais que restringem a autonomia profissional e o espaço de participação dos usuários na tomada de decisão quanto a configuração das políticas sociais. Identifica-se que as polêmicas que agudizam as possibilidades de intervenção do assistente social estão centradas no desafio de multiplicar o discurso profissional para os atores que lidam com a profissão (gestores, usuários, profissionais de outras áreas de atuação).

Conforme Montañó (1998), a base de sustentação sócio-ocupacional do assistente social se dá pela sua inserção na elaboração, planejamento, execução e controle das políticas sociais, em especial, a atuação nas políticas que compreendem a seguridade social (saúde, assistência social e previdência social). Entretanto, não se restringe a isso, com a luta crescente dos movimentos sociais pela defesa dos direitos das pessoas com deficiência, mulheres, negros, LGBT+s, estrangeiros, o campo de direitos humanos tem emergido como espaço efetivo de intervenção profissional.

Percebemos neste campo de atuação características que aproximam a profissão dos direitos humanos, como exemplo temos os princípios do Código de Ética do Assistente Social de 1993:

- Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;

- Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero;
- Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física

O contexto neoliberal apresenta para o assistente social desafios relacionados a agudização das expressões da questão social somadas a precarização das condições de trabalho, aumento de volume de trabalho, diminuição do número de profissionais, redução de direitos e de políticas sociais universais.

Em relação a pandemia, observamos que tal situação foi acentuada, posto que a pobreza aumentou, os serviços públicos tiveram de se reorganizar frente ao isolamento social, a dinâmica do trabalho foi alterada dada a necessidade de manter atendimentos de forma remota. O resultado disso, foi uma pressão sobre os profissionais para a manutenção da produtividade, mesmo em casa. Também foi requerido de alguns profissionais, como na saúde a continuidade dos atendimentos presenciais, mesmo sem o a imunização e sem equipamentos de proteção adequados. Em face disso, muitos profissionais vieram a óbito, outros tiveram sequelas

da Covid-19 e muitos ainda enfrentam os desafios decorrentes desse cenário.

A partir desse cenário o Conselho Federal de Serviço Social iniciou um conjunto de esforços para mobilizar e orientar a categoria profissional no sentido de ter os cuidados devidos para a prevenção da Covid-19, bem como de assegurar a defesa dos direitos da população fragilizada pela Covid-19 e pelos rebatimentos do neoliberalismo nas políticas sociais.

A pandemia explicitou as requisições institucionais equivocadas, as práticas de exclusão historicamente ensejadas ou e as medidas arbitrárias para assistente sociais e trouxe questões novas para o trabalho profissional. Cabe de antemão apresentar alguns dados que mostram o agravamento das expressões da questão social. Desde o início da pandemia, em todo o Brasil, foram 1.114 óbitos, sendo que as mortes entre negras são 77% superiores às das brancas. É nessa direção em que se baseia a inserção de assistentes sociais no debate, especialmente em meio à pandemia, pois pensar em saúde da mulher é pensar para além da questão física, é pensar sua condição psicossocial, seu direito à moradia, lazer, trabalho e renda, bem como o acesso a políticas públicas.

No tocante as mudanças do trabalho profissional em meio a pandemia cabe salientar, por exemplo, no campo da previdência social as ações realizadas de forma remota, foram:

- atendimentos à profissionais da rede socioassistencial;
- assessoria/consultoria à rede socioassistencial;
- orientação de informações de forma remota para os/as usuários/as, reuniões técnicas remotas da equipe para o aprimoramento do trabalho e definição de fluxos e;

- inclusive, capacitações relativas ao trabalho profissional (CFESS, 2020).

Ademais, importa salientar que os profissionais estão vivenciando uma sobrecarga do trabalho realizado remotamente, somado aos cuidados familiares e da casa. Existem relatos de processo de adoecimento do/a trabalhador/a, como reflexo do trabalho remoto somado às questões de sofrimento psíquico devido à pandemia. Registra-se que o acesso exclusivo por meios digitais é uma barreira, exclui a população em situações de vulnerabilidades e essa exclusão tem recorte de raça e gênero.

É preciso ainda considerar a exclusão digital e o perfil da população atendida, como pessoas idosas, pessoas com deficiências, que não dispõem de equipamentos de informática, tendo que custear intermediários para acessar benefícios a que têm direito, ou simplesmente para receber orientações básicas. Sem contar a falta de servidores/as públicos/as e de concurso público para atender à população.

Uma questão enfrentada decorre da exigência para que grupos de risco saiam de suas casas e utilizem transporte público lotado é colocar em risco a vida de todo mundo. E não teremos testagem em massa nem mesmo dos servidores e servidoras e nem da população. Sem contar que o número de servidores/as em grupo de risco é significativo, assim como aqueles/as com idade avançada e com crianças em idade escolar, ou seja, não retornariam.

Conforme o CFESS (2020) dentre os impactos podemos eleger o aumento da desproteção previdenciária proporcional à diminuição do quantitativo de segurados/as obrigatórios/as e com carteira assinada. Segundo o IBGE, o número de desempregados/as diante da pandemia teve alta de 26% entre os meses de junho e julho. O isolamento social deixou mais de 10 milhões de trabalhadores e

trabalhadoras afastados/as dos serviços. Muitos/as deixarão de manter a condição de segurados/as da Previdência e, portanto, não terão acesso, a não ser que seja pela via da contribuição individual, aos benefícios previdenciários, entre eles a pensão por morte.

No campo da assistência social, conforme CFESS (2020) a pandemia escancarou as insuficiências do Suas - equipes desfalcadas, número de CRAS, CREAS, Centros POP deficitários, em face da população a ser atendida, contratos de trabalho precarizados, ausência de política sólida de educação permanente, incapacidade de gestão da assistência social em todos os níveis, desrespeito, por parte do Executivo, às instâncias de controle social, dentre outras. Um dos principais desafios para os/as trabalhadores/as do Suas, intensificado com a pandemia mundial, é o pseudo reconhecimento, por parte do Executivo, de que a assistência social é política essencial e a ausência de financiamento público que indique a honestidade desse reconhecimento.

Os serviços que atendem a população continuam deficitários, em vários aspectos, em face das demandas de atendimento que possuem, e os/as trabalhadores/as na linha de frente, sobretudo nos CRAS, CREA e Centros POP, são chamados/as a gerenciar o caos, a traduzir o não direito e, com total ausência de informações sobre programas governamentais desse período, se veem na tarefa de socializar informações que mais desinformam do que qualquer outra coisa.

O Conselho Federal tem recebido dúvidas da categoria sobre os equipamentos de proteção individual (EPIs): a falta desses equipamentos nas unidades, quais são indicados para atendimento ao público, ou seja, o que remete à garantia de condições éticas e técnicas de trabalho para assistentes sociais. Pesquisas da FGV (2020) revelam que cerca de 61,5% dos/as trabalhadores/as do Suas não receberam EPIs para os trabalhos diários.

Há casos de disponibilização de álcool gel em embalagens sem rótulo, de máscaras de pano (que, em absoluto, não podem ser alternativa de proteção no trabalho profissional) ou, ainda, de máscaras sem qualquer descrição sobre normas e padrões que são seguidos (ou não) para sua confecção. Ademais, estudos da FGV (2020) indicam que 87,02% de trabalhadores/as da assistência social não receberam nenhum tipo de treinamento para o trabalho na pandemia e, então, de novo, recai sobre o/a trabalhador/a a responsabilidade individual por busca de informações - nem sempre as mais adequadas - que, minimamente, respaldem o seu trabalho.

Essas buscas, em geral, são feitas no 'tempo livre', gerando demanda extra de trabalho não remunerado e, sobre isso, poderíamos fazer inúmeras análises no campo do desgaste físico e mental que está posto para esse segmento de trabalhadores/as. Sem contar o número de casos de contaminados/as e, infelizmente, de óbitos que acometeram e acometem esses/as profissionais.

Ademais, cabe salientar que os conselhos profissionais podem e devem contribuir com esse enfrentamento, divulgando denúncias públicas sobre essas ausências, construindo pareceres e orientações sobre o uso adequado de EPIs, incentivando a categoria profissional a somar na luta sindical por ramo de atividade, apoiando ações coletivas dos fóruns de trabalhadores/as do Suas e sindicatos por ramo de atividade, sejam elas no campo político ou judicial, demandando providências dos/as empregadores/as sobre questões que afetam as condições para o desempenho do trabalho profissional.

A importância do trabalho em rede se faz necessária, ainda mais neste período de pandemia, em que muitos serviços suspenderam temporariamente o atendimento ao público. É necessário repensar estratégias de atendimento, para que os/as usuários/as dos serviços não sejam prejudicados/as, principalmente nos atendimentos que não podem ser adiados.

No campo da saúde o trabalho do assistente social aconteceu de forma efetiva nas reuniões de gestão e das equipes multiprofissionais, para a definição das estratégias e a construção dos diversos fluxos institucionais necessários ao enfrentamento dessa nova realidade. Nesse serviço, o/a assistente social compõe a equipe multiprofissional da referida unidade, sendo responsável por conhecer e transmitir a realidade socioeconômica e cultural dos/as pacientes/famílias, apontando suas vulnerabilidades sociais e econômicas:

- formular estratégias de intervenção, tendo como base a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e composição familiar dos/as usuários/as, subsidiando a prática dos/as demais profissionais de saúde;
- trabalhar questões relativas à humanização na saúde, relações sociais, fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e orientações sociais à população atendida, quanto aos seus direitos sociais e de cidadania.
- Com a intervenção e articulação do Serviço Social, estabeleceram serviço de teleatendimento, voltado para o acesso das famílias às informações dos/as pacientes.
- Ao/À assistente social compete identificar a pessoa de referência na unidade familiar, com o intuito do repasse das informações clínicas diárias pela equipe médica, bem como sensibilização da família para que eleja um membro, a fim de torná-lo referência para tal finalidade;
- Orientar os/as familiares sobre a rotina hospitalar e a dinâmica da unidade Covid-19, bem como a importância do isolamento social de familiares e/ou contactantes;



- Atualizar diariamente os contatos telefônicos e referências familiares para disponibilizar às equipes.
- Este serviço tem exigido uma prática ampliada e humanizada em saúde, pois o contato via telefone deve possibilitar o acesso à informação de qualidade e contribuir para amenizar o sofrimento das famílias.

Exercer a profissão em um ambiente de opressão e de contradição, seguindo o projeto ético-político, é um desafio posto pela realidade pós-Covid-19. O Serviço Social atua na luta para o reconhecimento deste/a cidadão/ã, pelo respeito à vida, à classe pobre, preta e subalternizada, tendo em vista os desafios apresentados e as perspectivas de enfrentamento a partir da produção de conhecimento, da socialização das informações, da mobilização social e do acesso a direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contraditoriamente, ao período que antecede a pandemia da Covid-19, vemos ressurgir a demanda pela intervenção do Estado na economia e na sociedade de maneira a enfrentar os danos gerados neste contexto. Ao que tudo indica, o capitalismo que vive passando por crises, e por isso volta a recorrer ao Estado para enfrentar novo desafio, desta sorte, temos uma crise do ponto de vista sanitário, devemos pensar outrossim, nas próximas crises que deveremos enfrentar, especialmente as de natureza ambiental e social, de maneira que possamos nos mobilizar para construir estratégias que assegurem minimamente a permanência de um Estado Social, voltado ao atendimento as necessidades humanas e um trabalho profissional alinhado a defesa dos direitos humanos.

O trabalho profissional do assistente social foi duramente impactado por esse cenário adverso, em especial aconteceu a agudização das expressões da questão social provocando um rápido aumento por políticas e serviços socioassistenciais, de saúde, habitação e acesso a renda. A pressão por produtividade, as exigências do trabalho remoto, a ausência de equipamentos de proteção e de capacitação dos profissionais para lidar com este contexto levaram muitos profissionais ao desgaste e inclusive ao adoecimento.

Em face disso, urge retomar a mobilização da categoria junto aos movimentos sociais numa perspectiva de fortalecer a luta pela defesa dos direitos, melhoria das condições de trabalho e enfrentamento das restrições impostas pelo neoliberalismo.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Editora Boitempo, 2019.

BECK, U. **Sociedade de Risco**: Rumo a outra modernidade. São Paulo: Editora 34, 2010.

BOSCHETTI, I. **Avaliação de Políticas, Programas e Projetos Sociais** (Módulo de Capacitação do Curso de Especialização em Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais). Brasília: UnB, 2009.

CDDHCEDP - Comissão de Defesa dos Direitos Humanos, Cidadania, Ética e Decoro Parlamentar. **Relatório da atuação da comissão sobre o novo covid-19**. Brasília: CDDHCEDP, 2021.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Editora Chamã, 1996.

CFESS – Conselho Federal do Serviço Social. **Código de Ética do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1997.

CFESS – Conselho Federal do Serviço Social. **Serviço Social contra a coronavírus**. Brasília: CFESS, 2020.

GRANEMANN, S. “Fundos de pensão e a metamorfose do salário em capital”. In: BEHRING, E. R. *et al.* **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Editora Cortez, 2012.

HARVEY, D. **O neoliberalismo: História e implicações**. São Paulo: Editora Loyola, 2008.

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

MONTAÑO, C. **La naturaleza del Servicio Social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción**. São Paulo: Editora Cortez, 1998.

NETTO, J. P. **Crise do Socialismo e Ofensiva Neoliberal**. São Paulo: Editora Cortez, 2001.

SENADO. “Brasil tem 48% da população sem coleta de esgoto, diz Instituto Trata Brasil”. **Senado Notícias** [25/09/2019]. Disponível em: <www.senado.leg.br>. Acesso em: 23/09/2021.

SENHORAS, E. M. “Covid-19 e os padrões das relações nacionais e internacionais”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 3, n. 7, 2020.

CAPÍTULO 6

*Assistência Social Focalizada:
A Realidade dos Programas de Transferência
Monetária no Brasil no Contexto da Covid-19*

ASSISTÊNCIA SOCIAL FOCALIZADA: A REALIDADE DOS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA MONETÁRIA NO BRASIL NO CONTEXTO DA COVID-19¹⁴

Maria Ozanira da Silva e Silva

O espaço geográfico considerado para apresentação e problematização dos Programas de Transferência Monetária é o Brasil, o maior país da América Latina, com uma área territorial de 8.547.403 km²; dividido em cinco regiões, com 26 Estados e o Distrito Federal, Brasília, congregando 5.567 municípios. Tem uma população estimada pelo IBGE, em julho de 2021, de 213.317.639 habitantes (IBGE, 2021).

No texto tratamos dos principais Programas de Transferência Monetária focalizados, com ou sem condicionalidades, em implementação no Brasil nos anos 2020 e 2021, marcados pela pandemia da Covid-19, geradora do avanço da pobreza, indigência, desemprego, trabalho informal, instável e mal remunerado. Ademais, merece destaque que a realidade brasileira vem sendo marcada por crises políticas decorrentes de um Golpe Institucional ocorrido em 2016 com o afastamento da presidenta Dilma Rousseff, eleita democraticamente pelo voto direto. Em consequência, instituiu-se uma conjuntura de fragilização da democracia, de afastamento da participação popular, desconsideração das instituições organizadas da sociedade, com desmonte de direitos sociais conquistados e do

¹⁴ O presente texto é produto parcial do projeto: “Programas de Transferência Monetária focalizados e de Renda Básica Universal no contexto da pandemia e da pós-pandemia da COVID-19: acompanhamento e análise da realidade na América Latina e Caribe”, aprovado e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Sistema Brasileiro de Proteção Social que vinha se ampliando e se consolidando desde a Constituição Federal de 1988.

Compreender o presente dos Programas de Transferência Monetária (2020/2021), requer situá-los na história desses programas no Brasil. Assim, o surgimento e o desenvolvimento dos referidos programas, entendidos como programas que concedem a pessoas ou a famílias uma transferência em dinheiro, enquanto política de proteção social no Brasil, tem-se o ano de 1995 como marco inicial. Todavia, é a partir de 1991 que esses programas vêm assumindo prevalência para proteção social. A primeira proposta de programas de transferência monetária foi um Projeto de Lei de autoria do então senador petista Eduardo Suplicy, para criação do Programa de Garantia de Renda Mínima (PGRM), destinado a todos os brasileiros residentes no país, maiores de 25 anos de idade, com renda de até três salários-mínimos. Em 1995 foi iniciado um processo de instituição de programas de transferência monetária, denominados de renda mínima, em nível municipal. Inicialmente implantados em Campinas, Santos e Ribeirão Preto em São Paulo, sendo criado também o Programa Bolsa Escola em Brasília, Distrito Federal, seguindo de programas estaduais, chegando a alcançar 45 programas municipais e 11 estaduais (SILVA; YAZBEK; GIOVANNI, 2012). Em 1996 foram criados dois programas nacionais: o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), destinado a tirar crianças e adolescentes do trabalho precoce e encaminhá-los para a escola e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), destinado a idosos e a pessoas com deficiências, incapazes para o trabalho e vivendo em famílias com renda per capita mensal de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Esse processo, é ampliado a partir de 2001, indicando o despontar da prevalência dos programas de transferência monetária focalizados, que passam a constituir o eixo central da proteção social no Brasil, com instituição de uma *Rede de Proteção Social*, composta por Programas de Transferência Monetária focalizados em famílias pobres e extremamente pobres,

na sua maioria com condicionalidades. Em 2003, foi criado o Bolsa Família, que passou a ser implementado em todos os municípios brasileiras, chegando a alcançar quase 15 milhões de famílias (SILVA, YAZBEK; GIOVANNI, 2012).

O Bolsa Família se tornou o maior programa de transferência monetária focalizado e com condicionalidades da América Latina, com amplas repercussões nacionais e internacionais.

O processo de ampliação de Programas da Transferência Monetária, no Brasil, teve importante inovação em 2004, quando foi sancionado pelo Presidente Luís Inácio Lula da Silva o *Programa Renda Básica de Cidadania*. O Brasil passa a contar com a primeira proposta de Renda Básica Universal, destinada a todos os brasileiros, e estrangeiros legais residentes no Brasil, há mais de cinco anos, com a concessão de um benefício para atender despesas mínimas de cada pessoa com alimentação, saúde e educação. Todavia, esse Programa não foi implementado, sendo condicionado a iniciar-se pelos mais pobres e pela disponibilidade de recursos, o que significou ficar sujeito à decisão política do Executivo. Todavia, importa destacar o mérito dessa medida por iniciar o debate sobre Renda Básica Universal e Incondicional, debate que se amplia em nível internacional e no Brasil com o agravamento das condições de trabalho e de vida dos mais pobres a partir de 2020 com a pandemia da Covid-19.

Desconsiderando a demanda da sociedade organizada e do Parlamento, o Presidente do Brasil, Jair Bolsonaro (2019-2022), pressionado por movimentos de várias associações civis, economistas, cientistas sociais e pessoas afetadas pela pobreza e desemprego, lançou, em 7 de abril de 2020, um programa de transferência monetária denominado *Auxílio Emergencial*, versão 2020, chegando a atender, segundo o Portal da Transparência do Governo Federal, a 68.234.466 pessoas e, posteriormente, a versão 2021, reduzindo para quase a metade o atendimento, alcançando

somente 39,3 milhões de pessoas, segundo o Ministério da Cidadania do Governo Federal. O Benefício Emergencial foi altamente focalizado, tendo como objetivo mitigar a situação crescente de desemprego, de perda de renda e avanço da pobreza e da fome em segmentos desempregados e trabalhadores informais sem qualquer proteção social por parte do Estado, tendo sido implementado até outubro de 2021 (SILVA, 2022a).

Finda a vigência do Auxílio Emergencial, foi criado o Auxílio Brasil que, juntamente com o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o Bolsa Família e o Auxílio Emergencial são apresentados, seguindo de uma problematização sobre a proliferação de programas de transferência monetária em estados e municípios brasileiro, para, então serem destacados as reflexões centrais sobre a temática, a título de conclusão (SILVA, 2022b).

PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA MONETÁRIA FOCALIZADOS DE ABRANGÊNCIA NACIONAL E CRIADOS POR ESTADOS E MUNICÍPIOS BRASILEIROS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Os programas de transferência monetária focalizados incluem alguns ou variados critérios para acesso, com maior destaque à renda, sendo o público alvo a população pobre, indivíduo ou família. Outro critério para focalização é a idade. Por vezes são considerados critérios para focalização determinadas faixas etárias, como crianças, adolescentes, idosos, ainda podendo ser considerados outros critérios: tipo de ocupação, localização da moradia, como meio rural, favelas, assentamentos bem como determinadas situações de vulnerabilidade, como deficiências, dentre outros. Por conseguinte, o que caracteriza os programas focalizados são um ou variados critérios para acesso ao benefício, considerando que tais

programas têm como função mitigar a pobreza ou atender a situações emergenciais.

A seguir, são apresentados os programas nacionais mais abrangentes em implementação no Brasil no período 2020-2021, sendo que alguns já vinham sendo implementados anteriormente, mas, de alguma forma, foram impactados pela conjuntura recente (SILVA, 2022b).

O Benefício de Prestação Continuada (BPC)

O BPC foi previsto pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) – Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, em seu art. 20º. É um programa que não demanda condicionalidades, sendo destinado a idosos com 65 ou mais anos de idade e pessoas com deficiências que não possuem capacidade para vida independente e para inserção/reinserção social no mercado de trabalho, desde que tenham renda per capita familiar inferior a $\frac{1}{4}$ do Salário Mínimo (BRASIL, 1993). Os requerentes devem estar registrados, com informações atualizadas, no Cadastro Único do Governo Federal; não receber outro benefício e ser brasileiro. Em 2021, segundo o Portal da Transparência do Governo Federal, foi atendido um total de 5.066.190 beneficiários.

O BPC tem por objetivo atender a necessidades básicas de idosos e pessoas com deficiências que não sejam segurados da Previdência Social, sendo o benefício individual de um Salário Mínimo, em 2022 correspondendo a R\$ 1.201,00 (US236,65), e a duração é determinada pela manutenção dos critérios de elegibilidade.

O BPC é pouco divulgado e vem sendo objeto de investidas no sentido de diminuir o valor do benefício e de descaracterizar sua

natureza, cuja consequência é a inserção de um público bem inferior àquele que atende aos critérios para inserção. Nesse aspecto, foram introduzidas várias alterações que passaram a vigorar a partir de 2022, tais como: a renda para quem ingressa no BPC será de um quarto do salário mínimo, podendo chegar à metade de um salário mínimo para casos excepcionais; será realizada análise do grau de deficiência do solicitante para verificar o que a deficiência pode causar na rotina do cidadão, devendo ser avaliado o impacto dos gastos da família por causa da deficiência.

Ainda como alteração, foi incluído um benefício denominado Auxílio-Inclusão, no valor de 50% do salário mínimo, para quem recebe o BPC a partir de 1º de outubro de 2021 e tenha conseguido um emprego formal (com carteira assinada), tendo direito ao mesmo benefício pessoas com deficiência moderada ou grave que estejam inscritas no Cadastro Único e recebam remuneração de até dois salários mínimos e sejam segurados pela Previdência Geral ou Regime Próprio dos Servidores. Essas medidas significam investida para inserir os beneficiários no mercado de trabalho, visto que, ao solicitar o auxílio-inclusão, a pessoa deixa de receber o BPC, ficando com a ajuda de 50% do salário Mínimo e mais o salário do trabalho. Ademais, as pessoas que estiverem recebendo pensões, aposentadorias ou qualquer outro benefício pago pelo regime de Previdência, ou com seguro-desemprego, não terão direito ao auxílio-inclusão, e quem estiver recebendo o auxílio-inclusão e receber mais de dois salários mínimos perderá o benefício. (SILVA, 2022a).

O Bolsa Família

O Bolsa Família, o maior programa de transferência monetária da América Latina e do Brasil, foi instituído pela Lei

Federal nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004 e regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Tem como órgão gestor nacional o Ministério da Cidadania, contando com a participação partilhada dos Estados, Municípios e Distrito Federal, cada nível de governo com atribuições específicas (BRASIL, 2004a, 2004b). A implementação é descentralizada nos 5.570 municípios brasileiros, porém foi implementado só até novembro de 2021, quando foi substituído pelo Programa Auxílio Brasil. A proposta central era combater a pobreza e a desigualdade, mediante o objetivo de garantir uma transferência monetária para complementar a renda de famílias em extrema pobreza, com renda familiar per capita de até R\$ 89,00 (US17,53) mensais e, na pobreza, com renda familiar per capita mensal entre R\$ 89,01 (US17,53) a R\$ 178,00 (US35,07), com crianças ou adolescentes de 0 a 17 anos.

O Bolsa Família foi estruturado em três eixos: transferência monetária para complementação de renda, destinada ao alívio imediato da pobreza; condicionalidades, acesso a direitos de saúde e educação para as futuras gerações romperem o ciclo da pobreza, e articulação com outros programas e ações, para estimular o desenvolvimento das famílias.

As condicionalidades na educação demandavam aos responsáveis pelas famílias manter a matrícula das crianças e adolescentes de 6 a 17 anos na escola, com frequência escolar mensal de 85% para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos e de 75% para jovens de 16 e 17 anos. Na saúde, as crianças de 0 a 6 anos deviam ser vacinadas, conforme calendário do Ministério de Saúde, ter o peso e a altura acompanhados e as mulheres grávidas deviam fazer o pré-natal.

O valor monetário transferido para cada família mensalmente era o somatório de vários tipos de benefícios, conforme a composição da família (número de pessoas, idades, presença de

gestantes, etc.), tendo sido o valor médio do benefício em julho R\$ 191,18 (US37,67) em julho de 2021.

O Bolsa Família, dado seu caráter massivo, atendendo a cerca de 14 milhões de famílias, aproximadamente 50 milhões de pessoas, foi objeto de atenção dos candidatos à presidência do Brasil. Isso também em razão da contribuição para dinamização das economias, principalmente nos pequenos municípios, o maior quantitativo de municípios brasileiros, além de sua funcionalidade para mitigar a pobreza e a extrema pobreza elevada e em crescimento na realidade dos anos 2020 e 2021. Ademais, era um programa com amplo apoio popular, portanto com largo potencial para legitimar governos.

Por conseguinte, o significado do Bolsa Família, mesmo no contexto do golpe institucional 2016, no período do governo de Michel Temer (1996-1998), inclusive por ser uma conjuntura marcada por recessão, desemprego e elevação da pobreza, não sofreu interferência na sua continuidade. Em 2019, a presidência da República é assumida por Jair Messias Bolsonaro, sustentado por um discurso moralizador, antidemocracia e pelo desmonte de direitos sociais e redução e limpeza de programas sociais direcionados aos pobres, orientado pela radicalização da concepção conservadora de focalização, chegando a assumir um discurso de criminalização, individualização e responsabilização dos pobres pela sua situação e superação da pobreza. Mesmo com essa guinada conservadora, o referido presidente, soube aproveitar o potencial de legitimação política do Bolsa Família, chegando a prometer, na sua campanha eleitoral, a manutenção do Bolsa Família, propondo, inclusive, um décimo terceiro benefício a ser pago a partir de dezembro de 2019, o que só ocorreu no primeiro ano de seu governo, passando a adotar medidas restritivas ao Programa e amplo processo de revisão e controle das famílias beneficiárias. Nesse processo, desloca o Bolsa Família do Ministério da Cidadania, para órgãos responsáveis pela economia. Adota ações denominadas pente fino para retirar do

Programa aqueles que considerava não atender aos critérios estabelecidos para inserção, porém sem transparência e sem dizer o que considerava irregularidades (SILVA, 2020).

A dinâmica de desqualificação, de adoção de medidas restritivas e de redução orçamentária, foi o início de um processo que culminou com a substituição do Bolsa Família pelo Auxílio Brasil em novembro de 2021. Desse modo, o governo Bolsonaro atribuiu ao Ministério da Economia a incumbência de criar um programa com ampla abrangência para substituir o Bolsa Família e mitigar a situação de pobreza, de fome e de desproteção social agravada na pandemia da Covid-19. A justificativa era elevar o valor monetário do benefício concedido pelo Bolsa Família, como se para isso fosse necessário criar um outro programa, inclusive o valor monetário dos benefícios do Bolsa Família não chegou, se quer, a ser atualizado nos três anos do governo Bolsonaro.

A realidade é que o potencial legitimador de um programa de transferência monetária massivo, como o Bolsa Família; a necessidade de consolidar a aceitação popular já demonstrada com o Benefício Emergencial; o desejo de garantir sua reeleição em 2022 e a determinação para tirar do ideário social, no Brasil e no exterior, a designação Bolsa Família, que representava um amplo programa social criado no governo do Partido dos Trabalhadores, maior adversário político de Bolsonaro, foi, possivelmente a principal determinação que o levou a desconsiderar 18 anos de experiência de um programa social exitoso e de larga aceitação nacional e referência internacional e criar o seu programa.

O Auxílio Emergencial

O Auxílio Emergencial teve duas versões. Uma de 2020 aprovada pelo Congresso Brasileiro e sancionado pela Presidência

da República mediante Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020. Outra versão de 2021 aprovada pelo Congresso Brasileiro mediante Medida Provisória nº 1.039, de 18 de março de 2021 e sancionada pela Presidência da República. Foi instituído com objetivo de atenuar a ampliação do desemprego, do trabalho informal precarizado e da pobreza no contexto da pandemia da Covid-19 (BRASIL, 2020d, 2021b). Foi um programa massivo de transferência monetária não condicionada, mas altamente focalizado. Na versão 2020 o público alvo foi constituído por microempreendedores individuais; contribuinte individual ou facultativo do Regime Geral da Previdência Social; trabalhador informal inscrito no Cadastro Único do governo federal ou em aplicativo da Caixa Econômica Federal e beneficiários do Bolsa Família, devendo atender aos seguintes critérios: ter mais de 18 anos; renda per capita familiar de meio Salário Mínimo ou renda familiar mensal total de até três Salários Mínimos e não ter tido rendimentos tributáveis, em 2018, devendo incluir, no máximo, duas pessoas por família. Posteriormente, seu público alvo foi ampliado pelo Projeto de Lei nº 873, de 3 de abril de 2020 de autoria do senador Randolfe Rodrigues (Rede-AP) com a inclusão de catadores de material reciclável, seringueiros, taxistas, mototaxistas, motoristas de aplicativos, manicures, diaristas e pescadores artesanais (BRASIL, 2020a). Todavia, com a segunda ampliação do Benefício, de outubro a dezembro de 2020, os critérios de inserção ficaram mais limitados, sendo incluído um conjunto de regras restritivas, além das inicialmente previstas, entre outras: exclusão de preso em regime fechado e de brasileiros residentes no exterior; quem adquiriu vínculo de emprego com carteira assinada; quem obteve benefício previdenciário ou assistencial, como aposentadoria, BPC ou pensão por morte.

O valor mensal do benefício foi de R\$ 600,00 (US118,22), pago no período de abril a agosto de 2020 para até duas pessoas na mesma família, sendo que para as famílias monoparentais, tendo a

mulher como a única responsável pelas despesas da casa, o valor mensal foi de R\$1.200,00 (US236,45). De setembro a dezembro de 2020 o valor do benefício foi reduzido para R\$ 300,00 (US59,11), mantendo pagamento duplicado para mulheres responsáveis por famílias monoparentais.

O Benefício Emergencial 2020, segundo o Portal da Transparência do Governo Federal, atendeu a 68.234.466 pessoas.

A após três meses da conclusão do Benefício Emergencial concedido em 2020 foi recriado para implementação a partir de abril de 2021 uma nova versão, notadamente com possibilidades de acesso mais restritivas com inclusão de um longo rol de exigências que representavam mais critérios para exclusão do que para inclusão, sendo mantido o critério de idade de 18 anos, exceto para mães adolescentes de 12 a 17 anos, desde que tivessem pelo menos um filho.

O valor mensal do benefício também foi reduzido, sendo o valor mensal para mulher provedora de família monoparental de R\$ 375,00 (US73,89); o valor médio foi R\$ 250,00 (US49,26) e o valor para família unipessoal foi de R\$ 150,00 (US29,55), o que representou menos da metade dos valores dos benefícios inicialmente adotados na versão 2000 do Benefício Emergencial.

O total de beneficiários, segundo o Ministério da Cidadania foi de 39,3 milhões de pessoas, queda de 42,37% em relação ao total de pessoas atendidas pelo Benefício Emergencial 2020.

O Auxílio Brasil

A instituição do Auxílio Brasil ocorreu numa conjuntura de extinção da vigência do Benefício Emergencial; proximidades do 2022, ano eleitoral no Brasil; elevada pressão da crise econômica

vivenciada no Brasil, com aumento do desemprego, do trabalho informal sem proteção social, fome e pressão de organizações da sociedade. Ocorreu após quase três anos de governo e nove anúncios frustrados para criação de um grande programa de transferência monetária, cuja maior motivação era tirar da agenda pública o Bolsa Família, programa exitoso, com 18 anos de implementação, mas produto de gestão do Partido dos Trabalhadores, o maior adversário político do governo Bolsonaro (2019-2022).

O Auxílio Brasil foi criado pela Medida Provisória nº 1.061, de 09 de agosto de 2021, texto longo e confuso com 92 artigos que se propõe a definir objetivos; público alvo; condições de atendimento e benefícios. (BRASIL, 2021c). O Programa foi regulamentado pelo Decreto nº 10.852, de 8 de novembro de 2021, que define como objetivos: promover a cidadania com garantia de renda e apoiar, por meio dos benefícios ofertados pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a articulação de políticas voltadas aos beneficiários; promover, prioritariamente, o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, por meio de apoio financeiro a gestantes, nutrizes, crianças e adolescentes em situação de pobreza ou extrema pobreza; promover o desenvolvimento das crianças na primeira infância, com foco na saúde e nos estímulos às habilidades físicas, cognitivas, linguísticas e socioafetivas; ampliar a oferta do atendimento das crianças em creches; estimular crianças, adolescentes e jovens a terem desempenho científico e tecnológico de excelência e estimular a emancipação das famílias em situação de pobreza e extrema pobreza. (BRASIL, 2021a).

O público alvo do Auxílio Brasil é composto por famílias em situação de extrema pobreza, com renda familiar mensal per capita de até R\$ 105,00 (US20,68); Famílias em situação de pobreza com renda mensal familiar per capita de R\$ 105,01 (US20,69) a R\$ 210,00 (US41,37), devendo encontrarem-se inscritas no Cadastro Único do governo federal, com informações atualizadas,

considerando ainda que as famílias em situação de pobreza e em regra de emancipação só poderão ser incluídas se possuírem gestantes ou pessoas com idade até 21 (vinte e um) anos incompletos na família.

Denominando de condições para atendimento, o Auxílio Brasil reedita, com adaptações, as condicionalidades que foram adotadas pelo Bolsa Família: comprovar a frequência escolar mensal mínima de 60% para crianças de quatro e cinco anos de idade, e de 75% para beneficiários de 06 a 21 anos; estar com o calendário de vacinação do Ministério da Saúde em dia; acompanhar o estado nutricional de crianças com até 07 anos de idade incompletos e, realização de pré-natal para as gestantes.

Os benefícios monetários básicos são três, pagos mensalmente: Benefício Primeira Infância atribuído a famílias com crianças de zero a três anos incompletos, pagos até o limite de cinco benefícios por família; Benefício Composição Familiar para famílias com gestantes ou pessoas com idade entre três e vinte e um anos incompletos, condicionado à matrícula de jovens de 17 a 21 anos na educação básica, sendo também limitado a cinco benefícios por família; Benefício de Superação de Extrema Pobreza, calculado por pessoa, sendo que a renda per capita, incluindo os dois benefícios anteriores, deve ser igual ou inferior à linha de pobreza. A família beneficiária pode receber cumulativamente os três benefícios básicos, desde que atendam aos critérios determinados para cada benefício.

Além dos três benefícios básicos, o Auxílio Brasil disponibiliza outros cinco benefícios: Bolsa de Iniciação Científica Junior para estudantes que tenham se destacado em competições acadêmicas e científicas de abrangência nacional; Auxílio Esporte destinado a estudantes de 12 a 17 anos incompletos de famílias beneficiárias que se destaquem nos Jogos Escolares Brasileiros. Ambos os benefícios são pagos em 12 parcelas mensais de R\$

100,00 (US19,70) para o estudante e parcela única de R\$ 1.000,00 (US197,04) para a família; Inclusão Produtiva Rural pago em parcelas mensais de R\$ 200,00 (US39,40) às famílias beneficiárias que tenham na sua composição agricultores familiares, comprovado por Declaração de Aptidão ao Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar, limitado a uma pessoa por família; Inclusão Produtiva Urbana em valor mensal de R\$ 200,00 (US39,40) pago a beneficiário que comprove vínculo empregatício com carteira assinada; Benefício Compensatório de Transição foi pago automaticamente e só no mês de novembro de 2021 a famílias que tiveram perda financeira na transição do Bolsa Família para o Auxílio Brasil.

O valor médio do benefício, em novembro de 2021, foi R\$ 224,00 (US44,13); em janeiro de 2022, de R\$ 407,54 (US80,30) e em fevereiro, de R\$ 400,00 (US78,81), sendo criado em dezembro, por medida provisória, um Benefício Extraordinário com pagamento mínimo total de R\$ 400,00 (US78,81). Segundo informações consultadas em Agência Brasil, no ato de sua aprovação, o Auxílio Brasil recebeu R\$ 9,4 bilhões (R\$1.852.216,74) de recursos e para 2022 os recursos foram definidos no orçamento do Governo Federal (VERDÉLIO, 2021).

Os benefícios são pagos em transação bancária por meio de Poupança Social Digital; Conta Corrente de Depósito à vista; Conta Especial de Depósito à vista e Conta Contábil na plataforma social do Programa.

Como explicitado, o Auxílio Brasil adota diversidade de benefícios, com valores transferidos também variados. Além da diversidade de benefícios e valores, o que representa falta de clareza para as famílias beneficiárias, essa situação é acrescida pela insegurança gerada por serem submetidas à avaliação mensal, que define se família permanece ou sai do Programa.

A utilizada pelos idealizadores do Auxílio Brasil seria a elevação do valor do benefício, o que não justifica a necessidade de criação de outro programa. Nesse sentido, foi omitido que o Bolsa Família não foi reajustado nos três anos do governo Bolsonaro e o prometido décimo terceiro benefício prometido na campanha eleitoral só foi pago em 2019. Ademais, o principal problemas do Bolsa Família não foi equacionado: adoção de regras que garantissem a atualização periódica do valor do benefício (SILVA, 2022b).

Outro aspecto a considerar é que os instrumentos legais de instituição e regulamentação do Auxílio Brasil atribuem ao Poder Executivo as responsabilidades sobre o Programa, o que significa desconsiderar o caráter descentralizado e participativo do Bolsa Família que orientava as instâncias criadas para sua gestão e implementação. Ademais, foi substituída a relação humanizada entre profissionais dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) com o público demandante dos serviços e beneficiários pela utilização de dispositivo eletrônico, desconsiderando que o público alvo do Auxílio Brasil tem limitado acesso limitado à internet e a computadores (SILVA, 2022b).

Considerando o público atendido, Sposati e Meira (2022) constataram que o percentual de absorção de pessoas pelo Auxílio Brasil variou pelas regiões e pelos estados brasileiros, ocorrendo uma cobertura média de 47% das famílias inscritas no CadÚnico, sendo sacrificadas 20 milhões de famílias que vinham, em 2020, recebendo o Auxílio Emergencial. Os autores também consideram que a definição da Linha de Pobreza para delimitação do público alvo foi orientada por critério meramente contábil-financeiro, desconsiderando definições internacionais de pobreza usadas pelas Organizações das Nações Unidas (ONU) e pelo Banco Mundial. Na

prática essa opção limita o público alvo para acesso ao Programa, sendo que:

Essa realidade demonstra que o Auxílio Brasil, o principal e mais abrangente programa de transferência monetária do governo Bolsonaro, não tem como proposta sequer mitigar o caos gerado pelo seu governo, constituindo-se mais num instrumento que complexifica e rebaixa os fundamentos e bases institucionais da proteção social no Brasil. Ademais, a burocratização; a falta de clareza; os inúmeros critérios que mais excluem do que incluem; a centralidade do programa no executivo; a não consideração a instâncias já existentes e experiências anteriores vêm gerando incerteza e insegurança dos que mais necessitam de proteção social (SILVA, 2022a, p. 32).

Outro aspecto a considerar é que a substituição do Bolsa Família pelo Auxílio Brasil distancia o Brasil do debate internacional pela implantação de uma Renda Básica Universal. A propósito, é desconsiderado que, em abril de 2021, o Supremo Tribunal Federal (STF) determinou que o governo federal implementasse, a partir de 2022, o pagamento referente ao Programa de Renda Básica de Cidadania, instituído em 2004, para todos os brasileiros em situação de pobreza e extrema pobreza (SILVA, 2022a).

O exposto sugere que o Auxílio Brasil, tal qual formulado e implementado representa um freio para o avanço dos direitos sociais e das políticas sociais no Brasil, que vinham se consolidando e se ampliando desde a Constituição Federal de 1988. Ao contrário, prioriza a lógica do desempenho, admitindo que a superação da pobreza ocorre por esforço individual.

Essa é uma realidade que amplia a prevalência dos Programas de Transferência Monetária focalizados, transformados no principal mecanismo da proteção social no Brasil. Todavia, o que se vem assistindo é que esses programas vêm incorporando cada vez mais critérios restritivos para inclusão e adotando maior controle das famílias beneficiárias, o que contribui para distanciar ainda mais a construção de uma renda básica universal no Brasil (SILVA, 2022b).

Para além da realidade nacional, vem se assistido no contexto decorrente da pandemia da Covid-19 verdadeira proliferação de programas de transferência monetária nos Estados e em diversos municípios brasileiros. São programas pontuais e de caráter emergencial, destinados ao atendimento de situações específicas, como: falta de oportunidade de trabalho para diversos grupos profissionais, a exemplo de trabalhadores da cultura; elevação da fome; aumento do preço do gás de cozinha e muitas outras situações. São programas, muitas vezes, de curta duração, datados e criados por diferentes setores estatais. Em muitos casos, desvinculados de órgãos responsáveis pela proteção social nas respectivas localidades (SILVA, 2022b).

Essa é uma realidade que fragmenta os programas de transferência monetária, sem planejamento global e desarticulado, com possibilidades de gerar inconsistência e fragilização do Sistema Brasileiro de Proteção Social largamente atacado pelas medidas adotadas pelo governo brasileiro do presidente Bolsonaro, conforme analisado e problematizado ao longo do presente capítulo.

CONCLUSÃO

As reflexões desenvolvidas no presente texto demonstram a construção de amplo protagonismo dos programas de transferência

monetária focalizados no âmbito do Sistema Brasileiro de Proteção Social. Protagonismo esse que foi sendo ampliado desde 2021 no contexto da pandemia da Covid-19 com ampliação de desemprego, da pobreza e da fome. Nesse aspecto, se destacam programas nacionais e programas criados por estados e vários municípios brasileiros, inclusive, muitas vezes desvinculados de instituições responsáveis pela proteção social nas referidas localidades. Com esses programas pontuais, de curta duração e direcionados para atender situações emergenciais vem se assistindo ao enfraquecimento da Política de Assistência Social onde esses programas devem ser situados, contribuindo, assim, para desestruturar e fragilizar o Sistema de Proteção Social no Brasil, ainda em formação, além de distanciar a possibilidade de implementação de programas de renda básica universal.

O que vem alimentando essa realidade são as funções que esses programas assumem no campo da dinamização da economia; por se constituírem medidas para alívio da pobreza e pelo seu caráter massivo, como no caso do Brasil, contribuir largamente para legitimação de governos que se utilizam desses programas como moeda de troca imposta aos pobres que precisam sobreviver. Focalizados na população pobre e extremamente pobre, mesmo atenuando necessidades básicas para sobrevivência, são incapazes de alterar o quadro crescente da pobreza.

Quando tratamos de programas de transferência monetária convém considerar que temos pelo menos dois grupos de programas de transferência monetária que guardam diferenciação nos fundamentos, nos conteúdos e nos objetivos. De um lado, temos os Programas de Transferência Monetária Focalizados, com ou sem condicionalidades, que representam o grupo de programas até então implementados no Brasil. De outro lado temos a Renda Básica Universal. Os primeiros têm como função mitigar a pobreza e atender a situações emergenciais. A proposta da Renda Básica

Universal é contribuir para redistribuição da riqueza socialmente produzida e para a promoção da justiça social. Por conseguinte, cada grupo de programas referencia-se em orientações político-ideológicas diversas, isso porque os programas de transferência monetária não são formulações neutras, orientando-se por percepção de mundo, de sociedade, cidadania, de pobreza.

Sobre a substituição do Bolsa Família pelo Auxílio Brasil, como exposto anteriormente, decorreu de um processo sem diálogo com experiências anteriores, com a sociedade organizada e distanciado do parlamento e da população alvo. Institui-se uma situação de insegurança aos beneficiários, registrando-se nos dispositivos legais que criam e regulamentam o Programa falta de clareza sobre critérios de acesso e diversidade de valores dos benefícios; duração e financiamento do Programa; acesso e permanência dos beneficiários no Programa sujeitos à avaliações mensais e centralidade de decisões no Poder Executivo.

A realidade apontada, analisada e problematizada indica, no contexto do governo Bolsonaro, regressão conceitual e de critérios dos Programas de Transferência Monetária Focalizados no Brasil, desconsiderando uma conjuntura agravada social e economicamente com a pandemia da Covid-19 a partir de 2020. A opção é por uma focalização conservadora e o controle dos pobres; tentativa de desmobilizar o debate da sociedade em busca de ampliação de direitos e de proteção social, o que distancia ainda mais a possibilidade de implantação da Renda Básica Universal, por adotar excesso de critérios para inclusão, contribuindo mais para a exclusão e para gerar instabilidade e insegurança; por transformar o acompanhamento dos beneficiários em fiscalização com foco na exclusão e na estigmatização, reforçando a lógica do desempenho e o esforço individual.

Enfim, tem-se o avanço de atitudes que responsabilizam os pobres pela situação e pela superação da situação de pobreza em que

vivem, como se a pobreza fosse uma opção, negando que pobreza e riqueza são produtos estruturais da forma como a sociedade se organiza para produzir e para distribuir os frutos de sua produção.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto n. 5.209 de 17 de setembro de 2004**. Brasília: Planalto, 2004a. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 15/09/2022.

BRASIL. **Decreto n. 10.852, de 8 de novembro de 2021**. Brasília: Planalto, 2021a. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 15/09/2022.

BRASIL. **Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Brasília: Planalto, 1993. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 15/09/2022.

BRASIL. **Lei n. 10.836 de 09 de janeiro de 2004**. Brasília: Planalto, 2004b. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 15/09/2022.

BRASIL. **Lei n. 13.982, de 2 de abril de 2020**. Brasília: Planalto, 2020b. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 15/09/2022.

BRASIL. **Medida Provisória n. 1.039, de 18 de março de 2021**. Brasília: Planalto, 2021b. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 15/09/2022.

BRASIL. Medida Provisória n. 1.061, de 09 de agosto de 2021. Brasília: Planalto, 2021c. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 15/09/2022.

BRASIL. Projeto de Lei n. 873, de 3 de abril de 2020. Brasília: Câmara dos Deputados, 2020a. Disponível em: <www.camara.leg.br>. Acesso em: 15/09/2022.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação.** Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 17/09/2022.

SILVA, M. O. S. **“Bolsa família” program and the “Auxílio Brasil” program:** advances and setbacks for the construction of a Basic Income in Brazil. São Luís: Editora Mimeo, 2022b.

SILVA, M. O. S. “Prevalência da Transferência Monetária para Proteção Social no Brasil: falseamento da concepção e da prática da Renda Básica”. *In:* COSTA, C. G.; DESTERRO, R. (orgs.). **Vulnerabilidades Sociais em Tempo de Pandemia.** Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2020.

SILVA, M. O. S. **Programas de Transferência Monetária em Implementação no Brasil, Pré e Durante a Pandemia da Covid-19:** uma abordagem da realidade nacional. São Luís: Editora Mimeo, 2022a.

SILVA, M. O. S.; YAZBEK, M. C.; GIOVANNI, G. **A Política Social Brasileira no Século XXI:** a prevalência dos Programas de Transferência de Renda. São Paulo: Editora Cortez, 2012.

SPOSATI, A.; MEIRA, P. T. **A Inclusão da Exclusão do Auxílio Brasil.** São Paulo: Rede Brasileira de Renda Básica, 2022.

VERDÉLIO, A. “Programa Auxílio Brasil recebe recursos de R\$ 9,4 bilhões”. **Agência Brasil** [2021]. Disponível em: <www.agenciabrasil.ebc.com.br>. Acesso em: 15/09/2022.

CAPÍTULO 7

*Empreendedorismo e Controle Social pelas
Políticas de Assistência Social Medicalizadas*

EMPREENDEDORISMO E CONTROLE SOCIAL PELAS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL MEDICALIZADAS

Feliciano Ueyama

Flávia Cristina Silveira Lemos

Daiane Gasparetto da Silva

Bruno Jáy Mercês de Lima

Este capítulo é um ensaio que visa pensar como o empreendedorismo opera pelo controle social dos corpos por meio da medicalização dos corpos. O processo da medicalização – por meio do poder disciplinar ou da biopolítica – gera produção, gera habilidade, gera conhecimento, torna forte as forças de produção e trabalho, conseqüentemente, melhora a economia, dinamiza o mercado, expande e eleva o ensino.

Entretanto, em troca, há um silenciamento das diferenças, há uma invalidação do que é peculiar, do que é único, retira as individualidades, também o silencia politicamente, leva-o a diminuir a resistência, o questionamento, a problematização com a finalidade de só produzir e não pensar (LEMOS, 2014). A medicalização opera pela tentativa biopolítica de governar a vida de forma empreendedora da política social no controle da população por meio de práticas higienistas, morais, tutelares e judicializantes. O dispositivo de segurança biopolítico agencia a relação entre a medicalização e de acirramento judicializador das condutas, dos valores, dos pensamentos, das relações sociais e da política.

MERCANTILIZAÇÃO PELA/DA MEDICALIZAÇÃO

A noção da medicalização dos corpos como um discurso de “tecnificação da vida” na contemporaneidade, baseada em saber técnico, desponta na ciência uma crença absoluta inviolável e inquestionável. Saberes científicos que versam e descobrem cada vez mais a vida cotidiana da população, que vão desde o que comer, como perder peso, como ter sanidade mental ou não, ou até como adquirir felicidade (DANTAS, 2014).

E, em se tratando deste quesito, hoje, ser feliz ou ter uma vida feliz tornou-se um princípio de vida obrigatória pela lógica capitalista. Vida feliz que se resume na busca incessante em adquirir sucesso, status e dinheiro suficiente – mas que nunca chegarão ao patamar da satisfação; e consumo contínuo das novidades lançadas pelo mercado – que são lançadas a todo vapor, longe de poderem parar de consumir.

O mercado não somente incita ao consumismo pela satisfação do desejo, como também que este desejo se perdue continuamente. Todos os esforços são para que o ciclo seja vicioso se mantenha (DANTAS, 2014). Vendem soluções, vendem felicidades. A ideia é mostrar que para todas as dores, há um remédio. Consequentemente, a ideia é cultuar e exaltar os efeitos das medicações, evidenciando, desta forma a invasão do discurso médico no cotidiano das pessoas.

Para aqueles que não alcançarem esta noção de vida feliz, resta procurar uma solução imediatista e milagrosa, com receio de serem rotulados, patologizadas ou psicologizados dentre as várias classificações de doença. Surge, neste momento, a figura das indústrias farmacêuticas. Promessas milagrosas, tristeza que vai embora, tumores emocionais que são extraídos: este é o ápice dessas organizações. A patologização anteriormente instalada por elas

mesmas é, agora, milagrosamente suprimida com a simples utilização de algumas cápsulas (DANTAS, 2014).

[...] o medicamento se torna um exemplo precioso do poder da ciência. Do poder de transformar substâncias em poderosos instrumentos de cura. Do poder de reduzir a vida a potentes substâncias. Do poder de transformar o homem em um ser passível de decifração. E, por fim, do poder de se tornar uma verdade sobre os dilemas humanos (DANTAS, 2014, p. 38).

Mas, na história deste uso desenfreado de medicamentos, existe uma apropriação do saber-poder da medicina, que se demonstra por meio do discurso médico uma autoridade inviolável sobre o cuidado dos corpos. Portanto, iremos tratar um pouco da história da medicina social com base em Michel Foucault (1986a), sobretudo no que ele retrata em “O Nascimento da Medicina Social”.

Os trabalhos de Michel Foucault (1986a) assinalaram que a medicalização, uma extensão da medicina, surgiu no início do século XVIII, juntamente com a medicina social. Foi com o nascimento da medicina social que o Estado recebeu práticas de normalização (na Alemanha), a cidade recebeu práticas higienistas (na França) e o corpo se tornou objeto da força de produção (na Inglaterra). E ainda hoje, as práticas de medicalização estão fundamentadas: 1) na normalização da conduta separado pelo binômio normal-anormal em defesa da sociedade; 2) nas práticas higienistas que utilizam o racismo, o preconceito em nome da ordem social; e 3) no empreendedorismo do nosso próprio corpo, praticado pelo sistema neoliberal em busca das riquezas e do aumento do consumo, para a permanência da civilização.

Na Alemanha, a medicina se desenvolve focada na melhoria da saúde da população, utilizando a ciência do Estado – que servia para controlar em termos de vida e de morte através dos cartórios –, do saber da estatística para calcular e registrar dados de mortalidade, dados de natalidade, dados de doentes – como se fosse uma polícia médica¹⁵ –, e do saber médico para ter o governo dos corpos e mantê-los saudáveis através da normalização das práticas: “A medicina e o médico são, portanto, o primeiro objeto da normalização. O médico foi o primeiro indivíduo normalizado na Alemanha” (FOUCAULT, 1986a, p. 83).

Enquanto na Inglaterra e na França, a medicina está focada no índice de natalidade e mortalidade, preocupada em aumentar a população e atenta em casos de diminuição, sem estar efetivamente preocupada com o desenvolvimento ou melhoria da saúde, já na Alemanha isto ocorreu de maneira bem diferentemente (FOUCAULT, 1986a).

A segunda etapa da medicina social, dos fins do século XVIII, desenvolve-se na França, não como uma medicina estatizada ao máximo, da Alemanha, mas tem um novo fenômeno: a urbanização. Com o amontoamento da população nas cidades, com aumento das epidemias como a peste e a lepra e, conseqüentemente, o aumento do número de mortes, criou-se um “medo urbano”. Medo da epidemia, medo da morte, medo do barulho, das oficinas, das indústrias, do aglomerado e grande número de pessoas, dos cemitérios, enfim, “este pânico urbano é característico deste cuidado, desta inquietude político-sanitária que se forma à medida em que se desenvolve o tecido urbano” (FOUCAULT, 1986a, p. 87).

¹⁵ Noção de *Medizinichepolizei*, polícia médica, foi criada em 1764 por W.T.Rau e trata algo diferente de uma contabilidade de mortalidade e natalidade.

Em decorrência deste pânico instalado, do perigo iminente, tomam-se providências higienistas na medicina urbana. Procura-se tudo que seja considerado nocivo, que provoque doenças, endemias, patogenias em geral, e transfere-se para as periferias da cidade. Portanto, as primeiras providências da medicina urbana não se formaram por uma medicina que analisou privativamente, cada pessoa de forma individual, mas medicina que analisou a população, o tecido social (FOUCAULT, 1986a).

E veio, por último, a força de trabalho como alvo da medicalização. Surgiu no século XIX, na Inglaterra do desenvolvimento industrial, cujo seguimento “pobre” começa a insurgir na sociedade e a preocupar a categoria médica pela ideia de perigo que o pobre causa. Primeiro, porque o pobre tem a capacidade de se revoltar, e segundo, pela epidemia da cólera que atingiu a população proletária. Com a criação da “Lei dos Pobres” que tinha por finalidade dar assistência ao proletariado e a plebe, eles recebiam ajuda, mas em contrapartida, eram submetidos a vários controles médicos. Afinal, o socorro tem que servir para algo. O doador dos serviços ou o Estado precisa receber algo em troca. Com esta dinâmica, o rico fica protegido da epidemia do pobre e o pobre recebe ajuda gratuita ou com custo baixo do rico: “É uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (FOUCAULT, 1986a, p. 97).

Neste sentido, podemos dizer que a medicina social nada mais é do que o discurso para prevenção de doenças, de rituais de higiene, de preocupação com a saúde. Um cenário que a medicina se aproxima cada vez mais da população para fazer parte do cotidiano das famílias (DANTAS, 2014). Para Foucault (1986a), a medicalização que surgiu com a medicina social tem como elemento nuclear o corpo do indivíduo – poder disciplinar – e o corpo social – biopolítica. Esta nova forma de poder atua sobre os corpos, sobre o

cotidiano das pessoas, visando o máximo de docilidade, dentro de um espaço público, controlando o tempo e com sistema de vigilância, produzindo saberes e subjetivando práticas do dia a dia. Os indivíduos são, continuamente, causa e efeito do seu saber-poder. Poder esse, mais comumente, denominado de medicalização dos corpos:

Penetrar nos corpos de maneira mais detalhada e controlar as populações de modo cada vez mais global. [...] vinculou-se o corpo à sua valorização como objeto de saber e como elemento nas relações de poder (FOUCAULT, 2015, p. 116-117).

[...] a partir do momento em que passam a ser “coisa” médica ou “medicalizável”, como lesão, disfunção ou sintoma, é que vão ser surpreendidas no fundo do organismo ou sobre a superfície da pele ou entre todos os signos do comportamento (FOUCAULT, 2015, p. 49).

Foucault (1986b) demonstra que esse poder de gerir a vida inicia por volta do século XVII e continua no século XVIII, dividindo-o em dois polos: um deles considerou o corpo como máquina; um corpo obediente, adestrado, útil, lucrativo, corpo manipulado e controlado pelos dispositivos econômicos – disciplina do corpo. No corpo do homem máquina reina a docilidade. É um corpo analisável, manipulável. Ele pode ser modificado, deslocado, transformado e aperfeiçoado. Em outro polo, considerou o corpo como espécie; um corpo mais biológico, relacionado mais ao controle da natalidade, da mortalidade, da longevidade e da saúde – regulações da população. Não tem como considerar o poder sobre a vida, se o corpo não for estudado a partir desses dois polos (FOUCAULT 1986b). Já que a medicalização atua através desses dois poderes em toda totalidade do corpo social, o que vem a ser

poder? Qual entendimento em relação ao poder? Foucault (2015, p. 100-101) defini o poder:

Como uma multiplicidade de correlações de forças imanentes ao domínio onde se exercem [...] o jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes, as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de forças encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas, [...] as estratégias em que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação da lei, nas hegemonias sociais. [...] não dever ser procurada na existência primeira de um ponto central, num foco único de soberania.

O poder não se materializa ao nível de um bem que se ganha, se empresta, se troca; mas forças que se locomovem de vários pontos, que atam em malhas, que formam redes, que não tem a função de proibir, e sim, de produzir, que atravessa a totalidade do tecido social (FOUCAULT, 2015). Sendo assim, para Foucault (2015), o poder anátomo-político do corpo humano – que tem o corpo como foco, para adestrar e tornar suas habilidades e aptidões mais apuradas para produzir e ser eficaz ao sistema econômico – e o poder de intervenções e os controles da população – que têm como o foco não só o corpo, mas corpo como espécie; a proliferação dessa espécie; a demografia; a análise estatística dos índices de mortalidade relacionados aos de natalidade, de fecundidade, de longevidade, de saúde e doença; o uso dos saberes da estatística, da medicina, da educação para calcular esses índices; o controle do cotidiano pela escola, pelo exército, pelos hospitais.

Com intuito de normalizar esta espécie, em nome da segurança e da economia, formam o que Foucault (2015, p. 150) denominou de *biopoder*: “As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida”. Poder disciplinar + Biopolítica = Biopoder: “[...] técnicas diversas e numerosas para obterem a sujeição dos corpos e o controle das populações. Abre-se, assim, a era de um biopoder. [...]” (FOUCAULT, 2015, p. 151).

O processo da medicalização – por meio do poder disciplinar ou da biopolítica – gera produção, gera habilidade, gera conhecimento, torna forte as forças de produção e trabalho, conseqüentemente, melhora a economia, dinamiza o mercado, expande e eleva o ensino. Entretanto, em troca, há um silenciamento das diferenças, há uma invalidação do que é peculiar, do que é único, retira as individualidades, também o silencia politicamente, leva-o a diminuir a resistência, o questionamento, a problematização com a finalidade de só produzir e não pensar (LEMOS, 2014).

Exercer sobre eles uma pressão constante, para que se submetam à subordinação, à docilidade, à atenção nos estudos e nos exercícios, e à exata prática dos deveres e de todas as partes da disciplina. Para que, todos, se pareçam (FOUCAULT, 1986b, p. 163).

Silenciar é interditar a fala, é filtrar o discurso, é desautorizar quem fala ou o que fala, ou quando fala, é permitir que uns falem e outros, não; ou que uns falem pelos outros; é impedir a circulação das falas, é excluir enunciados com a finalidade de fragilizar a resistência, de fracassar a força política, de desestabilizar e desqualificar lutas políticas (LEMOS, 2014).

DISCIPLINA E BIOPOLÍTICA POR MEIO DO EMPREENDEDORISMO MEDICALIZADOR

O poder disciplinar, diferente do poder soberano – cujo centro é o rei – centraliza suas ações e intervenções nos corpos dos sujeitos individualizados com a finalidade de adestrá-los e torná-los obedientes aos procedimentos disciplinares para aumentar o potencial produtivo de cada indivíduo, para que ele se aproprie cada vez mais de suas habilidades, torná-lo útil, manipulável para usar, para transformar e para aperfeiçoar, e que se torne rentável e lucrativo ao mercado consumista, e assim, desenvolver a economia, expandir a educação e elevar a moral pública, utilizando para isso as instituições de disciplina, como fábrica, escola, prisão, quartel:

A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência) (FOUCAULT, 1986b, p. 126).

O que Foucault (1986b) ressalta nesta concepção de docilidade do corpo ou o corpo como objeto de investimentos é, em primeiro lugar, a escala do controle, na qual o corpo é trabalhado detalhadamente, cada um dos seus movimentos, gestos, atitudes e rapidez: “[...] A disciplina é uma anatomia política do detalhe.” (FOUCAULT, 1986b, p. 128). Em segundo lugar, o objeto do controle, cujo exercício é a única cerimônia que importa. Portanto, estes dois métodos – de trabalhar o detalhe e o de exercitar - permitem o controle do corpo e imposição da docilidade ao corpo. É o que ele passa a denominar de disciplinas. Disciplinas tornam-se a fórmula da dominação dos corpos, muito comuns em instituições fechadas como conventos, escolas, exércitos, hospitais, abrigos. No

entanto, num contexto diferente do poder soberano sobre os escravos, sobre os empregados, sobre seus feudos, não é um a relação de dominação contínua, um poder de obediência ao trabalho, ao outro, uma verticalização de um sobre o outro (FOUCAULT, 1986b).

Mas, disciplina para Foucault (1986b) é a manipulação que se faz sobre o corpo. Não qualquer manipulação. Manipulação que trabalha nos detalhes do corpo. Recondiciona o corpo não somente a fazer o que se quer, mas como fazer, quando fazer, qual ritmo utilizar, de que forma fazer. Ela cria um corpo disciplinado para ser obediente e dócil aos comandos, mas ao mesmo tempo, ser potente, saudável e incansável.

A disciplina aumenta as forças do corpo (em termo econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Ela dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma aptidão, uma capacidade que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita (FOUCAULT, 1986b, p. 127).

Ora, se este poder usa de manobras, de sutilezas, de requinte para manipular o corpo, não tem como ser um poder central, único, de uma só direção, de cima para baixo hierarquizado, de um rei para com seus súditos; mas está em todo lugar, nos centros, nas periferias; em todas as direções, vertical, horizontal; produz e multiplica-se em todo corpo social. É, ao mesmo tempo, um poder que tem eficácia apenas na sua invisibilidade, sendo visível somente nos corpos sujeitados, no que Foucault denominou de sua *forma terminal*, para que permanentemente esse poder possa funcionar e manter a sujeição (FOUCAULT, 1986b). Silenciam as diferenças, invalidam

os aspectos culturais e sociais, retiram a individualidade das pessoas, vidas são anestesiadas, negam o pensar e o problematizar, emudecem os aspectos subjetivos; tudo em nome da ordem social, da paz e da segurança (LEMOS, 2014). Majorar o poder significa redução do custo do poder. A economia do poder é decorrente da diminuição da resistência, da revolta, do descontentamento da população (FOUCAULT, 2010).

A tecnologia do saber médico objetiva criar uma sociedade de controle para padronizar comportamentos, a fim de conquistar seres previsíveis, não resistentes, obedientes, manipuláveis (consumidor). Quanto mais obedientes e dóceis menos questionadores, dissidentes e políticos (LEMOS, 2014).

Adestrar corpos vigorosos, imperativo de saúde; obter oficiais competentes, imperativo de qualificação; formar militares obedientes, imperativo político; prevenir a devassidão e a homossexualidade, imperativo de moralidade (FOUCAULT, 1986b, p. 155).

Atendimento mais reforçador de disciplinar e consertar comportamentos não condizentes com os padrões morais da Igreja, do mercado, do neoliberalismo, da medicina, das tecnologias, das estéticas. No neoliberalismo, um dos mecanismos mais importantes é o da vigilância, não uma vigilância qualquer. Trata-se do Panóptico de Bentham. A partir do panoptismo – um olhar onipresente e um saber onisciente – é possível o controle minucioso dos corpos, é possível intervir no cotidiano das pessoas, domesticar e padronizar comportamentos, produzir corpos dóceis e úteis para a produção e trabalho, com efeitos permanentes. “Na lógica disciplinar, cada ato é meticulosamente governado por um conjunto de táticas e exercícios, repetidos e efetuados” (LEMOS, 2014, p. 486). Basta que

achem que são vigiados, pois serão potencialmente vigiados e se tornam adestradores e adestrados por eles mesmos.

O indivíduo não é vigiado somente no momento da produção, mas durante todo o trabalho. O poder passa a ser permanente pelo mecanismo da vigilância e controle. Penetra o corpo social na sua totalidade (FOUCAULT, 2010). Sua habilidade, sua competência, a aplicação dos seus conhecimentos à prática, o ritmo que aplica às atividades, a capacidade de manter equilíbrio emocional, a diligência: tudo é vigiado: “A vigilância torna-se um operador econômico decisivo” (FOUCAULT, 1986b, p. 157).

Outro dispositivo disciplinar é a sanção normalizadora. Dispositivo que consegue entrar e intervir na escola, na fábrica, no exército, no cotidiano, na família, não somente como práticas punitivas literais de comportamentos contraventores, mas, principalmente, condutas que não encaixam no padrão social rentável e produtivo, que não são úteis, corpos que não sejam dóceis e obedientes, indivíduos resistentes, questionadores e críticos. Ao mínimo indício de desvio, é estigmatizado como anormal (FOUCAULT, 1986b).

A partir da segunda metade do século XVIII, o poder disciplinar passa a ser complementado pela biopolítica. Não há uma exclusão do poder disciplinar ou uma substituição do poder disciplinar pela biopolítica, mas uma adaptação. Ambas intervêm no mesmo espaço, na mesma relação, elas coexistem concomitantemente (POGREBINSCHI, 2004). Ao passo que o poder disciplinar atua diretamente nos corpos dos indivíduos, a biopolítica atua na vida destes indivíduos. Enquanto uma se preocupa em individualizar as pessoas, a biopolítica foca na população, preocupando-se com os índices de natalidade relacionados aos da mortalidade, índice de mortalidade relacionado com os da fecundidade e/ou com a longevidade; índices

demográficos por região; índices de epidemia e de endemia (POGREBINSCHI, 2004).

Foi a vida, muito mais do que o direito, que se tornou objeto das lutas políticas, ainda que estas últimas se formularem através de afirmações de direito. O “direito” à vida, ao corpo, à saúde, à felicidade, à satisfação das necessidades, o “direito” acima de todas as opressões ou “alienações”, de encontrar o que se é e tudo o que se pode ser (FOUCAULT, 2015, p. 157).

Tanto o poder disciplinar quanto o poder demográfico, tanto o poder de disciplinar a aprendizagem quanto o de controlar a população, tanto o de formar soldados quanto o de regular o corpo foram embasados para serem lançados como a grande tecnologia do poder (FOUCAULT, 1986b). Fazem uso estratégico de vários saberes como da medicina-psicologizante e psiquiatrizante (pelo diagnóstico da normalidade ou anormalidade), da informática e estatística (pela gestão dos riscos), da farmacologia (pelo uso da medicação), da economia, da epidemiologia, da demografia, do direito (LEMOS, 2014). E usam o processo da normalização para “penetrar nos corpos de maneira cada vez mais detalhada ou para controlar as populações de modo cada vez mais global” (FOUCAULT, 2015, p. 116).

Esse biopoder, sem a menor dúvida, foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos aos processos econômicos (FOUCAULT, 2015, p. 151-152).

O trabalho passa a ser entendido não mais enquanto uma força vendida pelo operário diante de uma demanda de oferta, mas de um sujeito econômico ativo, que não busca um salário, mas uma renda e o empresariamento de sua vida (LEMOS; CRUZ; SOUZA, 2014, p. 13).

Com a expansão da ciência biológica, do saber médico, da psiquiatrização, o que poderia ser fonte de vida e de terapia, de resultados fascinantes e de cura, tornou-se, na verdade, uma ameaça à vida. As pessoas não se sentem mais competentes em resolver suas próprias adversidades como conflitos, medos, tristezas, dores, ansiedade enfermidades e mortes. Perderam a autonomia da sua própria saúde mental e física e a deslocam aos profissionais da saúde, à ciência médica e aos dispositivos terapêuticos (DANTAS, 2014).

Desde uma simples gripe à perda de um ente, quase tudo podia passar a ser tratado pelas terapias médicas ou medicamentosas disponibilizadas em prontuários ou nas prateleiras. Assistimos, na contemporaneidade, a uma crescente dependência pelo saber médico para resolver os incômodos que nos assolam. Já dizia Carlos Drumond de Andrade: “O homem moderno está mais escravizado aos remédios do que às enfermidades” (DANTAS, 2014). Ao menor impacto de agressão sentida, recorre-se aos medicamentos. As pessoas se tornaram dependentes de drogas lícitas, na medida em que criam hábitos pelo uso de medicações e práticas terapêuticas medicinais em qualquer situação intercorrente de suas vidas, em busca de uma resposta instantânea – seja para alívio imediato dos sofrimentos, seja para busca de prazeres, ou para ser feliz. Com o advento da Revolução Industrial e pós Iluminismo, a ciência começa a ser vista como capaz de solucionar todas as inquietações do homem, principalmente, após a perda do poder místico da Igreja. Além de a ciência ter o poder da solução para todos os males, a partir

destes dois marcos históricos, ela passa a ser detentora de toda a produção da verdade (DANTAS, 2014).

Não mais a Igreja, mas a Ciência passa a produzir a verdade. Não mais a Igreja, mas a Ciência passa a ter o poder de salvar o homem. Não mais a Igreja, mas a Ciência passa a ter autoridade sobre a via e a saúde do homem. Não mais a Igreja que define o tempo de vida, mas a Ciência que prorroga a vida ou desliga a máquina. Foucault (2015) nos indica que a passagem do saber eclesiástico, bíblico, disseminado pela Igreja para o saber científico só foi possível pela tecnologia do sexo, em meados do século XVIII. A tecnologia do sexo não mais usa os fundamentos da Igreja que era basicamente relacionado à proibição – “quem pratica sexo comete pecado” –, ou decente e moralista permitida apenas aos adultos casados, mas usa saberes da:

[...] pedagogia, tendo como objetivo a sexualidade específica da criança; o da medicina, com a fisiologia sexual própria das mulheres como objetivo; e, enfim o da demografia, com o objetivo da regulação espontânea ou planejada dos nascimentos (FOUCAULT, 2015, p. 126-127).

A ciência ocupa o lugar anteriormente ocupado por vários outros saberes. A arte, os dogmas da Igreja, o cristianismo, as crenças populares, as orientações tradicionais e geracionais, a cultura, o mito estão, cada vez mais, perdendo seu espaço: do poder da fala, do discurso da verdade e da função da moralidade pela ciência. Nem ao menos o lugar que os feiticeiros ocupavam na sociedade foi poupado, ainda que a sociedade da época tivesse uma confiança pia pelas suas práticas. Hoje, transferida ao saber científico, ao discurso médico (DANTAS, 2014). Após o século XX, o avanço da ciência médica se tornou mais acelerada com o advento

do cenário tecnológico do discurso médico. Cada vez mais, as indústrias farmacêuticas investem no descobrimento de novas medicações (DANTAS, 2014). Um aparato tecnológico voltado diretamente para o corpo. Em busca de um corpo disciplinado, saudável, quimicamente transformado e belo. Busca-se o belo, porque ser belo é aproximar-se do ideal. Rouanet (2003, p. 55) já dizia: “Estamos próximos da realização de uma das mais antigas utopias da humanidade, a utopia médica da saúde perfeita”.

O corpo é o palco. Estamos hoje, na cultura do corpo cultuado. Ele está presente nas vitrines, na moda, nas revistas, nas publicidades. Está nos consultórios médicos em busca do imperativo saudável. Está nas cirurgias plásticas, para cultuar o belo. Está nos congressos, para ser objeto permanente de estudo. Ele é a extensão do mercado (DANTAS, 2014). O corpo saudável e belo é o corpo jovem. Entrar na velhice é ser infeliz. É não ter mais vigor, energia, firmeza. É uma vida entediante. Não é mais lucrativo, útil. Enquanto o jovem é destacado, o velho é descartado. Saúde e estética são indissociáveis e ambos convergem para o mesmo lugar: o corpo. Todavia, a estética refere-se também ao status, ao pertencimento, a inclusão e à aprovação que se terá “na” sociedade e “da” sociedade.

A tutela organiza todas essas modalidades e as transformam em práticas possível e aceitas, em um amplo e crescente mercado da saúde que infantiliza e tutela os corpos, em nome de um estilo de viver empresarial, classificado como empreendedorismo de si e dos outros (LEMOS; GALINDO; VILELA, 2016, p. 275).

Com tantas exigências sofridas para manter este corpo saudável, belo e perfeito, o homem contemporâneo não se sente mais capaz de atendê-lo em todas as suas necessidades. A natureza do

corpo não é previsível. Deste corpo, surge e propaga o que é inerente e idiossincrático de cada um. Este corpo é que traz marcas, traumas, histórias e cultura. As significações e a existência individual e coletiva são manifestadas pelo corpo. Têm altos e baixos. Para isso, necessita de um suporte técnico a todo o momento (DANTAS, 2014). Ao se abandonar os possíveis saberes acerca da singularidade, da subjetividade e dos “males” da humanidade na atual modernidade, a Ciência, o discurso médico e a psicofarmacologia da contemporaneidade se mostram como a mais perfeita e ideal engenharia do organismo, fundadas na sofisticação tecnológica e no aniquilamento da palavra.

Cria-se determinados mecanismos de produção da subjetividade baseados numa sociedade de controle em que nada lhe escapa ou pode escapar. Desta maneira, impõe-se formas de ser, estar, agir e pensar que marcam as formas de adoecimento no contemporâneo e delineiam a forma de experimentação do recurso medicamentoso na atualidade (DANTAS, 2014, p. 34).

Pelo uso dos fármacos se silenciam as individualidades, embotam-se as emoções, embotam o mal-estar da sociedade e vidas são anestesiadas (LEMOS; CRUZ; SOUZA, 2014):

As pílulas, em embalagens de medicamentos e/ou em outros formatos para o comércio realizado por grupos ávidos por acumulação de capital passaram a ser vendidas como promessa de saúde, de felicidade e de altas performances no trabalho, na escola, na vida sexual, nas instituições punitivas [...] em meio a banalização das prescrições de drogas (LEMOS; CRUZ; SOUZA, 2014, p. 11).

De acordo com Dantas (2014), surgem a partir daí, a necessidade desenfreada do uso de fármacos com fins de controlar doenças, manter a saúde, ou ainda, objetivar a cura.

[...] o medicamento se torna um exemplo precioso do poder da ciência. Do poder de transformar substâncias em poderosos instrumentos de cura. Do poder de reduzir a vida a potentes substâncias. Do poder de transformar o homem em um ser passível de decifração. E, por fim, do poder de se tornar uma verdade sobre os dilemas humanos (DANTAS, 2014, p. 38).

Disso, resultam dois fatores: 1) Surgimento das indústrias farmacológicas no Brasil – ainda que não tenham tanta expertise para competir com o mercado internacional, pela credibilidade adquirida da população brasileira ao que eram produzidas no país, elas se desenvolveram; 2) O hábito da automedicação. Desde aquela época, não era comum ir ao médico para solicitar receituário farmacológico. Comum era a venda de medicação, nas farmácias da época, sem receituário. As indústrias, aproveitando esta prática brasileira de automedicação, intensificaram a promoção do seu produto em meios de comunicação de maior alcance.

O medicamento, sucessivamente fonte de vida ou veneno, consolo de alma ou terapêutica do corpo, regulador da procriação ou gestão do patrimônio genético, é ao mesmo tempo, fascinante e inquietante, objeto familiar e desconhecido (DANTAS, 2014, p. 30).

Isso possibilitou a intervenção do saber farmacológico e psiquiátrico em vários aspectos rotulados como fora do padrão da civilização burguesa: mães solteiras, gravidez na adolescência, delinquência infantil e juvenil, aborto não espontâneo, consumo de drogas ilícitas, deficiências neurológicas, transtornos psiquiátricos, pobreza, desemprego; tudo em nome da segurança, do conforto, da paz: “Desse modo, a psiquiatria se institui como a defensora da ordem social” (CAPONI, 2009, p. 06).

Um simples ato de indisciplina é diagnosticado como portador de Transtorno de Oposição Desafiadora; um corpo um pouco mais ansioso e inquieto é portador do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; uma simples tristeza, um choro a mais, é portador de Transtorno de Humor Depressivo; uma simples mania de lavar as mãos é portador de Transtorno Obsessivo Compulsivo; numa lista interminável de comportamentos do cotidiano que são enquadrados como desvios ou fora do padrão da normalidade pelos médicos, a indústria farmacêutica prontamente tem a solução para cada um dos desvios (LEMOS, 2014).

A norma [...] é um elemento a partir do qual certo exercício do poder se acha fundado e legitimado. [...] Talvez pudéssemos dizer político. [...] a norma traz consigo ao mesmo tempo um princípio de qualificação e um princípio de correção. A norma não tem por função excluir, rejeitar. Ao contrário, ela está sempre ligada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação, a uma espécie de poder normativo (FOUCAULT, 2010, p. 43).

Não se pode levar em consideração apenas os saberes biológicos, da psiquiatrização, da patologização, da medicalização. A sociedade biopolítica e a sociedade disciplinar utilizam outros

fatores bem mais sutis para subjetivar o indivíduo e a população: através do governo dos riscos e vulnerabilidades e através do potencial produtivo e lucrativo de cada indivíduo. Castel (1987), em “A gestão dos riscos: da anti-psiquiatria à pós psicanálise”, relata como a psiquiatria – utilizando o binômio normal e anormal, num movimento racista, higienista e preconceituosa –, possibilitou a proteção e a segurança do corpo social. As noções de prevenção, de previdência, de antecipação de algum acontecimento desagradável, nasceram da biopolítica, para defesa da sociedade, para a população não ser pega de surpresa.

Para Castel (1987, p. 125), prevenir é rastrear risco ou fatores de riscos. “[...] uma “mãe de riscos” engendra, ou cria, filhos de riscos”. Prevenir também é vigiar e gerenciar risco. Não vigiar alguém, mas vigiar correlações estatísticas, calcular o indesejável – crimes, delinquência, desvios. Não gerenciar o risco real, mas o provável, uma antecipação de um perigo. Caso o perigo se torne real, caso o indivíduo adoça, caso o crime aconteça, o Estado entra com a política da medicalização. Caso essa política de medicalização fracasse, o Estado usa a instituição punitiva – encarceramento ou internação (LEMOS, 2014).

Foucault (2010), em “Os Anormais”, aproxima-se deste pensamento de Castel acerca da gestão da vida através da segurança, da prevenção do perigo e gestão do risco, pelo distanciamento do crime e da anormalidade. Pois, pelas regras da economia do poder de punição se faz necessário trazer a figura do anormal para o crime. Pela gestão do risco, pune-se o criminoso, não o crime. Pune-se o anormal, não a anormalidade (FOUCAULT, 2010).

Poderíamos chamar de uma patologia da conduta criminoso. [...] serão julgados como criminosos, porém avaliados, apreciados, medidos, em termo de normal e patológico. A questão do ilegal e a questão

do anormal, ou ainda, a do criminoso e a do patológico, passam, portanto, a ficar ligadas (FOUCAULT, 2010, p. 78).

A psiquiatria, antes de ser considerada como um saber médico, era, até meados do século XIX, do ramo da higiene pública. Tinha caráter de limpeza e purificação do tecido social contra todos os perigos que assolasse a sociedade e a pusesse em risco. Foi através desta concepção de limpeza social contra todas as doenças que a psiquiatria foi institucionalizada como um saber médico (FOUCAULT, 2010). Para que a teoria médica fosse o mais próximo possível do ramo da higiene social, para que o saber psiquiátrico fosse encarregado de garantir a higiene social, foi preciso que trouxesse a ideia da patologização social – patologizar todos os desvios, os erros, os distúrbios, as deficiências –, com a função de proteger a sociedade contra tais males. Foi também preciso que a psiquiatria trouxesse a ideia da loucura como perigo, como se os loucos fossem responsáveis pela grande porcentagem do perigo social. Como a psiquiatria era o saber para curar a doença mental, torna-se como único saber legítimo para fazer higiene social dos loucos. Noção de que só ela consegue proteger a sociedade dos loucos, só ela consegue proteger o corpo social do perigo que os loucos acometem ou que possam cometer (FOUCAULT, 2010).

Com a junção das duas concepções – loucura como doença e loucura como perigo – durante todo o século XIX e XX, a psiquiatria consegue evocar um só conceito, um só entendimento: de que a loucura é uma doença e, por isso, é perigosa. Com esse entendimento, não há mais dúvida: a psiquiatria é um saber da teoria médica. Não um saber qualquer, mas um saber único, cuja competência é atuar na higiene social (FOUCAULT, 2010). Adquirida a competência de atuar na higiene social através do saber médico, apresenta cada vez mais a noção do caráter perigoso do

louco, a relação do louco com o crime, caracterizando o louco não mais como portador de alucinações, de delírios e de pensamento vago, mas aquele que é contraventor, resistente, desobediente, insubordinado, não dócil, o que se acha um rei, o que não obedece a ordens, mas as impõe, o que se acha acima de todos. Essa é a atuação da psiquiatria “dentro do manicômio” (FOUCAULT, 2010).

“Fora do manicômio”, para Foucault (2010), a psiquiatria comporta a noção de que só ela consegue perceber ao mínimo detalhe o perigo que o louco acomete. O saber psiquiátrico traz a noção do risco análogo a um “surto”, a um comportamento violento e imprevisível de um doente mental, ou ao perigo, mais leve que seja, o mais sutil e imperceptível que seja aos olhos dos outros, a esse saber, por ser de teoria médica, consegue detectar e impedir que o risco se torne real. O desvio, o anormal, o louco podem ser considerados um risco à sociedade. E a única intervenção adequada a esses portadores de risco é pelo saber psiquiátrico.

A psiquiatria criou para si mesma esta espécie de sua soberania, do seu poder e do seu saber: eu sou capaz de identificar como doença, de encontrar sinais do que, no entanto, nunca se assinala. [...] diz a psiquiatria – eu sou capaz de reconhecê-la; um crime sem razão, um crime que é, portanto, um perigo absoluto, o perigo denso no corpo da sociedade, eu sou capaz de reconhecê-la. Por conseguinte, se posso analisar um crime sem razão, serei rainha (FOUCAULT, 2010, p. 104).

Por meio da soberania que adquiriu com a transformação do saber não mais unicamente direcionado aos fatores patológicos tradicionalmente diagnosticados – como delírio, histeria, alucinação –, mas um sutil desvio, uma resistência à ordem, um corpo não dócil

aos aparelhos político-econômico, solidificou-se como um saber apropriado para todos os aspectos do tecido social.

[...] essa transformação permitiu [...] o processo que fez que o poder psiquiátrico intramanicomial, centrado na doença, pudesse se tornar uma jurisdição geral intra e extramanicomial, não da loucura, mas do anormal e de toda conduta anormal (FOUCAULT, 2010, p. 114).

Por meio desta estratégia, do uso do dispositivo da higiene social, foi possível a expansão da psiquiatria de dentro dos ambientes institucionais. Ela pôde ampliar sua jurisdição e sair de dentro dos manicômios e hospitais, e se infiltrar no mais íntimo aspecto da vida, tornando-se uma psiquiatria ampliada, não mais focada apenas na patologização – direcionada somente à doença –, mas no binômio normal e anormal – a anormalidade é muito mais ampla do que os conceitos de doença (LEMOS, 2014). O movimento higienista ganhou destaque desde a segunda metade do século XIX, e se expande em todo o corpo social através da família e escola.

A sociedade disciplinar surgiu a partir das últimas décadas do século XVII e se tornou uma tecnologia de subjetivação que aciona as práticas educativas na família e na escola, as quais se materializam no trabalho, na atuação política, nos equipamentos de segurança etc. (LEMOS, 2014, p. 487).

Os seguimentos criança, mãe e educadora recebem uma atenção maior da filantropia de cunho médico-higienista, pautada em normalizá-las pela orientação e pelo ensino. Este movimento iniciou com a gestão sobre as pessoas, em especial aos pobres,

operacionalizado, na Idade Média, pelas práticas da caridade com dogmas e doutrinas da Igreja em nome da salvação das almas, sob pena de ir ao inferno no século XVIII, pela filantropia com atuação de mulheres e beneméritos num viés moralizante de conduta, sob pena de perder os benefícios; e por último, pela filantropia de assistência médico-higienista, utilizando princípios científicos, sob pena de desestruturar famílias e produzir filhos desajustados (DONZELOT, 1986).

Enquanto a estratégia da filantropia assistencial funcionou, porque direcionou os grandes problemas ameaçadores do século XIX – pauperismo e a reorganização disciplinar das classes trabalhadoras – contra o Estado Liberal, para a esfera privada, por ter criado o discurso sobre a moralidade da poupança não obrigando os operários a depositarem, mas dando a falsa ideia de autonomia (poupança dava uma certa autonomia às famílias); a estratégia da filantropia médico-higienista foi aumentar o número de riscos e perigos da nova tendência industrial, para que houvesse uma ciência (ela mesma) com técnicas de prevenção e de combate a esses males. Diante disso, segundo Donzelot (1986, p. 55-56), nem a filantropia podia ser concebida como:

[...] uma fórmula ingenuamente apolítica de intervenção privada na esfera dos problemas ditos sociais, mas sim uma estratégia deliberadamente despolitizante face à instauração dos equipamentos coletivos, ocupando uma posição nevrálgica equidistante da iniciativa privada e do Estado.

Esse movimento higienista – utilizado pelo liberalismo para assegurar o controle dos modos de vida, controle do comportamento, dos hábitos, da produção, do que expressa através da educação e da saúde – tem como foco a medicina, a educação e o Estado para

construir uma nação forte, de livre concorrência de mercado transnacional, economicamente e socialmente desenvolvido (LEMOS; CRUZ; SOUSA, 2014). O movimento de higiene e prevenção disseminava o saber médico para todo o tecido social, utilizando a política racista e preconceituosa em nome da defesa da sociedade. Cartilhas oferecidas nas campanhas educativas contendo técnicas de cuidado e de higiene para ensinar as mulheres disseminavam conceitos de controle de condutas, higienização social, normalização (LEMOS, 2014).

Se obedecer a cartilha contendo técnicas de higiene (de normalização) e o manual de boas condutas (de moralização), o indivíduo terá uma vida saudável, higiênica e longevidade. Terá, ainda, uma família “feliz”, estabilizada, estruturada, um lar-doce-lar.

[...] o dispositivo familiar [...] pôde servir de suporte às grandes “manobras” pelo controle malthusiano da natalidade, pelas incitações populacionais, pela medicalização do sexo e a psiquiatrização de suas formas não genitais (FOUCAULT, 2015, p. 109).

Estes manuais contêm discursos moralizantes e normalizantes em busca de indivíduos que tenham comportamentos obedientes e padronizados de forma naturalizada. Comportamentos naturalizados produzem dispositivos – utilização de elementos para trazer o desviante ao padrão social, o anormal a ser normal, o dissidente e resistente a ser dócil e obediente (LEMOS *et al.*, 2014). Foucault (1986a, p. 244) conceituou dispositivo como:

[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações, arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos,

proposições filosóficas, morais e filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos.

A partir do momento que o ensino se torna obrigatório, frequentar escola se torna uma necessidade maior do que a educação em si. A escola surge tanto para obtenção da paz e da segurança social como para o progresso dessa sociedade. A proposta da escola não é educar. O programa de educação é muito menos de ensino e muito mais político e econômico. Por isso, tem finalidade de formação permanente, pois a sua continuidade assegura o poder político e o econômico. A educação continuada garante desenvolvimento econômico, o crescimento das riquezas, o aumento da produtividade de uma sociedade neoliberal pela expansão dos dispositivos biopolíticos (LEMOS; CRUZ; SOUZA, 2014):

Nesta gerência de supostas habilidades e competências em prol da intensificação da renda, a denominada formação continuada, que se transformou em uma formação ao longo de toda vida, ganha um lugar de destaque central, nesta sociedade empresarial (LEMOS; CRUZ; SOUZA, 2014, p. 13).

É produção de subjetividade baseada numa sociedade de controle, a que impõe formas de ser e de pensar, e não criticar. Isso é que produz a tecnologia do saber médico. Ela objetiva criar uma sociedade que produza comportamentos padronizados - comportamentos previsíveis, controlados ou planejados -, para facilitar a mensuração, o controle e a obediência. As produções científicas não visam à verdade ou ao conhecimento da natureza

humana, visam apenas à compreensão dos fenômenos para exercer a previsão e o controle (DANTAS, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na medicalização dos corpos, o cotidiano da vida, a força empregada no trabalho, a vigilância e o controle da população, os problemas de ordem social parecem estar se transformando em problema de ordem médica-normalizadora e de ordem neoliberal-consumidora. Não visam apenas à prevenção, à solução de doenças ou à manutenção da saúde. Visam, sobretudo, o controle governamental sobre a população com função de regular e disciplinar os indivíduos a seus interesses políticos e econômicos.

A biopolítica, segundo Foucault (1999), diz respeito a “fazer viver e deixar morrer”, ou seja, “regulamenta-se para assegurar e garantir a vida, para prevenir e evitar a morte” (POGREBINSCHI, 2004, p. 197). É um governo de conduta, fomenta o mercado de seguros, nasceu no sistema neoliberal de mercado, tem caráter de investimento e de rendimento, é gerido pelo governo do risco onde tudo passa por cálculos (RODRIGUES *et al.*, 2015). “O poder tem essencialmente por função proteger, conservar ou reproduzir relações de produção” (FOUCAULT, 2010, p. 43). Conforme Rodrigues *et al.* (2015), a máxima do neoliberalismo é fabricar corpos e população que sejam normalizados, padronizados e obedientes com a finalidade de empresariar seu próprio corpo e sua própria vida: “O corpo que produz e consome” (FOUCAULT, 2015, p. 116).

Vende-se o corpo para o trabalho em troca de reconhecimento, vende-se o corpo para imagens em troca de destaques, vende-se o conhecimento em troca de posição

hierárquica, vende-se a privacidade, a intimidade em troca de notoriedade; enfim, vende-se não objetos materiais, mas corpos dóceis para obedecer, ágeis para produzir e habilidosos para lucrar e rentabilizar (RODRIGUES et al., 2015). Numa sociedade neoliberal, a essência das relações de força não é mais a força do trabalho, mas a vida. Ora, se vida está à venda, “Tudo ganha caráter de investimento” (LEMOS; CRUZ; SOUZA, 2014, p. 13).

Se o adestramento falhar, se a fábrica de corpos falhar, se o processo higienista e o da prevenção falhar, se a gestão do risco e perigo falhar; recorre-se a indústria farmacêutica, a medicalização, a psiquiatrização, a patologização, a psicologização. Se ainda assim falhar, recorre-se a criminalização, a judicialização a utilização de instituições punitivas e penais (LEMOS; CRUZ; SOUSA, 2014). A medicalização é intensiva na atualidade, sobretudo quando esta ocorre pelo silenciamento da resistência, seja pelas disciplinas, seja pelas biopolíticas seja ainda pelas estratégias de segurança. Estas são cada vez mais refinadas, sendo utilizadas de modo tático, em um conjunto de instituições que são administradas por especialistas peritos em diagnosticar os desvios sociais e as divergências pelas racionalidades biomédicas, psicologizantes e patologizantes (LEMOS, 2014, p. 485).

REFERÊNCIAS

CASTEL, R. **A discriminação negativa: cidadão ou autóctones?** Petrópolis: Editora Vozes, 2011.

CASTEL, R. **A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise.** Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1987.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2009.

COIMBRA, C. M. B. **Guardiões da Ordem**: uma viagem pelas práticas *psi* no Brasil do “Milagre”. Rio de Janeiro: Editora Oficina do Autor, 1995.

DANTAS, J. B. **Tecnificação da vida**: uma discussão sobre o fenômeno da medicalização na sociedade contemporânea. Curitiba: Editora CRV, 2014.

DONZELOT, J. **A Polícia das Famílias**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1986.

FOUCAULT, M. **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade – I**: A Vontade do Saber. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2015.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1986a.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **Os Anormais**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**: Nascimento da prisão. Petrópolis: Editora Vozes, 1986b.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2015.

LEMOS, F. C. S. “A Medicalização da Educação e da Resistência no Presente: disciplina, biopolítica e segurança”. **Revista quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, vol. 18, n. 3, 2014.

LEMOS, F. C. S. “O Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil atual”. **Revista Psicologia Política**, vol. 8, n. 15, 2008.

LEMOS, F. C. S. “Práticas de governo das crianças e dos adolescentes propostas pelo UNICEF e pela UNESCO: inquietações a partir das ferramentas analíticas legadas por Foucault”. **Revista Psicologia e Sociedade**, vol. 24, 2012.

LEMOS, F. C. S. *et al.* “Governamentalidade neoliberais e dispositivos de segurança”. **Revista Psicologia e Sociedade**, vol. 27, n. 2, 2015.

LEMOS, F. C. S. *et al.* “UNICEF e algumas práticas de medicalização das famílias e crianças”. **Revista Polis e Psique**, vol. 4, n. 2, 2014.

LEMOS, F. C. S.; CRUZ, F. F.; SOUZA, G. S. “Medicalização da produção da diferença e racismos em algumas práticas educativas pacificadoras”. **Revista Profissão Docente**, vol. 14, n. 30, 2014.

LEMOS, F. C. S.; GALINDO, D. C. G; PIANI, P. P. F. “Pesquisa-intervenção e direitos humanos: Apontamentos arqueológicos e genealógicos na análise de documentos”. **Revista Polis e Psique**, vol. 5, n. 2, 2015.

LEMOS, F. C. S.; GALINDO, D. C. G; VILELA, R. “O Empresariamento securitário da vida: o complexo tutelar no mercado neoliberal da saúde”. **Athenea Digital**, vol. 16, n. 2, 2016.

POGREBINSCHI, T. “Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder”. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 63, 2004.

ROSENFELD, D. L. **O que é Democracia**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

ROUANET, S. P. **O homem-máquina: a ciência manipula o corpo**. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2003.

SORJ, B. **A Democracia Inesperada: Cidadania, Direitos Humanos e Desigualdade Social**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2004.

SPOSAT, A. “Conjuntura da Assistência Social Brasileira”. **Cadernos ABONG**, n. 19, 1997.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B.; FARIAS, L. O. “Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988”. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 14, n. 3, 2009.

CAPÍTULO 8

*Produção da Exclusão e a Assistência
Social em uma Sociedade Empreendedora*

PRODUÇÃO DA EXCLUSÃO E A ASSISTÊNCIA SOCIAL EM UMA SOCIEDADE EMPREENDEDORA

Feliciano Ueyama

Flávia Cristina Silveira Lemos

Leila Cristina da Conceição Santos Almeida

Márcia Cristina da Conceição Santos Oliveira

O presente capítulo objetiva problematizar a construção da exclusão e da desfiliação social pelo neoliberalismo como tática de gestão das subjetividades e instrumentalização das relações sociais a favor de uma máquina despótica do capital. Neste aspecto, Deleuze e Guattari (2011) alertaram para os microfascismos que marcam os modos de produção da sociedade e das subjetividades no capitalismo mundial integrado. O controle social dos pobres e das pessoas que ameaçam a ordem securitária do mercado é a égide de processo de subjetivação marcado pela expansão do mercado e das capturas que este produz no contemporâneo.

A partir dos anos 1990, com a abertura do mercado econômico, o sistema capitalista impôs a internacionalização financeirizada. Avanços tecnológicos, expansão na industrialização, criação de blocos econômicos e políticos acabaram pressionando pela diminuição do poder do Estado, subordinação da identidade nacional em função do utilitarismo internacional: “Disso resulta a perda da autonomia dos Estados para os grandes centros internacionais, no que tange às ações de definição da política econômica e de alocação de recursos” (SPOSATI, 1997, p. 12).

Com a abertura do mercado, o ideal de um Estado Democrático, proposto na Constituição Federal, se vê confrontado

quando posta em prática, pela primeira vez, no século XIX. Um poder sutil, um inimigo que cresce no interior do tecido social, que ameaça a relação de produção, reduz o poder de Estado e sua participação se torna mínima na gestão nacional, em decorrência das pressões selvagens do mercado imposto pelo capitalismo, um quadro preocupante para garantia dos direitos políticos. Por consequência, as pressões vindas de fora em decorrência da competição internacional afetam o emprego e aumentam os gastos do governo – que afetam diretamente os direitos sociais. Contrapondo-se às leis complementares, diante das pressões do capitalismo e do neoliberalismo globalizado, as ações de governo aos direitos sociais voltam a estimular o assistencialismo, com ações pontuais, fragmentadas, programas seletivos “de segunda”, ajudas circunstanciais, com foco no combate à pobre e extrema pobreza – eleição dos mais pobres dentre os pobres (YASBEK, 1997).

Este corte nas ações, em atender somente aos pobres, volta a ter condição de devedor de um favor, de focar mais os pobres, as pessoas pobres, os municípios pobres, as regiões pobres, isto é, financiar e desenvolver ações voltadas ao populismo, contrapondo-se a ações garantidas na Constituição Federal de 1988. São ações sociais com princípios do neoliberalismo (YASBEK, 1997). Volta-se ao viés da doação e da bondade e não do direito, da cidadania. Não adianta apenas melhorar a situação financeira de cada um, isso não significa consequências de ações democráticas, de fazer viver a pluralidade política – social, de participação e consciência da questão social. Não faz sentido o cidadão dizer apenas sim ao consumismo, às tecnologias, ao emprego. Esta escolha pode excluir o sentido de pertencer em alguma comunidade, de perder noção de pertencimento.

Castel (1998) exemplifica a falta do pensamento coletivo através dos jovens dos subúrbios, típicos desfiliaados da sociedade, usuários de droga, completamente individualizados, sem vínculos

familiares e das relações de trabalho, para ter algo a transmitir por gerações. Na realidade, “seu corpo é seu único bem e seu único vínculo” (CASTEL, 1998, p. 603). “Uma sociabilidade regida apenas pela preocupação do “bem-estar” desune os homens, isolando-os dos outros e fazendo com que percam a noção do que é comum” (ROSENFELD, 1994, p. 38).

Por conseguinte, essa abertura de mercado parecia ser, em tese, uma forma democrática de aplicar as leis econômicas no mercado internacional. Um liberalismo econômico com a possibilidade de exclusão de monopólios, cartéis e corporações (SILVA, 2004). Entretanto, o liberalismo tem uma dinâmica cheia de contradições. De um lado, o livre acesso ao trabalho. De outro, a impossibilidade de assegurar trabalho a todos. É um engenho ardiloso e selvagem, porque oculta a legítima finalidade de oferecer o livre exercício do trabalho – a liberdade de profissão gera individualismos formidáveis (SILVA, 2004).

Todavia, assegurar o trabalho a todos é ser incoerente com os próprios princípios do neoliberalismo. Esta racionalidade neoliberal prega intervenção mínima do Estado no mercado. Quem dita as regras e legitima ações na relação de produção, no trabalho, no salário, é o mercado, e não o Estado: “Portanto, podemos dizer que uma das primeiras lições ditadas pela forma democrática da República é a de não confundir um ‘livre acesso ao trabalho’ com o ‘direito ao trabalho’” (SILVA, 2004, p. 16).

NEOLIBERALISMO E PRÁTICAS DE CONTROLE SOCIAL

Foucault (1986b) demonstra que esse poder de gerir a vida inicia por volta do século XVII e continua no século XVIII,

dividindo-o em dois polos: um deles considerou o corpo como máquina; um corpo obediente, adestrado, útil, lucrativo, corpo manipulado e controlado pelos dispositivos econômicos – disciplina do corpo. O corpo do homem como máquina reina a docilidade. É um corpo analisável, manipulável. Ele pode ser modificado, deslocado, transformado e aperfeiçoado. Em outro polo, considerou o corpo como espécie; um corpo mais biológico, relacionado mais ao controle da natalidade, da mortalidade, da longevidade e da saúde – regulações da população. Não tem como considerar o poder sobre a vida, se o corpo não for estudado a partir desses dois polos (FOUCAULT 1986b). Já que a medicalização atua através desses dois poderes em toda totalidade do corpo social, o que vem a ser poder? Qual entendimento em relação ao poder? Foucault (2015, p. 100-101) defini o poder:

Como uma multiplicidade de correlações de forças imanentes ao domínio onde se exercem [...] o jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes, as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de forças encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas, [...] as estratégias em que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação da lei, nas hegemonias sociais. [...] não dever ser procurada na existência primeira de um ponto central, num foco único de soberania.

O poder não se materializa ao nível de um bem que se ganha, se empresta, se troca; mas forças que se locomovem de vários pontos, que atam em malhas, que formam redes, que não tem a função de proibir, e sim, de produzir, que atravessa a totalidade do tecido social (FOUCAULT, 2015). Sendo assim, para Foucault (2015), o poder anátomo-político do corpo humano – que tem o

corpo como foco, para adestrar e tornar suas habilidades e aptidões mais apuradas para produzir e ser eficaz ao sistema econômico – e o poder de intervenções e os controles da população – que têm como o foco não só o corpo, mas corpo como espécie; a proliferação dessa espécie; a demografia; a análise estatística dos índices de mortalidade relacionados aos de natalidade, de fecundidade, de longevidade, de saúde e doença; o uso dos saberes da estatística, da medicina, da educação para calcular esses índices; o controle do cotidiano pela escola, pelo exército, pelos hospitais.

Com intuito de normalizar esta espécie, em nome da segurança e da economia, formam o que Foucault (2015, p.150) denominou de biopoder: “As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida”. Um poder importante para o desenvolvimento dos sistemas liberal, neoliberal e capitalista, por ajustar os fatores e os índices da população à economia, observado por Foucault (2008, p. 389), em “Nascimento da Biopolítica”, que “deve-se governar com a economia, deve-se governar ao lado dos economistas, deve-se governar ouvindo os economistas [...]” (FOUCAULT, 2008, p. 389).

Silenciar é interditar a fala, é filtrar o discurso, é desautorizar quem fala ou o que fala, ou quando fala, é permitir que uns falem e outros, não; ou que uns falem pelos outros; é impedir a circulação das falas, é excluir enunciados com a finalidade de fragilizar a resistência, de fracassar a força política, de desestabilizar e desqualificar lutas políticas (LEMOS, 2014). O poder disciplinar, diferente do poder soberano – cujo centro é o rei – centraliza suas ações e intervenções nos corpos dos sujeitos individualizados com a finalidade de adestrá-los e torná-los obedientes aos procedimentos disciplinares para aumentar o potencial produtivo de cada indivíduo, para que ele se aproprie cada vez mais de suas habilidades, torná-lo útil, manipulável para usar, para transformar e para aperfeiçoar, e

que se torne rentável e lucrativo ao mercado consumista, e assim, desenvolver a economia, expandir a educação e elevar a moral pública, utilizando para isso as instituições de disciplina, como fábrica, escola, prisão, quartel: “A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência)” (FOUCAULT, 1986b, p. 126).

O que Foucault (1986b) ressalta nesta concepção de docilidade do corpo ou o corpo como objeto de investimentos é, em primeiro lugar, a escala do controle, na qual o corpo é trabalhado detalhadamente, cada um dos seus movimentos, gestos, atitudes e rapidez: “[...] A disciplina é uma anatomia política do detalhe” (FOUCAULT, 1986b, p. 128). Em segundo lugar, o objeto do controle, cujo exercício é a única cerimônia que importa. Portanto, estes dois métodos – de trabalhar o detalhe e o de exercitar - permitem o controle do corpo e imposição da docilidade ao corpo. E é o que ele passa a denominar de disciplinas.

Disciplinas tornam-se a fórmula da dominação dos corpos, muito comuns em instituições fechadas como conventos, escolas, exércitos, hospitais, abrigos. No entanto, num contexto diferente do poder soberano sobre os escravos, sobre os empregados, sobre seus feudos, não é um a relação de dominação contínua, um poder de obediência ao trabalho, ao outro, uma verticalização de um sobre o outro (FOUCAULT, 1986b).

Mas, disciplina para Foucault (1986b) é a manipulação que se faz sobre o corpo. Não qualquer manipulação. Manipulação que trabalha nos detalhes do corpo. Recondiciona o corpo não somente a fazer o que se quer, mas como fazer, quando fazer, qual ritmo utilizar, de que forma fazer. Ela cria um corpo disciplinado para ser obediente e dócil aos comandos, mas ao mesmo tempo, ser potente, saudável e incansável.

A disciplina aumenta as forças do corpo (em termo econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Ela dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma aptidão, uma capacidade que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita (FOUCAULT, 1986b, p. 127).

Ora, se este poder usa de manobras, de sutilezas, de requinte para manipular o corpo, não tem como ser um poder central, único, de uma só direção, de cima para baixo hierarquizado, de um rei para com seus súditos; mas está em todo lugar, nos centros, nas periferias; em todas as direções, vertical, horizontal; produz e multiplica-se em todo corpo social. É, ao mesmo tempo, um poder que tem eficácia apenas na sua invisibilidade, sendo visível somente nos corpos sujeitados, no que Foucault denominou de sua forma terminal, para que permanentemente esse poder possa funcionar e manter a sujeição (FOUCAULT, 1986b).

Silenciam as diferenças, invalidam os aspectos culturais e sociais, retiram a individualidade das pessoas, vidas são anestesiadas, negam o pensar e o problematizar, emudecem os aspectos subjetivos; tudo em nome da ordem social, da paz e da segurança (LEMONS, 2014). Majorar o poder significa redução do custo do poder. A economia do poder é decorrente da diminuição da resistência, da revolta, do descontentamento da população (FOUCAULT, 2010). Certamente, o liberalismo quer abolir a simbologia de pertencimento a uma comunidade, localidade, a uma terra. Terra como propriedade, cujos privilégios eram corporativos e não dos trabalhadores individuais. O liberalismo quer invalidar esses “arcaísmos” e fazer da propriedade e do trabalho, uma mercadoria (CASTEL, 1998).

Ao longo do século XIX, a liberação selvagem do mercado, imposta pelas novas regras de modo de produção capitalista, provocou uma desregulação da organização do trabalho. Em realidade, a principal característica dessa desregulação foi a apropriação das forças produtivas em novas relações de produção. Portanto, um dos elementos que precipitará a formulação [...] é seguramente uma organização do mundo do trabalho (SILVA, 2004, p. 17).

Na sociedade salarial, tem-se uma nítida separação entre o trabalho e o não-trabalho; entre os que trabalham e os que não trabalham. É a clivagem de capazes-incapazes de trabalhar, os que necessitam de socorro e os outros: “Portanto, o trabalho é mais que um trabalho, e o não-trabalho é mais que o desemprego” (CASTEL, 1998, p. 496). Quem não tem trabalho é excluído, se torna um desfilado, socialmente falando. Nesta sociedade, o trabalho é imperativo, ainda que ele seja precarizado, sem garantias e direitos, com contrato vulnerável e vinculado ao estatuto liberal-competitivo (CASTEL, 1998). Como diz Montesquieu: “Um homem não é pobre porque nada tem, mas é pobre porque não trabalha”.

Não ter emprego não apenas aumenta praticamente em toda parte a probabilidade de ser colocado em prisão preventiva, e por prazos mais longos. Mais ainda, para um mesmo tipo de infração, um condenado sem trabalho é posto atrás das grades com mais frequência do que punido com uma pena com sursis ou uma fiança (WACQUANT, 2001, p. 107).

Sociedades que são baseadas nas relações de mercado ou nas relações salariais tendem a perder o poder de integração social,

a enfraquecer a política social, dificultar o acesso livre ao trabalho, aumentar o desemprego e reproduzir a vulnerabilidade de massa, precarizar as relações de trabalho (CASTEL, 1998). Mais do que isso, visa normatizar o trabalho assalariado precário (WACQUANT, 2001). A caracterização essencial de uma sociedade e de um Estado moderno, com fundamentos na mercadorização, é apenas a acumulação de riquezas e o bem-estar material (ROSENFELD, 1994).

Cria-se neste meio um “racismo antioperário”¹⁶. Não apenas direcionando este termo aos que trabalham nas fábricas, no submundo social e que, por isso, refletem a noção de que são perigosos ou criminosos. Mas, inclusive, pelas condições de trabalho desprezíveis, degradantes em que estes operários se encontram. São pessoas que estão na fronteira da associabilidade. Na fronteira do crime. O perigo para eles não é estar no crime (CASTEL, 1998). Mas, por que a relação com o trabalho na sociedade salarial ocupa espaço tão importante, se durante muito tempo a condição do assalariado era visto como desvantagem, como condição análoga à escravidão, como fracassado, “indigno e miserável”? Então, como o assalariado transpôs a condição negativa de desvantagem para a condição positiva de ser a base da sociedade salarial moderna (CASTEL, 1998)?

Alguém era um assalariado quando não era nada e não tinha nada para trocar, exceto a força de seus braços. Alguém caía na condição de assalariado quando sua situação se degradava: o artesão arruinado, o agricultor que a terra não alimentava mais, o aprendiz que não conseguia chegar a mestre (CASTEL, 1998, p. 21).

¹⁶ Racismo antioperário: termo usado por Castel (1998) como amplamente difundido entre a burguesia do século XIX. “Classes laboriosas, classes perigosas”.

Na época feudal, as sociedades eram entrelaçadas pelos vínculos de sangue, de relações próximas, de vínculos familiares ou no máximo de vizinhança. Todos se conheciam relativamente. Dentro das comunidades existia uma interdependência de laços e de necessidades. De solidariedades e de obrigações. Na sociedade feudal, a relação entre as famílias era horizontal. A única relação vertical era com o seu senhor feudal. Entre eles, ainda não existia a figura do Estado, de instituições especializadas para provimento das necessidades, como hospitais, escolas, abrigos. As famílias se autogerenciavam, se autoabasteciam, se autoserviam (CASTEL, 1998). Essas sociedades são denominadas por Castel de Sociabilidade Primária, são sociedades sem social, cujas:

[...] formas estáveis de relações acompanham a realização dos principais papéis sociais na família, na vizinhança, na divisão do trabalho e permitem a transmissão da aprendizagem e a reprodução da existência social (CASTEL, 1998, p. 49).

Isto nos faz pensar como se fosse uma comunidade integrada em si, rica em solidariedade, unida nos direcionamentos políticos e econômicos, com inter-relacionamentos entre os indivíduos de forma combinada. No entanto, ainda que possa ser dotada de todos os itens, seu processo de integração é primário, e, portanto, é limitado, isto é, não existe nessa comunidade instituições burocráticas que se assemelham aos direitos sociais previdenciários, para casos de extrema pobreza, fome, acidentes, doenças, sequelas, aposentadoria, desequilibrando assim, as redes de integração

primária (CASTEL, 1998). Aqui, surge o que Castel (1998) denomina de desfiliações¹⁷.

CRITÉRIOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EM UMA SOCIEDADE EMPREENDEDORA

As pessoas chamadas de necessitados passam a ser atendidas, não mais pela sua sociabilidade primária, e sim pela sociabilidade secundária – estrutura mais sofisticada de atendimento a partir de uma perspectiva do controle social, instrumental e utilitarista, baseada na normalização articulada à moralização dos corpos e condutas. Os atendimentos não são mais realizados nas casas, nas comunidades, mas em locais designados como instituições sociais, hospitais, abrigos. E são atendidos por profissionais que possuem alguma especialidade (CASTEL, 1998).

As questões de especialização, da profissionalização, da institucionalização, da discriminação das populações a atender, estruturam até hoje a organização do campo social-assistencial (CASTEL, 1998, p. 60).

Não somente há somente critérios para escolher os que irão atender a estas instituições especializadas, mas também, há critérios

¹⁷ Castel (1998) não utiliza o termo excluído, porque para ele “a exclusão é estanque”. Como se o excluído fosse um título de uma casta e não uma condição; o termo “designa estados de privação. É um estado. Não é situacional. Não depende de circunstâncias para mudar sua situação.”. Enquanto que a desfiliação é “não ratificar uma ruptura, mas reconstituir um percurso. Desfiliação é o mesmo de desqualificado, dissociado e invalidado socialmente” (CASTEL, 1998, p. 26).

para os que serão atendidos: quem poderá ser atendido e quem não será atendido. Alguns serão rejeitados e outros serão auxiliados.

Os critérios podem depender da conduta moral nas comunidades e depender da domicialização, que é o atendimento disponibilizado apenas aos que pertencem à comunidade. Para a assistência, o pertencimento a uma comunidade é essencial – ela vincula ou rejeita de acordo com o pertencimento comunitário: “O social-assistencial mantém uma relação estreita com a territorialização. Ela depende do domicílio para o atendimento” (CASTEL, 1998, p. 60). Além do nome e da família, precisa ter território: endereço.

Nenhum homem é verdadeiramente cidadão se não é proprietário. O que é pátria? O solo onde se nasceu. E como amá-la se não se está ligado a ela por nenhum vínculo? A propriedade é o que funda a existência social, porque encastra e territorializa (CASTEL, 1998, p. 392).

Outro fator inerente é a condição de ser “pobre” ou a sua inaptidão para autogerir, para trabalhar e sustentar sua família: “A assistência acolhe preferencialmente aqueles que são carentes” (CASTEL, 1998, p. 59). Aqui, o que se tem em comum é que todos são incapazes para suprirem, por si mesmos, suas necessidades básicas, porque não possuem trabalho. O primeiro direito do homem é o direito à vida, porém, para que esse direito à vida tome forma social aos trabalhadores, é imperativo o direito ao trabalho. Em outras palavras, da mesma forma que os ricos necessitam do direito à propriedade para “sentirem-se vivos”, o sofrimento do trabalhador só cessa com aquisição do trabalho (CASTEL, 1998).

Isso significa que é “necessário encontrar uma fórmula de governo que prepare com arte um certo lugar ao direito do trabalho.” (CASTEL, 1998, p. 347), porque, até hoje, o trabalho continua imperioso. Não só em termos econômicos, mas cultural e psicologicamente. A simbologia dominante que existe na nossa cultura entre ter trabalho é análoga a ser reconhecido socialmente. Logo, não ter trabalho é não ter valor, é não ser útil. Reconhecimento pessoal e status social, outrora, conferidos pelo sobrenome familiar, hoje, são atribuídos pelo trabalho conquistado: “O trabalho, e sobretudo, o trabalho dominante assalariado, não é o único trabalho socialmente útil mas se tornou sua forma dominante” (CASTEL, 1998, p. 580), e “Por isso, o desemprego é seguramente, hoje, o risco social mais grave” (CASTEL, 1998, p. 584).

Estas duas condições – a domiciliação e a pobreza por incompetência em se autossustentar – são uma espécie de “modelo ideal da assistência”, para recebimento de auxílio. A ideia é dar proteção e defesa aos próximos, aos não estrangeiros, aos homólogos, que se encontrem afastados socialmente e incapazes de se prover (CASTEL, 1998). Mas, num sistema liberal e capitalista, a assistência trata a pobreza numa contradição insolúvel. Como diz Castel (1998), de um lado, a ajuda ao “pobre”, “desempregado”, “inútil”. De outro, um beneficiário sem trabalho. Não porque não queira trabalhar, mas por não ser selecionado a ocupar num campo de trabalho. Não por serem portadores de alguma incapacidade ou doença, mas por serem considerados inaptos para preencherem vagas de emprego.

Este panorama comum da assistência leva para um paradoxo no trato ao beneficiário: “A assistência apresenta e reitera a exigência da incapacidade de trabalhar para ter o benefício dos auxílios, e também amiúde a adapta e a trai” (CASTEL, 1998, p. 92). É o que tem acontecido com os auxílios de renda provisória, tais como os que ocorrem por meio de bolsas na assistência social, pois

a referida política forja alguém que depende de uma renda do Estado e, ao mesmo tempo, estimula estes beneficiários a se subjetivarem como aprendizes de empreendedores por cursos profissionalizantes que visam ensinar usuários de políticas sociais e se tornarem empresários de si. Neste plano, há uma dupla direção: beneficiado e empreendedor, paradoxalmente. Donzelot (1986) já sinalizava que na relação entre ricos e pobres sempre há uma dependência do segundo em relação ao primeiro. O perigo se encontra no pobre sempre esperar do rico por uma caridade ou uma repressão, por um dom ou uma ordem. Mas esta é a intenção do rico, de uma relação de dependência e não de atribuição de direitos políticos, de “influência legítima”.

É difícil fazer com que o homem pobre compreenda que as vantagens do homem rico lhe conferem, não um poder material, mas sim uma influência moral legítima, quando não existe o exercício dos direitos políticos (DONZELOT, 1986, p. 64).

Seguramente, as políticas sociais tendem a fracassar. Suas ações não contínuas. Sofrem solução de continuidade. Não são elaboradas com base em ações a longo prazo. Mas num viés moralizante. Enquanto estiverem em pauta as ações voltadas para mendigos, jovens negros, crianças abandonadas, doentes e inválidos, a tendência não é “levar a sério”, não é investir em uma política com a finalidade de garantir direitos sociais. Mas para sonegar a cidadania. Para vigiar e conduzir pessoas. Para seduzir e controlar população. É a era do Biopoder. São estratégias de poder para agir sobre os indivíduos e transformá-los em corpos dóceis, obedientes,

sem resistências e críticas. Assim, são as instituições totais¹⁸, como hospital, manicômio, asilo, escola, exército, indústrias. Instituições cujo poder disciplinar protagoniza suas ações. Há um enclausuramento do espaço, exige-se obediência às regras, há ordem, dominação e vigilância (FOUCAULT, 1986b).

Por exemplo, instituição hospital, que tem como objetivo protagonizar cuidados aos doentes, constitui instituições que utilizam essencialmente práticas médicas. Práticas essas que geram ideia de dor, morte, rejeição e abandono (FOUCAULT, 1986b). Hoje, utilizando o fundamento da medicalização, o cuidado passa a ter simbologia terapêutica. As práticas médicas – sejam práticas da psicologia, do educador físico, da fisioterapia, da estética, do consumismo – passam a ter ideia de saúde, longevidade, higiene e limpeza. Assim, é também a instituição escola: “um operador de adestramento, imperativo de qualificação, formador de militares e obedientes, e imperativo de moralidade” (FOUCAULT, 1986b, p. 155).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As instituições de assistência social operam pelo mesmo viés disciplinador, biopolítico e precarizante pela mediação dos processos de inclusão-excludente, pela desfiliação social e/ou empreendedor local. Os equipamentos da assistência social que visam proteger socialmente podem se tornar instrumentos de

¹⁸ . Goffman usou esse termo na obra “Manicômios, Prisões e Convento” (2015, p. 11). Goffman relata que: “Uma Instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada.” Fechamento com caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo.

controle e violação de direitos e, assim, produzirem efeitos de adestramento dos corpos, ao criarem modos indivíduos, vigiando-os e tentando utilizar políticas sociais para os submeterem à docilidade política, portanto, a uma anestesia política.

Os processos punitivos não se resumem apenas ao encarceramento, ao aprisionamento em instituições punitivas, mas a uma vigilância rigorosa, detalhada das famílias e dos bairros periféricos, “incivilizados”. “Dispositivos panópticos” cada vez mais sofisticados e intrusivos, diretamente integrados aos programas de proteção e assistência (WACQUANT, 2001, p. 122).

Torná-los obedientes, sem críticas, sem questionamento, sem criatividade. Disciplinar e controlar indivíduos ditos violentos e agressivos. Embotar os humores e emoções para que não venham a multiplicar conflitos e divergências. Enfim,

[...] as instituições disciplinares produziram uma maquinaria de controle que funcionou como um microscópio do comportamento [...] (FOUCAULT, 1986b, p. 156).

[...] para que se submetam todos ao mesmo modelo, para que sejam obrigados todos juntos à subordinação, à docilidade, à atenção nos estudos e nos exercícios, e à exata prática dos deveres e de todas as partes da disciplina. Para que todos se pareçam; [...] não visa nem a expiação, nem mesmo exatamente a repressão [...]. Ela compara, diferencia, hierarquiza, homogeneiza, exclui. Em uma palavra, ela normaliza (FOUCAULT, 1986b, p. 163).

Por que os pobres e “vagabundos” incomodam tanto as sociedades? Por que se tornam o centro das viabilizações para dizimá-las? E qual a população que ocupa as zonas de vulnerabilidade? Quem são esses que precisam ser normalizados, padronizados e vigiados? Castel (1998) traz homologia às denominações como “inúteis para o mundo” ou o termo “vagabundo” utilizado na época da Revolução Industrial, ou, então, os “inempregáveis” de hoje.

Mas, realmente, quem são os vagabundos? Perigosos e predadores que vagueiam pelas margens da ordem social, vivendo de roubos e ameaçando os bens e a segurança das pessoas? É assim que são apresentados e é isso que justifica um tratamento fora do comum: romperam o pacto social – trabalho, família, moralidade religião – e são inimigos da ordem pública. Alimentado na origem pela precariedade da relação com o trabalho e pela fragilidade das redes de sociabilidade. (p. 128) [...]. Este é um drama da miséria mas, também, da dessocialização. O vagabundo vive como se estivesse deixado de habitar este mundo (CASTEL, 1998, p. 133).

Quem são os vagabundos? Para Castel (2011, p. 66): “São insetos vorazes que infectam e que as devastam, devorando diariamente a subsistência dos agricultores. Eles são, sem usar de meias-palavras, tropas de inimigos.” São vagabundos, porque o trabalho que têm é imprevisível, sazonal, “bicos”, não é formal, provável. Ou não conseguem garantir sua própria independência social, não conseguem prover o seu próprio sustento. E não têm trabalho porque o sistema que coexiste nas relações de produção e trabalho só atua nos padrões de concorrência salarial (CASTEL, 2011).

É perceptível que até hoje, a convivência com pobres e vagabundos incomoda os “não pobres”, os “não vagabundos”. A periferia incomoda o centro, porque o centro é o reflexo do que acontece na periferia. A trajetória de uma se entrelaça a da outra, a dinâmica de uma gera tensão na outra. Não tem como separar os dois mundos ou como dar autonomia a uma ou a outra. Só há possibilidade de tecer um quadro, cujo centro e as periferias tenham fios conjugados. E neste âmbito, as zonas de vulnerabilidade se encontram em posição estratégica, pois delas esvai-se a condição estável ou frágil de uma sociedade (CASTEL, 1998).

É nessa relação encoberta do centro com a periferia que se deve agora tentar fazer aparecer. A lição poderá valer também para os dias de hoje: o cerne da problemática da exclusão não está onde estão os excluídos (CASTEL, 1998, p. 143).

Tudo, com a finalidade de “devolver” a estabilidade social. Como diz Foucault (1986b, p. 153):

A disciplina fabrica indivíduos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício. Não é um poder triunfante. É um poder modesto, desconfiado, que funciona a modo de uma economia calculada, mas permanente. Procedimentos menores, modalidades humildes, se compararmos aos grandes aparelhos do Estado. Mas vão pouco a pouco invadir essas formas e modificar-lhes os mecanismos e impor-lhes seus processos.

Para Castel (1998), ao diminuírem ou pelo menos controlar a dimensão destas zonas de vulnerabilidade, pode-se ter uma estabilidade na estrutura social. Mas, caso contrário, se estas zonas estiverem em expansão, como no caso do Brasil, fragilizam ou até desfazem os direitos fundamentais constitucionais e demais direitos – como os civis, sociais, políticos, trabalhistas – conquistados, até então, além de fomentar conflitos e perturbação da ordem: “A vulnerabilidade é um vagalhão secular que marcou a condição popular com o selo da incerteza e, mais amiúde, com o do infortúnio” (CASTEL, 1998, p. 27). Por isso, as intenções em vigiar, disciplinar e medicalizar essas zonas de vulnerabilidade são permanentemente utilizadas, para permitir o controle e a obediência dessa população.

REFERÊNCIAS

CASTEL, R. **A discriminação negativa: cidadão ou autóctones?** Petrópolis: Editora Vozes, 2011.

CASTEL, R. **A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise.** Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1987.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário.** Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores.** Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2009.

COIMBRA, C. M. B. **Guardiões da Ordem: uma viagem pelas práticas *psi* no Brasil do “Milagre”.** Rio de Janeiro: Editora Oficina do Autor, 1995.

DANTAS, J. B. **Tecnificação da vida**: uma discussão sobre o fenômeno da medicalização na sociedade contemporânea. Curitiba: Editora CRV, 2014.

DE MARCO, P. S. Estado, políticas públicas e participação pós Constituição de 1988. **Cadernos ABONG**, n. 19, 1997.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O anti-édipo**: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Editora 34, 2011.

DONZELOT, J. **A Polícia das Famílias**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1986.

DRAIBE, S. M. “Ciclos de reformas de políticas públicas em ambiente de consolidação da democracia: a experiência brasileira recente de reforma dos programas sociais”. **Cadernos de Pesquisa**, n. 64, 2005.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade – I**: A Vontade do Saber. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2015.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986a.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **Os Anormais**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**: Nascimento da prisão. Petrópolis: Editora Vozes, 1986b.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2015.

LEMOS, F. C. S. “Práticas de governo das crianças e dos adolescentes propostas pelo UNICEF e pela UNESCO: inquietações a partir das ferramentas analíticas legadas por Foucault”. **Revista Psicologia e Sociedade**, vol. 24, 2012.

LEMOS, F. C. S. *et al.* “Governamentalidade neoliberais e dispositivos de segurança”. **Revista Psicologia e Sociedade**, vol. 27, n. 2, 2015.

LEMOS, F. C. S. *et al.* “UNICEF e algumas práticas de medicalização das famílias e crianças”. **Revista Polis e Psique**, vol. 4, n. 2, 2014.

LEMOS, F. C. S.; CARDOSO, H. R. J. “A Genealogia em Foucault: Uma Trajetória”. **Revista Psicologia e Sociedade**, vol. 21, n. 3, 2009.

LEMOS, F. C. S.; CRUZ, F. F.; SOUZA, G. S. “Medicalização da produção da diferença e racismos em algumas práticas educativas pacificadoras”. **Revista Profissão Docente**, vol. 14, n. 30, 2014.

LEMOS, F. C. S.; GALINDO, D. C. G.; VILELA, R. “O Empresariamento securitário da vida: o complexo tutelar no mercado neoliberal da saúde”. **Athenea Digital**, vol. 16, n. 2, 2016.

MATIAS, A.; MORAES, M. “Doria quer empregar 20 mil moradores de rua”. **Estadão** [06/01/2017]. Disponível em: <www.estadao.com.br> . Acesso em: 10/08/2022.

POGREBINSCHI, T. “Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder”. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 63, 2004.

PRADO, K. F.; LOBO, L. F.; LEMOS, F. C. S. “A História do presente em Foucault e as lutas atuais”. **Revista de Psicologia**, vol. 26, n. 1, 2014.

ROSENFELD, D. L. **O que é Democracia**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

ROUANET, S. P. **O homem-máquina**: a ciência manipula o corpo. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2003.

SORJ, B. **A Democracia Inesperada**: Cidadania, Direitos Humanos e Desigualdade Social. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2004.

SPOSAT, A. “Conjuntura da Assistência Social Brasileira”. **Cadernos ABONG**, n. 19, 1997.

TOROSSIAN, S. D.; XAVIER, M. A. Z. “Contar e Brincar entre a Dor e o Prazer: Intervenção e política no campo da assistência social”. In: CRUZ, L. R.; GUARESCHI, N. M. F. **O psicólogo e as políticas públicas de assistência social**. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B.; FARIAS, L. O. “Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988”. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 14, n. 3, 2009.

WACQUANT, L. **As Prisões da Miséria**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2001.

YASBECK, M. C. “Globalização, precarização das relações de trabalho e seguridade social”. **Cadernos ABONG**, n. 19, 1997.

YASBECK, M. C. Classes Subalternas e assistência social. São Paulo: Editora Cortez, 2015.

CAPÍTULO 9

*Intersetorialidade no Terceiro
Setor e o Papel do/a Assistente Social
Como Articulador de Rede Socioassistencial*

INTERSETORIALIDADE NO TERCEIRO SETOR E O PAPEL DO/A ASSISTENTE SOCIAL COMO ARTICULADOR DE REDE SOCIOASSISTENCIAL

Andréia Alfaz Paulo

Jeize Dias Costa

Discorrer sobre a temática da intersectorialidade e a atuação do Serviço Social como articulador das políticas públicas disponibilizadas pela rede socioassistencial dentro do ambiente institucional do terceiro setor evidencia as dificuldades da práxis profissional dentro destes espaços. Com o desafio de desconstruir a concepção assistencialista atribuída à atuação do/a assistente social relacionada ao atendimento à situação emergencial dos usuários que recorrem ao serviço prestado pelas OSCs (Organizações da Sociedade Civil) no terceiro setor.

A discussão sobre a potencialização da articulação em rede socioassistencial contribui para a desmistificação do conceito de bem-estar, o que fortalece o pensamento crítico da sociedade ao qual garante que os direitos, previstos na Constituição Federal Brasileira, sejam de fato aplicados em prol dos usuários, auxiliando na construção da autonomia e empoderamento dos cidadãos, pois a intersectorialidade como a articulação de saberes e experiências para o planejamento, e a realização de avaliação de políticas, programas e projetos, tem como finalidade alcançar resultados cooperativos em situações complexas a fim de promover a dignidade social (INOJOSA, 2001).

Com o objetivo de refletir sobre a temática o texto vem trazer a necessidade de diálogo do que é de fato a articulação em rede e o

propósito da atuação do assistente social ao garantir aos usuários do terceiro setor os direitos a eles conferidos. Denotando as dificuldades que os profissionais da área social possuem em sua práxis em romper o ciclo caritativo imposto historicamente à profissão.

Assim sendo, valendo-se da metodologia pesquisa bibliográfica, utilizando materiais devidamente registrados e tensionando a contribuir para a fundamentação teórica, aborda-se o conceito de intersetorialidade e rede socioassistencial valendo-se do modo de pesquisa exploratória que trata de temas e conceitos centrais em que o material produzido é insuficiente ou desconhecido, visando propor novas hipóteses e problematizações sobre a temática.

Desta forma principia-se trazer a definição do que é a intersetorialidade nas esferas governamentais e sua aplicação nas políticas públicas em contraponto com produções intelectuais sobre a temática enfatizando o que é descrito na base de seguridade social.

Num segundo momento, discorrerá o alcance desta articulação e o fortalecimento da evidenciação dos equipamentos públicos a fim de garantir aos usuários os direitos mínimos sociais previstos na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 203 e 204 de que a assistência social é garantida a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social.

INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

O conjunto de programas, ações e decisões tomadas pelo governo no âmbito nacional, estadual e municipal, com a participação, direta ou indireta, de entes públicos ou privados que visam assegurar o direito de cidadania para vários grupos da sociedade são chamados de políticas públicas, ou seja, correspondem a direitos assegurados na Constituição Federal de 1988.

Entre estes direitos foi instituído o conceito do que chamamos de tripé da Seguridade Social, ao qual garante o direito à saúde, previdência, e assistência social, assegurando à população os mínimos sociais¹⁹.

A Seguridade Social Brasileira contém na sua formulação, a ideia da intersetorialidade o que se apresenta como um dos maiores desafios no campo das políticas sociais, com base na autora Iamamoto, “há um desmantelamento dos preceitos constitucionais que estabelecem à universalização e a integralidade das políticas de Assistência Social, Saúde e Previdência, sobretudo com a adoção do ideário neoliberal” (IAMAMOTO, 2001).

No campo das produções intelectuais a intersetorialidade é identificada em sua problematização conceitual, pelas teorias da administração pública, nos debates sobre suas finalidades do ponto de vista ético, político e de projetos societários (TUMELERO, 2012).

Já no campo da gestão pública podemos defini-la como estratégia para o enfrentamento das expressões da questão social onde o Estado busca novos formatos de controle social objetivando uma ferramenta de operacionalização deste modelo de gestão e apoio de uma articulação possível entre os diversos atores sociais (gestores, técnicos e usuários). Este conceito incorporado na análise da gestão social fundamenta-se com a descrição de Maia (2005):

[...] um conjunto de processos sociais com potencial viabilizador do desenvolvimento societário emancipatório e transformador. É fundada nos valores, práticas e formação da democracia e da

¹⁹ Visam assegurar as necessidades básicas da população em processo de exclusão e vulnerabilidade social.

cidadania, em vista do enfrentamento às expressões da questão social, da garantia dos direitos humanos universais e da afirmação dos interesses e espaços públicos como padrões de uma nova civilidade (MAIA, 2005).

O debate sobre a intersetorialidade abrange a dinâmica da sociedade e sua história, não ficando restrita apenas a procedimentos administrativos. A práxis da gestão social se concretiza a partir de processos que compreendem a ordem individual e coletiva, implicando em repercussões possíveis de instituir um novo projeto societário.

No estudo das políticas sociais a estratégia de gestão social inclui processos com potencial para o desenvolvimento societário emancipatório e transformador, o que requer um conjunto de ferramentas (metodologias e instrumentos para análise, técnicas de resolução de conflito, monitoramento e avaliação) que auxiliam na função de direção e realização de objetivos e metas como na estruturação e coordenação de redes. Ela se insere como possibilidade de superar práticas que estão desgastadas na relação com os usuários dos serviços estatais, superando o modelo burocrático de administração pública para um modelo de característica gerencial.

Para Burlandy (2004) a intersetorialidade compõe os diferentes setores que constroem, de forma conjunta e pactuada, um projeto integrado destinado a alcançar objetivos mais amplos. Essas ações planejadas incluem identificar os determinantes e os sujeitos incursos no projeto e na formulação das intervenções estratégicas como também no processo de formulação das ações setoriais que impactam diferentes dimensões do problema em um processo técnico e político, possibilitando readequação na caracterização e envolvimento dos sujeitos. Nesse aspecto, a relação entre a

participação, a descentralização, o controle social, e a própria intersetorialidade, têm possibilidades de efetivação:

A qualidade de vida demanda uma visão integrada dos problemas sociais. A gestão intersetorial surge como uma nova possibilidade para resolver esses problemas que incidem sobre uma população que ocupa determinado território. Essa é uma perspectiva importante porque aponta uma visão integrada dos problemas sociais e de suas soluções. Com isso busca-se otimizar os recursos escassos procurando soluções integradas, pois a complexidade da realidade social exige um olhar que não se esgota no âmbito de uma única política social (JUNQUEIRA, 1999).

Quando nos referimos aos diversos setores pensamos que há uma formação de grupos com uma gama de saberes que estão a discutir as problemáticas sociais observando o usuário em sua totalidade, buscando superar esta fragmentação das políticas respeitando as especificidades de cada área (SENHORAS; SENHORAS, 2018), porém não há um consenso em relação à temática uma vez que a influência política partidária e de grupos de interesse vem influenciar as tomadas de decisões tornando as políticas sociais distantes da população. Este modelo de gerenciamento tende a se configurar como assistencialismo, levando a ideia de caridade e não da garantia dos direitos.

ARTICULAÇÃO COM A REDE SOCIOASSISTENCIAL

Faz-se necessário para a compreensão explicitar o conceito de rede socioassistencial sendo o conjunto integrado de ações, da



iniciativa pública e da sociedade, que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos, o que supõe a articulação entre todas essas unidades de provisão de proteção social sob hierarquia de básica e especial, e ainda níveis de complexidade (BRASIL, 2005). A junção de diferentes agentes da política da assistência evidencia a necessidade de articulação territorial, potencializando-a de forma a atender a quem dela precisar com qualidade.

Então, a parceria das organizações sem fins lucrativos na gestão das políticas sociais não apenas inova, mudando a lógica da gestão pública, como também pode introduzir novas formas de gerenciar a política social. Integrar as diversas políticas sociais não apenas aumenta a sua eficiência e eficácia, como também sua efetividade, pois o cliente não é considerado em cada uma de suas demandas, mas na sua totalidade. A gestão intersetorial integra as políticas sociais de um determinado território considerando a sua população e os seus problemas sociais de maneira integrada (JUNQUEIRA, 2004).

No cotidiano da atuação técnica nos ambientes/espços territoriais observa-se a urgência de cada vez mais estarmos articulados e acentuar as garantias de direitos através da política pública, neste caso da assistência social, (...) que se configura como possibilidade de reconhecimento público de legitimidade das demandas de seus usuários e espaços de ampliação de seu protagonismo (PNAS/2004) revendo fluxos, ações, ao tanto de unificar possibilidades para viabilidade de direitos e assim contribuir com o avanço familiar, soma-se de que:

Os serviços de proteção básica serão executados de forma direta nos Centros de Referência da Assistência

Social (CRAS) e em outras unidades básicas e públicas de assistência social, bem como de forma indireta nas entidades e organizações de assistência social da área de abrangência dos CRAS (PNAS/2004).

De acordo com o supracitado, ao terceiro setor, logo a atuação na referida política nos remete a agregar ações, efetivar e expandir o olhar e atendimento aos usuários na sua integralidade. Ao prever os agentes da assistência, quiçá a atuação da Assistente Social posto nos princípios fundamentais do exercício profissional do/a Assistente Social:

Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;

Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;

Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;

Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;

Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;

Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à

discussão das diferenças;

Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;

Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação exploração de classe, etnia e gênero;

Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores;

Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;

Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física (CÓDIGO DE ÉTICA 1993).

Fica visto do quanto este profissional se coloca na condição de articulador e executor o qual lhe cabe e/ou caberia também estabelecer diálogo junto aos equipamentos públicos da sua abrangência territorial de atuação profissional. Potencializa as atividades realizadas, dada na articulação agregando no senso crítico das ações desempenhadas como também propostas diferenciadas que tange atender demais usuários.

Observa-se que quanto mais conhecimento territorial muito mais se consegue articular mediante a rede socioassistencial estabelecida, viabilizando fluxos, acessos e alcance na garantia de direitos daqueles que buscam os serviços. Identificar a rede pública, privada e outros dão condições ao profissional social de intensificar

propostas da instituição assim como elucidar a política pública da assistência social.

Ao prever as ações cotidianas em favor da efetividade da referida política pública é colocado ao Assistente Social o desafio de desconstruir a ideia/prática de assistencialismo e sim enaltecendo a viabilidade de direitos sociais por meio da política pública, através desta e da mediação técnica diante das competências do profissional, preconizado no artigo 4º do código de ética 1993, “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”.

Acionar, estreitar e prever ações conjuntas postas nas suas particularidades de exercício sócio ocupacional, no entanto não se ocultando de estabelecer alinhamentos técnico operativo, dado nos fluxos, encaminhamentos que visem a emancipação humana/familiar. Destaca-se que tais atitudes na abrangência territorial requerem: identificar os equipamentos públicos; associações de moradores; organizações sem fins lucrativos; e outros. Os desafios de conhecer o território de forma alguma se encerram num prévio levantamento, pelo contrário quanto mais inseridos mais apropriação territorial se têm e mais articulações são possibilitadas, conforme posto no dicionário da língua portuguesa que retrata o significado de território: “território sm 1. Terreno mais ou menos extenso; 2. área de um país, província, cidade, etc.; 3. jurisdição; 4. área de uma jurisdição”, ou seja, podemos retratar como uma região ou espaço determinado que será regido, administrado ou conduzido.

O território representa muito mais do que o espaço geográfico. Assim, o município pode ser considerado um território, mas com múltiplos espaços intraurbanos que expressam diferentes arranjos e

configurações sócio territoriais. Os territórios são espaços de vida, de trocas, de relações de construção e desconstrução de vínculos cotidianos, de disputas, contradições e conflitos, de expectativas e de sonhos, que revelam os significados atribuídos pelos diferentes sujeitos (BRASIL, 2008).

Observa-se que a inserção local, viabiliza aproximação da realidade cotidiana dos usuários, visando alterações de estratégias bem como suas reformulações assertivamente. Dessa forma atuamos na perspectiva dos princípios democráticos da política pública da assistência social que defendem:

- i. Supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;
- ii. Universalização dos direitos sociais, a fim de tornar destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;
- iii. Respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e aos seus direitos a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;
- iv. Igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;
- v. Divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão (PNAS/2004).

Os processos partilhados tornam-se educativos a todos os envolvidos, equipe técnica, agentes sociais e os usuários,

acentuando-se os direitos e desvinculando a premissa de favorecimento e assistencialismo. Esta prática permite desenvolver nas pessoas, comunidades, território a compreensão de sua cidadania com seu senso crítico e partícipe, logo, potencializando a postura de busca e cobrança junto ao poder público de sua presença efetiva nas realidades territoriais. A população desde sempre se organiza e reinventa, cabe ao Assistente Social enquanto agente técnico no exercício da referida política pública agregar e qualificar tais iniciativas, mediante formação continuada, articulação com as representatividades do poder público, contatos com o empresariado, OSC e outros, unificando e transformando realidades.

No estreitamento das relações dadas em rede, se faz necessário requerer contatos prévios para agendamento aos equipamentos públicos a fim de conhecimento dos profissionais ali envolvidos que objetiva humanizar os tratos entre agentes sociais para fins também de considerar geograficamente localizações, distâncias e proximidades, pontos importantes para mapeamento do território.

Com o mapeamento territorial é possível identificar as ofertas dos serviços, projetos e públicos para fortalecer as ações existentes, inovar, promover e corresponder com a demanda expressiva dada nos interesses dos atendidos e os não atendidos por falta de vagas. Conta-se em todo percurso com as competências do/a Assistente sociais a sua expertise e atenção para com os perfis e contextos sociais postos na sociedade, comunidade e abrangência territorial. De acordo com o código de ética do Assistente social no título III, capítulo I das relações com os usuários:

Art. 5º - São deveres do assistente social nas suas relações com os usuários:

- a. contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões

institucionais;

- b. garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários, mesmo que sejam contrários aos valores e às crenças individuais dos profissionais, resguardados os princípios deste Código;
- c. democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários;
- d. devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos usuários, no sentido de que estes possam usá-los para o fortalecimento dos seus interesses;
- e. informar à população usuária sobre a utilização de materiais de registro audiovisual e pesquisas a elas referentes e a forma de sistematização dos dados obtidos;
- f. fornecer à população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e as suas conclusões, resguardado o sigilo profissional;
- g. contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os usuários, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados;
- h. esclarecer aos usuários, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional.

Os desafios profissionais são eminentes e requerem do/a profissional além da vontade e esforço os embates para fins de

estabelecer frentes de acessibilidade, de contato com as mais variadas realidades tal qual como com os equipamentos públicos ou privados com a objetividade de agregar, unificar e viabilizar garantias de direitos, empoderando e transformando realidades com iniciativas como: padaria comunitária; ações coletivas entre associações de moradores; oferta de cursos/formações continuadas para jovens, adultos e outras tantas iniciativas oriundas da comunidade.

A coletividade é marcante, pois jovens formam jovens, profissionais de variadas áreas formam outros, realizam preparatório coletivos, campanhas e ações de arrecadação assim como distribuições a partir de parcerias com movimentos sociais e pequenos agricultores familiares, onde se faz possível enxergar a economia solidária, segundo França e Laville (2004).

O termo economia solidária é elaborado no início dos anos 1990 [...] visando dar conta da emergência e do desenvolvimento do fenômeno da proliferação de iniciativas e práticas socioeconômicas diversas, as chamadas iniciativas locais na Europa (FRANÇA; LAVILLE, 2004).

Caminhar e seguir romper com a pressão e imposição do sistema capitalista desafia o profissional social a unificar em vez de separar, promover em vez de limitar, qualificar e potencializar iniciativas em vez de abafá-las. Tais possibilidades aqui indicadas já ocorrem não se tratam de novidades, mas sim de perspectivas de profissionais que estão nessa empreitada e determinados a contribuir no funcionamento territorial, algo já observado pela comunidade através de associações e equipamento público de referência - CRAS. Objetiva-se que ações cotidianas nos espaços sócio-ocupacionais sejam reveladoras e enaltecidas das garantias de direitos mediado

por agentes e entre esses a firmeza de declarar “muito prazer, sou uma/a assistente social”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de não haver um consenso sobre a prática, a intersetorialidade vem questionar o poder público sobre a atuação e efetivação dos direitos da sociedade. Pode-se dizer que a mesma traz em si a observação da dinâmica da sociedade deixando o aspecto burocrático para trás considerando a participação popular e a vasta gama de conhecimentos que possibilitam a garantia de direitos previstas na Constituição Federal assim como o tripé da seguridade que aborda a assistência como direito de quem a dela necessitar, promovendo em sua visão a emancipação do usuário.

Por sua vez a intersetorialidade traz ainda consigo o pensamento político de benefício partidário desvinculando a sua gênese de possibilitar a discussão do enfrentamento das diversas expressões da questão social e um dismantelamento dos preceitos constitucionais (IAMAMOTO, 2001) gerando ainda o pensamento de bemestar por parte do Estado fortalecendo a ideia que a assistência social remete ao assistencialismo.

As realizações de estratégias profissionais que incluem processos de potencialização dos usuários que requerem um conjunto de ferramentas de metodologias, técnicas, monitoramento e avaliação estão em evidência na práxis do/a Assistente Social que luta pela equidade da sociedade e a transformação do pensamento crítico de cada cidadão.

Este profissional enfrenta a dificuldade de intervenção junto a gestores que por vezes não compreendem a importância da temática tendo em seu trabalho o esforço em dobro para que Estado

e sociedade venham a trabalhar juntos compondo um projeto compactuado destinado a alcançar objetivos de dignidade social.

A articulação da intersetorialidade e a rede socioassistencial vêm ao encontro do profissional social como aquele que reconhece a legitimidade das demandas societárias e busca os direitos garantidos através das políticas públicas para implementar ações objetivas que atendam às mesmas e possibilitem a contribuição da emancipação familiar.

Como articulador o/a Assistente Social se fundamenta na dimensão teórico metodológico para embasamento de suas ações assim como o embasamento através de seu código de ética que o permite questionar a atual gestão sobre a efetivação dos direitos e articular com estes sobre os equipamentos públicos e o plano de atuação com os usuários.

Dentre a rede socioassistencial estão os equipamentos de proteção básica e especial (CRAS e CREAS) que por vezes não conseguem atender toda a comunidade e se fazem necessários atendimentos de forma indireta através do terceiro setor (OSC), associação de moradores e pequenos coletivos, a proposta dessa parceria é de tornar mais ágil a gestão das políticas sociais, pois até então era apenas o Estado que realizava essa tarefa. Esta articulação efetiva as agregações de ações e o atendimento do usuário em sua totalidade.

Essa realidade que se instaura na gestão das políticas sociais não se faz sem a avaliação e controle do Estado, pois este, enquanto transfere suas competências e disponibiliza recursos, deve estabelecer um processo de regulação das instituições parceiras. O Estado delega a execução das ações sociais, mas não a sua responsabilidade de garantir os direitos sociais da população (JUNQUEIRA, 2004).

Estas ações possibilitam ao assistente social agregar o senso crítico destes usuários desmistificando a ideia de assistencialismo enraizada na sociedade. Toda e qualquer ação do profissional deve ser feita mediante o estudo territorial e reconhecimentos das reais demandas sociais da comunidade, trazendo consigo o alinhamento técnico operativo em sua práxis.

A articulação vem ao encontro da busca por estreitar a aproximação da realidade do usuário, possibilitando que as estratégias a serem utilizadas de fato venham a surtir efeito, reforçando mais uma vez a ideia de desburocratização das políticas e tornando-as algo concreto e viável, respeitando assim todos os deveres previstos no Código de Ética que rege a profissão.

Apesar de ser um trabalho árduo o estreitamento com a rede socioassistencial e com as ações coletivas vem denotar que é de suma importância “contribuir para viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais” uma vez que estas ações vêm ao encontro de sua realidade e ninguém melhor para questionar estas ações como o próprio usuário, pois este pode dizer com propriedade quais são suas reais demandas e da comunidade ao qual está inserido.

Estas caracterizações possibilitam a transformação das famílias e de suas realidades permitindo que estes se tornem protagonistas de suas histórias assumindo assim um papel central na reconstrução da sociedade civil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Capacita SUAS**: configurando os eixos de mudança. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008. Disponível em: <www.mds.gov.br>. Acesso em: 15/05/2021.



BRASIL. Código de Ética do Assistente Social. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012. Disponível em: <www.cfess.org.br>. Acesso em: 15/05/2021.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Editora Cortez, 2001.

INOJOSA, R. M. “Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional”. *Revista de Administração Pública*, n. 32, 1998.

JUNQUEIRA, L. A. P. “A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor”. *Revista Saúde e sociedade*, vol. 13, n. 1, 2004.

MAIA, M. “Gestão Social: reconhecendo e construindo referências”. *Revista Virtual Textos e Contextos*, n. 4, 2005.

SENHORAS, E. M.; SENHPRAS, C. A. B. M. Políticas públicas: Múltiplas agendas de Roraima ao mundo. Boa Vista: Editora IOLE, 2018.

TUMELERO, S. M. “A intersetorialidade na gestão social de políticas públicas”. *Anais do VI Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social*. São Paulo: PUC-SP, 2012.

CAPÍTULO 10

*O Papel do Assistente Social no
Acolhimento e na Garantia ao Acesso
dos Usuários aos Programas da Rede SUS*

O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NO ACOLHIMENTO E NA GARANTIA AO ACESSO DOS USUÁRIOS AOS PROGRAMAS DA REDE SUS

Ana Carla Madeira de Carvalho dos Anjos Oliveira

Dentro do presente estudo abordamos o papel do Assistente Social no acolhimento e na garantia ao acesso dos usuários aos programas da rede SUS, enfatizamos a importância da informação para toda e qualquer situação em nossa sociedade e alcançamos resultados afirmativos acerca do problema levantado.

O acolhimento e a informação têm sido discutidos de maneira emblemática no campo da saúde e tratado no campo das práticas fundamentadas no princípio da integralidade, no campo da ética e no âmbito da própria política de saúde, particularmente, como diretriz da atual Política Nacional de Humanização.

A informação assume, hoje em dia, uma importância crescente. Ela torna-se fundamental a nível de descobertas e introdução de novas tecnologias, exploração das oportunidades e ainda na efetivação de serviços, principalmente na área da saúde, que é um direito universal de todo e qualquer cidadão.

O acolhimento caminha junto com a informação, pois durante o processo de acolhimento o usuário pode e deve receber as informações devidas ao que está buscando.

O (a) Assistente Social está comprometido (a) diretamente com o ato de acolher, de informar e de garantir direitos, para isso, muitos são os desafios enfrentados, afinal, um profissional que atua na área da saúde lida com a defesa da vida no seu cotidiano.

Queremos chamar a atenção para a ideia de que o acolhimento e a informação devem estar presentes em todas as relações e em todos os serviços e com isso contribuir para o aperfeiçoamento da rede SUS.

DIREITOS DOS USUÁRIOS DE SAÚDE PÚBLICA

Antes do ano de 1988, o atendimento dos hospitais públicos era restrito (BRASIL, 2014), o Sistema público de saúde atendia a quem contribuía para a Previdência Social, era centralizado e de responsabilidade federal, sem participação dos usuários. Quem não tinha condições financeiras dependia da ‘caridade e da filantropia’.

Hoje o sistema público de saúde é para todos (BRASIL, 2014), sem discriminação, desde a gestação e por toda a vida, a atenção integral à saúde é um direito, conforme a Constituição de 1988. Atualmente é descentralizado, municipalizado e participativo, tendo como princípios norteadores: promoção, proteção, recuperação e reabilitação.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1990c) adota o termo ‘resolutividade’, e supõe sua ocorrência mediante a exigência do indivíduo que busca um serviço de saúde para o seu atendimento, ou pelo surgimento de um problema coletivo impactante sobre a saúde da população, e considera que para ser atingido seriam necessários serviços capacitados para resolver esses problemas.

É importante lembrar também dos princípios do SUS que defendem a equidade, a universalização do acesso a bens e serviços relativos às políticas e programas sociais no campo da saúde.

Articulando estes princípios mencionados e as três dimensões que devem compor a prática profissional, podem ser

elaboradas novas possibilidades de acesso e de intervenção por parte do Serviço Social em relação aos usuários do SUS.

No Brasil, o direito de acesso à informação pública foi previsto na Constituição Federal (BRASIL, 1988), no artigo 5º, inciso XXXIII do Capítulo I, dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos - que dispõe:

Todos têm direito a receber' dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado.

Tendo o propósito de regulamentar o direito, foi promulgada a lei nº12.527 (BRASIL, 2011), com direito constitucional de acesso dos cidadãos às informações públicas e seus dispositivos são aplicáveis aos três Poderes da União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Segundo Zhang (1988), o conceito de informação deriva do latim e significa ‘um processo de comunicação ou algo relacionado com comunicação, mas na realidade existem muitas e variadas definições de informação, cada uma mais complexa que outra’. Podemos também dizer que informação é um processo que visa o conhecimento, ou, mais simplesmente, informação é tudo o que reduz a incerteza. “Um instrumento de compreensão do mundo e da ação sobre ele” (ZORRINHO, 1995, p. 15).

A informação tornou-se uma necessidade crescente para qualquer setor da atividade humana e é indispensável mesmo que a sua procura não seja ordenada ou sistemática, mas resultante apenas

de decisões casuísticas ou intuitivas, isso também vem com a globalização.

Por essa razão, a tarefa de manter os usuários informados quanto aos serviços ofertados na área da saúde é de fundamental importância. Dessa forma, com este estudo, poderemos contribuir com pesquisas científicas, cooperando para o desenvolvimento do tema proposto.

Sendo assim no ambiente hospitalar, a intervenção e interação do Assistente Social é primordial para a transferência de informações, pois os resultados esperados que afetam os indivíduos que são atendidos é a sua recuperação. Este profissional deve ser um referencial para pacientes e familiares durante os atendimentos hospitalares, já que a doença pode modificar a perspectiva e a capacidade de enfrentar as dificuldades por parte do doente e seus familiares.

Nos estágios tivemos a oportunidade de presenciar o direcionamento dos programas quanto aos serviços de saúde, com relação ao acesso à informação e o acolhimento executado em um hospital público, nessa experiência observaram-se, então, a dificuldade no repasse de tais informações.

EMBASAMENTOS TEÓRICOS

No ambiente hospitalar, Ferreira (1975, p. 27) diz que ‘acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalho, receber e atender’. A inserção do Serviço Social no campo da saúde de acordo com Bravo (2007, p. 43) deve ocorrer com ‘o intuito de formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde, articulando as suas ações ao Projeto da Reforma Sanitária’.

Observamos que as dificuldades encontradas no acolhimento são quanto a apreensão de seus conceitos por parte dos trabalhadores em saúde. As equipes de saúde frequentemente deparam-se com questões como: Quem acolhe? Qual é o horário do acolhimento? Em qual lugar? Tais perguntas mostram, muitas vezes, a dificuldade, por parte dos trabalhadores, do que vem a ser o acolhimento. O mesmo não pressupõe hora, local ou profissional específico para fazê-lo, devendo a "postura acolhedora" fazer parte das habilidades dos membros das equipes em sua relação com a população, em todos os momentos, facilitando o acesso as informações necessárias. Sendo o conceito de acolher:

Dar ou receber abrigo, proteção, agasalho; ABRIGAR (-SE) [td. : acolher crianças abandonadas] [tda. : Por causa do mau tempo, acolheu -nos em sua casa] [ta.: Os flagelados acolheram-se na escola] 2. Dar ou ter acolhida, hospitalidade; dar ou ter alojamento; HOSPEDAR (-SE); RECOLHER (-SE) [td.: Acolheu os primos vindos da Austrália] (CALDAS, 2014).

No dia-a-dia de um hospital público, as equipes devem se preparar para utilizar a sua infraestrutura de forma criativa, garantindo os pressupostos do acolhimento, adequado às realidades locais. Reconhecer e acolher o desejo do outro não implica na sua satisfação.

A ação resolutiva não se reduz a uma conduta, como aborda Merhy (1994, p. 139), esta afirma que, resolutividade: 'é colocar à disposição do paciente (usuário, cliente) toda a tecnologia disponível a fim de se conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso'.

Dessa forma, as decisões do usuário podem não coincidir com as do profissional, assim Goldim (2002) alerta que quanto melhor o vínculo entre o usuário e o profissional, maior o conhecimento e menores as possibilidades de conflitos de interesse, resultante da Anamnese que se refere especialmente à relação médico-paciente, devido à *anamnese* (do grego *anamnesis* significa recordação) consiste na história clínica do paciente, ou seja, é o conjunto de informações obtidas pelo médico por meio de entrevista previamente esquematizada (UNIFESP, 2014).

A partir destas informações, podemos entender ‘acolher’ como o tratamento de recepção a uma pessoa, desde o ‘Bom Dia!’ ao oferecimento de um assento, um copo de água, etc. A ‘anamnese’ já é entendida como um procedimento da área médica que consiste na entrevista direcionada ao paciente, buscando em sua história de vida os antecedentes que justifiquem seu estado de saúde atual. (UNIFESP, 2014).

Além disso, se faz necessário oferecer condições aos usuários para que sejam protagonistas de sua própria história, o chamado empoderamento que segundo Schiavo e Moreira (2005).

Implica, essencialmente, a obtenção de informações adequadas, um processo de reflexão e tomada de consciência quanto a sua condição atual, uma clara formulação das mudanças desejadas e da condição a ser construída. A estas variáveis, deve-se somar-se uma mudança de atitude que impulse a pessoa, grupo ou instituição para a ação prática, metodológica e sistemática, no sentido dos objetos e metas traçadas, abandonando-se a antiga postura meramente reativa ou receptiva.

De acordo com Soares (2000), quando os usuários se recusam a receber determinado cuidado e tentam exercer sua cidadania,

reivindicando o exercício de seus direitos, geralmente os profissionais da saúde lançam mão de mecanismos disciplinares, desencadeando um processo de recriminações e de não apoio a eles. Os usuários passam a ser rotulado de “cliente chato”, “cliente rebelde”.

Na concepção de Ramos e Lima (2003, p. 124), “o acolhimento deve propiciar um ambiente de relação empática, capaz de identificar e resolver ou direcionar ao ponto de resolução as necessidades do cliente, buscando dar suporte às demandas populacionais que chegam aos serviços”.

Ainda segundo Fracoli, (2001, p. 9-13) ‘o acolhimento é um instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas. É um instrumento, pois deve ser apropriado por todos os trabalhadores de saúde em todos os setores do atendimento’. Assim, não se limita ao ato de receber, mas a uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde.

Dessa forma, ‘acolher’ não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação de necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e a sua transformação em objeto das ações de saúde.

Segundo Merhy (1994, p. 139) os direitos ao acesso a todo tipo de recurso e de ser encaminhado a serviços que disponham de assistência fazem parte do princípio de 9 resolutividade. Este direito foi citado por Merhy (1994) expondo a necessidade de se oferecer toda a tecnologia necessária para a resolução dos problemas do usuário e o encaminhamento a todo e qualquer serviço, na área da saúde, que se fizer necessário.

É importante ressaltar, que a informação visa à educação, ou seja, uma mudança de comportamento, a aquisição de autonomia do usuário, e não simplesmente a orientação informativa. A orientação tem a função de formar cidadãos e não analfabetos informados e entendidos (BORDENAVE, 1994).

Se tratando da prática profissional, Nobre (2009 *apud* BAPTISTA, 2009, p. 17) afirma que as relações que a configuram são complexas. Em primeiro lugar, elas expressam determinado tipo de intervenção no âmbito das práticas sociais, nesse sentido a prática profissional, segundo a autora, situa-se no “[...] âmbito das relações sociais concretas de cada sociedade, abrigando em sua configuração as sínteses do seu movimento histórico”.

Para Nobre, 2009 (2009 *apud* BAPTISTA, 2009, p. 13), a prática social vista como categoria teórica “[...] possibilita o conhecimento e a explicitação do processo pelo qual se constitui e se expressa o ser social, e da dinâmica da construção histórica do mundo humano-social”. Desse modo, pode-se entender que a divisão das ideias ou definições teóricas que compõem a prática social define a concepção do ser social e de toda a dinâmica que envolve a sua vivência.

Sobre a complexidade das relações profissionais e Cotidianas, o Conselho Federal de Serviço Social, em cartilha intitulada “Os parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política de Assistência Social” ressalta:

O Serviço Social como profissão, em sete décadas de existência no Brasil e no mundo, ampliou e vem ampliando o seu raio ocupacional para todos os espaços e recantos onde a questão social explode com repercussões no campo dos direitos, no universo da família, do trabalho e do ‘não trabalho’, da saúde, da educação, dos (as) idosos (as), da criança e dos (as)

adolescentes, de grupos étnicos que enfrentam a investida avassaladora do preconceito, da expropriação da terra, das questões ambientais resultantes da socialização do ônus do setor produtivo, da discriminação de gênero, raça, etnia, entre outras formas de violação dos direitos. Tais situações demandam ao Serviço Social projetos e ações sistemáticas de pesquisa e de intervenção de conteúdos os mais diversos, que vão além de medidas ou projetos de Assistência Social.

METODOLOGIA

Utilizamos como metodologia para este trabalho a pesquisa explicativa descritiva. Segundo GIL, (2011. p 28), “pesquisas explicativas são aquelas pesquisas que tem como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos”. Iremos utilizar o método dialético que consiste na arte do diálogo.

Segundo Gil (2008, p 14), a “dialética fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas e culturais”.

Percorremos as dependências de um hospital público para a realização da coleta de dados pra darmos resposta ao projeto de pesquisa. O mesmo está localizado na Rua Bahia, Bairro Caminho das Árvores.

Para a coleta de dados foram realizadas pesquisas documentais, com o objetivo de darmos resposta de como ocorre o

acolhimento em um hospital público. Houve a realização de mapeamento da rede de saúde pública, sobre os programas e serviços da atenção primária; realizada com equipe da direção do hospital, em número de 02 profissionais, que responderam quais as demandas dos programas e como se dar o acesso a estes serviços, quais são suas potencialidades e fragilidades, etc.

Realizamos a técnica de grupo focal, com usuários dos serviços do hospital público que estavam aguardando consultas médicas, convidamos para a pesquisa o total de 08 (oito) usuários por amostragem, ao explicarmos qual era o objetivo da entrevista, repassamos os termos de consentimento livre e esclarecido.

A utilização deste instrumental deu subsídio para a pesquisa sobre os serviços prestados no hospital público, e por sua vez, nos proporcionou desvendar as problemáticas que são vivenciadas nestes serviços e as práticas já estabelecidas e obter sugestões de melhoria quanto aos programas existentes no hospital.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentaremos análises qualitativas da coleta de dados realizada durante a pesquisa. Usaremos também para a análise a técnica SWOT que é uma ferramenta utilizada para fazer análise de ambientes, é empregada em processos de planejamento estratégico, avaliação da situação da organização e de sua capacidade de competição no mercado. No decorrer do processo de coleta de dados, a mesma foi subdividida em três etapas, cuja primeira foi com propósito de analisar como ocorre o acolhimento dos serviços e programas, a segunda sobre o mapeamento dos mesmos, a terceira como se dá os serviços na visão dos usuários em um hospital público.

Análise de pesquisa documental sobre como é executado o acolhimento social em um hospital público

Quadro 1 - Demonstrativo do resultado da pesquisa documental validada com documentos que comprovem a existência de acolhimento social no contexto hospitalar

Dados de Levantamento	Resultado da pesquisa documental validada com documentos que comprovem a existência
Existe Plano Operacional Padrão (POP) de acolhimento do Serviço Social.	-
Como é o fluxo de esclarecimento dos direitos à saúde dos usuários.	-
O registro do acolhimento nos prontuários pelo profissional de Serviço Social (pesquisa <i>in loco</i> no prontuário).	É feito somente para pacientes internados.
Quais Informativos existentes sobre os direitos à saúde, como: TFD; Pacientes de câncer, com transtornos mentais e síndromes em relação ao acompanhante ou responsável.	O único informativo existente encontrado foi sobre o programa TFD.
Como é o acolhimento na admissão do paciente na internação. Existe fluxograma?	-
Após o acolhimento como se dá os fluxos de acessos aos programas da atenção primária. Como é realizado os acompanhamentos pelo Serviço Social.	O mesmo se dar através de prontuários, visitas domiciliares, busca ativa, e retorno espontâneo.
Como é o fluxograma da Rede de Atenção Primária do SUS.	-

Fonte: Elaboração própria. Baseada em: pesquisa documental em Hospital Público (2014).

Mapeamento da rede de saúde pública, sobre os programas e serviços da atenção primária através de quadro

Quadro 2 - Mapeamento dos Programas em um Hospital Público sobre o acolhimento

PROGRAMAS	ACESSO	TÉCNICA	PÚBLICO ALVO	POTENCIALIDADE	FRAGILIDADES
Planejamento familiar	Não tem demanda	Seria atendimento individual	Mulheres, homens e casais em idade fértil	Contraceptivos adequados	Ausência de informação
Pré-natal	Encaminhamento médico e demanda espontânea.	Teste rápido, palestras, vacinas, exames e encaminhamentos para a rede multiprofissional	Gestantes	Execução adequada de tudo que é proposto na técnica de atendimento	Precocidade
Tuberculose	Não há índice	-	Pacientes infectados	Medicação adequada	-
Hanseníase (MH)	Encaminhamento médico e demanda espontânea.	Atendimento individual e 1ª dose assistida	Pacientes infectados	Medicação adequada e consultas periódicas	Resistência ao tratamento por parte dos usuários
Hipertensão	Encaminhamento médico e demanda espontânea	Atendimento individual e orientações sobre a medicação	Pacientes hipertensos e diabéticos	Medicação adequada e consultas periódicas	Negligência ao tratamento por parte do usuário
TFD	Pacientes com laudo médico	Orientações gerais	Pacientes com tratamento fora do município de residência	Informativos e instrução de processos	Ausência de casas de apoio

Fonte: Elaboração própria. Baseada em: pesquisa documental em Hospital Público (2014).

Quadro 3 - Mapeamento dos Serviços em um Hospital Público de grupos prioritários de Risco e Vulnerabilidade

PÚBLICO PRIORITÁRIO	REFERÊNCIA	COMO FUNCIONA	ONDE
Câncer	Hospital Ophir Loyola	Através de agendamento com referência e contra referência	Belém - PA
Síndrome de Down	Ures-Infantil	Através de agendamento com referência e contra referência	Belém - PA
HIV Positivo	URE-DIPE	Demanda espontânea	Belém - PA
Transtornos mentais	Hospital das Clínicas Gaspar Viana.	Agendamentos com referências ou pacientes em surtos.	Belém - PA
Hanseníase	Marcelo Cândia	Demanda espontânea, porém com referência.	Belém - PA
Tuberculose	Barros Barreto	Agendamentos com referência e contra-referência	Belém - PA

Fonte: Elaboração própria. Baseada em: pesquisa documental em Hospital Público (2014).

Quadro 4 - Mapeamento dos Serviços em um Hospital Público

CIDADES PACTUADAS	SERVIÇOS PRESTADOS	POTENCIALIDADES	FRAGILIDADES	ENTRAVES	LIMITES
Paragominas	Neurologia, Traumatologia, Urologia, Cardiologia.	-	-	-	-
Belém	Oncologia, Doenças Infectovirais, Traumatologia, Urologia, Exames, Otorrinolaringologia	-	-	-	-
Marabá	-	-	-	-	-
Castanhal	Exames (Ressonâncias)	-	-	-	-

Fonte: Elaboração própria. Baseada em: pesquisa documental em Hospital Público (2014).

AVALIAÇÃO COM OS USUÁRIOS SOBRE O ACESSO AOS PROGRAMAS E SERVIÇOS OFERTADOS NO HOSPITAL PÚBLICO ATRAVÉS DA TÉCNICA DE GRUPO FOCAL

Para atingir um dos objetivos da pesquisa, que seria avaliar com os usuários sobre como ocorre o acesso aos programas e serviços ofertados no Hospital Público, no que, a coleta de dados demos início com técnica de grupo focal, realizamos o convite aos usuários que estavam aguardando consulta, a participarem da técnica e na obtenção de resposta acerca do problema apresentado no projeto, antes de iniciarmos os questionamentos, informamos qual era o objetivo da reunião, além da aplicação dos termos de consentimento (BRASIL, 2012).

Por sua vez, demos prosseguimento com a entrevista, que deu-se no espaço do hospital municipal, com 08 usuários, sendo que esses mostraram-se com muito interesse e disposição para participarem da técnica.

A princípio ficaram receosos em dar sua contribuição, mas fomos conversando e assim sentiram-se calmos e relataram as suas necessidades, e de que forma as mesma estão sendo suprida pelos serviços prestados pela unidade de serviço de saúde pública.

Posteriormente, houve questionamento sobre a forma de recepção nas dependências do hospital público, então nos relatos dos entrevistados, salientaram que são satisfatórios com a equipe da recepção, mas o ponto crucial que mensuraram é que ‘o tempo de espera pelo atendimento é longo e angustiante’, ficando ansiosos, pois todas as etapas são longas, com relação a todos os atendimentos disponíveis no hospital público, e os serviços oferecidos pelas unidades pactuadas com a mesma, toda esta problemática deixa os usuários apreensivos, possibilitando a interferência e agravamento no quadro clínico dos mesmos.

Segundo Batista, Silva, Elias (2009), o acolhimento consiste em inverter a lógica da organização e funcionamento dos serviços de saúde, partindo dos seguintes princípios: Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. Pois o processo de acolhimento dar-se na escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Com a continuidade da entrevista relataram também que a forma de serem conduzidos os serviços não atende e nem supre todas as necessidades dos usuários gerando um desconforto no ambiente hospitalar, relacionados ao descontentamento dos mesmos, pois relatam ainda que precisam ser adequados os serviços dando maior atenção para os que têm urgência, confirmado com diagnóstico.

Ressaltaram ainda que, com o tempo de espera juntamente com o abalo psicológico, pode levar ao agravamento da patologia. Já com relação ao ambiente físico do hospital, segundo os relatos, estes se encontram em boas condições, havendo até melhorias no ambiente de internação com disponibilidade de centrais de ar e televisores.

Já sobre seus direitos, relataram que não são cumpridas as normas estabelecidas quanto, ao atendimento por ordem de chegada, sendo que alguns usuários são privilegiados por amizades pessoais, por partes de alguns profissionais que se deixam levar pela ausência de profissionalismo.

Também relataram a falta de atenção no momento da entrega dos agendamentos para as consultas e atendimentos, a qual se destina o determinado atendimento, gerando insatisfação. Indicaram

também a carência de acesso à informação com relação aos programas e serviços prestados pela instituição.

Segundo a Constituição Federal, das disposições gerais no Art. 2º a saúde é um direito fundamental do ser humano, dever do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. No § 1º E dever do Estado de garantir a saúde, e também consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Durante o debate houve a participação de todos os integrantes interagindo com as propostas estabelecidas na entrevista. E ainda sugeriram que deveriam ter informativos 16 em murais, para maior acesso à informação dos usuários com os serviços e programas disponíveis na instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados da análise dos dados efetuados no corpo deste trabalho, foi possível identificar a forma de como se dá os serviços e programas em um hospital público. Neste estudo buscamos referencial teórico que nos trouxe subsídios para maior entendimento na abrangência da problemática identificada, e a forma de avaliarmos os questionamentos levantados. Foi possível confirmar a dificuldade existente no acesso a informações para a garantia de direito para com os usuários através de pesquisa documental de como é o acolhimento social em um hospital público, com base nos dados coletados confirmamos nosso levantamento de se faz necessário a implantação de novos seguimentos de trabalhos

como, Plano Operacional Padrão (POP), informatizar e formular panfletos e anúncios para que os usuários tenham maior acesso à informação.

Realizamos mapeamento da rede de saúde pública sobre os programas e serviços da atenção primária e identificamos que existe um padrão de funcionamento, como a pactuação com outras instituições que atendem as demandas encaminhadas pelo município, mas a burocracia e o tempo de espera são os entraves que torna angustiante todo o processo até os usuários terem acesso a estes serviços.

Avaliamos com os usuários sobre o acesso aos programas e serviços ofertados em um hospital público através da técnica de Grupo Focal. Com a realização dessa coleta de dados confirmou-se através dos relatos que existem muitos entraves entre os serviços e os usuários, confirmando mais uma vez a problemática levantada em nosso artigo a respeito da deficiência de acesso à informação e o cumprimento da garantia de direitos dos usuários.

Chegamos à conclusão de que o (a) Assistente Social tem grande importância nesse processo. Este profissional deve montar estratégias para a busca de renovo incessante na garantia de direitos para com todos os usuários, devem acolher e orientar. Sendo assim, no ambiente hospitalar, a intervenção e a interação do (a) Assistente Social é primordial para a transferência de informações, pois os resultados esperados iram afetar positivamente os indivíduos.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Editora Edições 70, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Planalto, 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 05/09/2022.

BRASIL. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Planalto, 2012. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 05/09/2022.

DICIONÁRIO CALDAS AULETE. “Dicionário on-line: o vocábulo acolher”. **Dicionário Caldas Aulete** [2014]. Disponível em: <www.aulete.com.br>. Acesso em: 06/09/2022.

GATTI, B. A. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Editora Líber livro, 2005.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

GOUREVITCH, P.; MORRIS, E. Procedimento operacional padrão: uma história de guerra. São Paulo: Editora Companhia das letras, 2008.

LAKATOS, E. M. Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. São Paulo Editora Atlas, 2012.

NOBRE, E. C. P. R. Competências Profissionais. Valinhos: Anhanguera Educacional 2014.

CAPÍTULO 11

*O Trabalho de Assistentes Sociais
em uma Unidade de Cuidados Paliativos*

O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Tainara da Rosa

Ângela Maria Pereira da Silva

Gehysa Guimarães Alves

Fernanda Maciel Ferreira

Tratar sobre a morte e acompanhar o processo de adoecimento de um paciente, bem como o impacto sobre os seus familiares na perspectiva do cuidado paliativo, surge como uma demanda emergente para os/as assistentes sociais na política de saúde, em especial, em hospitais. O fortalecimento dos familiares e pacientes para o enfrentamento deste processo é fundamental, através do conhecimento sobre cuidados paliativos e da possibilidade de dialogar a respeito da finitude como sendo um processo natural e intrinsecamente ligado à vida. A intervenção do assistente social ganha ênfase nessas abordagens, pois o acesso às informações acerca dos direitos fazem parte desta inter-relação entre os sujeitos implicados.

Assim, torna-se uma contribuição relevante escrever sobre este tema, visto que apesar de crescente, ainda há pouca produção científica devido os cuidados paliativos serem recentes no Brasil. Porém, vem ganhando espaço e se torna ímpar para o meio acadêmico e profissional tais produções científicas, para utilizarmos como um aporte teórico e prático. Diante disso, o objetivo é contextualizar acerca do trabalho de assistentes sociais em uma unidade de cuidados paliativos com usuários internados e seus familiares/cuidadores.



Retratar-se-á essa experiência de estágio em Serviço Social na Unidade Álvaro Alvim (UAA), na unidade de cuidados paliativos, com base na corrente teórica materialista dialética crítica e em autores como Vasconcelos (2009; 1997), Mota (2009), Bravo (2015; 2009), Martinelli (2011; 2007), Iamamoto (2007; 2004), Andrade (2017; 2007), Matos (2020; 2009), entre outros.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência com base em uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, baseado na teoria crítica marxista, a partir de observação participante, considerando as vivências da autora durante o estágio em Serviço Social em uma unidade de cuidados paliativos. Foram utilizados os seguintes instrumentos para o levantamento de dados, além da escuta sensível, observação, grupos com os familiares, distribuição de folder informativo a respeito de cuidados paliativos, registros no diário de campo, análise institucional, relatórios descritivos e condensados, preenchimento de ficha para entrevista e avaliação sociofamiliar, produzidos durante o estágio.

Neste período foram acompanhados 32 pacientes, sendo 17 mulheres(53%) e 15 homens (47%), destes 12 tinham idade entre 60 a 69 anos (38%), 8 com idade entre 50 e 59 anos (25%), 5 com idade entre 80 e 89 anos (16%), 4 com idade entre 70 e 79 anos (13%), e 3 com idade entre 40 e 49 anos (9%), o diagnóstico que mais prevaleceu entre os pacientes acompanhados foi a neoplasia maligna, mais conhecido como câncer, sendo esse entre 29 pacientes (91%), 1 paciente com diagnóstico de Lúpus (3%), 1 com Acidente Vascular Cerebral (3%), e 1 com diagnóstico de Septicemia não especificada (3%), quanto à escolaridade, 15 pacientes possuíam ensino fundamental incompleto (47%), 6 ensino médio completo

(19%), 4 sem escolaridade (13%), 3 com ensino médio incompleto (9%), 2 com ensino fundamental completo (6%), 1 com ensino superior incompleto (3%), e 1 com ensino superior completo (3%), referente a renda destes pacientes, 21 estavam aposentados (66%), 5 não possuíam renda (16%), 4 recebiam auxílio doença (13%), 1 recebia o Benefício de Prestação Continuada (3%), e 1 possuía vínculo trabalhista como servente de escola (3%), sobre a cidade onde residiam os pacientes, 22 em Porto Alegre (69%), 2 em Viamão (6%), 1 em Amaral Ferrador (3%), 1 em Gravataí (3%), 1 em Alvorada (3%), 1 em Capão da Canoa (3%), 1 em Osório (3%), 1 em Campo Bom (3%), 1 em Esteio (3%) e 1 em Guaíba (3%).

Estes dados foram levantados durante o reconhecimento dos usuários em acompanhamento na respectiva unidade de cuidados paliativos. Para esse estudo buscou-se respaldo no pensamento dialético crítico para fundamentar teoricamente o processo de trabalho de assistentes sociais.

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE COMO DESDOBRAMENTOS DA QUESTÃO SOCIAL NA VIDA DE USUÁRIOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Presencia-se um contexto histórico em que as novas descobertas e os avanços tecnológicos na área da saúde permitem com que se viva por mais tempo, à medida que “[...] muitas doenças mortais se transformassem em doenças crônicas, levando à longevidade dos portadores dessas doenças” (MATSUMOTO, 2012, p. 23). Mediante a essa realidade, tem-se a ascensão de uma especialidade chamada “Cuidados Paliativos”. Esta denominação surge como possibilidade terapêutica aos/às pacientes acometidos/as de diagnósticos que põem em risco a vida e se propõe ao alívio da dor e demais sintomas. Também, acolher de forma humanizada os

indivíduos e suas famílias de modo a fortalecer a dignidade das mesmas e a integralidade do cuidado (MATSUMOTO, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu em 1990, revisou em 2002 e mais recentemente em 2017 a definição de “cuidado paliativo” como:

[...] uma abordagem que melhora qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares que estão enfrentando problemas associados a doenças que ameacem a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, sejam físicos, psicossociais e espirituais (OMS, 2017).

Os cuidados paliativos surgiram oficialmente como prática distinta na área da atenção à saúde na década de 1960, no Reino Unido, tendo como pioneira a médica Cicely Saunders (DU BOULAY, 2007). O trabalho dessa médica precursora, que também era assistente social e enfermeira, iniciou o movimento dos cuidados paliativos, que inclui a assistência, o ensino e a pesquisa.

Nessa perspectiva, a autora aponta que Saunders desenvolveu o termo “Dor Total”, quando percebeu que os pacientes que apresentavam dor física, tinham outros problemas associados, como sofrimentos espirituais, emocionais e sociais. Isso tudo, pode afetar o paciente perante o seu núcleo familiar, entre tantas questões que ocorrem durante o adoecimento, assim, se esses não fossem associados e considerados, o controle da dor física não era possível de ser feito.

Esses pacientes precisavam de uma equipe multiprofissional, de modo que todos os aspectos: físicos, psicológicos, espirituais e sociais, fossem vistos na perspectiva da integralidade, e é neste

cenário que apresenta-se a importância do trabalho do assistente social em cuidados paliativos. Pode-se perceber isso, a partir dos relatos extraídos do diário de campo, do paciente D*4(65 anos) com câncer de esôfago, na primeira abordagem particular sobre suas relações familiares, ao referir o distanciamento da família, ele cita entre alguns dos possíveis motivos para tal, o seu uso excessivo de álcool.

Até 1980 éramos muito próximos, mas depois foi como uma panela de pressão, que estourou e cada um foi pra um lado. [...] Antes as coisas eram diferentes (ROSA, 2019).

Na sequência, tratou-se do seu processo de adoecimento e como sentia-se naquele momento:

Estou cansado, com dor. [...] Dor de muitas coisas. [...] É tudo junto (ROSA, 2019).

Assim, podemos relacionar o conceito de Dor Total com a narrativa do paciente, para além do seu sofrimento físico diante da doença, ele nos traz sobre o distanciamento da família, que se faz pouco presente durante a sua internação. Isso se deve às questões de trabalho de alguns, outros por residirem longe, e também devido aos vínculos fragilizados. Para compreender melhor a convivência familiar deste paciente, foram necessários atendimentos a sua companheira, quem mais esteve presente durante a internação.

Desse modo, no campo de estágio, foi perceptível a importância do atendimento integral, uma vez que os atendimentos eram extensivos à rede familiar e socioassistencial no apoio aos

pacientes, diante da importância de acolher, escutar, orientar, encaminhar de forma assertiva à viabilização de direitos. Destacam-se, desde os benefícios previdenciários, articulação com a rede intersetorial do município de origem, orientações para o auxílio funeral, traslado e a doação de corpos para estudos em universidades.

Por isso, o trabalho do assistente social na equipe de cuidados paliativos envolve o conhecimento da história de vida do usuário por meio da inter-relação com as famílias que conjuntamente participam desse processo e sofrem os rebatimentos da questão social entendidas como os DSS. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), DSS são considerados:

[...] os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (CNDSS, 2006).

Isso revela a importância do asseguramento de direitos sociais de pacientes e suas famílias para minimizar as repercussões impostas pela crise capitalista e conseqüentemente no rebatimento nas políticas de saúde. Portanto, compreender as inúmeras dificuldades que se colocam nesse processo de saúde-doença é necessário, por vezes, uma morte evitável. Ressalta-se a falta de ações de prevenção, promoção e proteção na saúde pública, a dificuldade no atendimento precoce, bem como a resistência de pacientes em acessarem os serviços de saúde mediante o agravamento da doença, de não haver espaços de acolhimento humanizado para atender o paciente e a família em sua integralidade.

Pode-se mencionar uma situação vivida em campo, onde a equipe médica sinaliza a necessidade do Serviço Social de acompanhar o paciente C* (59 anos), com câncer de esôfago, pois este ainda estaria internado devido a seu município de origem não ter disponível a nutrição enteral que o mesmo precisava. Após realizar o acolhimento e a escuta desse paciente e de sua principal cuidadora e irmã M* (50 anos), realizamos contato com a rede de saúde do seu território (Unidade Básica de Saúde, Farmácia Especial e Secretaria Municipal de Saúde), que nos confirmaram não haver a alimentação disponível naquele momento e que a previsão girava em torno de 30 dias ou mais.

Frente a isso, para evitar que C* tivesse seus direitos violados, encaminhamos relatório social aos órgãos competentes (Secretaria Municipal de Saúde, Centro de Referência em Assistência Social e Promotoria de Direitos Humanos). Neste caso, além do relatório, contamos com os registros no prontuário eletrônico a cada atendimento e o contato com os serviços da rede, sinalizando à equipe que o paciente ainda não tinha possibilidade de alta social.

Devido a condição clínica estável do paciente, não havia motivos pelo qual o mesmo permanecer internado, o que fez a equipe pressionar para C* ter alta. Contudo, a família não possuía recursos para arcar com a alimentação até que a fornecida pelo município chegasse, o que justificou a necessidade da permanência social de C* na unidade. Isso alterou, à medida em que obtivemos a dieta através da AAPECAN - Associação de Apoio a Pessoas com Câncer, e assim C* pode ter alta segura e com acesso aos recursos do qual necessitava.

Nesse contexto, o assistente social é um mediador no processo de transformação da realidade, e sua intencionalidade volta-se às diversas demandas sociais manifestadas como expressões da questão social, na vida dos pacientes e familiares na

unidade de cuidados paliativos. Destacam-se os diversos tipos de violência vividos tanto pelo paciente quanto pelos familiares, situações de abuso, abandono, negligências, fragilização dos vínculos, pobreza, uso de substâncias psicoativas, não acesso aos direitos, bem como o desconhecimento sobre estes. Então, o processo implica em reconhecer que a prática profissional, como qualquer outra, possui um objeto, sobre o qual incide a sua ação; os meios, e o produto final, ou seja, seu resultado após a intervenção.

Desse modo, através do projeto ético político o assistente social tem como objeto de trabalho as múltiplas expressões da questão social. O conceito de questão social está diretamente vinculado ao modo de produção capitalista, com a precarização do trabalho, a industrialização, flexibilização dos direitos e o modo que a sociedade produz e redistribui a riqueza socialmente produzida. Para Couto (2009):

Todos os assistentes sociais, quando da ocupação de um espaço profissional, estão desafiados a estabelecer projetos de trabalho que possam lhes assegurar o reconhecimento do valor social de seu trabalho e que servirão de instrumento potente na busca de afirmação do projeto ético político profissional (COUTO, 2009, p. 12).

O sistema capitalista traz inúmeras contradições, entre elas está o modo de trabalho (produção), esse faz parte da sociedade, deve gerar conhecimentos, riquezas materiais, reconhecimento e desenvolvimento econômico. Contudo, a lógica do capital se torna, por vezes, degradada e alienada e perde a sua dimensão para atender as exigências do sistema. Yamamoto (2007) define ainda, questão social como:

A questão social expressa desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando amplos segmentos da sociedade em situação de marginalidade em relação aos bens materiais e espirituais civilizatórios (IAMAMOTO, 2007, p. 160).

A partir desse direcionamento o assistente social tem se colocado nas diversas áreas de atuação, a fim de intervir para minimizar as mais distintas desigualdades, a exemplo da crise da política de saúde. Visto que vivenciamos um cenário que se agrava, fragilizando o já precário funcionamento do SUS e das demais políticas da seguridade social que neste momento estão sendo demandadas para ações emergenciais. Neste contexto, segundo Matos (2020), surgem novas situações em que os profissionais de saúde são convocados a intervir. No que se refere o Serviço Social, com base no artigo 3º, inciso d, do Código de Ética: “Participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesas de seus interesses e necessidades” (CFESS, 2012).

O assistente social é um dos profissionais da saúde reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde pela Resolução nº 218 de 1997 e também pelo Conselho Federal de Serviço Social pela Resolução nº 383 de 1999 (CFESS, 2010). Haja vista, que o assistente social é um dos profissionais aptos e competentes para atuar junto a equipe de Cuidados Paliativos. Nesse contexto, o assistente social deve ter presente que a morte e o luto são parte do seu cotidiano de trabalho.

Ao longo da história a representação da morte altera-se, antes o espaço familiar cedia a sala de casa para a cerimônia funeral, e na

contemporaneidade, o ambiente hospitalar é o local rotineiramente da morte. Para Ariès:

A morte recuou e deixou a casa pelo hospital; está ausente do mundo familiar de cada dia. O homem de hoje, por não vê-la com muita frequência e muito de perto, a esqueceu; ela se tornou selvagem e, apesar do aparato científico que reveste, perturba mais o hospital, lugar de razão técnica, que o quarto da casa, lugar dos hábitos da vida quotidiana (ARIÈS, 2003, p. 171).

Então, o processo de morrer que ainda é considerado um tabu na sociedade brasileira, nos leva a reflexão sobre a dignidade na morte, no conforto, no sentido que atribuímos à existência e na percepção de auto realização e não apenas na sobrevivência. Desse modo, a unidade de cuidados paliativos proporcionava tanto aos pacientes quanto aos profissionais, reflexões sobre a morte durante a internação. Nessa perspectiva, chama atenção a qualidade de vida ainda possível, além da importância da espiritualidade, as crenças ou religiões que cada qual possui nesse processo.

Constatou-se muitos pacientes questionando a morte, e que antes não tiveram a oportunidade de pensar/falar sobre isso, o que corrobora para as sensações de medo, dor, culpa, solidão, entre outros. Isso era abordado pela equipe junto a esses pacientes, informando-os, trazendo tranquilidade, para compreenderem que os cuidados paliativos têm em seus princípios a morte digna, ou qualidade de morte, conforto, livre de dor, sem antecipá-la ou adiá-la. Conforme Pessini (2000):

Não somos doentes e nem vítimas da morte. É saudável sermos peregrinos. Não podemos

passivamente aceitar a morte que é consequência do descaço pela vida, causada pela violência, acidentes e pobreza. Podemos ser curados de uma doença classificada como sendo mortal, mas não de nossa mortalidade (PESSINI, 2000, p. 170).

Ou seja, não podemos fugir da finitude, a morte está ligada à vida, e em cuidados paliativos, podemos auxiliar os usuários nessa perspectiva. Com isso, acompanhamos pacientes e familiares que possuem distintas formas de enfrentamento diante do processo de morrer, como registrados nas falas dos pacientes a seguir:

Como hoje eu tô bem, amanhã posso cair duro, eles precisam aceitar isso (ROSA, 2019).

Eu preciso aceitar, se não, eu vou antes que ele (ROSA 2019).

Na primeira fala temos o paciente J.* (63 anos), com câncer de esôfago, que fala abertamente sobre a morte, compreende a gravidade de sua doença e da não possibilidade de cura da mesma. Embora, seus filhos enfrentassem dificuldades em lidar com o adoecimento do pai. Já no segundo relato, temos a familiar A.* (89 anos), acompanhando o esposo L.* (86 anos), com câncer de próstata, A.* é uma familiar alegre, que mesmo diante da dor de ver o companheiro doente, vem aceitando seus limites. A mesma ressaltou sobre a necessidade de compreender e aceitar o processo, cuidando também de si, para melhor auxiliar L*, por vezes, ela até confortava os demais familiares.

Temos ainda, os relatos da paciente C* (55 anos), com câncer de reto, que diz não estar em sofrimento, porém preocupa-se com o marido, percebe nele dificuldade em lidar com o momento que estão

passando. Na sequência temos o relato da paciente P* (41 anos), com câncer de colo de útero, que ainda possuía fé em sua recuperação, pois tinha desejos por realizar antes de partir e se mostrou preocupada com o filho caçula de 3 anos.

Eu não gritei, não chorei quando descobri, sabe, não sei se não caiu a ficha ainda ou o que. [...] Eu vejo ele (marido) assustado (ROSA, 2020).

Se eu tomar todas as medicações certinho, tenho certeza que Deus vai me curar. [...] Eu quero arrumar as coisas dele (filho), o quartinho (ROSA, 2020).

Conforme Kluber-Ross (1985), no momento da morte existem vários sentimentos que afloram nas mentes dos familiares, assim como nos pacientes, que sofrem a perda e passam pelo processo de elaboração da mesma: a negação do fato, o isolamento, a barganha, a depressão e a aceitação. Destaca-se o sentimento latente da raiva que acompanha este período, apesar de que, na maioria das vezes, não gostamos de admitir isso.

O luto não é um conjunto de sintomas que tem início após uma perda e, depois gradualmente se desvanece. Envolve uma sucessão de quadros clínicos que se mesclam e se substituem (PARKES, 1998, p. 23).

Assim como os ossos quebrados podem se tornar mais fortes do que os não quebrados, a experiência de enlutamento pode fortalecer e trazer maturidade àqueles que até então estiveram protegidos de desgraças. A dor do luto é tanto parte da vida quanto a alegria de viver; é, talvez, o preço que pagamos pelo amor, o preço do compromisso (PARKES, 1998, p. 17).

Em 2018 através de uma pesquisa solicitada pelo Sindicato dos Cemitérios e Crematórios Particulares do Brasil (SINCEP), identificou-se a percepção dos brasileiros frente a temas relacionados à morte, foram encontradas algumas bases que sustentam a necessidade de constantes intervenções em busca da abertura de nossa sociedade a questão da finitude. Entre os principais resultados, está a baixa presença do assunto no dia a dia: 74% afirmam não falar sobre a morte no cotidiano (ARANTES, 2019). Reafirmando assim, os relatos ouvidos na unidade de cuidados paliativos e sinalizando sobre a importância da contribuição de assistentes sociais a partir da conversão dialógica sobre a morte.

Diante disso, o assistente social inserido no âmbito hospitalar, se faz necessário, porém durante seu processo de trabalho passa por dificuldades e limitações, entre esses, podemos citar a incompreensão do exercício profissional, às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais. Visto que, historicamente, esse profissional é requisitado para diversas ações que não são suas atribuições específicas. Nisso, percebemos uma alteração na visibilidade do assistente social nos espaços sócio-ocupacionais, como também foi visto na unidade de cuidados paliativos. Por isso, se faz necessário contextualizarmos de forma breve sobre a política de saúde no Brasil na sequência.

REFLEXÕES ACERCA DA POLÍTICA DE SAÚDE APÓS A LEI 8.080/1990

Contextualizar-se-á de forma breve, a história das políticas de saúde no Brasil a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 como um marco legal e suas principais mudanças.

Ressalta-se como um marco na história das políticas de saúde no Brasil em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, tendo como tema central a discussão em torno da saúde como direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial. Chama atenção a partir disso, o conceito ampliado de saúde e como direito de cidadania e dever do Estado. Ressalta-se a criação de instâncias institucionais de participação social, dos quais os debates emergiram a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Medicina Preventiva e Saúde Pública. Estas instituições assumiram outra dimensão a partir da participação de outras entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais e o parlamento.

Assim, a questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2009). Em 1987 foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que adotou como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, à integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos. Essa Conferência Nacional de Saúde corroborou para a promulgação da CF/1988, a mais avançada em termos sociais e políticos que o país já teve, afirmando a ampliação dos direitos sociais diante das desigualdades. A CF/1988 corresponde a um conjunto de normas que organiza os elementos constitutivos do Estado, objetivando declarar e garantir os direitos fundamentais (SLAIBI, 2010).

Portanto, a CF/1988 representa as reivindicações advindas dos movimentos sociais e do período de redemocratização do país. Para Lobato e Giovanella (2012), desde a CF/1988, a saúde não é mais entendida apenas como uma manifestação biológica, mas

principalmente, como uma construção social e coletiva. Assim, as formas de organização social, as condições de vida e de trabalho de uma dada sociedade são determinantes para a saúde. Diante disso, quanto mais desiguais forem essas condições de vida, mais desiguais serão os resultados em saúde das populações.

A saúde passa então, a ser declarada como um direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de provê-la a todos os cidadãos em consonância no Artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A fim de materializar a saúde após o advento da CF/1988, foi criada a Lei nº 8.080 de 1990 que regulamentou os Artigos 196 a 200. Tal lei é conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), que criou o Conselho Nacional da Saúde (CNS), responsável pela elaboração e discussão da política de saúde. A LOS regulou a gestão, definiu o financiamento do SUS, e também destaca-se a Lei nº 8132/90 que implementou as conferências e conselhos de saúde (POLIGNANO, 2001, p. 22).

A partir de 1988 o conceito da seguridade social traz uma nova ideia, estabelecendo a formulação de um sistema de proteção social que abrangesse a universalidade de cobertura e o atendimento com equidade tanto às populações urbanas quanto rurais, na forma de participação do custeio, e com caráter democrático e descentralizado na gestão administrativa e participativa. (CARVALHO, 2002). Cabe destacar entre as principais mudanças,

a Lei nº 8.212/1991 - Lei Orgânica da Seguridade Social, que institui que a política de saúde não depende mais de contribuição, pois é direito de todos e dever do Estado, sendo garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos.

Essa lei preconiza ainda uma série de princípios dentre eles: o da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde; direito à informação; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; participação da comunidade; descentralização político-administrativa e; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico (BRASIL, 1990). Ressalta-se que desde a criação do SUS houve avanços em prol da saúde pública no Brasil, entretanto há desafios para que a integralidade preconizada na Lei nº 8.080/90 se cumpra na vida da população usuária. Em relação a isso:

Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde (BRAVO, 2009, p. 100).

Esse contexto é agravado pelo avanço do neoliberalismo a partir da década de 1990 no Brasil, que contribuiu para a retração

dos direitos sociais. Inclusive no âmbito da política de saúde, as interferências do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial. Portanto, constata-se a crise do capitalismo, as mudanças nas regras de financiamento, o sucateamento das infraestruturas, as terceirizações, entre outras. Nota-se que diversas contrarreformas impediram que essa política se materializasse conforme previsto na CF/1988 e na Lei 8.080/1990 (CFESS, 2017).

O SUS vem sofrendo impactos da crise, em especial, na última década frente aos desafios e dificuldades para sua efetivação, destacam-se: a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; pouco investimento na valorização e inclusão de trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde e principalmente o desrespeito aos direitos dos usuários.

Para Mattos (2001), apesar dos avanços conquistados com o SUS, o estrangulamento de recursos públicos e a difusão de determinadas ideias tornam o sistema vulnerável ao risco de distanciar-se de sua concepção original, o modelo de saúde privada instituído na década de 1990 se faz fortemente presente atualmente. Assiste-se a crescente mercantilização da saúde, ampliando-se o assistencialismo e refilantropização concomitante à desresponsabilização do Estado. Essas investidas, de cunho neoliberal, refletem na saúde por meio da restrição do financiamento público, ênfase em programas focais, incentivo a dicotomia entre ações curativas e preventivas (CFESS, 2010).

Desde o seu nascedouro, na CF/1988, o SUS vem vivendo imensos boicotes, destes, Matos (2020) cita o desfinanciamento público, a exemplo da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, que congelou por 20 anos o investimento da saúde e na educação, a sistemática alteração do seu modelo de gestão para perspectivas privatizantes, e o avanço do setor privado criando uma ideologia da impossibilidade da assistência pública à saúde de qualidade, expulsando amplos segmentos que, iludidos com a compra do plano

de saúde, julgam não ser fundamental a defesa do SUS (MATOS, 2014; BRAVO *et al.*, 2015).

Nesse sentido, foi criada a Política Nacional de Humanização - PNH em 2003, a fim de colocar em prática os princípios do SUS e produzir mudanças na forma de gerir e cuidar, estimulando a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para a construção coletiva ao enfrentamento de relações de poder, que muitas vezes levam a práticas desumanizadas. A PNH surgiu com o objetivo de oferecer alterações no modelo assistencial aos usuários do SUS, com uma proposta de “[...] uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos e da ampliação da atenção integral da saúde, promovendo a intersectorialidade” (BRASIL, 2010).

Partindo desta perspectiva, a humanização então, é percebida como política pública estruturando-se na valorização dos diferentes sujeitos envolvidos na atenção à saúde. Ressalta-se às mudanças nos modelos de atenção e gestão a partir da identificação das necessidades sociais. A humanização vem sendo algo essencial no trabalho dos profissionais de saúde, nos programas e projetos que envolvem ações de educação, promoção e prevenção em saúde. Haja vista, a importância de realçar a dimensão humana no cuidado da dor e do sofrimento, principalmente no âmbito hospitalar, como abordaremos no próximo tópico.

O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS À HUMANIZAÇÃO EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Frente às discussões acima, salienta-se a importância da inserção do assistente social na área da saúde, em especial, no que se refere aos cuidados paliativos. Ressalta-se às necessidades de

saúde como “[...] produtos das relações sociais e destes com o meio físico, social e cultural” (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p. 229). De modo que esse profissional reconheça os (DSS) para compreender o processo saúde-doença dos usuários e o sofrimento das famílias.

Entende-se que cabe ao Serviço Social “[...] formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 213). Assim, os assistentes sociais devem construir alternativas e respostas que ampliem o atendimento às demandas apresentadas pelos usuários e seus familiares, a fim de favorecer a equidade e justiça social na saúde.

Os cuidados paliativos têm como premissa oferecer atenção integral aos sujeitos, a fim de compreendê-los nas múltiplas necessidades e instâncias que regem e compõem suas vidas (FERREIRA, 2017). No âmbito do Serviço Social deve ser uma intervenção baseada nas premissas éticas, e pela humanização da sua prática, além dos seus conhecimentos técnicos, teóricos e metodológicos. Martinelli (2007) pontua sobre os sentimentos e valores, buscando uma ação de qualidade e o reconhecimento do usuário como um sujeito de direito.

Faz parte do processo de trabalho do assistente social a busca pela garantia de acolhimento humanizado aos pacientes e familiares que recebem a abordagem de cuidados paliativos. Sobre humanização parte-se da simplificação do termo que para Pessini e Bertachini (2004) consiste em:

Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça, do outro, palavras de seu

reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro (PESSINI; BERTACHINI, 2004, p. 15).

A humanização torna-se uma estratégia metodológica à produção e gestão de cuidados em saúde, tais como: integralidade, satisfação do usuário, necessidades de saúde, qualidade da assistência, gestão participativa, protagonismo dos sujeitos, resolutividade, e ainda, visa à melhoria da qualidade de vida dos mesmos. Dito isto, acerca do espaço sócio ocupacional onde foram realizadas as abordagens contidas neste artigo, representa um espaço de humanização e referência em saúde.

Durante o estágio, persistia a ideia de que pacientes fossem transferidos do (HCPA) a Unidade Álvaro Alvim (UAA) apenas para morrer, representadas nas falas a seguir: “[...] hospital da morte”, “[...] a gente veio pra cá, porque não tem mais o que fazer” eram comuns de se ouvir, ou como na fala do familiar E.* (27 anos), que acompanhava o pai A.*, (60 anos), com câncer de pulmão:

Fiquei triste, sem saber se deveríamos ter vindo pra cá, mas veio a primeira funcionária, sorriu e perguntou como estávamos, aquele sorriso e a atenção dela, fez toda a diferença (ROSA, 2019).

Escutamos frequentemente a frase “[...] não tem mais o que fazer”, quando o paciente chegava até essa unidade, porém para reverter tal entendimento dos mesmos e seus familiares sobre cuidados paliativos, informávamos que “Há muito o que fazer”, mesmo que não houvesse um tratamento curativo. Isso exigia uma abordagem particular no leito do paciente, por vezes, a intervenção era extensiva aos familiares logo no primeiro atendimento. Nesta

abordagem era entregue o folder informativo da unidade e esclarecidos os cuidados paliativos, o que facilitava o início do diálogo a respeito do tema e o entendimento da família e paciente sobre o mesmo.

Nesta perspectiva, o assistente social desempenha o processo de trabalho, tanto em relação à orientação e quanto na reflexão junto a estes sujeitos, facilitando a compreensão sobre o que são os cuidados paliativos. Ou seja, esclarecendo-os tanto sobre a organização da família frente a realidade de agravo no estado de saúde quanto acolhendo todos os sujeitos implicados. Por vezes, esses precisavam de auxílio para se reorganizar e receber o paciente após a alta segura, através do acesso de recursos disponíveis, assistidos pela rede socioassistencial de origem. Também, para reorganizar os momentos de despedidas de seu membro no domicílio, ou ainda, na unidade hospitalar, quando a permanência do ponto de vista social, se fazia necessário. Haja vista, que o cuidado paliativo é um direito humano e um componente essencial na integralidade e longitudinalidade no campo da saúde. Trata-se de um acompanhamento centrado no paciente e em seus familiares durante o curso da doença até o final da vida, para priorizar o bem-estar e o conforto.

Portanto, deve ser fornecido em qualquer ambiente de cuidados de saúde, incluindo: clínicas ambulatoriais, hospitais, hospedarias, instituições de longa permanência de idosos, centros comunitários de saúde e nas residências dos pacientes (GOMESZ-BATISTE; CONNOR, 2017). Diante de algumas situações, faz-se importante na intervenção do assistente social as reuniões familiares, na unidade de cuidados paliativos para dirimir dúvidas sobre o quadro clínico do usuário, funcionamento da unidade, e verificar como a família estava lidando com o processo de agravamento da doença. Na medida em que é importante considerar o desejo do paciente, inclusive participar ou não desta reunião.

Para Boff (2012), o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para o outro; é quando então passamos a nos dedicar a ele, dispondo-nos a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos, enfim, de sua vida. Porém, para algumas famílias como visto em campo de estágio, a dificuldade é mais proeminente, pois seus vínculos são frágeis, ou até inexistentes.

No cotidiano de trabalho no âmbito hospitalar conforme Martinelli (2011), geralmente trabalhamos com pessoas fragilizadas que nos pedem um gesto humano: um olhar, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que possam se fortalecer. Durante o estágio, era comum recebermos agradecimentos referente o acolhimento humanizado aos pacientes e familiares/cuidadores. Por vezes, os mesmos não compreendiam que essa unidade era parte do HCPA, e nem que teriam acesso a tantos recursos pelo SUS, o que demonstra a importância e necessidade de educação em saúde.

Chama atenção, que todas as datas comemorativas na UAA, recebiam decoração alusiva e dispunha de atividades diversas, contribuindo para um ambiente mais acolhedor e descontraído. Desta forma, transmitia sensação de que durante o processo de adoecimento dos que ali estavam, também era passível ressignificar tais momentos. Também havia, além da ambiência da unidade, o acolhimento aos grupos, semanalmente, intitulados como o grupo momento de escuta e grupo de enlutados, e ainda, o programa Pet Terapia, onde as famílias tinham liberação para levar os animais de estimação dos pacientes internados, para promover a despedidas entre esses.

Assim, a dimensão teórico metodológico refere-se aos saberes, conhecimentos, referenciais, que subsidiam a prática profissional. Tendo em vista o trabalho nesse campo de estágio, foi necessária a compreensão da política de saúde, teorizações sobre cuidados paliativos, embasamento nas legislações específicas, para

fundamentar os posicionamentos e as intervenções. Isso tudo, norteadada pela reflexão crítica, reflexiva, propositiva acerca da realidade dos pacientes.

Essa dimensão favoreceu a competência técnico operativa, à medida que propiciou as habilidades para materializar a intervenção, a partir das entrevistas individuais, mediações e reuniões com as famílias, grupos, contatos com a rede, registros de documentos, entre outros. Segundo Tavares (2020), esta dimensão perpassa pela análise da realidade, interpretando-a, a partir de aspectos políticos, sociais, éticos, econômicos e culturais. Ressalta-se a contribuição dos assistentes sociais conjuntamente com os pacientes e seus familiares na busca de alternativas frente às questões que surgiam. Nessa direção, os assistentes sociais necessitam de “[...] fundamentos teórico metodológicos, conhecimentos e saberes interventivos, habilidades técnico profissionais, procedimentos teórico metodológicos e de uma perspectiva ética com clara orientação estratégica” (GUERRA, 2012, p. 41).

Neste contexto, destaca-se a dimensão ético-política que compõe os fundamentos do trabalho do assistente social junto com as dimensões mencionadas, com base nos princípios e valores contidos no Código de Ética profissional. Para Tavares (2020), a defesa de uma nova ordem societária, exige a luta pela democracia, e a socialização da participação política. Portanto, foi perceptível a relevância desta dimensão, através da apropriação da lei que regulamenta a profissão e os parâmetros de atuação na política de saúde, que contribuíram para a efetivação do processo de trabalho.

Para Vasconcelos (1997), o assistente social busca contribuir com sua ação, na produção de uma nova sociedade, que favoreça a igualdade e a redistribuição de riqueza, uma sociedade democrática, ao articular sua prática aos interesses, desejos e necessidades dos usuários. Por fim, frente ao desafio de construir um processo reflexivo acerca dos cuidados paliativos, a partir de relações

humanizadas no ambiente hospitalar com pacientes e familiares demonstra-se a importância da conversação dialógica entre todos os sujeitos envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse relato de experiência deu vistas ao trabalho de assistentes sociais em uma unidade de cuidados paliativos, a partir do reconhecimento do objeto, ou seja, as expressões da questão social manifestadas na vida dos pacientes e seus familiares/cuidadores. Disso, à conversação dialógica sobre finitude representou uma intervenção potencializadora no campo de estágio.

Embora os avanços desde a CF/1988, o SUS, a PNH, que possibilitaram o acesso à atendimentos na política de saúde, em espaços públicos como a UAA, ainda existem desafios e limites institucionais. A atual conjuntura, deflagra o sucateamento desta política, assim como outras, frente a crise do capitalismo, desassistência aos trabalhadores de saúde e usuários, subfinanciamento, entre outros. Prova disso foi o fechamento da UAA, e conseqüentemente da unidade de cuidados paliativos, como um dos resultados deste impacto da crise.

Isso rebate diretamente nos cuidados paliativos, que deveriam beneficiar não apenas quem está no curso final de uma doença grave, mas todos que vivenciam uma doença que ameace a vida, desde o seu diagnóstico. Soma-se o desconhecimento acerca do tema por profissionais e usuários, como mencionado neste artigo. Assim, demonstra-se a importância do conhecimento acerca dos cuidados paliativos, principalmente, por assistentes sociais que estão inseridos na política de saúde, e que terão este assunto cada vez mais presente no seu cotidiano de trabalho.

Contudo, na sociedade brasileira tratamos a morte como um tabu, por isso, as informações colhidas durante a experiência do estágio, e trazidas pelos pacientes, familiares/cuidadores, possibilitaram essa reflexão acerca dos cuidados no final da vida. Nesse contexto, precisamos transpor as demandas burocráticas para uma perspectiva humanizadora, de acolhimento, de autonomia, o luto destes usuários e seus familiares. Haja vista, que a autonomia dos pacientes corresponde às suas escolhas com relação ao tratamento de saúde.

Com isso, é necessário destacar que o assistente social inserido no contexto de cuidados paliativos, como visto em campo, encontra desafios e possibilidades no cotidiano do seu processo de trabalho. Então, refletir acerca do processo de morrer e viabilizar essa conversação dialógica junto aos usuários compõem as atribuições dos assistentes sociais nesta unidade de cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. (org.). **Cuidados Paliativos e Serviço Social: Um exercício de coragem.** Holambra: Editora Setembro, 2017.

ANDRADE, L. (org.). **Trajetórias no limiar da vida e da morte: cuidados paliativos na assistência domiciliar** (Tese de Doutorado em Serviço Social). São Paulo: PUC-SP, 2007.

ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver.** Rio de Janeiro: Editora Sextante, 2019.

ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias.** Rio de Janeiro: Editora Ediouro, 2003.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

BOSCHETTI, I. **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação.** Brasília: Editora da UnB, 2009.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e Previdência: Estudos de Política Social.** São Paulo: Editora Hucitec, 1986.

BRASIL. **Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Planalto, 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

BRASIL. **Humaniza SUS: grupo de trabalho de humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 23/09/2022.

BRAVO, M. I. S. *et al.* (org.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 2015.

BRAVO, M. I. S. *et al.* (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional.** São Paulo: Editora Cortez, 2009.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. “Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate”. *In*: MOTA, A. E. *et al.* (org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Editora Cortez, 2009.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: O longo caminho**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2002.

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social. **CFESS Manifesta: Dia Mundial da Saúde**. Brasília: CFESS, 2017.

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Brasília: CFESS, 2012.

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

CNDSS - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. “Anexo I B - Carta aberta aos candidatos à Presidência da República”. *In*: CNDSS - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

COUTO, B. R. “Formulação de projeto de trabalho profissional”. Brasília: CFESS, 2009.

DU BOULAY, S. **Changing the face of death: The story of Cicely Saunders**. London: Brightsea Press, 2007.

ESCOREL, S. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária - Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas, 1991.

GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GOMESZ-BATISTE, X.; CONNOR, S. (eds.). **Building Integrated Palliative Care Programs and Services**. Catalonia: First Edition, 2017.

GUERRA, Y. **A Dimensão Técnico Operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. Juiz de Fora: Editora da UFJF, 2012.

GUERRA, Y. **A instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Editora Cortez, 2013.

IAMAMOTO, M. V. **As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo**. San José: Universidade da Costa Rica, 2004.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**. São Paulo: Editora Cortez, 2007.

KOVÁCS, M. J. “Perdas e o Processo de Luto”. *In*: INCONTRI, D.; SANTOS, F. S. (orgs.). **A arte de morrer: visões plurais**. Bragança Paulista: Editora Comenius, 2007.

MARTINELLI, M. L. “O exercício profissional do assistente social na área da saúde: algumas reflexões éticas”. **Revista Serviço Social e Saúde**, vol. 6, n. 6, 2007.

MARTINELLI, M. L. “O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos”. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 107, 2011.

MATOS, M. C. A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde. Vitória: CRESS, 2020.

MATSUMOTO, D. Y. “Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios”. *In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (orgs.). Manual de Cuidados Paliativos.* Porto Alegre: Editora Sulina, 2012.

MATTOS, R. A. “Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos”. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (eds.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 2001.

MIOTO, R. C. T.; LIMA, T. C. S. “A dimensão técnico operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo”. **Revista Textos e Contextos**, vol. 8 n. 1, 2009.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. “Desafios atuais do Sistema Único de Saúde — SUS e as exigências para os assistentes sociais”. *In: MOTA, E. E. et al. (orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.* São Paulo: Editora Cortez, 2006.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.** Geneva: OMS, 2017.

PARKES, C. M. **Luto: Estudos Sobre A Perda Na Vida Adulta.** São Paulo: Editora Summus, 1998.

PESSINI, L. “Humanização da dor e sofrimento humanos na área da saúde”. **Revista Bioética**, vol. 10, 2000.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos.** São Paulo: Editora Loyola, 2004.

POLIGNANO, M. V. “História das Políticas de Saúde no Brasil – Uma pequena revisão”. **Medicina de Emergência** [2001]. Disponível em: <www.medicinadeemergencia.org>. Acesso em: 23/09/2021.

ROSA, T. **Diário de Campo**: estágio curricular em Serviço Social da Universidade Luterana do Brasil. Canoas: ULBRA, 2020.

SCHEUNEMANN, A. V. *et al.* **Processo de Trabalho no Serviço Social**. Canoas: Editora ULBRA, 2010.

SLAIBI, M. C. B. G. O direito fundamental à saúde. **Boletim do Instituto Saúde**, vol. 12, n. 3, 2010.

TAVARES, R. A. “As dimensões teórico metodológica, técnico operativa e ético política do serviço social no trabalho do assistente social”. **Revista Serviço Social em Perspectiva**, vol. 4, 2020.

VASCONCELOS, A. M. “Serviço Social e prática reflexiva”. **Revista Em Pauta**, n. 10, 1997.

VASCONCELOS, A. M. “Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde”. *In*: MOTA, A. E. *et al.* (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Editora Cortez, 2009.

SOBRE OS AUTORES

SOBRE OS AUTORES

Ana Carla Madeira de Carvalho dos Anjos Oliveira é graduada em Serviço Social pela Universidade Anhanguera (UNIDERP). Áreas de interesse de pesquisa: Assistência Social e Serviço Social. E-mail para contato: assistentecarla@gmail.com

Ana Paula Ornellas Mauriel é professora da Universidade Federal Fluminense (UFF). Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). E-mail para contato: apmauriel@gmail.com

Andreia de Alfaz Paulo é graduada em Serviço Social pelas Faculdades Integradas Espírita. Especialista em Educação Transformadora pela Faculdade Vicentina. E-mail para contato: andreia.alfaz@gmail.com

Ângela Maria Pereira da Silva é professora da Universidade Luterana do Brasil (Ulbra). Graduada e mestre em Serviço Social. Doutora em Educação pela Universidade Luterana do Brasil (Ulbra). E-mail para contato: angelsilva@gmail.com

Bruno Jáý Mercês de Lima é graduado em Enfermagem e Psicologia. Especialista nas áreas de Educação e Saúde da Família. Mestre e doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: bruno_lima@hotmail.com

SOBRE OS AUTORES

Daiane Gasparetto da Silva é professora da Universidade Estadual do Pará (UEPA). Mestre e doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: dai_gasp@hotmail.com

Elói Martins Senhoras é docente da Universidade Federal de Roraima (UFRR) e pesquisador do *think tank* IOLEs. Graduado em Economia, Política e Geografia. Doutor em Ciências. *Post-doc* em Ciências Jurídicas. E-mail para contato: eloisenhoras@gmail.com

Feliciano Ueyama é psicóloga na Secretaria de Estado de Assistência Social, Trabalho, Emprego e Renda (SEASTER/PA). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: felicianaueyama@gmail.com

Fernanda Maciel Ferreira é graduada em Serviço Social pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Especialista em Saúde Comunitária pela Universidade Luterana do Brasil (Ulbra). E-mail para contato: fernanda.mf36@gmail.com

Flávia Cristina Silveira Lemos é professora da Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutora em História Cultural pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). E-mail para contato: flaviacslemos@gmail.com

SOBRE OS AUTORES

Gehysa Guimarães Alves é especialista em Metodologia da Pesquisa em Saúde. Mestre e doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). E-mail para contato: gehysa.alves@gmail.com

Jacqueline Marques é professora da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia. Mestre e doutoranda em Serviço Social pela Universidade Lusíada, Portugal. E-mail para contato: jacqueline.marques@ulusofona.pt

Jeize Dias Costa é graduada em Serviço Social pelo Centro Universitário Internacional (Uninter). Pós-graduanda em Gestão do Sistema Único de Assistência Social. E-mail para contato: jeize_costa@outlook.com

Leila Cristina da Conceição Santos Almeida é docente da Universidade da Amazônia (UNAMA). Doutora em Educação pela Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail para contato: leilacsalmeida@gmail.com

Maithê Potrich é graduanda em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). É bolsista CNPq. Áreas de interesse de pesquisa: Políticas Públicas e Gênero. E-mail para contato: maithepotrich@gmail.com

SOBRE OS AUTORES

Márcia Cristina da Conceição Santos Oliveira é docente do Instituto Federal do Amapá (IFAP). Especialista em Coordenação Pedagógica pelo Instituto de Ensino Superior do Amapá (IESAP). E-mail para contato: marcia.santos@ifap.edu.br

Maria Ozanira da Silva e Silva é professora da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). E-mail para contato: maria.ozanira@gmail.com

Pedro Teixeira Pereira é professor da Universidade do Porto (UP). Doutor em História Comparada Política e Social pela Universidade Autónoma de Barcelona (UAB). E-mail para contato: ptpereira@letras.up.pt

Tainara da Rosa é graduada em Serviço Social. Pós-graduanda no Curso de Especialização em Atenção Básica pela Universidade do Vale do Rio do Sinos (UNISINOS). E-mail para contato: tainaradarosa7@gmail.com

Thiago Bazi Brandão é consultor técnico legislativo - Câmara Legislativa do Distrito Federal. Graduado em Serviço Social. Mestre, doutor e *post-doc* em Política Social pela Universidade de Brasília (UnB). E-mail para contato: thiagobazibrandao@gmail.com

NORMAS DE PUBLICAÇÃO



NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A editora IOLE recebe propostas de livros autorais ou de coletânea a serem publicados em fluxo contínuo em qualquer período do ano. O prazo de avaliação por pares dos manuscritos é de 7 dias. O prazo de publicação é de 60 dias após o envio do manuscrito.

O texto que for submetido para avaliação deverá ter uma extensão de no mínimo de 50 laudas. O texto deverá estar obrigatoriamente em espaçamento simples, letra Times New Roman e tamanho de fonte 12. Todo o texto deve seguir as normas da ABNT.

Os elementos pré-textuais como dedicatória e agradecimento não devem constar no livro. Os elementos pós-textuais como biografia do autor de até 10 linhas e referências bibliográficas são obrigatórios. As imagens e figuras deverão ser apresentadas dentro do corpo do texto.

A submissão do texto deverá ser realizada em um único arquivo por meio do envio online de arquivo documento em Word. O autor / organizador / autores / organizadores devem encaminhar o manuscrito diretamente pelo sistema da editora IOLE: <http://ioles.com.br/editora>



CONTATO

EDITORA IOLE

Caixa Postal 253. Praça do Centro Cívico

Boa Vista, RR - Brasil

CEP: 69.301-970

@ <http://ioles.com.br/editora>

☎ + 55 (95) 981235533

✉ eloisenhoras@gmail.com



