

**R E V I S T A
M U N D O
L I V R E**

V O L U M E 6

N ° 2

2 0 2 0

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE PÚBLICA

Expediente

Editores

Profa. Dra. Juliana Thimóteo Nazareno Mendes, Universidade Federal Fluminense (UFF), Brasil

Prof. Dr. Marcus Vinicius da Silva Sales, Universidade Federal Fluminense (UFF), Brasil

Prof. Dr. Samuel Alex Coelho Campos, Universidade Federal Fluminense (UFF), Brasil

Assessoria Editorial

Izabelli Barreto Cardoso, Universidade Federal Fluminense (UFF), Brasil

Conselho Editorial

Profa. Dra. Ana Carolina Delmas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil

Profa. Dra. Clarice Cassab, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Brasil

Profa. Dra. Erika Moreira, Universidade Federal Fluminense (UFF), Brasil

Prof. Dr. Gustavo Pinto de Sousa, Instituto Nacional de Educação de Surdos (DESU/INES), Brasil

Profa. Dra. Graciela Aparecida Profeta, Universidade Federal Fluminense (UFF), Brasil

Profa. Dra. Lauren Lacerda Nunes, Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), Brasil

Profa. Dra. Leda Agnes Simões de Melo, Universidade do Estado do Rio de Janeiro Brasil, Brasil

Profa. Dra. Márcia Regina da Silva Ramos Carneiro, Universidade Federal Fluminense (UFF), Brasil

Prof. Dr. Marcos de Oliveira Garcias, Universidade Federal da Integração Latino Americana (UNILA),
Brasil

Prof. Dr. Matheuz Thomaz, Universidade Federal Fluminense (UFF), Brasil

Profa. Dra. Natália dos Reis Cruz, Universidade Federal Fluminense (UFF), Brasil

Profa. Dra. Patrícia Silva Lúcio, Universidade Estadual de Londrina (UEL), Brasil

Profa. Dra. Susana Cesco, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), Brasil

Dr. Thulio Pereira Dias, Universidade Federal Fluminense (UFF), Brasil

Profa. Dra. Vanessa Lopes Teixeira, Universidade Federal Fluminense (UFF), Brasil

Profa. Dra. Vivian Maria Corneti de Lima, Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB), Brasil

Profa. Dra. Viviane Souza Pereira, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Brasil

Editorial

Neste volume da Revista Mundo Livre teremos sete artigos submetidos em fluxo contínuo, sete artigos que compõem a sessão temática “Serviço social e saúde pública” e uma resenha. Os sete artigos do fluxo contínuo tratam dos mais diversos temas como inteligência artificial, economia, pedagogia e serviço social, que compõem o escopo desta revista. No primeiro artigo, Melo analisa a evolução da inteligência artificial, no mundo, por meio da revisão de literatura e como essa forma de inteligência impacta no inter-relacionamento entre pessoas, serviços, máquinas e indústrias.

Os próximos três artigos tratam de temas da área da economia. Neves estudou a crise de 1929 sobre a perspectiva das correntes liberal, keynesiana, monetarista e escola austríaca, enquanto Couto tratou do valor mercado da terra, utilizando da perspectiva adotada por Ricardo em “Princípios da economia política e da tributação de 1982”, considerando a competitividade e a inovação. Alcatra et al. utilizando do pressuposto teórico da economia solidária, analisou os desafios, dificuldades e benefícios advindos da Cooperativa Agropecuária Global de Brejo Grande no município de Campos dos Goytacazes.

No artigo Pedagogia da “qualidade”, Andrade apresenta um projeto piloto desenvolvido junto a alunos do ensino fundamental da rede pública municipal de São João da Barra/RJ utilizando metodologias ativas. Por fim, os trabalhos de Carvalho e Silva e Cunha e Barreto tratam da perspectiva social. Os primeiros autores analisam o conflito urbano e a resistência dos moradores de áreas periféricas do município de Campos dos Goytacazes. Já Cunha e Barreto trataram dos desafios de acesso por pessoas com deficiência ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) destinado à pessoa com deficiência.

Os próximos sete artigos referem-se à sessão temática “Serviço social e saúde pública”, organizado pelos professores Carlos A. S. Moraes, Maria Clélia P. Coelho e Viviane AS Lopes, do Curso de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, que teve como objetivo tratar de estudos sobre o trabalho do assistente social na área da saúde. Esses artigos contam com apresentação própria na página 281 deste número. Por fim, o último trabalho é uma resenha de autoria de Marques e Santos sobre o livro “Passe livre: as possibilidades da tarifa zero contra a distopia da uberização” de Daniel Santini.

Esperamos que a leitura desse número lhe seja enriquecedora. Boa leitura.

Campos dos Goytacazes, 1 de dezembro de 2020,

Os editores

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL, GESTÃO EMPRESARIAL E O FUTURO DO TRABALHO NO BRASIL*

ARTIFICIAL INTELLIGENCE, BUSINESS MANAGEMENT AND THE FUTURE OF WORK IN BRAZIL

PURL: <http://purl.oclc.org/r.ml/v6n2/a1>

Gabriel Melo[†]

 <https://orcid.org/0000-0001-7393-1306>

Resumo. A Inteligência Artificial avança no mundo inteiro e incorre em diversas mudanças na relação entre pessoas, serviços, máquinas e indústrias. O Brasil vive um momento de transição quando comparado a países mais desenvolvidos, possibilitando estudá-los antes de ocorrerem ou enquanto ocorrem. Assim, se faz necessária uma reflexão sobre os avanços dessas tecnologias no mercado de trabalho brasileiro, quais são seus impactos nas empresas e profissões. Contextualizando-as no cenário nacional, o artigo traz recomendações de como as empresas e trabalhadores podem melhor se adaptar. E conclui evidenciando a importância da construção de políticas públicas como a renda básica universal. Para tanto, utilizou-se como metodologia a pesquisa bibliográfica, analisando diferentes materiais disponíveis na literatura além de dados fornecidos pela Confederação Nacional da Indústria (CNI) e Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN).

Palavras-chave: Inteligência artificial. Quarta revolução industrial. Renda básica universal.

Abstract. Artificial Intelligence advances worldwide and incurs several changes in the relationship between people, services, machines and industries. Brazil is going through a moment of transition when compared to more developed countries, making it possible to study them before they occur or while they occur. Thus, it is necessary to reflect on the advances of these technologies in the Brazilian labor market, what are their impacts on companies and professions. Contextualizing them on the national scene, the article provides recommendations on how companies and workers can adapt better. Furthermore, it concludes by highlighting the importance of building public policies such as universal basic income. For that, bibliographic research was used as methodology, analyzing different materials available in the literature in addition to data provided by the National Confederation of Industry (CNI) and the Federation of Industries of the State of Rio de Janeiro (FIRJAN).

Keywords: Artificial intelligence. Fourth industrial revolution. Universal basic income.

1. Introdução

Com os avanços da Inteligência Artificial (IA) e tecnologias pertencentes, condicionando o que é chamada de Quarta Revolução Industrial ou Indústria 4.0, diversas questões são levantadas. Dentre elas as principais são: O que acontecerá com mercado de trabalho quando a IA substituir humanos na maioria das tarefas cognitivas? Qual será o impacto dessa nova classe massiva de humanos economicamente inúteis? Quando ocorrerão essas mudanças e como elas afetarão os gestores e suas organizações?

Este artigo tem como objetivo entender como tais elementos nos levam à Indústria 4.0 e as mudanças que ocorrem no mercado de trabalho nacional, isto é, empresas e

** Artigo recebido em: 26 de abril de 2020. Aceito em: 5 de setembro de 2020

† Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. Autor correspondente. e-mail: gcmelo@id.uff.br

profissões. Assim, o artigo avalia como gestores de organizações podem lidar melhor com os impactos dessas mudanças. Investiga também as possíveis consequências sociais dessa nova relação entre empregadores e trabalhadores, bem como o potencial aumento do desemprego e as mudanças econômicas que resultam disso. Finaliza analisando como políticas públicas podem colaborar para reduzir os danos dessas rupturas, levantando a hipótese da Renda Básica Universal como alternativa.

2. Inteligência artificial e a indústria 4.0

Em 1943, foi realizado o primeiro trabalho interpretado como IA, realizado por Warren McCulloch e Walter Pitts. Baseando-se em três fontes: uma análise formal da lógica proposicional criada por Russell e Whitehead; o conhecimento da fisiologia básica e da função dos neurônios no cérebro; e a teoria da computação de Turing. Os pesquisadores apresentaram um modelo composto de neurônios artificiais, onde cada neurônio poderia estar “ligado” ou “desligado”, podendo alternar seu estado a partir de estímulos recebidos de outros neurônios conectados. Mostrando que qualquer função de computador poderia ser calculada usando uma rede de neurônios e os conectivos lógicos. Após isso, em 1949, McCulloch e Pitts sugeriram que tais redes de neurônios artificiais quando definidas adequadamente eram capazes de aprender padrões (RUSSEL; NORVIG, 2013).

No mesmo ano, o psicólogo Donald Hebb (1949) apresentou uma regra, conhecida como teoria hebbiana, onde descreve um mecanismo de aumento da intensidade de conexão entre neurônios. Sua teoria continua influente até hoje. Já em 1950, os alunos de Harvard, Marvin Minsky e Dean Edmonds, construíram o SNARC. O primeiro computador de rede neural, que era constituído por 3000 válvulas eletrônicas e um equipamento de piloto automático retirado de um avião bombardeiro B-24, que juntos simulavam uma rede de 40 neurônios (RUSSEL; NORVIG, 2013). Ao longo do tempo surgiram diversos trabalhos que poderiam ser definidos como IA, mas entre eles houve um destaque maior para as obras de Alan Turing. Que é conhecido hoje com o “pai da computação”. Desde 1947 ele já ministrava palestras na Sociedade Matemática de Londres sobre o tema. Turing (1950) elaborou o artigo “*Computing machinery and intelligence*”, onde apresentou o teste de Turing, a aprendizagem de máquina, a aprendizagem por reforço e os algoritmos genéticos. Trabalho que tornou o britânico reconhecido como o pioneiro da IA (RUSSEL; NORVIG, 2013).

Apesar de certos sucessos nos primeiros anos da IA, eles eram limitados pelos computadores e os recursos de programação da época ainda primitivos. Os computadores eram vistos como equipamentos capazes de realizar operações aritméticas e apenas isso. De

maneira geral a classe intelectual discordava dos pesquisadores da IA e desconfiava de que as máquinas poderiam realizar qualquer tarefa minimamente inteligente. Hoje sabemos que estavam enganados.

Após uma introdução sobre o surgimento da IA, o Quadro 1 reúne oito definições de IA ao longo da história, feitas por meio de abordagens diferentes:

Quadro 1 - Algumas definições de inteligência artificial, organizadas em quatro categorias

Pensando como um humano	Pensando racionalmente
<p>“O novo e interessante esforço para fazer os computadores pensarem (...) máquinas com mentes, no sentido total e literal.” (HAUGELAND, 1985)</p> <p>“[Automatização de] atividades que associamos ao pensamento humano, atividades como a tomada de decisões, a resolução de problemas, o aprendizado...” (BELLMAN, 1978)</p>	<p>“O estudo das faculdades mentais pelo uso de modelos computacionais.” (CHARNIAK; MCDERMOTT, 1985)</p> <p>“O estudo das computações que tornam possível perceber, raciocinar e agir.” (WINSTON, 1992)</p>
Agindo como seres humanos	Agindo racionalmente
<p>“A arte de criar máquinas que executam funções que exigem inteligência quando executadas por pessoas.” (KURZWEIL, 1990)</p> <p>“O estudo de como os computadores podem fazer tarefas que hoje são melhor desempenhadas pelas pessoas.” (RICH; KNIGHT, 1991)</p>	<p>“Inteligência Computacional é o estudo do projeto de agentes inteligentes.” (POOLE et al., 1998)</p> <p>“AI... está relacionada a um desempenho inteligente de artefatos.” (NILSSON, 1998)</p>

Fonte: Russel e Norvig (2013).

Em linhas gerais, as que estão na parte superior da Quadro 1 se relacionam a processos de pensamento e raciocínio, enquanto as definições da parte inferior se referem ao comportamento. As definições do lado esquerdo medem o sucesso em termos de fidelidade ao desempenho humano, enquanto as definições do lado direito medem o sucesso comparando-o a um conceito ideal de inteligência, chamado de racionalidade. Em outras palavras, podemos dizer que a IA é a capacidade das máquinas de usar algoritmos para aprender com os dados e usar este aprendizado para tomar decisões como um ser humano.

Vários fatores alimentaram a revolução da IA. O mais importante deles é o amadurecimento do *Machine Learning*, suportado em parte pelos recursos de computação em nuvem e coleta de dados baseada na Web³, amplamente difundida.

³ Nome pelo qual a rede mundial de computadores internet se tornou conhecida a partir de 1991, quando se popularizou devido à criação de uma interface gráfica que facilitou o acesso e estendeu seu alcance ao público em geral.

Há várias definições para *machine learning* ou aprendizado de máquina (AM) na literatura. Mitchell (1997) a define como: “a capacidade de melhorar o desempenho na realização de alguma tarefa por meio da experiência.” Faceli et al. (2011), diz que os “computadores são programados para aprender com a experiência passada. Para tal, empregam um princípio de inferência denominado indução, no qual se obtém conclusões genéricas a partir de um conjunto de exemplos.”

Dois pioneiros da área, Tom Mitchell e Michael I. Jordan, observaram que a maior parte do progresso recente do aprendizado de máquina envolve um mapeamento a partir de um conjunto de *inputs* para um conjunto de *outputs*. Na Figura 1 podemos ver alguns exemplos.

Figura 1 - Exemplos de inputs, outputs e aplicação em machine learning

Input X	Output Y	Aplicação
Gravação de voz	Transcrição	Reconhecimento de voz
Dados históricos de <i>marketing</i>	Dados de mercados futuros	Robôs de comercialização
Fotografia	Legenda	Rotulagem de imagem
Propriedades de drogas químicas	Eficácia de tratamentos	P&D farmacêutica
Detalhes de transações em lojas	Análise de transações fraudulentas	Deteção de fraudes
Ingredientes de receitas	Avaliação de clientes	Sugestão de comidas
Histórico de compras	Comportamento de compras futuras	Retenção do cliente
Localização de carros e sua velocidade	Fluxo de tráfego	Semáforos
Rostos	Nomes	Reconhecimento facial

Fonte: Brynjolfsson e McAfee (2017).

Outro exemplo simples de como os algoritmos podem ser usados para aprender com os dados padrões e o conhecimento adquirido pode ser usado para tomada de decisões, são os filtros de spam de e-mail que usam aprendizado de máquina para detectar quais e-mails são spam e, em seguida, separa-los de e-mails legítimos.

Em “The second machine age”, Brynjolfsson e McAfee (2014) afirmam que os computadores estão tão hábeis que é praticamente impossível prever suas novas utilidades

em alguns poucos anos no futuro. A IA está em nosso entorno, em carros que pilotam sozinhos, *drones*, assistentes virtuais e softwares de tradução. Isso está transformando nossas vidas. A IA fez progressos impressionantes, impulsionada pelo aumento exponencial da capacidade de processamento e pela disponibilidade de grandes quantidades de dados, desde softwares usados para descobrir novos medicamentos até algoritmos que preveem nossos interesses culturais. Muitos desses algoritmos aprendem a partir das “migalhas” de dados que deixamos no mundo digital. Isso resulta em novos tipos de “aprendizagem automática” e detecção automatizada que possibilitam robôs “inteligentes” e computadores a se autoprogramar e encontrar as melhores soluções a partir de princípios iniciais.

“Dados são o novo petróleo”. Frase utilizada por Clive Humby (2006) para evidenciar os quão valiosos são os dados para as pessoas, negócios e sociedades. Mostra que as pessoas, empresas e países que souberem manusear de maneira correta os dados obterão sucesso. Assim como o petróleo, é necessário refiná-los, logo, é correto afirmar que a maior riqueza não está nos dados em si, mas na capacidade de manipulá-los de forma analítica. No entanto, diferentemente do petróleo onde a maior dificuldade é localizar reservas subterrâneas de matéria prima, os dados estão dispostos e sendo coletados a todo momento, de diversas formas. Outra diferença é que o petróleo é um recurso finito e escasso, os dados não, muito menos suas possibilidades. Esse grande volume de dados é chamado de **Big Data**.

Big data rompe com o método tradicional para procurar por causalidade. Trabalhar com *big data* implica buscar padrões e correlações que podem não nos dizer por que algo está acontecendo, mas sim nos alertar que isso está acontecendo (MAYERSCHÖNBERGER; CUKIER, 2014). Nesse sentido, novos indicadores podem ser desenvolvidos para obter correlações em tempo real e estabelecer um sistema de alerta antecipado mais abrangente que possa monitorar o acúmulo de riscos específicos de cada país, bem como os riscos sistêmicos no ambiente real, externo e fiscal e setores financeiros (KITCHIN 2015). Pesquisas na web do Google e postagens no Facebook já são usadas para prever a liquidez do mercado de ações (AROURI et al., 2014) e para construir índices de sentimento que preveem a atividade do mercado de ações (KARABULUT, 2013). Geralmente, *big data* é definido como 3Vs: volume, variedade e velocidade dos dados gerados, armazenados, processados e analisados pelas organizações (RUSSOM, 2011; ZIKOPOULOS; EATON, 2011).

- **Volume** – Cada vez mais, produzimos informações em maior quantidade;
- **Variedade** – Com as diversas plataformas e meios de comunicação, as fontes de dados são mais variadas;

- **Velocidade** – Com o avanço das tecnologias, a produção de dados é mais veloz e a tomada de decisão mais rápida torna-se cada vez mais importante;

No entanto, Taurion (2012), acrescenta que é possível definir *big data* como 5 V's, por meio da seguinte fórmula: volume + variedade + velocidade + veracidade + valor = Big Data. A **veracidade** diz respeito a certeza de que estes dados fazem sentido e são autênticos. E finalmente, **valor**, uma vez que a organização que implementa projetos que fazem uso de *big data* visa retorno positivo sobre estes investimentos. Como podemos ver na Figura 2

Figura 2 - Os cinco Vs do big data



Fonte: Adaptado de Taurion (2012).

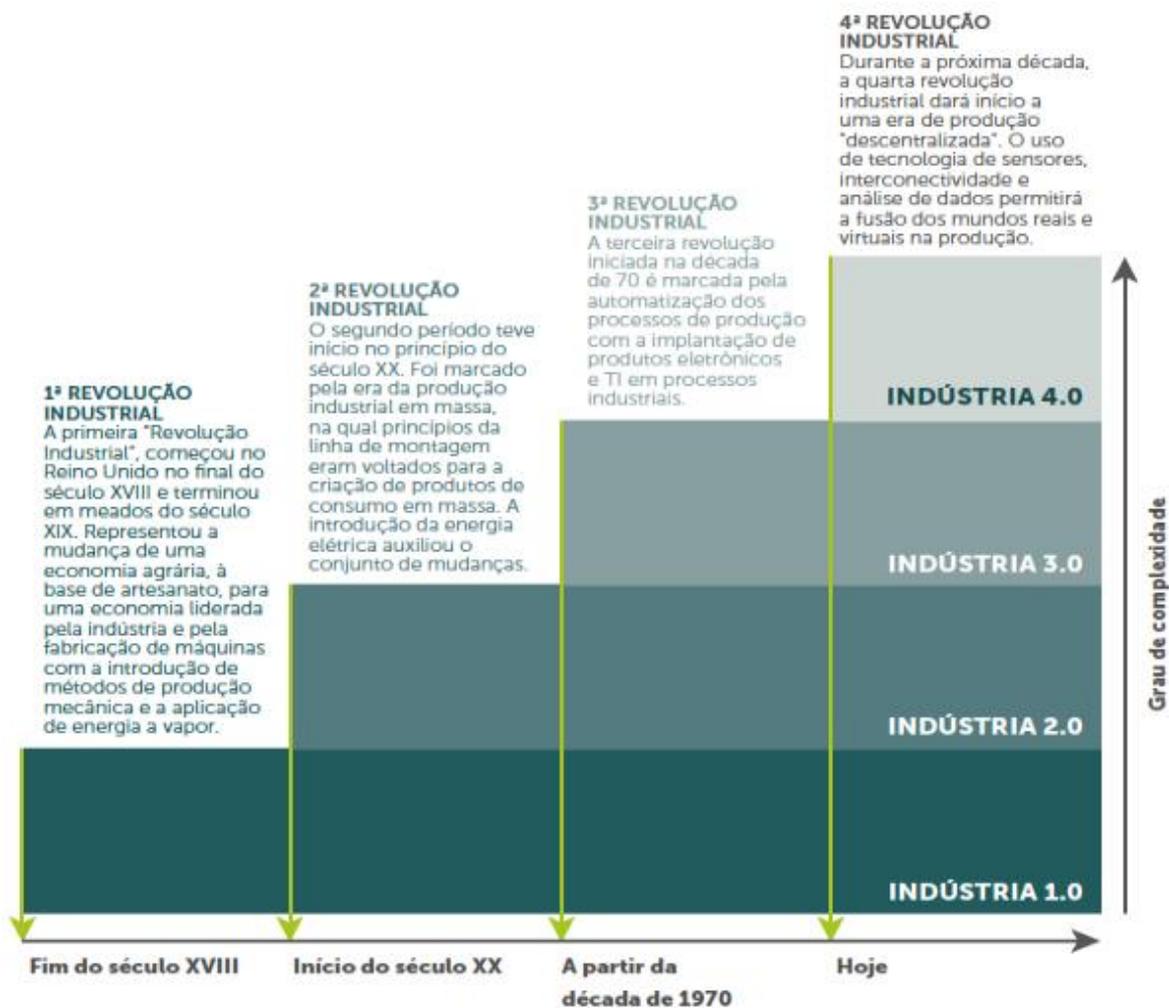
Por isso se fazem necessárias mecanismos que possibilitem manipular e estudar esses bilhões de dados. Entender mais sobre esses conceitos, suas origens, permite tentar prever suas condições futuras e, assim, planejar melhores tomadas de decisões.

A IA é um desses poderosos mecanismos. No entanto, a automação dos processos de identificação e análise de dados não se restringe a isso. A IA pressupõe um processo de *machine learning* constante que, como já conceituado, é quando a máquina é dotada da capacidade de aprendizado. O *machine learning*, ou aprendizado de máquina, utiliza algoritmos para fazer uma leitura em grandes quantidades de dados e buscar padrões. Esses algoritmos, quando utilizados de maneira constante em porções de informação cada vez maiores, conseguem trabalhar com análises muito mais rapidamente do que uma pessoa conseguiria manualmente.

Conceituados a IA e suas tecnologias, buscaremos entender como ela tem se aplicado. É impossível explicar essa relação sem fazer menção à chamada de **quarta revolução industrial ou indústria 4.0**.

A palavra “revolução” indica mudança súbita e definitiva. Na história, as revoluções ocorrem quando novas tecnologias e novas formas de perceber o mundo irrompem em alterações profundas nas estruturas sociais e nos sistemas econômicos. Conforme exposto na Figura 3.

Figura 3 - As quatro revoluções industriais



Fonte: FIRJAN (2016).

Ciente das várias definições e argumentos acadêmicos utilizados para descrever as três primeiras revoluções industriais, Schwab (2016) acredita que hoje estamos no início de uma quarta revolução industrial. Ela teve início na virada do século XX e baseia-se na revolução digital. É caracterizada por uma internet mais ubíqua e móvel, por sensores menores e mais poderosos que se tornaram mais baratos e pela IA e aprendizagem automática (ou aprendizado de máquina). A quarta revolução industrial, no entanto, não diz respeito apenas a sistemas e máquinas inteligentes e conectadas. Seu escopo é muito mais amplo.

Ondas de novas descobertas ocorrem simultaneamente em áreas que vão desde o sequenciamento genético até a nanotecnologia, das energias renováveis à computação quântica. O que torna a quarta revolução industrial fundamentalmente diferente das anteriores é a fusão dessas tecnologias e a interação entre os domínios físicos, digitais e biológicos (SCHWAB, 2016).

Nessa revolução, as tecnologias emergentes e as inovações generalizadas são difundidas muito mais rápida e amplamente do que nas anteriores, as quais continuam a desdobrar-se em algumas partes do mundo. Porém, a segunda revolução industrial precisa ainda ser plenamente vivida por 10,9% da população mundial, pois aproximadamente 840 milhões de pessoas ainda não têm acesso à eletricidade é o que demonstra o relatório do Banco Mundial “*The energy progress report 2019*”. Isso também se aplica a terceira revolução industrial, é o que atesta o relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) “*The state of broadband 2018*”, onde estima que metade da população mundial, 4 bilhões de pessoas, vive em países em desenvolvimento sem acesso à internet. O tear mecanizado (a marca da primeira revolução industrial) levou quase 120 anos para se espalhar fora da Europa. Em contraste, a internet espalhou-se pelo globo em menos de uma década (Idem 2016).

Friedman (2007) afirma que tendemos a pensar no comércio e na economia globais como mecanismos movidos pelo FMI, pelo G-8, pelo Banco Mundial, pela OMC, pelos tratados comerciais forjados por ministros. Não estou dizendo que esses órgãos governamentais sejam irrelevantes — e não são —, mas a tendência é que percam sua importância. No futuro, a globalização será cada vez mais conduzida por *indivíduos* que compreenderão o mundo plano. O autor acredita que o mundo é *plano* no sentido em que os campos de competição entre os países desenvolvidos e os países em via de desenvolvimento estão a ficar nivelados. Então estes indivíduos vão adaptar-se com rapidez aos seus processos e tecnologias e se colocarão em movimento sem necessidade de qualquer tratado ou recomendação do FMI; serão de todas as cores do arco-íris e virão dos quatro cantos da Terra.

A economia global, daqui por diante, será moldada menos pelas tediosas deliberações dos ministros da economia que pela explosão espontânea de energia dos *zippies*. Friedman (2007) descreve os *zippies* como uma “enorme massa de jovens indianos que são a primeira geração desde que a Índia se afastou do socialismo e mergulhou de cabeça no comércio global e na revolução da informação ao se transformar em um centro de serviço do

mundo." Os americanos foram *hippies*⁴ nos anos 60 e, graças à revolução da alta tecnologia, muitos tornaram-se *yuppies*⁵ nos anos 80, agora temos os *zippies*.

Visto que a quarta revolução industrial é responsável por difundir o uso de tecnologias como a IA, seguiremos mostrando suas aplicações, mudanças e impactos.

As mudanças que a Quarta Revolução Industrial nos impõe, diferem das anteriores que ocorriam apenas dentro das fábricas e indústrias. Nas revoluções anteriores, que eram uma conjunção do uso de novas tecnologias e políticas governamentais de diversos países, a indústria influenciava o comportamento da sociedade e formava tendências. Hoje, a sociedade dita as tendências, criando novos mercados e obrigando indústrias antes consolidadas a se reinventar. Como exemplo poderíamos citar diversos novos mercados que surgiram recentemente, mas o maior deles talvez seja o mercado de *streaming*⁶, que praticamente extinguiu um mercado anterior de vídeo locadoras.

Uma pesquisa global da Deloitte Touche Tohmatsu⁷, entrevistou 1.600 executivos em 19 países, dos quais 102 eram brasileiros. Perguntados sobre suas expectativas aos impactos da Quarta Revolução Industrial nos negócios, 39% dos entrevistados no Brasil afirmaram que o uso das tecnologias promove um diferencial competitivo, enquanto 42% acham que elas são capazes de gerar uma grande transformação na cadeia de operações. A pesquisa aponta ainda que 87% desses gestores acreditam que a nova indústria tecnológica deve oferecer vantagens ao mercado empresarial e à sociedade com mais estabilidade econômica e igualdade social. Outra grande mudança advinda da Quarta Revolução Industrial está relacionada à mão de obra. 75 milhões de empregos poderão ser substituídos por mudanças na divisão do trabalho, aponta o relatório *The Future of Jobs Report 2018* divulgado pelo Fórum Econômico Mundial. Esse cenário se deve a dois fatores: declínio em grande escala em algumas funções, à medida que as tarefas nessas funções se tornam automatizadas ou redundantes; e crescimento em larga escala de novos produtos e serviços - e novas tarefas associadas e empregos - gerados pela adoção de novas tecnologias e outros desenvolvimentos socioeconômicos, como a ascensão da classe média nas economias

⁴O movimento hippie foi um comportamento coletivo de contracultura dos anos 1960

⁵*Yuppies* é uma expressão inglesa que significa "young urban professional", ou seja, Jovem Profissional Urbano. É um termo usado para se referir a jovens profissionais entre os 20 e os 40 anos de idade, geralmente de situação financeira intermediária entre a classe média e a classe alta.

⁶A tecnologia **streaming** é uma forma de transmissão instantânea de dados de áudio e **vídeo** através de redes. Por meio do serviço, é possível assistir a filmes ou escutar música sem a necessidade de fazer download, o que torna mais rápido o acesso aos conteúdos online.

⁷A Deloitte Touche Tohmatsu é líder em serviços de Auditoria, Consultoria, Assessoria Financeira, Risk Advisory, Consultoria Tributária e serviços relacionados.

emergentes e mudanças demográficas. Segundo o documento, até 2022, de acordo com as intenções de investimento das empresas entrevistadas para o relatório, 85% das companhias terão expandido a adoção de novas tecnologias para análise de dados. Além disso, as empresas têm interesse em aumentar o uso de Internet das Coisas e computação em nuvem. *machine learning* e realidade aumentada e virtual também receberão investimentos consideráveis.

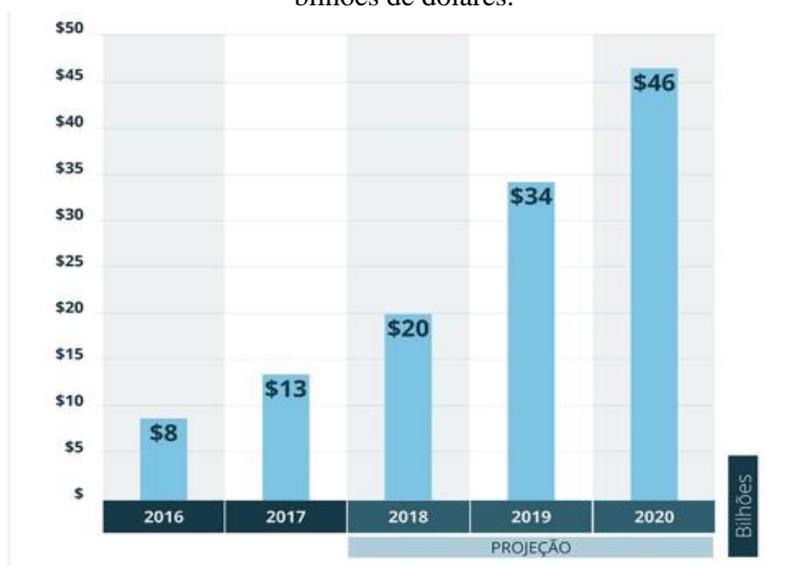
Sendo assim, a IA deve ser vista como parte da infraestrutura do país, pois é capaz de tornar mais eficientes e competitivas todas as atividades produtivas. É preciso deixar de vê-la somente como um setor isolado da economia. Não podemos deixar de mencionar a segurança nacional: países que não dominam IA estão fadados a ser ultrapassados no sistema geopolítico. Portanto é fundamental o Brasil despertar para tal necessidade, pois já se encontra em atraso. Hoje vários países do mundo já têm planos nacionais para tratar a IA. Dois deles são destaques: China e Estados Unidos. Não é coincidência que sejam as duas maiores potências econômicas do mundo atual. Outros incluem Canadá, França, Reino Unido, Singapura e assim por diante.

Analisando as disrupções que vem sendo causadas, o artigo busca entender como essas mudanças impactarão nas relações de trabalho, isto é, empresas e profissionais.

3. Gestão empresarial 4.0

A *International Data Corporation* (IDC) prevê que, até 2022, mais de 50% do Produto Interno Bruto (PIB) da América Latina virá da economia digital. Segundo a IDC *Latín America*, 54% das empresas recentemente pesquisadas disseram que aumentarão os gastos com tecnologia da informação (TI), e apenas 17% planejam gastar menos do que em 2018. Os analistas da IDC preveem que, durante 2019, o setor de TI crescerá a uma taxa de 8,2% em dólares constantes e os gastos com os pilares da Terceira Plataforma (mobilidade, nuvem, *big data* e mídias sociais) captarão aproximadamente metade do orçamento e crescerão em média 5%. Dentre suas previsões, a IDC também cita a integração de tecnologias e soluções de IA em todos os aspectos das empresas; e uma expansão massiva da utilização direta de uma infraestrutura de TI especializada e de aplicativos e serviços com foco vertical. Conforme demonstrado nas Figuras 4 e 5.

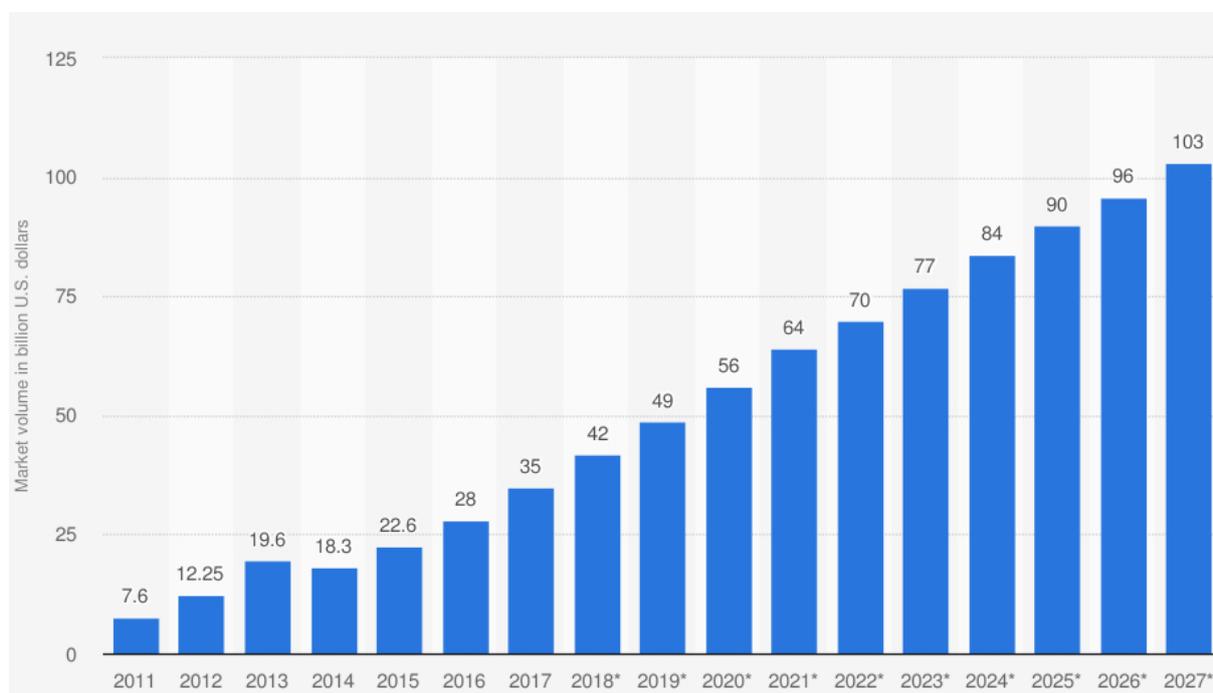
Figura 4 - Dispendios mundiais com sistemas de inteligência artificial/cognitivos, 2015 a 2020, em bilhões de dólares.



Fonte: IDC (2017).

Nota: Inclui hardware, software e serviços

Figura 5 - Tamanho do mercado de big data com base em valores de venda, 2011 a 2027 (em bilhões de dólares)



Fonte: Holst (2018).

com a projeção de crescimento dos investimentos em inteligência artificial e mercado de big data, os modelos de negócio das empresas e suas cadeias de valor estão evoluindo para modelos integrados, conectados, inteligentes e convertendo-se em serviços. São integrados e conectados porque os diferentes elos das cadeias de valor e das atividades

intraempresas ficarão tão próximos que suas fronteiras tendem a se desfazer. São inteligentes porque informações econômicas e técnicas serão captadas e processadas on-line, de modo que, por meio de algoritmos de inteligência artificial, decisões de ações e reações a fenômenos produtivos poderão ser delegadas a equipamentos e sistemas digitais. Modelos dessa natureza permitem que as empresas forneçam bens e serviços intrinsecamente complementares, ou que, ao invés de vender, ofereçam o uso de bens sob a forma de serviços.

Sob crescente pressão competitiva as empresas precisam se transformar e adotar novos modelos de negócio. Em consequência, as estruturas de mercado tornam-se mais vulneráveis à entrada de novos concorrentes, mais flexíveis em face de diferentes formatos empresariais e mais permeáveis a mudanças de liderança. Na medida em que as indústrias e a economia global se deslocam cada vez mais em direção ao mundo digital, a prioridade número um dos *CXOs*⁸ deve ser a preparação de suas organizações para se reinventarem. E, à medida que a confiança das empresas na tecnologia aumenta, os *CXOs* devem avaliar cuidadosamente seus provedores de TI, selecionando aqueles que também estão se reinventando para a economia digital. No entanto, Albano (2001 p.10), contesta que:

Não basta disponibilizar novos recursos tecnológicos e de sistemas. As pessoas, os grupos e os diversos níveis gerenciais que compõem a força de trabalho da organização devem estar plenamente comprometidos com os resultados almejados, familiarizados com o processo de mudança proposto e motivados para a assimilação e o uso efetivo da nova tecnologia. Gerenciar mudanças, a partir da introdução de novas tecnologias, exige das organizações uma habilidade muitas vezes difícil de ser encontrada.

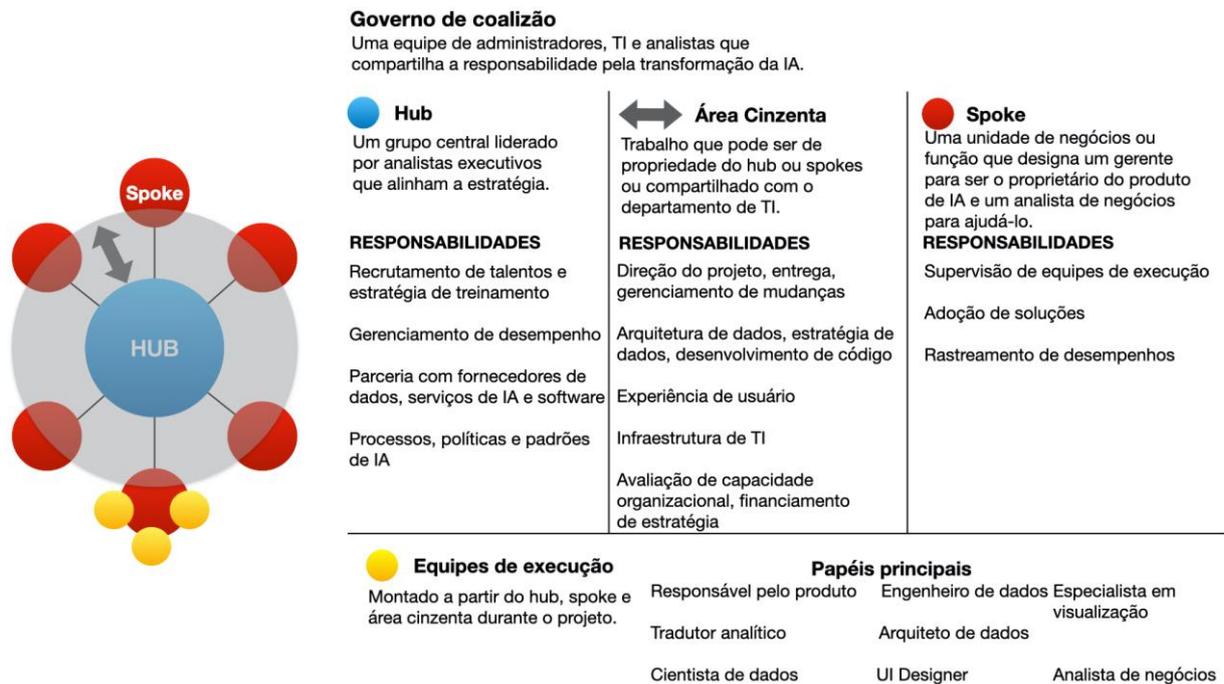
Por outro lado, Schwab (2016 p.21) afirma que “A questão para todas as indústrias e empresas, sem exceção, não é mais ‘haverá ruptura em minha empresa?’, mas ‘quando ocorrerá a ruptura, quando irá demorar e como ela afetará a mim e a minha organização?’”

Mas então como empresas devem se estruturar para conceber tais mudanças? No artigo “*Building the ai-powered organization*”, analistas da Mckinsey⁹ apontam alguns passos que auxiliam as empresas a conseguir sucesso na implementação de IA. Com base no artigo fora criada a Figura 6.

⁸ Chief Experience Officer: é um executivo responsável pela experiência geral dos produtos e serviços de uma organização.

⁹ McKinsey & Company é uma empresa de consultoria empresarial americana. É reconhecida como a líder mundial no mercado de consultoria empresarial.

Figura 6 - Estrutura organizacional IA



Fonte: Adaptado de Fountaine, McCarthy e Saleh (2019)

Fountaine, McCarthy e Saleh (2019) destacam três elementos importantes: trabalho colaborativo, feito com equipes multidisciplinares; implantação de cultura *data-driven*¹⁰; estabelecer uma estrutura organizacional ágil e flexível. Um outro elemento importante: transparência. Como a IA tende a se relacionar com substituição de humanos por máquinas, a empresa deve ter uma política transparente em relação ao futuro, quando a IA estiver sendo usada intensivamente. Além das mudanças na estrutura organizacional, um estudo feito por Frey e Osborne (2013), investigaram a probabilidade de diferentes profissões serem suplantadas por algoritmos de computador nas próximas duas décadas. Desenvolvendo uma metodologia para classificar as ocupações de acordo com suas suscetibilidades à informatização

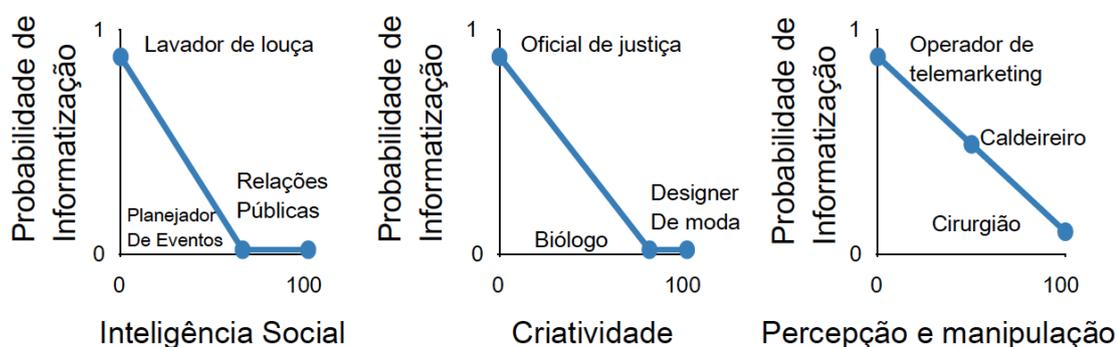
- **Tarefas de percepção e manipulação:** Os robôs ainda são incapazes de igualar a profundidade e a amplitude da percepção humana. Embora a identificação geométrica básica seja razoavelmente madura, possibilitada pelo rápido desenvolvimento de sensores e lasers sofisticados, permanecem desafios significativos para tarefas de percepção mais complexas, como a identificação de objetos e suas propriedades em um campo de visão desordenado.

¹⁰ O adjetivo orientado por dados significa que o progresso em uma atividade é compelido por dados, e não por intuição ou por experiência pessoal.

- **Tarefas de criatividade:** Os processos psicológicos subjacentes à criatividade humana são difíceis de especificar. De acordo com Boden (2003), a criatividade é a capacidade de criar ideias ou artefatos novos e valiosos.
- **Tarefas de inteligência social:** A inteligência social humana é importante em uma ampla gama de tarefas de trabalho, como as que envolvem negociação, persuasão e cuidado.

Na Figura 7 podemos ver como se dá a relação dessas tarefas e a probabilidade de informatização:

Figura 7 - Um esboço de como a probabilidade de informatização pode variar em função de variáveis de gargalo.



Fonte: Adaptado de Frey e Osborne, 2013.

A inteligência emocional e as habilidades humanas – apesar de todo o contexto tecnológico – são competências desejadas e que estão se tornando essenciais na vida profissional. Essas são algumas das tendências identificadas no estudo “Futuro do trabalho”. A pesquisa é uma parceria entre a rede social profissional LinkedIn e a Worth Global Style Network (WGSN), empresa de análises e previsão de tendências. O levantamento cruzou análises de comportamentos e tendências com dados de mercado, para trazer respostas confiáveis para o presente sobre o futuro do setor que é a base da economia. Ele procurou também mostrar como as habilidades humanas e tecnológicas podem andar juntas e serem complementares no mercado profissional. Dentre as descobertas desse estudo, a maior delas é, no mínimo, curiosa, é que esta Quarta Revolução Industrial tem revelado a importância das competências humanas para a gestão e a transformação do mercado de trabalho. “Cultivar a criatividade, desenvolver inteligência emocional e construir empatia são as habilidades que os robôs ainda não podem substituir” (SOUZA, 2018). É o que aponta a pesquisa do LinkedIn e WGSN, o trabalho identificou 10 competências mais recorrentes. São elas: criatividade,

colaboração, transparência, comunidade, compartilhamento, *mindfulness*, inteligência emocional, capacidade de experimentação, empatia e espírito empreendedor.

O futuro obriga os profissionais a aprimorarem e desenvolverem competências humanas dentro de tecnologia e serviços. Por tanto, as organizações, através de seus gestores e profissionais, devem se inclinar a esse movimento para conseguir se adaptar. As empresas mais bem-sucedidas terão gestores preparados e que são capazes de ouvir, observar, incentivar, compartilhar e engajar a transformação real de suas organizações bem como seus processos. Afinal, com grande volume de dados e informações sobre a produção das equipes, os gestores poderão obter uma série de ganhos. A partir dessa interação ativa é possível entender melhor quais são as inovações tecnológicas que poderão realmente melhorar as atividades dos trabalhadores e como a utilização desses recursos de TI trarão benefícios de sustentabilidade e rentabilidade às unidades da organização.

A Confederação Nacional das Indústrias (CNI) (2018) em seu relatório “Construindo o futuro da indústria brasileira” afirma que:

Com relação à capacitação de recursos humanos, ressalta-se que o sistema de formação profissional brasileiro público e privado e, especialmente, o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), constituem agentes estratégicos para promover a evolução do perfil de qualificação dos trabalhadores brasileiros (CNI, 2018 p.21).

Coloca ainda que é necessário avançar na direção de:

- evoluir de “centros de formação” para “centros de aprendizagem”;
- ampliar e diversificar programas de treinamento profissional para desenvolver e renovar habilidades ao longo da vida do trabalhador;
- antecipar e prevenir necessidades de habilidades e talentos de trabalhadores e empresas;
- inserir o ensino e o uso de tecnologias digitais em todos os níveis de educação; e
- promover estudos e debates sobre impactos do progresso técnico sobre ocupações, qualificações e trabalho, rendas e benefícios sociais (CNI 2018).

Com a velocidade com que os processos produtivos vêm se transformando devido as tecnologias digitais, adaptações se fazem necessárias, não apenas das empresas e seus executivos, mas, principalmente dos trabalhadores. O que reforça a necessidade de uma qualificação adequada. Os trabalhadores precisam ter uma preparação multidisciplinar e de aprendizagem contínua. O ensino técnico e aplicado prestado pelo SENAI permite que os estudantes se preparem para o que será exigido deles num universo de trabalho cada vez mais

conectado, sendo assim um importante sistema para inovação do país. O investimento em educação é imprescindível para o aumento da competitividade do país, a retomada do crescimento econômico e a criação de melhores oportunidades de emprego.

4. Futuro do trabalho no brasil

Antes de qualquer discussão quanto às questões trabalhistas, se faz necessária a menção ao conceito de Trabalho Decente da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Esse conceito foi apresentado pela primeira vez na Conferência Internacional do Trabalho (CIT), realizada em Genebra, em junho de 1999 (OIT 2015) e afirma que:

O trabalho decente é o ponto de convergência de quatro objetivos estratégicos: a promoção dos direitos fundamentais no trabalho, o emprego, a proteção social e o diálogo social. Isso deve orientar as decisões da Organização e definir sua tarefa internacional nos próximos anos (OIT, 1999 p.17).

assim, o conceito de trabalho decente não visa apenas garantir a geração de postos de trabalho como também superar o trabalho precarizado que não gera renda suficiente para que trabalhadores e suas famílias não vivam em situação de pobreza. Além de propor medidas contra atividades insalubres, inseguras e degradantes que, portanto, trazem exclusão social e contribuem para a desigualdade social. Garante ainda que o trabalho decente deva estar associado a proteção social e aos direitos do trabalho como de representação, associação sindical e negociação coletiva.

Em 2003, o então Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva e o Diretor-Geral da OIT, Juan Somavia, assinaram um memorando de entendimento que visava estabelecer um programa de cooperação técnica para a estruturação de uma agenda nacional de trabalho decente no brasil (OIT 2015). Assim, tornando como prioridade a promoção do trabalho decente nas políticas nacionais. A partir de então o Brasil passou a ser visto como exemplo de bons resultados, já ao final do ano de 2005, haviam sido gerados no Brasil pouco mais de 3,5 milhões de empregos formais segundo informe da OIT (2006). No entanto, a partir de 2015 a conjuntura do país mudou, trazendo um cenário complexo com dificuldades em diversos aspectos. Os governos e demais atores que trouxeram conquistas em relação ao trabalho, perderam forças dando lugar a forças opositoras, que paralelo a onda global de avanços tecnológicos de IA, colocam em risco os avanços dos últimos anos. A exemplo disso podemos citar as forças sindicais que outrora foram atores primordiais na conquista de direitos, hoje são alvos de ataques políticos e estão enfraquecidos. Sobre isso, Harari (2015

p.283) reflete que “milhões de taxistas, motoristas de ônibus e caminhoneiros têm significativa influência econômica e política, cada uma dessas classes dominando uma pequena parcela de mercado de transportes.” Isto é, quando os algoritmos são implementados, aderem aos interesses dos donos da corporação, dissolvendo a capacidade de mobilização política da classe e individualizando o trabalhador, dificultando assim a luta por interesses e direitos próprios da classe. Ainda segundo Harari (2015 p.283):

Como os algoritmos estão tirando os humanos do mercado de trabalho, a riqueza e o poder poderão se concentrar nas mãos da minúscula elite que é proprietária desses algoritmos todo-poderosos, criando uma desigualdade social e política jamais vista.

Ou seja, apesar de todo progresso tecnológico, as desigualdades se ampliam, uma vez que detentores de capital possuem os algoritmos que cada vez mais moldam como, onde e qual será a remuneração dos trabalhadores. E isso é sentido na atual conjuntura do Brasil, é o que confirma a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua de 2018. Onde demonstra que em 2012 o percentual de empregados no setor privado com carteira assinada era 38,4%, já em 2017 esse número cai para 36,3%. No mesmo período o percentual de trabalhadores por conta própria cresce de 22,8% para 25,3%. Consequente a isto, tínhamos em 2012 o percentual de 16,2% de trabalhadores associados a algum sindicato e em 2017 esse número cai para 14,4%.

Sem vínculos estáveis com o empregador, as atividades flexíveis mudam o modo no qual o trabalhador recebe seu pagamento, sem férias remuneradas e demais direitos. Em uma lógica da gratificação instantânea. Sem horários e locais de trabalho fixos e pouca estabilidade sobre os rendimentos financeiros, o trabalhador fica em uma situação de vulnerabilidade e risco de endividamento.

Acentuando o cenário, o sociólogo brasileiro Braga (2012 p.146) aponta que “Os trabalhadores foram subsumidos a um regime de acumulação mundializado organizado em torno da dominância dos mercados financeiros”, mostrando assim a outra faceta da relação, onde investidores e acionistas se beneficiam dessa precarização do trabalho aumentando suas margens de lucro. Corroborando assim ao advento do neoliberalismo¹¹ no Brasil que transformou as relações trabalhistas, assegurando uma correlação de forças favorável aos

¹¹É um conjunto de ideias políticas e econômicas capitalistas que defende a não participação do estado na economia, onde deve haver total liberdade de comércio, para garantir o crescimento econômico e o desenvolvimento social de um país.

detentores do capital financeiro em detrimento aos trabalhadores. Crescendo sob o discurso da superação da crise econômica e geração de empregos, as bandeiras neoliberais com novos atores de velhas políticas, sinalizam para uma nova agenda em torno das crises e seus efeitos sobre o trabalho e trabalhadores. Tratam-se das crises do desemprego, do Direito do Trabalho, da Previdência, da desigualdade. A incerteza provocada pelas várias reformas em curso, isto é, a trabalhista, a previdenciária e a regulamentação da terceirização implicarão em estudos sobre os seus efeitos para os trabalhadores do setor público e privado.

Standing (2013) reforça essa impressão em nível global, para ele a revolução tecnológica traz uma facilidade de alocação de empregos e produção onde o custo da mão de obra é menor. O que agrava a distribuição de renda e privilegia os detentores do capital que lucram com o endividamento da população. Standing (2013 p.263) afirma que “Esse lado da globalização deveria dar origem a uma situação de benefício mútuo, mas somente se alguns dos dividendos fossem distribuídos para os cidadãos e “habitantes” do país investidor.”

Apesar de Standing (2013) considerar as novas exigências de flexibilidade como injustas em benefício dos detentores de capital financeiro, e que elas significam que milhões de pessoas devem viver em contínua instabilidade social e econômica, o britânico consegue enxergar uma compatibilidade entre o que esse conjunto de trabalhadores e os empregadores querem. Standing (2013 p.235) acredita que o jovem em especial, “não vê com bons olhos a garantia de vínculo empregatício trabalhista da era pré-globalização.”

Por isso, Standing (2013 p.235) defende que “para que seus membros tenham algum controle sobre suas perspectivas de vida e a sensação de que os choques e os riscos podem ser gerenciados. Isso só pode ser alcançado se a segurança de renda for garantida.” Nesse cenário se fazem necessárias políticas públicas para amortização deste impacto. Que em sua definição são “a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos” (PETERS, 1986 p.100). No entanto, não somente políticas públicas, as ações podem ser governamentais, mas também podem partir das empresas, reorganizando assim o mercado de trabalho. Não existe um consenso de solução para esta realidade. Apesar disso, Guy Standing defende programas de transferência de renda como um atenuador a precarização do trabalho. Standing (2013 p.256) afirma que:

Em princípio, as transferências de renda libertam; dão segurança econômica com a qual é possível fazer escolhas sobre como viver e desenvolver as capacidades de cada um. A pobreza consiste na falta de liberdade, bem como em não ter o suficiente para comer, nem o suficiente para vestir e um lugar inadequado para viver.

De outro prisma, Ruy Braga (2017) questiona os efeitos da aplicação de uma política de renda básica. Afirmado que na realidade brasileira, um investimento público desse porte pode impactar negativamente em políticas públicas já estabelecidas relacionadas à saúde, habitação, transporte e educação. Na visão dele, a aplicação da renda básica só seria viável se a política estiver atrelada a redução da conta da taxa de juros. Braga (2017 p.61) diz que:

No momento em que a crise política aprofunda-se e a economia não dá sinais consistentes de reação, necessitamos imaginar um modelo alternativo de desenvolvimento. Um novo caminho que aposte na proteção do trabalhador, na ampliação dos direitos sociais, na retomada do investimento público, na distribuição de renda, na diminuição das desigualdades e na preservação ambiental. Para tanto, é necessário que as forças políticas progressistas desafiem a financeirização e o rentismo que se alimentam de uma das mais altas taxas de juros praticadas no planeta.

O historiador e escritor holandês, Bregman (2016), ao defender a Renda Básica acredita que os sistemas de seguridade social e proteção de emprego ainda são projetados para poucos privilegiados que tem emprego fixo, ignorando a nova realidade. Bregman (2016 p.40) afirma que “A política pública baseia-se no equívoco de que podemos confiar que a economia gerará empregos suficientes.” Bregman (2016) acredita que o momento nunca foi tão apropriado para a implantação de uma Renda Básica Universal devido a flexibilidade dos postos de trabalho, a robotização e a maneira como a globalização está deteriorando os salários da classe média. Mas alerta de que esse sonho não pode ser implementado sem planejamento. Bregman (2016 p.40) diz que “A utopia sempre começa em uma dimensão modesta, com experimentos que mudam o mundo muito lentamente.”

No Brasil, o mais próximo de medidas benéficas nesse sentido é a renda básica de cidadania, proposta pelo, até então senador, Eduardo Suplicy. a renda básica de cidadania (RBC) é uma renda suficiente para que uma pessoa possa prover as suas necessidades vitais, como as de alimentação, saúde, educação e outras, que será paga pelo governo a toda e qualquer pessoa residente no país, inclusive às estrangeiras residentes há cinco anos ou mais no Brasil, não importa sua origem, raça, sexo, idade, condição civil ou mesmo socioeconômica. Pelo voto consensual de todos os partidos, o Congresso Nacional aprovou, e o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva sancionou, em 8 de janeiro de 2004, a Lei 10.835/2004, que instituirá, por etapas, a critério do Poder Executivo, a RBC, iniciando-se pelos mais necessitados, portanto, como o faz o Programa Bolsa Família, que pode ser visto como um passo na direção da renda básica de cidadania. Eduardo Suplicy sempre ao ser questionado sobre seu projeto de lei, temia pela estigmatização dos beneficiados, no sentido

de o benefício ser visto como esmola e não como um direito. O maior questionamento dos opositores a ideia é de que a RBC fosse um incentivo ao ócio, para isso Suplicy (2003 p.242) responde que:

A Constituição Brasileira, assim como a da maioria das nações, reconhece o direito à propriedade privada. Isso implica que reconheçamos como legítimo que os proprietários do capital recebam aluguéis, juros e lucros. A Carta Magna, no entanto, não obriga que essas pessoas trabalhem. Mas em geral elas trabalham, bem como suas crianças vão à escola.

Assim, se rentistas e oligarcas podem receber uma renda sem trabalhar, ricos e pobres também podem receber uma renda mesmo que modesta que os traria liberdade e maior poder de barganha nas escolhas de suas atividades econômicas, diminuindo o grau de exploração dos trabalhadores. Apesar de necessárias, tais medidas não têm sido implementadas como deveriam. E ao menos no Brasil a tendência é que não ocorra num futuro próximo devido a direção oposta em que o Poder Executivo atual lida com a questão. Adotando o discurso neoliberal de que devem haver menos direitos trabalhistas pois havendo mais direitos, não sobrariam empregos.

5. Conclusões

Como fora evidenciado no artigo, os avanços da IA estão compondo um novo cenário para indústria, mudando as relações de trabalho e os rumos econômicos, tornando-se parte essencial da economia de qualquer país que deseje se desenvolver. Assim, as empresas e profissionais devem estar preparados para conceber a IA. O artigo traz estudos sobre como as organizações devem se estruturar para lidar com a tecnologia. Alertando que elas devem incentivar um trabalho mais colaborativo, feito com equipes multidisciplinares, implantar uma cultura orientada por dados e não mais por intuição ou experiências pessoais, estabelecer uma estrutura organizacional ágil e flexível, além de prezar pela transparência nos processos. Na perspectiva dos profissionais, com a tendência a informatização e substituição de trabalhadores por máquinas, devem ter uma preparação multidisciplinar, contínua e com tecnologia aplicada em todos os níveis da sua educação. Além de estimular habilidades criativas, a inteligência emocional, capacidade colaborativa e empatia, em suma habilidades que não podem ser desempenhadas por uma IA.

Dada a perda de postos de trabalho em relação ao avanço da IA, é preciso deixar de ver a tecnologia como solução para todos os nossos problemas, negando a questão política que há em torno dela. Deve-se questionar quem financia as pesquisas sobre IA e

consequentemente quem são os donos dessas corporações criadoras dos algoritmos que se apropriam das forças de trabalho. A partir disso implementar políticas públicas, como a Renda Básica apresentada no artigo, que seria, junto a criação de impostos aplicados a grandes corporações que utilizam IA, uma solução para evitar que a economia entre em um colapso por superprodução. Uma vez que as produções aumentam ao serem executadas por IA cada vez mais sofisticada e os trabalhadores perdem seu poder de aquisição ao precarizar o valor de sua força de trabalho. Por mais que a IA possa ser vista como aliada, ela somente será se for construída a partir desse antagonismo de classes. Mantendo sempre um olhar críticos sobre seus avanços. O contrário disso será a criação de uma massa de pessoas economicamente excluídas bem como um grave aumento das desigualdades sociais.

Referências:

ALBANO, C.S. **Problemas e ações inerentes à adoção da tecnologia de informação: um estudo em cooperativas agropecuárias**. 125 p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, 2001.

AROURI, M. et al. **Emerging markets and the global economy: a handbook**. San Diego: El Sevier Inc, 2014.

BELLMAN, R. **An introduction to artificial intelligence: can computers think?** San Francisco: Boyd & Fraser Pub. Co, 1978.

BODEN, M.A. **The creative mind: myths and mechanisms**. Routledge, 2003.

BRAGA, R. **A política do precariado: do populismo à hegemonia lulista**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2012.

BRAGA, R. **Por uma geringonça brasileira**. *Revista Cidadanista*, v. 1, n. 3, p.60, 2017. Disponível em: https://issuu.com/cidadanista/docs/cidadanista_3/60. Acesso em: 3 set. 2020.

BREGMAN, R. **Utopia para realistas: como construir um mundo melhor**. São Paulo: Editora Sextante, 2016.

BRYNJOLFSSON, E.; MCAFEE, A. **The second machine age: work, progress, and prosperity in a time of brilliant technologies**. New York: W W Norton & Company, 2014.

BRYNJOLFSSON, E.; MCAFEE, A. **Machine, platform, crowd: harnessing our digital future**. New York: W W Norton & Company, 2017.

CHARNIAK, E.; MCDERMOTT, D. V. **Introduction to artificial intelligence**. Reading, Mass: Addison-Wesley, 1985.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA (CNI). **Final Report Building The Future Of Brazilian Industry** Brasília: IEL - Euvaldo Lodi Institute, 2018. Disponível em: https://bucket-gw-cni-static-cms-si.s3.amazonaws.com/media/filer_public/8f/26/8f267223-f41b-4b8a-8247-939df15b8de5/sintese_miolo_ing.pdf . Acesso em: 3 set. 2020.

DELOITTE TOUCHE TOHMATSU. **Success personified in the Fourth Industrial Revolution - four leadership personas for an era of change and uncertainty**. Deloitte Development LLC, 2018. Disponível em: https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/gx-davos-DI_Success-personified-fourth-industrial-revolution.pdf. Acesso em: 3 set. 2020.

FACELI, K.; LORENA, A.C.; GAMA, João; CARVALHO, André Carlos Ponce De Leon Ferreira De. **Inteligência artificial: uma abordagem de aprendizado de máquina**. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

FOUNTAIN, T.; MCCARTHY, B.; SALEH, T. **Building the AI-Powered organization**. Harvard Business Review, v. July–August 2019, p. 62–73, 2019. Disponível em: <https://hbr.org/2019/07/building-the-ai-powered-organization>. Acesso em: 3 set. 2020.

FREY, C.B.; OSBORNE, M.A. **the future of employment: how susceptible are jobs to computerisation?** Oxford Martin, 2013. Disponível em: https://www.oxfordmartin.ox.ac.uk/downloads/academic/The_Future_of_Employment.pdf. Acesso em: 3 set. 2020.

FRIEDMAN, T. L. **O mundo é plano uma breve história do século XXI**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2007.

HARARI, Y. N.. **Homo Deus: uma breve história do amanhã**. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2015.

HAUGELAND, J.. **Artificial intelligence: the very idea**. Massachusetts: The MIT Press, 1985.

HEBB, D.. **The Organization of Behavior**. New York: Wiley, 1949

HOLST, A. WIKIBON E SILICONANGLE. **Big data market size revenue forecast worldwide from 2011 to 2027**. Statista, 2018. Disponível em: <https://www.statista.com/statistics/254266/global-big-data-market-forecast/>. Acesso em: 26 ago. 2020.

HUMBY, C.. **ANA Senior marketer’s summit**. Evanston: Kellogg School, 2006.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: características adicionais do mercado de trabalho 2012-2017. Brasília: IBGE, 2018.

IEA, IRENA, UNSD, WB, WHO, Tracking SDG 7 **The energy progress report 2019**. Washington DC, 2019.

OIT – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Trabalho decente nas Américas: uma agenda hemisférica, 2006-2015**. Brasília: OIT, 2006.

OIT – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Uma década de promoção do trabalho decente no Brasil: uma estratégia de ação baseada no diálogo social**. Genebra, 2015.

KARABULUT, Y. **Can Facebook Predict Stock Market Activity?** San Diego Meetings Paper, 2013. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=2017099> ou <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2017099>. Acesso em: 3 Sept. 2020.

KITCHIN, R. Making sense of smart cities: addressing present shortcomings. **Cambridge Journal of Regions, Economy and Society**, v. 8, n. 1, p. 131–136, mar. 2015.

KURZWEIL, R. **The age of intelligent machines**. Cambridge, Mass: MIT Press, 1990.

MAYER-SCHÖNBERGER, V.; CUKIER, K. **Big Data: a revolution that will transform how we live, work, and think**. Boston, MA: Houghton Mifflin Harcourt, 2014.

MCCULLOCH, W.; PITTS, W. A logical calculus of the ideas immanent in nervous activity. **Bulletin of Mathematical Biophysics**, v. 5, n.1/2, p.115–137, 1943.

MITCHELL, T. M. **Machine Learning**. New York: McGraw-Hill, 1997.

NILSSON, N. J. **Artificial intelligence: a new synthesis**. 5th print ed. San Francisco, Calif: Kaufmann, 2003.

PETERS, B. G. **American public policy**. Chatham, N.J.: Chatham House, 1986.

POOLE, D.; MACKWORTH, A. K.; GOEBEL, R. **Computational intelligence: a logical approach**. Oxford: Oxford University, 1998.

RICH, E.; KNIGHT, K. **Artificial intelligence**. 2nd ed ed. New York: McGraw-Hill, 1991.

RUSSELL, S.J.; NORVIG, P. **Inteligência artificial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

RUSSOM, P. **Big Data Analytics, TDWI best practices report**. The Data Warehousing Institute (TDWI) Research, 2011.

SCHWAB, K. **A quarta revolução industrial**. Tradução Daniel Moreira Miranda, São Paulo: Edipro, 2016.

SOUZA, C.E. **Linkedin e Wgsn revelam qual será o futuro do trabalho**. Habitus Brasil, 2018. Disponível em: <https://habitusbrasil.com/futuro-do-trabalho-estudo-wgsn-linkedin/>. Acesso em: 4 set. 2020.

STANDING, G. **O precariado: a nova classe perigosa**. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2013.

SUPLICY, E. M. **Renda de cidadania**: a saída é pela porta. 7 ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo e Cortez Editora, 2002.

SUPLICY, E. M. Renda básica: a resposta está sendo soprada pelo vento. **Revista de Economia Política**, v. 23, n 2, p.90, 2003.

TAURION, C. **Você realmente sabe o que é o big data?** Blog da IBM, 2012. Disponível em:https://www.ibm.com/developerworks/mydeveloperworks/blogs/ctaurion/entry/voce_realmente_sabe_o_que_e_big_data?lang=em. Acesso em: 4 set. 2020.

TURING, A. Computing machinery and intelligence. **Mind**, v. 59, p. 433–460, 1950.

VILLATE, R. **IDC Future scape: Latin America it industry 2019 predictions**. GVP Latin America, 2018. Disponível em:http://www.idclatin.com/microsites/FutureScape2019/email_blast/LA_FutureScape_2019_Predictions.pdf. Acesso em: 4 set. 2020.

WINSTON, P. H. **Artificial intelligence**. 3rd ed. Reading, Mass: Addison-Wesley Pub. Co, 1992.

WORLD ECONOMIC FORUM. **Top ten urban innovations**. Global Agenda Council on the Future of Cities. Geneva, 2015. Disponível em:http://www3.weforum.org/docs/Top_10_Emerging_Urban_Innovations_report_2010_20.10.pdf. Acesso em: 4 set. 2020.

WORLD ECONOMIC FORUM. **The future of jobs report**. Centre for the New Economy and Society. Geneva, 2018. Disponível em:http://www3.weforum.org/docs/WEF_Future_of_Jobs_2018.pdf. Acesso em: 4 set. 2020.

ZIKOPOULOS, P.; EATON, C. **Understanding big data: analytics for enterprise class Hadoop and streaming data**. New York: McGraw-Hill Osborne Media, 2011.

A GRANDE DEPRESSÃO AMERICANA: EXPOSIÇÃO DOS DISCURSOS DIVERGENTES SOBRE A CRISE QUE ABALOU O SÉCULO XX*

THE GREAT AMERICAN DEPRESSION: EXPOSITION OF DIVERGENT DISCOURSES ON THE CRISIS THAT SHOOK THE XX CENTURY

PURL: <http://purl.oclc.org/r.ml/v6n2/a2>

Filipe Peixoto Neves[†]

 <https://orcid.org/0000-0002-0441-461X>

Resumo: O presente artigo busca expor os principais argumentos utilizados por diversos autores, economistas e intelectuais acerca da crise americana de 1929, que abalou o país e o mundo, tanto de forma econômica quanto social, utilizando o recorte de 1929 à 1941. São realizados apontamentos e revisões pelo campo da história econômica, com seus métodos quantitativos dos dados e das teorias econômicas, sobre discursos de liberais clássicos, keynesianos, monetaristas e também da escola austríaca de economia, assumindo a ideia de rica sustentação das teorias econômicas divergentes entre si, na tentativa de compreensão do processo histórico-econômico que envolveu a época e que ecoa até os dias de hoje.

Palavras-chave: Grande Depressão. Crise de 1929. História econômica.

Abstract: This article seeks to expose the main arguments used by several authors, economists and intellectuals about the American crisis of 1929, which shook the country and the world, both economically and socially, by using the 1929–1941 period. Appointments and reviews are carried out by the field of economic history, with their quantitative methods of data and economic theories, on discourses of classical liberals, Keynesians, monetarists and of the Austrian school of economics, assuming the idea of rich support of divergent economic theories between themselves, in an attempt to understand the historical-economic process that involved the time and that echoes until today.

Keywords: Great Depression. 1929 crisis. Economic history.

1. Introdução

Ao longo de décadas, a crise de 1929 tem sido campo de debate pelos principais espectros políticos o redor do mundo. O objetivo deste trabalho seria encontrar argumentos centrais sobre a depressão econômica pela ótica da história econômica, campo da História este a qual o professor Luiz de Souza (SOUZA, 2003, p. 5) diz: “o estudo da história econômica envolveria, portanto, a incorporação de elementos de teorias econômicas e/ou métodos quantitativos às ferramentas de análise de que dispõe o historiador”. Neste artigo, o método quantitativo da pesquisa está exposto nos gráficos e tabelas com os números reais da época de recorte da crise (1929 – 1941), onde o próprio método da história econômica permite que as ferramentas quantitativas estabeleçam a construção de relações funcionais entre dados e argumentos teóricos (SOUZA, 2003, p. 1), tendo sido analisadas referências como no caso do

*Artigo recebido em: 13 de março de 2020. Aceito em: 1 de abril de 2020

[†]Graduando em História, Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional, Universidade Federal Fluminense (UFF), Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil. Autor correspondente. E-mail: filipeneves72@gmail.com

site do *Federal Reserve Economic Data*³ (FRED). Já os elementos teóricos ficam expostos no decorrer do texto conforme são apresentadas as discussões propostas por cada linha de pensamento econômico, onde não se busca confirmar certezas da teoria econômica, mas sim abrir espaços para dúvidas e possibilidades que rodeiam o tema em cada ponto do tempo histórico, em favor do pluralismo dos discursos.

Em perfeito liame com os séculos anteriores, o século XX pode estontear multidões ante inúmeros conflitos, guerras, assassinatos, conspirações, traições e jactâncias de líderes governamentais. Filhos diretos de uma Europa marcada pelo modernismo e antimodernismo cultural de De Maistre, Chateaubriand, Baudelaire⁴, Benda e Maritain, suas angústias somar-se-iam ao pessimismo de Spengler⁵ e aos ideais revolucionários de pensadores como Rosa Luxemburgo. Mesmo que jamais tenham sentado numa mesma roda de conversa informal, esses pensadores observam e analisam um mesmo fenômeno: o enterro, por definitivo, do *Ancien Régime* (que tentava respirar na Alemanha e Rússia) e o alvorecer de uma sociedade cada vez mais liberal e de mercado, em detrimento da sociedade “com mercado”.

Ignorando críticas ferozes e crises já superadas, a *Weltanschauung* liberal ainda teria, por pouco tempo⁶, suas fortificações inabaladas dentro dos Estados Unidos e tentaria se manter de pé em uma Europa cada vez mais ácida aos ideais do *laissez-faire*, acidez essa que já havia produzido a Revolução Bolchevique na Rússia e, no período em que uniformes vermelhos fundavam uma união de repúblicas populares, camisas negras marchavam sobre a Cidade Eterna de Roma. Seria o prelúdio de uma grande crise que o capitalismo passaria?

2. Os Loucos Anos 20

Luzes, brilhos, festas, limousines, champagnes, jazz e um bom e velho *scotch*. Nada seria suficiente para resumir *The roaring twenties*, os loucos anos 20.

A década de 1920 foi uma era de crescimento econômico e prosperidade generalizada, impulsionada pela recuperação da devastação dos tempos da Grande Guerra e gastos diversos, pelo *boom* da indústria da construção e pelo rápido crescimento de bens de consumo, como

³Banco de dados mantido pela divisão de pesquisa do Federal Reserve Bank de St. Louis.

⁴Apesar de ser considerado o fundador da poesia moderna, Baudelaire é considerado por alguns autores, como Antoine Compagnon, um antimoderno, justamente por suas críticas à modernidade, sendo os modernos os primeiros antimodernos.

⁵Historiador e filósofo alemão Oswald Spengler é conhecido por suas obras “O declínio do Ocidente” e “Prussianismo e Socialismo”, 1918 e 1920, respectivamente.

⁶A partir de 1933 uma nova visão política e econômica assume o debate nos Estados Unidos. O New Deal foi uma série de programas, projetos de obras públicas, reformas financeiras e regulamentações promulgadas pelo presidente Franklin D. Roosevelt nos Estados Unidos. Ele respondeu às necessidades de ajuda, reforma e recuperação da Grande Depressão.

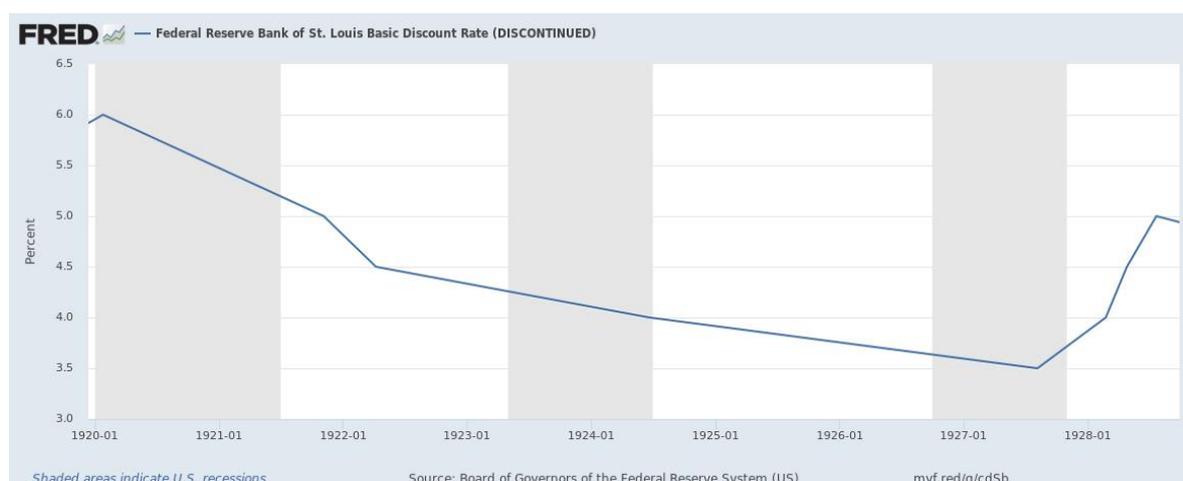
automóveis e eletricidade nos Estados Unidos e na Europa (SOULE, 1977, p. 23). A economia dos Estados Unidos, que havia permutado de uma economia em tempos de guerra para uma economia em tempos de paz, prosperou e forneceu empréstimos para, também, um *boom* europeu. Os Estados Unidos se tornaram o país mais rico do mundo e, desde o final do século 19, um dos maiores números em Produto Interno Bruto – PIB total (INTERNATIONAL MONETARY FUND, 2019). A indústria americana baseava-se na produção em massa e a sociedade aculturava-se no consumismo.

Durante os anos 20, a produção de automóveis expandiu-se drasticamente de 1,5 milhão no início da década para 4,8 milhões no final. Em 1929, a indústria utilizava 15% de todo o aço e 80% de toda a produção de borracha nos Estados Unidos. Os fabricantes de automóveis empregavam 7,1% de todos os assalariados do país e produziam 12,7% do valor de todos os produtos manufaturados (SOULE, 1977, p. 93-96).

A energia elétrica tornou-se também um importante interesse econômico durante a chamada “Era da Prosperidade”. A ampla disponibilidade de eletricidade estimulou a invenção de novos aparelhos, como ferros, máquinas de lavar roupa, aspiradores de pó e refrigeradores.

A febre de otimismo não embarcava somente a indústria americana, o *Fed* (Banco Central Americano), costumeiramente conservador, começou a adotar uma política monetária agressiva: os juros de 6% ao ano em 1920 haviam sido reduzidos para 3,5%, uma redução total de 59% (ver Figura 1). Tamanha política monetária agressiva só aumentaria a febre especulativa dos investidores.

Figura 1 – Taxa de juros do Banco da Reserva Federal de São Luís (EUA).



Fonte: FRED (2003).

. A política do *Federal Reserve*, de criação de dinheiro a juros baixos, estimularia os bancos a emprestar dinheiro de forma contínua e facilitada, aparentemente sem limites, para que especuladores comprassem cada vez mais ações e as revendessem por um valor muito maior que o de compra. Segundo Rothbard⁷, tamanha façanha do *Federal Reserve* garantiu que o preço das ações subisse continuamente, de forma agressiva, e que, sem uma sustentação monetária e uma feroz política de expansão de crédito, os preços das ações jamais subiriam continuamente, quase que de forma infinita (ROTHBARD, 2012). Quem controla a expansão monetária de um país é o seu Banco Central, função do *Federal Reserve* nos Estados Unidos.

Já em 1928, o *Fed*⁸ começava a se preocupar com todo o exagero especulativo dos investidores. Contrariando as expectativas, o Banco Central americano aumentaria os juros três vezes seguidas, num curto período de 5 meses, elevando o patamar de 3,5% para 5% (ver Figura 2). Um aumento de 43% em meses. Obviamente, tamanha intervenção na economia não passaria despercebida pelo mercado.

Figura 2 – Taxa de empréstimos do corretor e taxa de juros bancária do Sistema Federal de Reserva (1919-1930).



Fonte: Lewis (2012).

3. A Grande Depressão

Já então a agricultura era uma indústria, e os donos das terras seguiam o sistema da Roma antiga, conquanto o não soubessem. Importavam escravos, embora lhes não dessem tal nome: chineses, japoneses, mexicanos, filipinos. Vivem de arroz e de feijão, diziam os negociantes. Não precisam de muita coisa para viver. Nem saberiam o que haviam de fazer com bons salários. Ora

⁷Apesar de ter suas teses econômicas diversas vezes criticadas por economistas clássicos, a heterodoxia austríaca do matemático Murray Rothbard se apresenta neste artigo para dar eco à ideia de uma interpretação mais plural e complexa do contexto social-econômico conturbado que foi o cenário de crise mundial em 1929.

⁸Fed vem do inglês “Federal Reserve System”. A fonte “FRED”, das imagens, se refere ao Federal Reserve Economic Data, de onde são tiradas as fontes e imagens sobre os históricos dos juros e preços nos EUA.

vejam como eles vivem. Ora vejam o que eles comem. E, se eles se tornarem exigentes, a gente expulsa-os do país. E as propriedades cresciam cada vez mais e os proprietários iam simultaneamente diminuindo. E havia tão poucos fazendeiros pobres na terra, que até fazia dó. E os escravos importados passavam fome; eram maltratados, sentiam-se apavorados; alguns regressavam aos lugares de onde tinham vindo e outros rebelavam-se, mas eram assassinados ou deportados. E as propriedades cresciam e diminuía a quantidade dos proprietários (STEINBECK, 1939, p. 239).

A Grande Depressão foi uma grave crise econômica mundial que ocorreu principalmente durante a década de 1930, tendo início nos Estados Unidos. O momento exato em que os efeitos da Grande Depressão começaram a incidir variou entre as nações. Na maioria dos países, começou em 1929 e durou até o final dos anos de 1930. Foi a depressão mais longa, profunda e difundida do século XX.

A Grande Depressão começou nos Estados Unidos depois de uma grande queda no preço das ações, que começou por volta de 4 de setembro de 1929, e se tornou notícia mundial com a quebra do mercado de ações em 24 de outubro daquele ano (conhecida como Quinta-Feira Negra). Entre 1929 e 1932, o PIB mundial caiu cerca de 15%. A título de comparação, depois da crise de 2008, o PIB mundial, em 2009, caiu menos de 1%. Algumas economias começaram a se recuperar em meados da década de 1930, no entanto, em muitos países, os efeitos negativos da Grande Depressão duraram até o início da Segunda Guerra Mundial.

Nos Estados Unidos, a Grande Depressão começou no Outono de 1929. Conforme observa-se na Tabela 1, a retração econômica piorou acentuadamente no final de 1929 e continuou até o início de 1933. A produção real e os preços caíram vertiginosamente. Entre o pico e a baixa da retração econômica, a produção industrial nos Estados Unidos declinou 54% e o PIB real caiu 30% (ROMER, 2003, p. 12). O índice de preços por atacado caiu 33% e a taxa de desemprego excedeu 20% em seu ponto mais alto. A gravidade dessa depressão torna-se gritante quando comparada à recessão americana de 1981-1982, quando o PIB real caiu apenas 2% e a taxa de desemprego chegou a menos de 10%. Além disso, durante a recessão de 1981-1982, os preços continuaram a subir, embora a taxa de aumento de preço tenha desacelerado substancialmente (CRAFTS; FEARON, 2010, p. 285-317).

A crise na produção que começou em 1929 não foi, evidentemente, a primeira crise na economia. Mas nunca a economia dos Estados Unidos caiu tanto e por tanto tempo. Alguns estudos econômicos e históricos estimam que nos setenta e cinco anos antes da Depressão houve diversas outras recessões (EICHENGREEN, 2014, p. 217-220), mas essas crises duraram, em média, menos de dois anos, enquanto a Grande Depressão durou mais de uma década. É a gravidade e a duração da Grande Depressão que a diferenciam de outras crises.

Tabela 1 – Estados Unidos: Indicadores econômicos selecionados (1929-1941).

Ano	PIB Real 1932=100	Produção Industrial 1932=100	Formação privada bruta de capital fixo (US\$ bilhões)	Consumo pessoal (US\$ bilhões)	PIB nominal (US\$ bilhões)
1929	139,2	185,1	15,0	77,5	103,7
1932	100,0	100,0	3,6	48,7	56,4
1933	98,0	116,4	3,2	45,9	66,0
1934	105,6	126,9	4,2	51,5	73,3
1935	114,1	152,2	5,5	55,9	83,7
1936	130,4	179,1	7,4	62,2	91,9
1937	136,8	191,1	9,6	66,8	86,1
1938	130,6	149,3	7,6	64,2	92,0
1939	140,9	189,6	9,1	67,2	101,3
1940	152,2	219,4	11,2	71,2	126,7
1941	179,0	291,0	13,8	81,0	161,8

Fonte: Mazzucchelli (2008).

A situação já era grave nos Estados Unidos e na Europa no Outono de 1929. Bolhas estouraram, preços caíram, investidores queriam vender suas ações o mais rápido possível, causando quedas abruptas. Simultaneamente a isto, negócios e empresas colapsaram, pessoas começaram a resgatar dinheiro nos bancos, e os bancos que não tinham o dinheiro faliram (principalmente nas áreas rurais, que dependiam da grande produção do homem do campo, que já não encontrava mercado consumidor – a crise no campo agiu de forma ainda mais severa), e os bancos que faliram ajudaram outros a falir, uma vez que todos estavam economicamente conectados devido a empréstimos interbancários.

4. O Que Causou a Crise?

Deixe-me terminar minha fala abusando um pouco do meu status de representante oficial do Federal Reserve. Eu gostaria de dizer ao Milton e a Anna: Em relação à Grande Depressão. Vocês estavam certos, nós o fizemos. Sentimos muito. Mas graças a vocês, nós não faremos isso novamente⁹.

Warren Buffet¹⁰ costuma dizer que é quando a maré está baixa que se descobre quem está nadando nu. A frase, um tanto curiosa, tem a pretensão de dizer que é nos momentos de

⁹Original: Let me end my talk by abusing slightly my status as an official representative of the Federal Reserve. I would like to say to Milton and Anna: Regarding the Great Depression. You're right, we did it. We're very sorry. But thanks to you, we won't do it again. (BERNANKE, 2019.)

¹⁰Magnata americano, Warren Edward Buffet é conhecido por ser um grande investidor e filantropo. Também é notável por sempre estar presente na lista da revista Forbes como um dos homens mais ricos do mundo, totalizando uma fortuna de 86 bilhões de dólares em março de 2019.

crise e recessão que se descobre quais instituições, bancos, empresas, mercados e até mesmo governos estão utilizando de maquiagem fiscal para promover uma determinada ideia/negócio a fim de lucrar mais. É quando a maré abaixa que se descobre quem mentiu e quem causou a coisa toda.

As causas da Grande Depressão de 1929 foram amplamente discutidas por vários economistas do mundo e levaram as principais correntes do pensamento econômico a se enfrentar. Até hoje, a causa da crise continua sendo uma questão de debate ativo e polêmico, conjecturando-se parte de um dos debates mais amplos sobre crises econômicas e suas influências na vida social do homem urbano e rural. Alguns eventos econômicos específicos que ocorreram durante a Grande Depressão estão bem estabelecidos. Houve um *crash* inicial no mercado de ações, que desencadeou uma venda em pânico de ativos, e o chamado *flight to quality*, quando os investidores saem do mercado de ação – considerado de alto risco – para algo mais seguro, como dívidas públicas. Na sequência, houve uma deflação nos preços dos ativos e das *commodities*, quedas drásticas na demanda e no crédito, bem como a interrupção do comércio, resultando em desemprego generalizado e empobrecimento. No entanto, economistas e historiadores não chegaram a um consenso em relação às relações causais entre vários eventos e políticas econômicas do governo americano sobre as causas ou recuperação da Depressão.

Algumas teorias atuais são classificáveis de acordo com alguns dos principais pontos de vista expostos. As primeiras são as teorias orientadas pela demanda, de economistas keynesianos e institucionais, que argumentam que a Depressão foi causada por uma perda generalizada de confiança que levou ao subconsumo. As teorias orientadas pela demanda defendem que a crise financeira após o *crash* de 1929 levou a uma redução súbita e persistente do consumo e dos gastos com investimentos (EICHENGREEN, 2014, p. 323-325). Uma vez que o pânico e a deflação se instalaram, muitas pessoas acreditavam que poderiam evitar mais perdas mantendo-se longe dos mercados. A posse de dinheiro, portanto, tornou-se lucrativa à medida que os preços caíam e uma determinada quantia de dinheiro comprava cada vez mais bens, exacerbando a queda na demanda.

Em seguida, os monetaristas – como Milton Friedman e Anna Schwartz – acreditavam que a Grande Depressão começou como uma recessão comum, mas que erros políticos significativos das autoridades monetárias (especialmente do *Federal Reserve*) causaram um

encolhimento da oferta monetária que exacerbou muito a situação econômica, causando uma recessão¹¹.

Numa terceira via, a Escola Austríaca sustenta a ocorrência de uma recessão, que teria começado com um *crash* da bolsa, sendo gradativamente agravada por políticas intervencionistas na economia e má gestão das instituições e autoridades monetárias.

5. O Argumento da Escola Austríaca de Economia

Se o governo não restabelecer as coisas como eram antes, e desistir da interferência, isto é, anular os controles de preços, então, deverá prosseguir com outras medidas. À proibição de solicitar preço maior que o prescrito deverá acrescentar não apenas medidas para compelir a venda de todos os estoques retidos, sob um sistema de racionamento forçado, mas também tetos de preços para bens de categoria superior, controle de salários e, em última análise, trabalho compulsório para trabalhadores e empresários. Tais regulamentações não poderão limitar-se a um ou a uns poucos setores de produção, mas devem abarcar a todos. Simplesmente não há outra escolha que não esta: ou abster-se de interferir no livre jogo do mercado, ou delegar toda a administração da produção e distribuição ao governo. Capitalismo ou socialismo: não há meio termo (MISES, 2011, p. 101).

A Escola Austríaca, fundada por Menger e Bohm-Bawerk, sempre foi tida como o quartel-general em defesa do “verdadeiro” liberalismo econômico e político, do *laissez-faire*, da teoria do valor subjetivo e da defesa da inviabilidade do cálculo econômico-socialista, centralizado e planejado. Basicamente, os austríacos defendem que a economia é uma ciência apriorística lógico-dedutiva – ou seja, irrefutável – e não empírica, uma vez que seria impossível colocar a ação humana dentro do método empírico. Logo, para a Escola Austríaca, experiências não são necessárias, úteis ou sequer possíveis (MURPHY, 2010).

Para a Escola Austríaca, a política de intervenção das autoridades monetárias dará o empurrão essencial para que um *crash* na bolsa se transforme numa Depressão que seria alongada com mais intervenção e com pior gestão monetária. Para alguns mais radicais, como Rothbard, o próprio fato de existir um Banco Central já seria política monetária desastrosa suficiente para justificar as grandes crises econômicas¹². A expansão e a tentativa de correção da agressiva política monetária do *Federal Reserve*, já vista no início deste artigo, foi crucial para o desandar de toda a economia que parecia vir tão bem nos dourados anos 20. Um aumento de 3,5% para 5,0% nos juros, a fim de corrigir a farra especulativa, quando ninguém esperava

¹¹Sobre as ideias principais de Milton Friedman e Anna Schwartz, ler o livro “A monetary history of the United State”, de 1963. O presente artigo também tratará sobre a visão dos autores acerca da Grande Depressão mais à frente.

¹²Murray N. Rothbard teria publicado seus artigos e ensaios contrariando o Federal Reserve e as políticas econômicas americanas já na década de 1970 na revista *Inquiry* (ROTHBARD, 2009).

essa correção, não passaria despercebido pelos investidores. Numa trágica prerrogativa de imitar a vida e as leis de Newton, a nova política do *Federal Reserve* teve ação e reação. Um carro em alta velocidade, quando freia abruptamente, sofre com a inércia. E dentro desse carro desgovernado em alta velocidade estavam os negócios, os mercados, as famílias americanas e as do mundo inteiro.

Com essa correção monetária pelo *Fed*, e a diminuição de sua política de impressão de dinheiro, pegar crédito emprestado com banco para comprar ações ficou 43% mais caro em poucos meses. Menos dinheiro foi emprestado, menos dinheiro começou a circular na economia e menos ações foram compradas. A atividade especulativa perdia potência. Uma correção na bolsa de valores era inevitável.

No dia 24 de outubro de 1929, a bolsa de valores americana desabava 12%, a nova política monetária do *Fed* já encontrava seu lugar na crise, mas algo acelerava a abrupta correção de preços: a tarifa *Smoot-Hawley*. O então presidente Hoover, em meio ao caos econômico, prometia implantar uma lei que aumentaria as tarifas de produtos importados aos maiores níveis da história americana. Uma verdadeira guerra comercial se iniciaria, era o fim do livre-mercado.

A tarifa *Smoot-Hawley* foi considerada tão calamitosa pelos investidores americanos que Thomas Lamont, executivo da J.P. Morgan, disse: “Eu quase me prostrei de joelhos perante Herbert Hoover para implorar que ele vetasse e não assinasse a tarifa *Smoot-Hawley*” (HUWART; VERDIER, 2013).

Uma legislação a fim de reduzir o comércio internacional inevitavelmente afetaria o preço das ações e dos mercados. Com um comércio global muito mais restringido, os lucros das empresas exportadoras e importadoras seriam severamente afetados. Hoover se mostrava um político grosseiramente intervencionista, o mercado estaria apenas precificando o futuro e as consequências de suas intervenções na economia.

O principal ponto dos austríacos é de que, por si só, a queda na bolsa de valores não determina uma crise econômica. Uma prova disso seria a Segunda-Feira Negra de 1987, onde as bolsas americanas perderam 22% de seu valor, se recuperando totalmente no dia seguinte. A Grande Depressão não precisaria durar mais de um ano, caso houvesse liberdade de preço e de salários. Mas o contrário havia sido feito: Herbert Hoover aumentou impostos, aumentou gastos, e implantou políticas de controle de preços, de controle de salários, e de aumento de tarifas de importação (que chegou ao maior nível da história). Somado a tudo isto, ele estimulou uma arregimentação sindical de modo a impedir que as empresas baixassem seus preços (OHANIAN, 2009).

Um simples *crash* da bolsa americana teria sido amplificado por políticas intervencionistas e totalitárias, gerando uma depressão por longos 15 anos.

6. O Argumento de Lee Ohanian

Lee Ohanian, professor de Economia da Universidade da Califórnia, membro sênior do *Hoover Institution* e conselheiro do *Federal Reserve* em Minneapolis, argumenta que Hoover jamais teria sido um defensor do liberalismo *laissez-faire*. Ao contrário, suas políticas teriam sido sempre amistosas a políticas sindicais, controle de preços e de salários. Ohanian também argumenta que as políticas de Hoover foram muito similares às de Franklin Delano Roosevelt (OHANIAN, 2009).

Ohanian propõe que as políticas trabalhistas de Hoover já se encontravam presentes no início da década de 1920 como secretário do comércio americano nos governos Harding e Coolidge, ambos membros do partido republicano. Hoover teria ajudado a criar associações comerciais da indústria a fim de promover uma “competição justa” e políticas de ganhos reais de salário. O objetivo era diminuir as “competições injustas” para promover um ganho real com os mercados industriais. A política comercial de limitação de “competições injustas” teria sido comumente aceita pelos americanos desde o final da então Grande Guerra, a fim de propiciar que o governo, e não o mercado, organizasse as alocações de ordens de produção, a serem produzidas por determinados grupos de industriais. Uma espécie de planejamento econômico centralizado e semi-planificado. Em 1927, Hoover teria dito:

O interesse nacional exige um certo grau de cooperação entre os indivíduos para que possamos reduzir e eliminar os desperdícios industriais, lançando as bases para uma constante diminuição dos custos de produção e distribuição e, assim, obter o aumento fundamental dos salários e dos padrões de vida. Associações comerciais, como muitas outras coisas boas, podem ser abusadas, mas a investigação do Departamento de Comércio mostrou que tais abusos tornaram-se exceções. Nos últimos anos, as associações comerciais desenvolveram-se rapidamente em campos legítimos e construtivos de grande interesse público e marcaram um passo fundamental na evolução gradual de toda a nossa vida econômica (OHANIAN, 2009).

Hoover também teria sido um grande promovedor de políticas sindicais de ganhos elevados de salário e de unificação salarial de um mesmo setor laboral. As chamadas *union wages* teriam crescido 40% na década de 1920, em comparação com os 6% anteriores (*Bureau of the Census*, 1976). Em sua política de alta de salários, Hoover acreditava que isso seria necessário para que se mantivesse a demanda por produtos.

Há poucos anos, o empregador considerava de seu interesse usar as oportunidades de desemprego e imigração para reduzir os salários[...] os salários mais baixos e as horas mais longas eram então concebidas como os meios para obter os maiores lucros. Mas estamos muito longe no caminho de novas concepções. A própria essência da grande produção são os altos salários[...] porque depende de uma ampla gama de consumo apenas para ser obtida a partir do poder de compra dos altos salários reais¹³.

Ainda em defesa de sua tese – de que Hoover promovia políticas sindicais e trabalhistas –, Ohanian nos lembra que, em 1931 e 1932, respectivamente, Hoover teria aprovado e sancionado as leis federais *Davis-Bacon* e *Norris-Laugaria*. Na Lei *Davis-Bacon*, todos os contratos de construção do governo federal e a maioria dos contratos para construções federais acordadas acima de US\$ 2.000 (dois mil dólares americanos) deveriam incluir provisões para pagar aos trabalhadores locais não menos que os salários e benefícios locais vigentes em projetos similares. A Lei *Norris-Laugaria* proibia que os tribunais viessem a emitir liminares contra greves, piquetes ou boicotes, e também vedava a possibilidade de contratos “*yellow dogs*”, que continham cláusula trabalhista prevendo a demissão compulsória dos trabalhadores que se juntassem a sindicato.

Em sua conclusão da análise do governo Hoover e da Grande Depressão, Ohanian diz:

Concluo que a Depressão foi consequência de programas e políticas governamentais, incluindo aquelas de Hoover, que aumentaram o poder que a mão de obra tinha de elevar os salários acima de seus níveis competitivos. A Depressão teria sido muito menos severa na ausência desse programa. Similarmente, e considerando-se esse programa de Hoover, a Depressão teria sido muito menos severa caso a política monetária tivesse respondido de forma a impedir que os preços tivessem caído, que foi o que fez aumentar os salários reais. Essa análise também fornece uma teoria que explica por que os baixos gastos nominais – ao que alguns economistas se referem como “demanda agregada insuficiente” - geraram tamanha depressão nos anos 1930, porém não tiveram o mesmo efeito no início dos anos 1920, que foi um período de semelhante deflação e contração monetária, porém um em que as empresas reduziram consideravelmente os salários nominais (OHANIAN, 2009, p. 52).

7. O Argumento de Joseph Schumpeter

Joseph Alois Schumpeter, economista e cientista político austríaco, foi ministro de finanças da Áustria (1919-1920) e professor da Universidade de *Harvard* de 1932 até sua morte,

¹³Tradução da fala: “Not so many years ago, the employer considered it was in his interest to use the opportunities of unemployment and immigration to lower wages... the lowest wages and longest hours were then conceived as the means to obtain highest profits. But we are a long way on the road to new conceptions. The very essence of great production is high wages...because it depends upon a widening range of consumption only to be obtained from the purchasing power of high real wages” (OHANIAN 2009).

em 1950. Schumpeter foi um economista de destaque do século XX devido às suas pesquisas sobre o ciclo econômico e também por suas teorias sobre a importância vital do empreendedor, sublinhando seu papel na inovação que determina o aumento e a diminuição da prosperidade. Schumpeter popularizou o conceito de destruição criativa¹⁴ como uma forma de descrever o processo de transformação que acompanha as inovações.

Como ponto de partida, Schumpeter insiste que as depressões não são inevitáveis no ciclo econômico capitalista, ou seja, ele entende que as depressões são evitáveis, e que a intervenção governamental, em um nível “aceitável”, poderia prevenir efetivamente situações de crise sem causar danos substanciais ao ciclo econômico em si ou ao crescimento econômico de longo prazo (CURVO, 2011, p.21).

No mesmo sentido dos colegas economistas de tradição austríaca, Schumpeter começa suas discussões enfatizando o papel da “febre especulativa” da década de 1920. Ele advertia os economistas contra o perigo desses empréstimos “irresponsáveis” como uma característica essencial do desenvolvimento capitalista. Enquanto ele admitia que a especulação de ações e de terras é um componente “natural” e mesmo “necessário” do mundo dos negócios, ele considerou que os excessos “selvagens” e as práticas financeiras inconsequentes dos anos 20 eram inteiramente anormais.

Essa febre especulativa e a política de empréstimos exagerados seriam totalmente evitáveis a partir de uma política com maior rigor pelas instituições financeiras e autoridades monetárias. Assim sendo, a mais importante ignição da Depressão foi o sistema bancário ineficiente dos Estados Unidos, que permitiu tais empréstimos irresponsáveis em primeiro lugar. Seguidores de Schumpeter – os chamados *neoschumpeterianos* – argumentam que a política de empréstimos não regulamentados pelos bancos americanos causou a epidemia bancária e, conseqüentemente, acarretou desemprego e dificuldades econômicas. Um sistema bancário maior e mais eficiente, com maior supervisão regulatória, segundo ele, era facilmente atingível e poderia manter os hábitos de empréstimo dentro das restrições regulamentares saudáveis.

Em seu livro “*Business cycles*”, publicado em 1939, Schumpeter argumenta que somente em 1932, devido à contração econômica, foi possível observar que a temida recessão de 1929 havia se encaminhado para a Grande Depressão.

¹⁴Destruição criativa, nas ciências econômicas, é um conceito idealizado pelo sociólogo alemão Werner Sombart e popularizado pelo economista austríaco Joseph Schumpeter em seu livro “Capitalismo, Socialismo e Democracia” (1942). Com ele, Schumpeter descreve o processo de inovação que ocorre em uma economia de mercado na qual novos produtos destroem antigas empresas e modelos de negócios. Para Schumpeter, as inovações dos empreendedores são a força por trás do crescimento econômico sustentado a longo prazo, embora possam destruir ao longo do caminho o valor de empresas bem estabelecidas.

Os ideais “schumpeterianos” defendem que a resposta ao pânico financeiro normalmente é histórica, na medida em que o comportamento inicial for imprudente e especulativo – e nenhuma quantidade de persuasão cientificamente fundamentada pode impedir essa reação de ocorrer no futuro.

8. O Argumento de Keynes

Será visível em meados de 1933 que essa queda é do mesmo tipo das quedas anteriores embora mais violenta, e está se superando pela operação das forças naturais e pela própria resiliência do sistema? (KEYNES, 1982, p. 210).

Ferrenho crítico do liberalismo econômico, mas jamais simpatizante de qualquer tipo de teoria de engenharia social distópica e autoritária, *Lord* Keynes teria sido um dos primeiros economistas a analisar a Grande Depressão, com a obra *The general theory of employment, interest and money*, publicada em 1936, quando nenhuma teoria econômica conseguiu prever a crise de 1929. Keynes argumentou que existem razões pelas quais os mecanismos de autocorreção (livre mercado), que muitos economistas defendiam funcionar, durante uma recessão podem não funcionar.

Um dos argumentos para uma política de não intervenção durante uma recessão era de que, se o consumo caísse devido à poupança (processo natural onde as pessoas deixariam de ser exacerbadamente consumistas), o mercado faria com que a taxa de juros real caísse. Segundo alguns economistas (e o entendimento do *Fed* até então), taxas de juros mais baixas levariam a um aumento nos gastos de investimento e a demanda permaneceria constante. No entanto, Keynes argumenta que há boas razões pelas quais o investimento não aumenta necessariamente em resposta a uma queda na taxa de juros (CURVO, 2011, p.17).

As empresas fazem investimentos com base em expectativas de lucro (precificação do mercado futuro), portanto, se uma queda no consumo parecer ser de longo prazo, as empresas que analisam as tendências reduzirão as expectativas de vendas futuras. Destarte, a última coisa que eles estão interessados em fazer é investir no aumento da produção futura, mesmo que taxas de juros mais baixas tornem o capital barato. Nesse caso, a economia pode ser lançada em uma recessão geral devido a um declínio no consumo que afetaria a demanda agregada (CURVO, 2011, p.12). De acordo com Keynes, essa dinâmica auto reforçadora é o que ocorreu em um grau extremo durante a Depressão, onde as falências eram comuns e os investimentos, que requerem um grau de otimismo do mercado, eram muito improváveis de ocorrer. Essa visão é frequentemente caracterizada por economistas como estando em oposição à Lei de *Say*.

Keynes argumentava que, se o governo federal gastasse mais dinheiro para ajudar a economia a recuperar-se, o dinheiro voltaria a ser gasto pelos consumidores e empresas, e as taxas de desemprego cairiam. A solução seria que o *Federal Reserve* ampliasse suas bases monetárias e mantivesse uma política de expansão monetária mais agressiva ainda, concedendo crédito e empréstimos a juros baixos, e também cortando impostos em vez de aumentá-los, para que os consumidores gastassem mais, e maiores investimentos de alto risco fossem feitos, em detrimento da fuga do *flight to quality*.

Para economistas keynesianos, Hoover escolheu um caminho oposto ao que Keynes pensara ser a solução, e permitiu que o governo federal elevasse os impostos excessivamente para reduzir a escassez orçamentária trazida pela Grande Depressão. Keynes defendeu que mais trabalhadores poderiam ser empregados diminuindo as taxas de juros, incentivando as empresas a emprestar mais dinheiro e fabricar mais produtos. O emprego impediria o governo de ter que gastar mais dinheiro aumentando o montante que os consumidores gastariam. Diferente dos economistas da Escola Austríaca, alguns economistas defendem que a teoria de Keynes foi confirmada pela extensão da Grande Depressão nos Estados Unidos e pela taxa de desemprego constante (que para os keynesianos seria devido às práticas do *laissez-faire* americano, negado por economistas liberais de tradição austríaca). As taxas de emprego começaram a subir em preparação para a Segunda Guerra Mundial, aumentando os gastos do governo e tirando os Estados Unidos da recessão.

9. O Argumento de Milton Friedman e Anna Schwartz

A Depressão que começou em meados de 1929 foi uma catástrofe de dimensões sem precedentes para os Estados Unidos. A renda em dólar do país foi cortada pela metade antes que a economia atingisse o fundo do poço em 1933. A produção total caiu em um terço e o desemprego atingiu o nível sem precedentes de 25% da mão de obra. Para o resto do mundo, a Depressão deixou de ser uma catástrofe. À medida que se espalhou por outros países, causou menor produção, aumento do desemprego, fome e miséria em todos os lugares. Na Alemanha, a depressão ajudou Adolf Hitler a chegar ao poder, abrindo o caminho para a Segunda Guerra Mundial. No Japão, reforçou a camarilha militar voltada para a criação de uma esfera de coprosperidade para a Grande Ásia Oriental. Na China, desencadeou mudanças monetárias que aceleraram a hiperinflação final, selando o destino do regime Chiang Kai-shek e ainda levando os comunistas ao poder (FRIEDMAN, 1963, p. 86-87).

Nascido em 1912 e falecido em 2006, Milton Friedman foi um economista norte-americano muito influente no século XX, grande defensor do capitalismo e do livre mercado¹⁵. Friedman também ganha destaque por ter ganhado o “prêmio de ciências econômicas em memória de Alfred Nobel”.

Anna Schwartz, por sua vez, foi uma economista americana da *National Economic Research Agency* em Nova York. Foi considerada por muitos uma das monetaristas mais importantes do mundo. Ela é muito conhecida também por sua colaboração com Milton Friedman em “*A Monetary history of the United States*”.

Na obra “*A monetary history of the United States*”, de 1963, Friedman e Schwartz expuseram seu argumento para uma explicação diferente da Grande Depressão (ROCKOFF, 1965). Essencialmente, a Grande Depressão, na opinião dos dois autores, foi causada pela queda da oferta monetária. Friedman e Schwartz argumentaram que, de 1929 até 1933, a oferta de dinheiro caiu em 1/3. O resultado disso foi o que Friedman e Schwartz chamaram de “A Grande Contração” (*Great Contraction*), um período de queda de renda, preços e emprego causado pelos efeitos sufocantes de uma oferta restrita de dinheiro. Friedman e Schwartz defendem que as pessoas desejavam ter mais dinheiro do que a nova política do *Federal Reserve* estava fornecendo. Como resultado, as pessoas pouparam e acumularam dinheiro por consumirem menos. Isso teria causado uma contração no emprego e na produção, já que os preços não eram flexíveis o suficiente para cair imediatamente. Para Friedman, o fracasso do *Fed* foi não perceber o que estava acontecendo e não tomar medidas corretivas.

Durante os anos de 1928-1932, o *Federal Reserve* não agiu para fornecer liquidez aos bancos que sofreram *bank runs* (fenômeno que ocorre quando milhares de pessoas vão até os bancos para sacar seu dinheiro). De fato, a política do *Fed* teria contribuído para a crise bancária, ao permitir uma contração repentina da oferta monetária. Durante os anos 20, o *Federal Reserve* teria definido como meta principal a “estabilidade de preços”. De acordo com Bernanke(2019), as subsequentes crises de crédito levaram às ondas de falências, direcionando a recessão de 1929 à Grande Depressão Americana.

10. Considerações Finais

Por meio deste trabalho, procurou-se apontar temas singulares que envolveram os Estados Unidos e o mundo durante a Grande Depressão. Também buscou-se esclarecer o que

¹⁵Acerca das considerações de Milton Friedman sobre capitalismo e livre mercado, ler os livros “Liberdade e Capitalismo” e “Livres para Escolher”, de 1962 e 1963, respectivamente. As posições de Friedman demonstram seu caráter positivo sobre um governo limitado que tenha pleno controle de seus gastos públicos.

foi a crise de 1929, como esta foi um prelúdio para a Grande Depressão e como este cenário se desenvolveu no recorte americano. As exposições dos argumentos de algumas das principais teorias econômicas da época nos mostra como este debate perdurou por muitas décadas no meio acadêmico, levando a economistas, historiadores e pesquisadores da Grande Depressão a divergirem em muitos pontos e a avaliarem posições do campo da história econômica que abrange este tópico do século XX em específico. As análises dos valores nominais das taxas de juros, PIB, produção industrial, consumo, etc. pelo método quantitativo do campo histórico-econômico elucidada quão complexo foi e continua sendo tal tema para as abordagens argumentativas das teorias econômicas como este trabalho quis demonstrar.

Conforme exposto, os debates sobre a Grande Depressão transpassam barreiras temporais e ideológicas. São inúmeras as interpretações do que causou a crise, do que a aumentou, como ela se alimentou, como transformou-se numa Grande Depressão e como o pesquisadores se desdobraram para buscar a recuperação. O desenvolvimento do trabalho promove uma exposição dos argumentos divergentes dos pensadores sobre a crise, apontando alguns dos cenários de pluralidades, que se faz necessário no campo da história econômica (HOBSBAWN, 2013, p. 123), onde espaços de possibilidades teóricas fortalecem o debate.

11. Referências

BERNANKE, Ben S. Remarks. **Conference to honor Milton Friedman**. 2002. Disponível em: <https://www.federalreserve.gov/boarddocs/speeches/2002/20021108/default.htm>. Acesso em: 5 ago. 2019a.

FRED, FEDERAL RESERVE BANK OF ST. LOUIS **Board of Governors of the Federal Reserve System (US): Basic Discount Rate (discontinued)**. Disponível em: <https://fred.stlouisfed.org/series/DISCNTD8>. Acesso em: 5 Out. 2020.

CRAFTS, Nicholas.; FEARON, Peter. Lessons from the 1930s Great Depression, **Oxford Review of Economic Policy**. Oxford, v. 26, n. 3, 2010, p. 285-317. Disponível em: <https://academic.oup.com/oxrep/article/26/3/285/374047>. Acesso em: 4 ago. 2019.

CURVO, Raul. **Comparação entre as grandes crises sistêmicas do sistema capitalista (1873, 1929 e 2008)**. 2011. 222 f. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

EICHENGREEN, Barry. **Hall of mirrors: The Great Depression, The Great Recession**. Oxford: Oxford University Press, 2014.

FRIEDMAN, Milton. SCHWARTZ, Anna. **A monetary history of the United States, 1867-1960**. Princeton University Press, 1963.

HOBSBAWM, E. **Sobre história**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

HUWART, Jean-Yves. VERDIER, Loïc. **Economic globalisation: origins and consequences**. OECD, 2013.

INTERNATIONAL MONETARY FUND. Research Dept. **The world economy in the twentieth century: striking developments and policy lessons**. 2000. Disponível em: <https://www.imf.org/~media/Websites/IMF/imported-flagship-issues/external/pubs/ft/weo/2000/01/pdf/chapter5pdf.ashx> . Acesso em: 4 Aug. 2019.

KENNEDY, David. **The American people in the Great Depression: freedom from fear**. Part One. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press, 2003.

KNELL, Mark. **Schumpeter, Minsky and the financial instability hypothesis**. 2015.

LEWIS, Nathan. The Federal Reserve in the 1920s 2: interest rates. **New World Economics**, 25 nov. 2012. Disponível em: <https://newworldeconomics.com/the-federal-reserve-in-the-1920s-2-interest-rates>. Acesso em: 4 ago. 2019.

MAZZUCHELLI, Frederico. A crise em perspectiva: 1929 e 2008. **Novos estud. – CEBRAP**, São Paulo, n. 82, p. 57-66, nov. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002008000300003&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 5 out. 2020.

MISES, Ludwig von. **Liberalismo**. LVM Editora, 2011.

MURPHY, Robert P. **Praxeologia: a constatação nada trivial de Mises**. 2010. Disponível em: <https://www.mises.org.br/Article.aspx?id=230>. Acesso em 5 ago. 2019.

OHANIAN, Lee. What - or who - started the Great Depression?, **Journal of Economic Theory**, v. 144, n. 6, 2009, p. 2310-2335. Disponível em: <http://www.econ.ucla.edu/people/papers/Ohanian/Ohanian499.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2019.

POGGI, Tatiana. **Faces do extremo: uma análise do neofascismo nos Estados Unidos da América 1970-2010**. 2012. 437 p. Tese (Doutorado em História Social). Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de História, 2012.

RITTENBERG, Libby. **Principles of macroeconomics**. Boston, Massachusetts, EUA: Flat World Knowledge, 2009.

ROCKOFF, Hugh. A monetary history of the United States, 1867-1960. **Economic History Association**. 1965. Disponível em: http://eh.net/book_reviews/a-monetary-history-of-the-united-states-1867-1960/. Acesso em: 6 ago. 2019.

ROMER, Christina. **The Great Depression**. Reino Unido, 2003. Disponível em: https://eml.berkeley.edu/~cromer/Reprints/great_depression.pdf . Acesso em: 5 out. 2020.

ROTHBARD, Murray N. **Reliving the Crash of '29**. 2009. Disponível em: <https://mises.org/library/reliving-crash-29> . Acesso em: 5 ago. 2019.

ROTHBARD, Murray N. **A Grande Depressão Americana**. São Paulo: LVM, 2012.

SICSU, João. Brasil: é uma depressão, não foi apenas uma recessão. **Revista de Economia Contemporânea**, v. 1, n. 23, p. 1-41, 2019.

SOULE, George H. **Prosperity decade: From War to Depression: 1917–1929**. Abingdon: Routledge, 1977.

SOUZA, Luiz Eduardo Simões de. A História econômica como interdisciplina interdependente. **Revista Controversa**, São Paulo, ago. 2003. Disponível em: https://www.academia.edu/1388998/A_Hist%C3%B3ria_Econ%C3%B4mica_como_Interdisciplina_Interdependente_S%C3%A3o_Paulo. Acesso em: 5 out. 2020.

STEINBECK, John. **As vinhas da ira**. Nova Iorque: The Viking Press, 1939.

WHAPLES, Robert. Where is there consensus among American economic historians? the results of a survey on forty propositions. **Cambridge University Press**, v. 55, n. 1, p. 139-154, Mar. 1995.

O VALOR DE MERCADO DA TERRA ATRAVÉS DO PRETEXTO RICARDIANO DA RENDA DA TERRA POSTO A COMPETITIVIDADE ESPACIAL E INOVAÇÃO*

THE MARKET VALUE OF THE LAND BY THE LAND INCOME RICARDIAN PRETEXT POWERED BY THE SPACE COMPETITION AND INNOVATION

PURL: <http://purl.oclc.org/r.ml/v6n2/a3>

Gabriel Mota Couto[†]

 <https://orcid.org/0000-0002-5716-7499>

Resumo. A gênese do valor de mercado surge por meio da escassez do valor útil. Conforme Ricardo desenvolveu em *Princípios da economia política e da tributação* (1982), o valor da terra surge da falta de terrenos de primeira qualidade. Contudo, o espaço é mais complexo de que fertilidade e terrenos virgens. O espaço gera vantagens. Tais vantagens nascem e são destruídas constantemente por meio de processos inovadores e interações do próprio espaço. Ademais, o investimento não flui no espaço conforme seria suposto pela teoria geral. O risco e a relação entre o espaço e diferentes espaços distorce a natureza e o desenvolvimento econômico geográfico criando concentrações multifocais.

Palavras-chave: Valor da terra. Risco. Competição.

Abstract The genesis of market value arises through the scarcity of useful value. As Ricardo developed in *Principles of political economy and taxation* (1982), the value of land arises from the lack of first-rate land. However, space is more complex than fertility and virgin land. Space generates advantages. Such advantages are born and are constantly destroyed through innovative processes and interactions of space itself. Moreover, investment does not flow into space as would be supposed by general theory. The risk and relationship between space and different spaces distort nature and geographic economic development by creating multifocal concentrations.

Key-words: Land value. Risk. Competition.

1 Introdução

A geografia econômica desenvolve-se conjuntamente a economia. Contudo, sobre o desenvolvimento a teoria econômica, como bem lembra Winter & Nelson, a “Compreensão sistemática dos eventos que tomam espaço das firmas individuais nunca tem sido o objetivo de alta prioridade nas pesquisas da maioria dos economistas” (1982, p.51). Conforme isto se aprofundou e a economia se distanciou ainda mais do objetivo de retratar a realidade, outras linhas de pensamento surgiram para confrontar a economia ortodoxa, ao passo em que geografia econômica se ateu a fundamentar-se na falha ortodoxia acadêmica que dominou a economia até o século vinte. Contudo, no âmbito da aplicabilidade nos meios empresariais, as escolas neoschumpeteriana, com propostas evolutivas de mercado, e a escola competitiva e estratégica administrativa tomaram as rédeas do desenvolvimento empresarial e passaram a se tornar as leis econômicas do mercado nas grandes corporações. Contudo grande parte dos economistas,

* Artigo recebido em: 22 de dezembro de 2019. Aceito em: 24 de julho de 2020

[†] Graduando em Ciências Econômicas na Universidade Federal Fluminense no Centro de Economia de Campos (CEC) em Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil. Autor correspondente. e-mail: gabri.couto@outlook.com

principalmente no Brasil, não se renderam as novas tendências e se mantiveram embasados em correntes as quais Henderson (1980) determina como “estéreis”. Sendo assim, não apenas a economia necessitando um novo desenho que possa corresponder a realidade do mercado, mas também grande parte geográfica econômica, esta que se fundamentou durante gerações de pensadores em teorias de fundamentações e, evidentemente, conclusões falhas. Desta forma, o presente trabalho busca apresentar outras formas de análise sobre o impacto do espaço sobre o processo econômico através do retorno ao fundamento da gênese do valor e da renda da terra ricardiana, para então ser desenvolvida uma nova abordagem competitiva-neoschumpeteriana sobre o valor do espaço através da abordagem competitiva pelo recurso escasso do espaço, onde seu valor será reflexo da sua escassez e vantagem competitiva gerada por sua posse.

2 Da teoria do valor

Quando explicado a Renda da Terra, Ricardo (1982, p.65) expressa como “(...) a porção do produto da terra paga ao seu proprietário pelo uso das forças originais e indestrutíveis do solo.”. Evidentemente, já é conhecido o fato que tais forças não são indestrutíveis. Contudo o interessante é observar o decorrer deste parágrafo. Segundo o pretexto ricardiano da renda da terra:

Nenhuma renda seria paga por esta terra (cuja iguais características podem ser encontradas em abundância sem uso) pela razão, já conhecida, de que nada se dá em troca do uso do ar e da água. (...) Se todas as terras tivessem as mesmas características e fossem ilimitadas em quantidade nem uniforme na qualidade, seu uso nada custaria, a não ser que possuíssem particulares vantagens de localização. (RICARDO, 1982, p. 66).

Desta forma, o único fator que dá valor de mercado a terra é a escassez de alguma característica que dela deriva. De igual impacto teremos que quando maior a disparidade das vantagens que um espaço tem sobre o outro maior será seu valor de mercado, uma vez o distanciamento do valor útil agregado de cada porção do espaço.

Segundo Ricardo (1982, p. 66), “Quando, com o desenvolvimento da sociedade, as terras de fertilidade secundária são utilizadas para cultivo, surge imediatamente renda sobre as de primeira qualidade” (Podemos modificar algumas palavras e gerar um novo pretexto sobre o valor da terra, contudo mais aplicável a um mercado mais desenvolvido, esse consistido em:

Quando, com o desenvolvimento da sociedade, os espaços de desiguais vantagens começam a ser utilizados pelos agentes, surge imediatamente uma competição sobre os quais oferecem maiores vantagens.

Desta forma, as melhores localizações vão ser dominadas primeiro por aqueles que o podem fazer. Após isto, os retardatários e aqueles sem a capacidade de conquistarem a região ficarão com os locais periféricos, de menor qualidade, criando uma desigualdade espacial. Portanto, existe a quebra da homogeneidade da localização a partir do momento em que a primeira desigualdade espacial surge, algo que a natureza resolveu por si só logo realizar.

Pode-se dizer que isto gera duas implicações econômicas. Historicamente, a estrutura habitacional humana consistiu em um padrão interessante. No início, estar próximo a rios e lagos fornecia suprimento de água para a humanidade, após a capacidade humana em construir diques e canais temos a possibilidade da expansão destes espaços vantajosos para a sobrevivência. Com o desenvolvimento da navegação, as principais cidades do globo passaram a ser as quais se encontravam no desembocar dos rios no oceano ou em rios navegáveis. A vantagem em se estar próximo ao mar permitia viagens mais rápidas de países europeus para África quando comparadas com adentrar em seu próprio território. Estar próximo ao mar proporcionava a soberania comercial que as nações cobiçavam. A humanidade pode assistir a diversas guerras sendo travadas e rivalidades geradas por localizações. As rivalidades geradas na Europa pelo domínio do mar mediterrâneo e ataques realizados em todo o mundo para dominarem regiões por um simples fator, o que existe no espaço.

Militarmente é possível compreender alguns pressupostos básicos de vantagens de terreno. Seja por Sun Tzu, Karl Von Clausewitz ou Miyamoto Musashi teremos sempre regras básicas: Mantenha o sol nas suas costas; busque estar na posição mais alta; encontre onde possui a melhor visão em tempos de amplitude; a capacidade de cobrir distâncias mais rapidamente é a capacidade de surpreender o inimigo. Não é estranho militarmente o estudo dos terrenos a importância dos mapas. A localização, contudo, também oferece vantagens de sobrevivência natural e comercial.

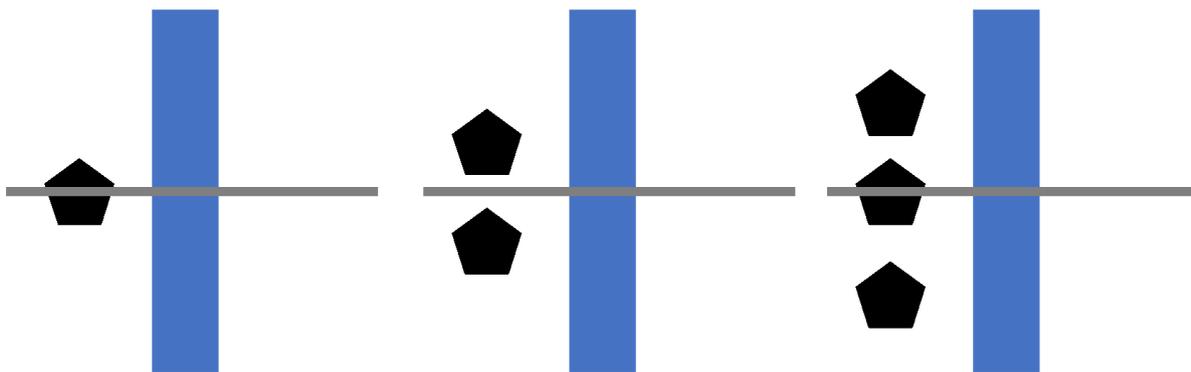
Supondo a gênese simplista da vantagem espacial comercial. Assim que a população decide que o rio é a melhor posição para sobrevivência, quando a primeira pessoa se instala, o leito é homogêneo. Quando a segunda pessoa chega o rio, em termos micro, é simétrico acima e abaixo da primeira pessoa. Quando a terceira pessoa se instala, é impossível a homogeneidade espacial continuar, pois uma das três pessoas estará entre as outras duas e isto o dará vantagens de distância em relação aos demais. Este simples fato cria a primeira distorção do espaço econômico e gera valores assimétricos.

Portanto, a primeira conclusão é que, naturalmente, é impossível para qualquer região econômica, em âmbito micro, ser homogênea em valor caso a simetria seja quebrada em qualquer dos pontos analisados. Assim sendo, segundo o pretexto ricardiano da renda da terra

é possível concluir que jamais haverá um sistema econômico, a menos que este seja simétrico, detentor homogeneidade de valor do espaço e, portanto, é impossível o pretexto de um desenvolvimento econômico não centralizado.

Se os clássicos da geografia econômica estivessem certos sobre a tendência da homogeneidade espacial somente estariam certos, em termos simétricos, se existisse apenas um interesse espacial, como estar próximo a igreja. No momento em que um segundo ponto de valor fosse criado por algum agente, como um comércio ou um hospital, o valor se inverteria em dois pontos de concentração, gerando a quebra da simetria radial. Ao mesmo tempo, o crescimento espacial esbarra em barreiras naturais, o que distorce ainda mais a capacidade simétrica radial e impossibilita que qualquer teoria geográfica econômica clássica possa ser realmente aplicável em qualquer cenário macro ou micro.

Figura 1 –A quebra da simetria espacial no âmbito micro



Fonte: Elaborado pelo autor

A segunda conclusão que podemos partir com base na análise do valor do espaço como nascido de vantagens parte de uma simples lógica. Em uma região improdutiva, onde surja um método tecnológico que permita a produção em terra imprópria, haverá, ainda que com um pequeno aumento de custos, o aumento da oferta de terra cultivável. Quando analisamos a escassez de capacidade produtiva da terra, a implementação de agrotóxicos ou surgimento de novos espaços de cultivo teremos um aumento da oferta de terra cultivável, reduzindo a escassez ou a relatividade da vantagem de outro terreno, permitindo uma queda no valor do espaço de mercado do espaço de primeira qualidade. Ou seja, a partir do momento em que algo torna a vantagem relativa entre os espaços menos valiosas temos uma queda dos preços por tais vantagens. Isto se aplica ao desenvolvimento tecnológico competitivo e ao valor do espaço.

Quando a terra improdutiva passa a ter capacidade produtiva idêntica ao melhor terreno com o gasto extra mínimos, o terreno naturalmente rico perde suas vantagens relativas e seu valor.

O que isto representa? Segundo Porter (2005) as empresas obtêm vantagens competitivas no mercado baseada em dois fatores, diferenciação e custos. Mas, devemos ampliar pouco o relativo de vantagens quando se trata de espaço se seguiremos por um debate nessa área. As vantagens são dinâmicas e o espaço detém apenas valor produtivo.

As teorias econômicas clássicas sobre a competição empresarial parecem ser tão simplistas e estereis mais serem obstáculos para o progresso do entendimento do que contribuições. Elas aparentam ser baseadas em visões a respeito da competição como um equilíbrio econômico estático, ao contrário de um equilíbrio dinâmico. (HENDERSON, 1980, p. 3. tradução. do autor).

Segundo Henderson (1980) a competição existe de duas maneiras. A primeira de forma natural, gerada como uma seleção de mercado em que as firmas daquele setor dependem de características essenciais para sobreviver, o que cria firmas similares, vendendo aos mesmos clientes, em um mesmo período temporal. Contudo, existe paralelamente a competição estratégica, onde a vantagem da firma consiste em uma capacidade própria a ela que explicaria a diferença de tamanhos das empresas. Isto se torna ainda mais evidente quando falamos sobre espaço. A lei de impenetrabilidade de Newton denomina que dois corpos jamais ocupam o mesmo lugar. Uma vez que o terreno se torna disforme a medida em que o número de atuações sobre ele se torna cada vez maior, teremos sempre alguém com vantagens relativas que o permitem superar, em algum quesito, os demais.

3. Da Natureza Das Vantagens

Quando analisamos, em termos espaciais, quais fatores darão tais vantagens, devemos considerar três naturezas: A primeira em fatores que geram despesas em relação a um mundo perfeito (a escassez da perfeição gera custos); a segunda em relação a capacidade de se gerar resultados esperados em situações iguais (o risco); a terceira em relação a escassez de determinada vantagem dada a demanda. Desta maneira teremos como ponto de vantagens competitivas as firmas, não a existência de fatores específicos, mas a menor falta deles em um mundo supostamente “perfeito”.

Ao mesmo tempo, a questão é: Dada a existência de fatores similares e que os processos de modificação da natureza são de *path dependence*, uma vez alterado o espaço ele não será rapidamente reestruturado sem trabalho, tempo e dinheiro, chegaremos à seguinte conclusão.

O valor monetário da terra será dado pela competitividade dos agentes pelos bens escassos que oferecem determinadas vantagens de algum valor útil a elas. Sendo que o valor útil, seja ele produtivo ou não, tende a ser diretamente proporcional ao valor monetário dadas as vantagens geradas. Ao passo em que a impossibilidade aleatória de absorver os retornos, o risco tende a derrubar seu valor de mercado em maiores proporções.

Portando o valor será dado por:

$$VM = \sum \frac{VU \times QV \times DV}{(r-g)^t}$$

Onde:

$$DV = \frac{VU \times -(QV - DV)}{(r-g)^t}$$

Desta forma teremos:

$$VM = \sum \frac{VU \times QV \times \frac{VU \times -(QV - DV)}{r-g}}{(r-g)^t}$$

$$VM = \sum \frac{DV^2 \times -QV^2 + (QV \times DV)}{(r-g)^t}$$

Tal qual:

$$r = (\text{Nível de Preços no tempo } t \text{ referente a } t_0 + \text{Risco})$$

em que: VM = valor monetário; VU = valor útil; QV = quantia da vantagem; DV = demanda pela vantagem; r = taxa de referência do nível de valor; g = taxa de crescimento do valor utilidade; e VNP = variação do nível de preços (em percentuais)

O que esta função significa? Que o valor monetário de determinado espaço é dado pela soma da utilidade gerada por este em um dado período. O importante aqui não é, ainda assim, chegar a uma função final explicativa sobre o valor das variáveis e as divergências sobre o que é valor útil e como é percebida a amplitude da vantagem e o risco em cada cultura regional. Contudo, uma coisa é certa e de extrema importância, mesmo não sabendo a função exata, que corresponderia a cada localização através das informações atuais, podemos afirmar que a relação competitiva do mercado por conseguir mais vantagens competitivas gera o valor desigual dos fatores, sendo isto evidente no caso da terra. Desta forma, cada vantagem terá seu valor diferente baseado em diferentes situações, ainda que siga a mesma estrutura fundamental. Assim, serão os fatores responsáveis pelo valor de mercado do espaço:

- Valor útil
- Escassez da Vantagem (Dada pela divergência do volume de demanda e existência daquela vantagem, o que difere de oferta e abrange desde fatores naturais e não comercializados até os produzidos industrialmente em economias abertas)
- Riscos

4 O valor útil do espaço

O espaço tem diversos potenciais que podem ser explorados, mas podemos analisar seu valor como, basicamente, a quantidade de valor gerado através da escolha daquele ponto em relação a outro. Sendo este valor determinado pela percepção de vantagens na sociedade.

Vejamos, valor é algo abrangente. Ele atua tanto de forma subjetiva quanto em questões lógicas operacionais. Uma localização pode ter seu valor estendido desde relação daquele espaço com *status* ou questões de sucesso social, quanto pode derivar de vantagens de custos em uma cadeia produtiva. Devido a diferentes sociedades deterem culturas alternativas e graus de desenvolvimento tecnológico e industrial diferentes umas das outras haverá, em diferentes sociedades, ponderações diversas podem ocorrer sobre o mesmo conjunto de variáveis. Por exemplo, em um condomínio fechado de classe média a existência de uma academia e piscinas para a sociedade de moradores eleva o valor da propriedade. Contudo, quando comparado o condomínio de classe média com os condomínios fechados com residências avaliadas acima de 10 milhões de dólares, a existência de uma academia e piscina compartilhada é praticamente irrelevante, quando diversas das casas já detêm isto dentro delas mesmas. Se analisados em questões sociais subjetivas, culturas os ricos não veem com bons olhos determinadas regiões com alta concentração de pobres tenderá a existir uma alta concentração da elite em determinados locais segregados do restante da sociedade e grande variância do valor dos espaços. Isto incorrerá da interpretação dos grupos de maior capacidade aquisitiva de que regiões pobres são mais violentas, concedem menor *status*, são feias (quando comparadas as ruas a boulevard com casas avaliadas em milhões de reais) e com pouca utilidade para seu estilo de vida. Isto gerará uma valorização dos espaços nobres através da maior concorrência em viver nestas regiões, apenas aumentando seu valor, gerando um ciclo especulativo e uma bolha imobiliária local.

O que podemos dizer sobre lógicas de valor do espaço quando analisado em óticas empresariais? Primeiro, podemos analisar o mais óbvio. A localização tenderá a influenciar os custos e a demanda da empresa.

Os custos das empresas são influenciados por diversos fatores. Desde o gasto com matéria prima, transportes, gerenciamento de filiais e até custo com amortizações. Quando analisamos os custos de uma empresa teremos valores reais do planejamento operacional e financeiro das firmas. Estes valores podem ser previstos e calculados com determinada margem de precisão no curto prazo. Quando uma empresa decide se localizar no ponto A ou B ela consegue mapear a existência de firmas auxiliares ao redor, os custos de transporte para escoamento da produção, os gastos com mão de obra local, calcular a dificuldade gerada em se coordenar investimento com a rede industrial, verificar quais financiamentos tem à disposição, assistência do sistema financeiro local e calcular o custo do espaço e dos insumos auxiliares ao processo produtivo, tendo como calcular os custos fixos operacionais e estimar os custos de produção.

Evidentemente, dizer que apenas isto é a natureza de escolha da firma é simplificar o mercado a apenas o processo fabril de grandes empresas que detém capacidade de explorarem todas as possibilidades de escoamento e localização do mercado. Ainda pensando nestas a localização da produção, dependendo do país, tende a reduzir as barreiras tarifárias e escoar a produção para mercados antes não atingíveis. Embora estes fatores não dependam do espaço, estes são ligados diretamente as estruturais de mercado as quais aquele espaço tange.

Quando analisamos as firmas caracterizadas como locais ou regionais, vemos que são limitadas em termos de oportunidades, escoamento de produção e conhecimento técnico. Micro e pequenas empresas dependem de canais de escoamento da produção já existentes e criados para elas caso queiram competir no cenário nacional ou internacional. Assim canais como Amazon, AlibaBa, Mercado Livre, AliExpress, TaoBao e outras plataformas se tornam relevantes para esse produtor local como forma de escoamento produtivo. Além disso, pequenas empresas não têm capacidade de atrair mão de obra altamente qualificada sem grandes dificuldades (dependendo do custo, grau de especialização e localização da firma). Isso leva a desvantagens competitivas de escala simplesmente devido a capacidade de modificar o espaço das grandes firmas.

Historicamente, firmas como Ford, GM, Embraer, mineradoras e portos foram capazes de distorcer concentração da localização e alterar o espaço a sua volta simplesmente por estarem ali com seus máximos investimentos e expansão. Uma grande empresa molda o espaço, gera mão de obra qualificada, esta que cria a nova mão de obra qualificada através da difusão do conhecimento. Têm poder de barganha e renome para atrair talentos. Além de estratégias estruturadas de escoamento de produção seja por canais construídos por si ou por parcerias e contratos comerciais.

Em um mundo perfeito, jamais haveriam custos de localização. Contudo, mesmo para as grandes firmas ele existe, sendo ainda mais impactante no caso de pequenas empresas. Desta forma, a vantagem relativa surge baseado no valor útil de diferentes localizações e volume de apropriação do espaço, que gera economias de escala espacial, dando luz ao valor de mercado do espaço. Quando consideramos que o sistema em si distorce a renda dos agentes criando escassez de forças de trabalho essenciais, embora de menor valor útil, gerando rendimentos diferentes sem proporção ao valor útil humano gerado, a compra dos melhores espaços será sempre dada por aqueles, no que veem valor naquela região, com maior poder aquisitivo, criando a primeira das concentrações espaciais. A medida em que o sistema econômico começa a influenciar a estrutura do mercado e gerar concentrações, o volume valor de mercado se torna discrepante e gera bolhas representadas, não pelo valor útil da localização, mas por valor abstrato em formato de marca. As regiões adquirem valor para o indivíduo baseado no símbolo que representam como marca de status e conquista social criadas por um processo cultural e sem valor real², distorcendo ainda mais qualquer explicação de modelo que venha ser explicada quantitativamente.

Desta forma, o valor útil do espaço irá depender dos valores reais e financeiros que ele gerará, do potencial de capacidade de geração de valor futura³ e do efeito subjetivo e cultural gerado pela valorização especulativa do espaço como marca de status.

5 Escassez da vantagem

Talvez a maior contribuição de Ricardo (1982) em “Princípios de economia política e tributação”, como fundamento de análise, tenha sido a ideia de que escassez da fertilidade de um espaço de terra quando comparado a outro (Ricardo refere-se como “terras de segunda qualidade”) gera o valor e a demanda pelo terreno mais fértil (de primeira qualidade).

Em questões macroespaciais isso pode ser a realidade, onde as peculiaridades da terra virgem sejam irrelevantes. Contudo, no quadro microespacial é que veremos as diferenças do espaço em detalhes. Detalhes estes que geram a superioridade de um espaço em relação ao outro e

² Existem diversas culturas que oferecem resistência ao valor útil dos fatores por criarem uma supervalorização ou desvalorização de algo em comparação criado por preconceitos. Um sistema racional jamais segregaria por raça, classe, gênero ou opção sexual qualquer que fosse o agente. Contudo, sistematicamente isto ocorre e é evidência ainda mais em termos de segregação espacial por classe e raça, como no caso das *white cities* americanas.

³ Koller, Goerdhart & Wessels (2015) refletem que o foco de criação de valor pela firma não deve ser o focado no *shareholder*, mas no *steakholder* da empresa. Isto significa que, é fácil para uma grande firma simular valores de progresso no curto prazo, mas isso poderá prejudica-la no longo prazo. Desta forma, ela deve buscar equilibrar as vantagens de curto e longo prazo. Isto se aplica também a localização espacial, quando a compra de um espaço pode gerar valor especulativo, mas não existir conversão de valor útil no longo prazo, seja por destruição da capacidade da terra ou por bolhas imobiliárias.

geram diferentes valores úteis. Quanto maior a divisão do espaço, maiores as dificuldades em se obter espaços com taxas relativas de semelhança na escala total. É muito mais fácil construir no plano em relação ao excessivamente inclinado, também muito mais seguro. O Rio de Janeiro é uma figura clara de como diferentes espaços obtêm diferentes valores a partir do momento em que “favela” e “morro” se tornam quase sinônimos na língua popular local.

Obviamente, o espaço em si não é o único fato gerador de vantagens. Em um sistema de divisão do trabalho em que o sistema cada vez mais depende do próprio sistema teremos as relações econômicas e as vantagens dependendo da capacidade de relações entre os agentes. Schumpeter, referindo-se as mudanças nos ciclos econômicos explica:

Se a mudança ocorrer nos dados não-sociais ou dos não econômicos (...), ou no gosto dos consumidores, não parece necessária nenhuma revisão fundamental dos instrumentos teóricos. Esses instrumentos só falham (...) quando a vida econômica em si mesma modifica seus próprios dados de tempos em tempos. A construção de uma estrada de ferro pode servir de exemplo. As mudanças contínuas, que podem eventualmente transformar uma pequena firma varejista numa grande loja de departamentos, mediante adaptação contínua, feita em inúmeras etapas pequenas, estão no âmbito da análise “estática”. Mas a análise “estática” não é apenas incapaz de predizer as consequências das mudanças descontínuas na maneira tradicional de fazer as coisas; não pode explicar a ocorrência de tais revoluções produtivas nem os fenômenos que as acompanham. (SCHUMPETER, 1982. p. 46).

Desta forma chegamos à conclusão que as relações econômicos se alteram ao longo dos ciclos. Ainda Schumpeter (1982) conclui que isso ocorre devido ao processo inovador, que altera as relações do sistema econômico. Quero aqui dizer que esta conclusão pode se desenvolver ainda mais.

Podemos concluir que, o sistema econômico não opera de forma estática, ele se transforma durante os processos, se autodestruindo, mas isso apenas ocorre devido as inovações. Contudo, isto apenas ocorre devido ao processo de inovação criar e destruir vantagens econômicas dos agentes, vantagens estas que tendem a tornar o sistema estável e concentrado.

Vamos supor que poderíamos criar uma das maiores revoluções espaciais possíveis, a capacidade de cobrir qualquer distância instantaneamente sem nenhum custo. Nesse caso, jamais haveriam vantagens em relação ao espaço e ao que existe ao seu redor. Os indivíduos poderiam explorar o mundo estudar e trabalhar nos melhores locais conforme seu potencial e desde que não houvessem barreiras entre nações, todo o mercado se tornaria extremamente mais eficiente. Assim, as únicas diferenças que veríamos seriam no caráter da natureza física do

espaço (fertilidade, tamanho, inclinação, temperatura e segurança) e o mercado se estabilizaria com base apenas nesses fatores.

Contudo, distâncias importam e elas não geram apenas custos com transportes, mas custos de oportunidade. Isto torna o fenômeno do custo do espaço dado pela necessidade do mesmo em interagir com outros espaços algo impactante. Um sistema econômico que depende das estruturas pré-existentes no espaço para se desenvolver com todas suas potencialidades irá tender se concentrar em locais os quais as instituições auxiliares já existam. Uma firma que tenha real conhecimento da competição de mercado irá se instalar onde consiga vender, comprar e se desenvolver, sendo este último dependente de setores auxiliares (TI, financeiro, P&D, tributário, etc). Como Nelson & Winter recordam “A estrutura ortodoxa é que toda produção das firmas é idêntica – a planta azul é uma questão de informação pública” (NELSON; WINTER, 1982, p. 61) trad. do autor. Contudo, precisamos lembrar que no mundo real o conhecimento está concentrado em certos polos.

A única maneira de se acabar com qualquer vantagem de especial seria a através da inexistência do externo ao espaço e a homogeneização do globo. Como isto é impossível, dada a tecnologia e a estrutura econômica, política e natural, eliminar as vantagens espaciais não veremos uma homogeneização do espaço tão cedo.

Sendo assim, sempre haverá vantagens em relação aos espaços e, portanto, valor útil que gere valor de mercado. E estas vantagens se agravam ou são destruídas dependendo da evolução tecnológica gerada e se ampliam conforme o potencial de relação entre os agentes naquela região dada a localização escolhida.

6 O risco e o *insight* de Bernoulli

Ainda existe um outro fator limitante ao valor do espaço, o risco. Utilizando Marshall (1982, p.105) “A única lei geral que rege o desejo de se ter determinada mercadoria, é a que diz que esse desejo diminui à medida que aumenta a quantidade dessa mercadoria de que se pode dispor, desde que as demais circunstâncias não se alterem” e analisar o indivíduo como ser racional e maximizador da utilidade, teremos uma divergência teórica e matemática dentro da própria teoria Marshalliana.

Primeiro, se a teoria do ser racional maximizador de utilidade estiver presente o indivíduo irá tender a desejar acumular sempre que possível. Contudo, se a utilidade cresce a taxas decrescentes, teremos que perdas de determinados bens acarretarão em uma maior perda de utilidade de que ganhos de mesma proporção física. Criando um paradoxo a ser gerado no próprio ser racional em situações onde existe risco. Segundo o *insight* de Bernoulli, “... um

tomador de decisão com utilidade marginal decrescente da riqueza será avesso ao risco.” (KAHNEMAN, 2012, p. 341)

Desta maneira, ainda que existam elevadas oportunidades de lucro no sucesso e estatisticamente determinada decisão possa ser interessante, o indivíduo maximizador de utilidade pode optar por não tomar determinada decisão.

As firmas não optam pelo mais lógico para o agregado. Na realidade,

a possessão de uma complete e clara função objetiva definida não é uma condição necessária para a operação empresarial no mundo real; tudo que é necessário são procedimentos para algumas ações serem tomadas. (NELSON; WINTER, 1892, p. 57, tradução do autor).

Isto é extremamente importante no caso das relações econômicas espaciais. Segundo Porter (1989) as empresas competem em mercados multidomésticos. Ou seja, cada região, devido a suas características culturais, sociais, espaciais e econômicas pré-existentes gerarão estruturas diferentes de funcionalidade do mercado e cada empresa concorre em um mercado diferente em cada região, ainda que estejamos em um sistema global.

Na segunda década dos anos 2000 foi possível perceber empresas sem nenhuma capacidade competitiva de expansão na América Latina sofrendo pesados prejuízos regionais. O Walmart, realizando o fechamento de 120 unidades no Brasil apenas no ano de 2018 devido a incapacidade de competir com o modelo de atacarejos é um simples exemplo disto. (CNBC, 2019)

Isto é extremamente importante quando analisado o espaço e converge em uma instância central, o processo de adentrar novos mercados é arriscado. As leis laborais, a cultura local, os costumes, as preferências dos consumidores e diversos outros fatores geram espaços estranhos as firmas em diferentes regiões do mundo. Mesmo no território nacional, as diferenças regionais em quilômetros de distância podem separar consumidores e estruturas de mercado completamente diferentes. Isto eleva o risco dos investidores e impede parte dos investimentos fluírem da maneira ótima para o sistema.

O *insight* de Bernoulli é a melhor análise estrutural capaz de fundamentar a tendência da concentração espacial gerada pela aversão ao risco. Um investidor irá expandir para mercados desconhecidos apenas se o retorno estimado for alto o bastante para suprir a sua aversão a perda. Portanto, o processo de escoamento do investimento, mesmo com os estímulos necessários, não ocorre de maneira instantânea.

Considerações finais

O valor de mercado da terra será dado com base em três fatores centrais. A falta de simetria em entre os pontos gera diferentes vantagens em se obter determinados espaços. Estas vantagens surgem devido à escassez das características não apenas do espaço, mas da relação que ele tem com seu exterior.

O valor útil relativo quando comparado entre os espaços, ou a vantagem do posicionamento. Este se mostra em termos estruturais, auxiliares, espaciais, organizacionais, naturais e culturais. Sendo assim, o valor útil é impossível de ser calculado genericamente devido as peculiaridades de cada população e o caráter mutável do mercado. As vantagens podem ser ampliadas ou reduzidas dependendo das inovações inseridas no sistema pelos agentes. Quanto maior for a vantagem proporcionada em relação aos demais, maior será o desejo dos consumidores por aquele espaço, elevando os custos. Isto não se exprime apenas em termos de demanda pelo espaço, mas em demanda por ofertar o espaço quando geradas especulações imobiliárias. Desta forma, o mercado se regula pela competição em busca das vantagens estratégias dos agentes, mesmo em termos espaciais.

O risco, como terceiro fator, pode ser encontrado pelo *insight* de Bernoulli. Sendo o indivíduo maximizador, uma vez detendo taxas marginais decrescentes para a utilidade acumulada, observaremos um comportamento avesso aos riscos. Desta maneira, ainda que alguns espaços ofereçam a possibilidade de alta vantagem ser alcançada o desconhecimento sobre o futuro e a necessidade em se contar com o acaso serão um funil para o escoamento do investimento para outras regiões, gerando uma concentração de investimentos em um único espaço. Este fato é extremamente importante no que tange o escoamento do investimento e a mobilidade dos agentes no espaço. Gerando as distorções espaciais e criando cada vez maiores distâncias entre as zonas de maior e menor vantagem econômica.

Assim, jamais teremos um espaço homogêneo, mas multifocal. Onde o investimento não escoar livremente para as maiores margens, mas fica retido onde as estruturas de mercado já estão bem desenvolvidas e o comportamento do mercado pode ser previsto mais facilmente.

Referências

CNBC. **Why wallmart failed in Brazil**. [s.l.]: 2019. Youtube, (7m40s). Disponível em: [youtube.com/watch?v=fFPMUIT9seg](https://www.youtube.com/watch?v=fFPMUIT9seg). Acesso em: 21 nov. 2019.

HENDERSON, B. **Strategic and natural competition**. 1980. Disponível em: <https://www.bcg.com/publications/1980/strategic-natural-competition.aspx>. Acesso em: 22 nov. 2019.

- KAHNEMAN, D. **Rápido e devagar: duas formas de pensar**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.
- KOLLER, T. GOERHART, H. WESSELS, D. **VALUATION: Measuring and managing the value of companies**. 6 ed. New Jersey. John Wiley & Sons. 2015.
- KOUTSOYIANNIS, A. **Modern microeconomics**. 2nd ed. NY: St. Martin's Press, Inc. 1981
- MARSHALL, A. **Princípios de economia**. São Paulo: Abril Cultural, 1982. v. 1.
- NELSON, R. R. WINTER, S. G. **An evolutionary theory of economic change**. Harvard College. Cambridge. 1982.
- PORTER, M. E. **A Vantagem competitiva das nações**. Rio de Janeiro, Elsevier. 1989.
- PORTER, M.E. **Estratégia competitiva: técnicas para análise de indústrias e da concorrência**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2005
- RICARDO, D. **Princípio de economia política e tributação**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.
- SCHUMPETER, J. A. **Teoria do desenvolvimento econômico**. São Paulo: Abril Cultural. 1982.

**ECONOMIA SOLIDARIA: UM ESTUDO DE CASO DA COOPERATIVA
AGROPECUÁRIA GLOBAL DE BREJO GRANDE NO MUNICÍPIO DE CAMPOS
DOS GOYTACAZES.***

*ECONOMIC SOLIDARITY: A CASE STUDY ON THE GLOBAL AGRICULTURAL
COOPERATIVE OF BREJO GRANDE, LOCATED IN THE CAMPOS DOS GOYTACAZES
MUNICIPALITY.*

PURL: <http://purl.oclc.org/r.ml/v6n2/a4>

Lucas Dantas de Alcântara[†]

 <http://orcid.org/0000-0003-4008-036X>

Cristiano Souza Marins[‡]

 <https://orcid.org/0000-0001-5061-3778>

Rodrigo Resende Ramos[§]

 <https://orcid.org/0000-0002-8423-4925>

Joselane da Silva Anastácio^{**}

 <https://orcid.org/0000-0001-7259-3480>

Álvaro Gonçalves de Barros^{††}

 <https://orcid.org/0000-0002-2536-8018>

Resumo: O início do século XXI trouxe novas reflexões sobre o trabalho como elemento de inserção social e cidadania. A Revolução Industrial redefine as relações de trabalho instaurando um sistema capitalista de produção que conseqüente levou à precarização do trabalho. Empreendimentos de cunho coletivo, remunerados ou não, com objetivo de manter empregos ou criar novos, começaram então a ser pensados e implementados dentro de uma proposta diferente do chamado cooperativismo. Abrangendo diversos setores produtivos e envolvendo as mais diversas categorias de trabalhadores, o que esses empreendimentos apresentavam em comum era a estruturação do embrião do que hoje se conhece como economia solidária. Neste trabalho pretende-se analisar os desafios, dificuldades e possíveis benefícios da economia solidária enquanto campo de práticas econômicas que compreendem a noção de responsabilidade social e ambiental, justiça e equidade, por meio de um estudo de caso da Cooperativa Agropecuária de Brejo Grande, no município de Campos dos Goytacazes, no estado do Rio de Janeiro. **Palavras-chave:** Economia solidária. Empreendimentos Solidários. Cooperativa agropecuária global de Brejo Grande.

* Artigo recebido em: 21 de março de 2020. Aceito em: 27 de maio de 2020

[†] Bacharel em Ciências econômicas pela Universidade Federal Fluminense e pós graduado em gestão de negócios pela Fundação Getúlio Vargas. E-mail: lucasdantas.a@hotmail.com

[‡] Professor Adjunto do curso de Ciências Econômicas e Administração Pública (semi-presencial) da Universidade Federal Fluminense. Autor correspondente. E-mail: cristianosouzamarins@yahoo.com.br

[§] Professor Adjunto do curso de Ciências Econômicas e Administração Pública (semi-presencial) da Universidade Federal Fluminense. E-mail: 39310@ufp.edu.pt

^{**} Graduada em Letras pela Universidade Estácio de Sá e Normal Superior pela Fundação de Apoio à Escola Técnica do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: joselane8@gmail.com

^{††} Professor do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro. Instrutor IT Essentials e CCNA da Cisco Academy. Responsável pela Cisco Academy do IFRJ Campus Arraial do Cabo e da UENF. E-mail: alvarogbarros@gmail.com

Abstract: The 21st century brought new reflections regarding the function of work as an element of social insertion and citizenship. The Industrial Revolution redefined labor relations by establishing a capitalist system of production that consequently deteriorated worker's rights. Within this context, emerged a wave of collective entrepreneurship endeavors with the intention of maintaining jobs and creating new ones. These endeavors differed from the traditional cooperatives as these embraced several productive sectors and included the most diverse categories of workers. Thus, these endeavors can be seen as a manifestation of what we now refer to as Economic Solidarity. In this work, we intend to analyze the challenges and the potential benefits of Economic Solidarity as a field of economic practice that includes the notion of social and environmental responsibility, justice and equity, through a case study of the Cooperativa Agropecuária de Brejo Grande, located in the municipality of Campos dos Goytacazes in the state of Rio de Janeiro, Brazil.

Key words: Solidarity Economy. Solidarity economics organizations. Global agricultural cooperative of Brejo Grande.

1. Introdução

Os traços que caracterizam a economia mundial contemporânea resultam de processos de transformação complexos unificados sob o conceito geral de globalização, com início à época da Revolução Industrial, na Europa Ocidental dos séculos XVIII e XIX. É também nesse período que se verifica a origem da economia solidária, em um contexto de introdução das máquinas a vapor e conseqüente substituição da força de trabalho humano, levando à reestruturação das relações de produção e à consolidação do capitalismo como modo de produção dominante (RANGEL; MONOLESCU, 2012). De acordo com Hobsbawn (2003), ainda hoje no século XXI, a Revolução Industrial marca a transformação mais radical no modo de vida humana já registrada em documentos escritos.

O capitalismo industrial, como aponta Souza (1999), tem como característica a adoção crescente de inovações tecnológicas que dispensam mão de obra. Além disso, promove o fechamento de setores produtivos, a diminuição no uso da força de trabalho, a quebra de fronteiras globais, o desemprego estrutural, o crescimento de relações trabalhistas atípicas frente ao assalariamento e a informalidade.

Segundo Lima *et.al.* (2011), impulsionadas pela internacionalização da produção e dos mercados, além da chamada revolução da tecnologia da informação e comunicação (TIC's), as transformações das sociedades capitalistas durante esse período geraram mudanças nos processos produtivos e nas relações de trabalho, visando à diminuição de custos e aumento da produtividade. Mesmo este processo não fez com que o trabalho perdesse sua centralidade na vida social enquanto atividade que garante a subsistência. Mas a sua diversificação a partir dos novos processos produtivos e do questionamento sobre os direitos do trabalhador e sua qualidade de vida, colocavam em xeque, lutas coletivas e identidades sociais que marcaram as relações capital-trabalho por mais de um século.

Neste contexto, uma série de empreendimentos de cunho coletivo, sendo estes remunerados ou não, com o objetivo de manter empregos ou criar, foram pensados e implementados dentro de uma proposta diferente do chamado cooperativismo tradicional de mercado que se consolidou no século XX. Abrangendo diversos setores produtivos, desde a produção familiar até a indústria de transformação, e envolvendo as mais diversas categorias de trabalhadores, o que esses empreendimentos apresentavam em comum era a estruturação desse novo viés econômico que hoje se conhece como economia solidária (SINGER, 2000; CORAGGIO, 2000). Articulando um conjunto de experiências diversas e mesmo díspares, mas marcadas pelo caráter coletivo e participativo de suas propostas. A partir do exposto, neste trabalho pretende-se analisar a economia solidária como um campo de práticas econômicas que compreendem a noção de responsabilidade social e ambiental, justiça e equidade (VERONESE, 2009). Nesta pesquisa, para melhor entendimento, se definirá a economia solidária como

[...] o conjunto de atividades econômicas – de produção, distribuição, finanças e consumo – organizadas de forma autogestionária, ou seja, no âmbito das quais não há distinção de classe: todos os que nela atuam são seus proprietários e todos os que são proprietários nelas trabalham. (SINGER; KRUPPA 2004, p. 92).

Portanto, cabe questionar quais são os ganhos vindos da cooperação entre os trabalhadores e outros detentores de meios de produção? Quais vantagens o pequeno produtor individual adquire ao se unir a uma cooperativa? Para responder a tais questionamentos, o objetivo geral deste estudo foi analisar os benefícios da economia solidária para o pequeno produtor quando ligado a uma cooperativa, no caso, a Cooperativa Agropecuária Global de Brejo Grande, em Campos dos Goytacazes - RJ. Além disso, com base no referencial teórico, descreveu-se também o processo histórico da economia solidária no Brasil, seu surgimento e crescimento, bem como a evolução da sua aceitação como desenvolvimento de bem-estar social. Por fim, para entender em qual contexto o objeto apresentado se insere, verificou-se o panorama da economia solidária em Campos dos Goytacazes e como ela tem se articulado para o desenvolvimento econômico e social das famílias que participam da Cooperativa Agropecuária Global de Brejo Grande.

De modo a atingir aos objetivos propostos, a abordagem metodológica adotada nesta pesquisa se baseou na utilização de referências bibliográficas, que incluíram tanto livros e artigos acadêmicos, como também pesquisas realizadas via internet, no intuito de ter um maior embasamento teórico sobre o assunto abordado. Como experimento empírico, realizou-se um estudo de caso da Cooperativa Agropecuária Global de Brejo Grande localizada no município

de Campos dos Goytacazes, no estado do Rio de Janeiro. Para tanto, elaborou-se um questionário com base na revisão de literatura, e o mesmo foi aplicado aos membros da cooperativa com o intuito de levantar informações que respondessem aos objetivos propostos, tal como mostrar a importância da economia solidária no núcleo de uma cooperativa. Portanto, a metodologia aplicada caracteriza-se como quali-quantitativa e este artigo é resultado deste estudo. A pesquisa se divide em duas etapas. A primeira seria o projeto de pesquisa, que se caracteriza de forma qualitativa, garantindo a base que possibilita a realização da segunda parte, quali-quantitativa, que contou com a coleta e análise de dados, e enfim a elaboração da escrita dos resultados. Em um segundo momento foi realizado um estudo de caso por meio da aplicação de um questionário elaborado pelo autor com base no formulário utilizado pelo SIES no mapeamento dos empreendimentos de economia solidária realizado entre 2009-2013, produzido pela Secretaria Nacional de economia solidária, por meio do Departamento de Estudos e Divulgação – DED, foi possível esmiuçar uma experiência concreta de economia solidária. Os integrantes da Cooperativa Agropecuária Global de Brejo Grande (COBREG), no município de Campos dos Goytacazes responderam às perguntas que são evidenciadas e que podem ser verificadas no apêndice.

A partir das respostas foi possível saber sobre o que é na prática uma cooperativa, seus históricos e antecedentes, qual a sua inserção política na sociedade, bem como organização interna, atuação no mercado e desafios de democracia dentro do empreendimento. Assim, se pode verificar se as hipóteses de melhorias trazidas pela proposta de estruturação de um empreendimento de economia solidária são realmente concretas dentro dessa iniciativa, em particular, no município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro. Ou seja, houve aumento e facilidade de escoamento da produção? E acessibilidade ao mercado? O questionário foi aplicado de forma coletiva, com um grupo de 13 participantes da cooperativa (o que representa 45% dos integrantes), entre diferentes atividades. Diante das perguntas apresentadas foi estabelecida uma discussão onde se pode ir além do que estava sendo proposto no formulário, detalhando de forma interessante a rotina e a estrutura da cooperativa em questão. Inicialmente, havia sido planejado que o questionário seria aplicado de forma individual, e auto aplicado, ou seja, os integrantes responderiam de forma particular o formulário proposto, sem nenhum auxílio externo. Entretanto, ao longo do desenvolvimento da metodologia, notou-se que seria mais produtivo se o pesquisador aplicasse esse mesmo questionário por meio de uma entrevista em grupo, ou seja, gerando um debate coletivo diante de cada questão, que enfim era relatada pelo próprio pesquisador. Assim, a organização da aplicação do questionário ocorreu por meio de um diálogo assimétrico face a face, em que uma parte foi fonte de informação (a

Cooperativa) e a outra buscou coletar dados (o pesquisador). As vantagens desse tipo estrutura estão entre não forçar o enquadramento da resposta em questões pré-estabelecidas, fazer referência direta ao que as pessoas sabem (fatos) e ao que pensam, esperam, sentem ou preferem. Outros pontos positivos são que não exige que pesquisado saiba ler e escrever, além de que se mostra mais flexível, capta expressão corporal, tom de voz, e possibilita esclarecer questões, o que permite maior profundidade na obtenção de dados e garante maior obtenção de respostas.

2. A economia solidária em Campos Dos Goytacazes

A Cartilha da Campanha Nacional de Mobilização Social, desenvolvida pelo Ministério do Trabalho e Emprego apresenta a economia solidária de maneira bem ilustrativa. Pense em um jeito de produzir, de vender, de consumir produtos, de oferecer e receber crédito, onde as pessoas não são movidas pela ganância, mas pelo desejo de que não haja ninguém excluído, de que todos possam viver bem. Agora pense em uma outra economia, onde em vez de individualismo, há união; em vez de competição, há cooperação; em vez de indiferença, há solidariedade; onde, no lugar da devastação do ambiente, há o cuidado com a natureza; e no lugar do autoritarismo de chefes ou patrões, há democracia com todos decidindo juntos e compartilhando igualmente o que se ganha ou se perde. Esta é a imagem que se projeta da economia solidária, que vem crescendo rapidamente em nosso país e traz a promessa de um futuro mais justo e feliz para as novas gerações (BRASIL, 2007, p.2). Segundo a Secretaria de Trabalho e Renda do estado do Rio de Janeiro [2015], a economia solidária vem se apresentando como alternativa de geração de trabalho e renda e a favor da inclusão social no estado.

Em 2013 o então governador do estado, Sérgio Cabral Filho, assinou o Decreto que regulamenta o Conselho Estadual de economia solidária (CEES). O conselho, que foi instituído a partir da Lei 5.315/08, regulamentada pelo Decreto 44.402/13, é composto por gestores públicos, representantes da Sociedade Civil organizada por meio de empreendimentos econômicos solidários, e entidades de apoio e fomento. Entre as atribuições do conselho, por exemplo, está a criação de um banco de dados e a criação dos critérios para o financiamento de projetos e programas de economia solidária. Segundo o mapeamento realizado pela SENAES em 2009-2013, são encontrados no estado do Rio de Janeiro 301 empreendimentos de economia solidária, sendo 34 urbanos (11,3%), 236 (78,4%) rurais e 31 (10,3%) urbanos e rurais. Os dados apresentados vão de encontro aos resultados nacionais (primazia dos EES em áreas urbanas), já que no estado os empreendimentos são mais facilmente encontrados na zona rural.

Um ponto a se destacar no mapeamento do estado é a questão da informalidade, que aparece como meio de organização predominante, representando mais da metade do total de empreendimentos (206), sendo estes seguidos por associações (75), cooperativas (18) e sociedade mercantil (2). Entre estas, dominam as atividades de produção ou produção e comercialização (200). Assim como os dados nacionais, as principais motivações para a criação dos empreendimentos foi gerar uma fonte complementar de renda e a alternativa ao desemprego. Os desafios também são semelhantes, entretanto, a viabilização econômica (222), seguida por geração de renda adequada aos sócios (220) ocupam, devido à sua pouca diferença, praticamente o mesmo lugar nas preocupações dos empreendedores solidários do estado do Rio de Janeiro.

Segundo relatório de síntese do comportamento do mercado de trabalho formal no Brasil (2016a), referente a fevereiro de 2016, divulgado pela SETRAB com dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), do Ministério do Trabalho. No respectivo mês o estado do Rio de Janeiro ficou na última posição no ranking nacional (27º) de desocupação com a perda de -22.287 postos de empregos formais, sendo que no mesmo mês o Brasil registrou saldo total de -104.582 postos. No estado nos últimos 12 meses verificou-se diminuição de 4,69% no nível de emprego ou -181.372 postos de trabalho (BRASIL, 2016a).

Referente ao município de Campos dos Goytacazes, no interior do estado do Rio de Janeiro, segundo dados divulgados no Portal G1 (2014), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), caracteriza a cidade pelo segundo maior PIB industrial do Brasil, posição adquirida principalmente devido ao aumento tanto na produção de petróleo, como nas cotações de produtos derivados dele nos últimos anos. Entretanto, o crescimento, mesmo que acelerado, não é sinônimo de desenvolvimento se ele não amplia o emprego, se não reduz a pobreza e se não atenua as desigualdades. Apesar do expressivo volume de recursos financeiros injetados, os empregos e renda gerados pela atividade petrolífera não estão alterando qualitativamente o quadro de desigualdades, tanto sociais quanto espaciais (CRUZ, 2005, p. 51).

No município notam-se elementos de uma economia periférica, convivendo com elementos de uma economia dinâmica, ou seja, o petróleo funciona como uma espécie de monocultura, proporcionando grande arrecadação de recursos financeiros, mas ao mesmo tempo, idealiza a visão de que recursos advindos dos royalties serão duradouros, o que dificulta a discussão e a criação de outras formas de desenvolvimento econômico, prejudicando a camada da população que é desfavorecida economicamente. Conforme a plataforma Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, a partir de dados do PNUD, IPEA e a Fundação João Pinheiro (FJP), a cidade de Campos dos Goytacazes tem em 2019, de acordo com estimativa

do IBGE, 507.548 habitantes, sendo a taxa de desocupação entre a população economicamente ativa de 19% em 2019. Segundo o IBGE, em 2017 a taxa de ocupação era de apenas 19,6%. Cabe salientar que devido a crise proporcionada pela pandemia do COVID-19 a taxa de desocupação é muito maior. Além disso, uma crise envolvendo os produtos petróleo no início do ano, fez com que o preço do barril de petróleo tivesse uma queda substancial e diminuindo a arrecadação do município com os royalties. Gerando um quadro de difícil reversão a curto prazo no período pós-pandemia. Havendo a necessidade o estado promover a inclusão social e econômica dessas pessoas que estão sem emprego e renda.

Segundo Stellet e Borba (2008)

Existe uma falta de originalidade e eficácia dos cursos de qualificação profissional gratuitos e uma ausência de outras atividades que proporcionem geração de trabalho e renda. Portanto, há uma inserção no mundo do trabalho subalternizada, pois se afirma a tutela, ou seja, mantém os usuários dependentes da assistência e conseqüentemente (sic) do poder público. Há uma demanda por outras atividades geradoras de trabalho e renda (...). Dessa forma, torna-se mister uma maior diversificação e democratização no que tange às políticas de desenvolvimento econômico. (STELLET; BORBA, 2008, p.12).

Verifica-se, desta forma, que a proposta da economia solidária torna-se necessária para a geração de trabalho e renda por meio da criação de unidades de produção, de cooperativas, empresas autogestionárias ou co-gestionárias na cidade. E reforça-se a ideia de que a economia solidária deve possuir uma forte relação com os espaços locais considerando as dinâmicas históricas, culturais, econômicas e sociais de cada região.

O segundo mapeamento de EES realizado pelo SENAES, mostra que no município existem três empreendimentos de economia solidária, todos na área rural e urbana. Entre eles, dois são voltados para produção ou produção e comercialização, e um para prestação de serviço ou trabalho a terceiros. Como motivações para a criação de um EES estão: alternativa ao desemprego, fonte complementar de renda, desenvolvimento de atividade onde todos são donos e motivação social, filantrópica ou religiosa. Todos os empreendimentos disseram ter como conquista a autogestão e o exercício da democracia. Entre as iniciativas que vem concretizar as ações da causa na região estão a Rede de Gestores Regionais, que é formada por prefeituras do Norte e Noroeste Fluminense e tem como objetivo a discussão de políticas públicas e de apoio e fomento à economia solidária, e o Fórum de economia solidária, que desde 2010 vem sendo articulador das ações coletivas no município. Além de Campos dos Goytacazes outras 14 cidades do Norte e Noroeste Fluminense são membros do fórum.

Também, com proposição da vereadora Auxiliadora Freitas, em 2004 se inseriu na Lei Orgânica Municipal (LOM) um capítulo especial para este tema. Os artigos 170 e 171 tratam de estabelecer princípios e diretrizes para a política pública de desenvolvimento local sustentável, como se descreve a seguir.

3. Pesquisa de Campo

No dia 14 de julho de 2016, o autor da presente pesquisa se reuniu com 13 membros da Cooperativa Agropecuária Global de Brejo Grande (COBREG), com intuito de conhecer e levantar dados sobre o funcionamento da mesma.

A COBREG foi fundada a partir de conversas informais em reuniões entre produtores rurais da localidade de Brejo Grande, na cidade de Campos dos Goytacazes - Rio de Janeiro, em quatro de junho de 2015, porém já funcionava desde março do mesmo ano, e é a primeira e única cooperativa existente na região. É composta por 28 cooperados (28 propriedades rurais), sendo 19 homens e nove mulheres, que atuam na área agropecuária, abrangendo a produção de laticínios, carnes, legumes, verduras e frutas. Seu faturamento anual é de 20 mil reais, em média.

Segundo os produtores, hoje cooperados, no início a proposta de fazer do empreendimento uma cooperativa não teve grande aderência por parte das famílias locais, pois muitos achavam inviável a sua criação e acreditavam que o esforço não valeria a pena, tanto em termos econômicos como em sustentabilidade do negócio. No entanto, alguns produtores resolveram levar o projeto adiante, possibilitando o início da cooperativa, e assim, quando os benefícios começaram a surgir, mais pessoas começaram a demonstrar interesse e aderiram ao movimento.

Atualmente a cooperativa funciona na localidade que carrega no nome, região de Brejo Grande, no distrito de Campos dos Goytacazes, em uma propriedade locada pelos cooperados (o aluguel é dividido entre todos os integrantes) onde ocorrem reuniões com os membros toda quinta-feira, às 19h30. Durante as reuniões, os cooperados trazem as questões referentes ao andamento e funcionamento da cooperativa e são atribuídas novas tarefas a cada membro visando à melhoria do processo de desenvolvimento e crescimento do empreendimento. Inicialmente, a cooperativa começou com pequeno alcance, vendendo para amigos e conhecidos, mas com o passar do tempo o número de clientes aumentou e, conseqüentemente, o mesmo ocorreu com o número de pedidos. Enquanto se realizava o presente estudo, os principais consumidores dos produtos da COBREG eram os moradores de Campos dos Goytacazes em geral, assim, é possível afirmar que o empreendimento se expandiu e ganhou

abrangência atendendo à demanda do município, que, como já foi apresentado, tem mais de 460 mil habitantes.

A COBREG é um bom exemplo do que apresenta Pinheiro (2010), que foca em sua abordagem sobre a economia solidária e os mecanismos de resistência à globalização, entendendo que os mais eficazes são aqueles ligados às economias locais, o conjunto de iniciativas com foco nas sociabilidades locais de pequena escala e comunitários. A partir de uma iniciativa pequena, o empreendimento vem se expandindo, e agregando valor à iniciativa, sendo efetivamente um meio de produção/consumo que caminha na contramão das práticas de modelos clássicos e capitalistas. Ainda sobre sua estruturação, quanto à produção da cooperativa, cada integrante produz em sua propriedade e é responsável por disponibilizar produtos frescos para atender a demanda dos clientes semanalmente. Dentre os produtos ofertados estão: carnes de coelho, cabrito, carneiro e frango, ovos, laticínios (ricota, queijo e iogurte), batata doce, aipim, alface, couve, cebolinha, salsinha, coentro, alfavaca, manjericão e frutas, tais como laranja, limão, banana, acerola, caju e abacaxi. Desta forma, existe variação na oferta de produtos (exceto os principais). Em algumas semanas, por exemplo, existe a comercialização de sucos naturais ou produtos diferenciados.

A cooperativa trabalha com varejo e a comercialização é feita via encomenda direta dos clientes, moradores de diversas áreas da cidade, de segunda a sexta-feira, por meio de pedidos por telefone ou via internet. Um dos cooperados possui um veículo para a distribuição da produção, contando com 20% do dinheiro das vendas para suprir gastos com o automóvel. O valor dos produtos é atualizado semanalmente. Mas como se trata de uma cooperativa nova que ainda não tem estrutura para escoar toda a produção, os membros também vendem seus produtos individualmente. Neste ponto já se ressalta um benefício trazido pela transformação do empreendimento em uma cooperativa. Normalmente, esse transporte teria um custo, pagamento de alguma empresa terceirizada, por exemplo, ou contratação de um profissional específico. Na cooperativa, esse transporte é um dos serviços bancados pela produção dos próprios cooperados, ou seja, não gera gastos como serviço prestado à cooperativa, pois é algo que vem para uso do cooperado e que é realizado por ele próprio.

A questão da melhoria no processo de entrega dos produtos é uma das principais pautas dentro da cooperativa. A COBREG está em processo de análise de financiamento para a compra de um ônibus, por meio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). A ideia é transformar esse ônibus em um hortifrúti móvel, não só para o transporte dos pedidos para entrega aos clientes, mas como venda direta na rua. Foi decidido em reunião que, se conseguirem adquirir o ônibus, os cooperados ficariam responsáveis por levar o que produzem

para a sede da cooperativa, diminuindo os custos com combustível e acelerando as entregas, já que sem esse recurso os produtos são buscados nas propriedades e só depois encaminhados para o domicílio dos clientes. Os 20% das vendas, que atualmente é destinado ao cooperado que faz o transporte das mercadorias, com a adesão do ônibus, seria destinado à cooperativa, para satisfazer as necessidades gerais dos produtores, pagar aluguel da sede, investir em outros projetos e gerar uma poupança. Mas enquanto o projeto do ônibus não se concretiza, a caminhonete que transporta os produtos está sendo reformada para que possa se adaptar a um volume maior de produtos. Existe também o projeto de transformar a sede (parte da propriedade) em um empório para venda local e a criação de uma estufa e uma loja de ração, que venderia a preço de custo para os cooperados, já que a loja seria feita com dinheiro da produção e com preço de mercado para outros compradores. Além disso, a cooperativa visa abrir canais de comercialização para mercados, venda em atacado. A cooperativa seria apenas um canal entre os produtores e o mercado, mas não sendo remunerada, pois o intuito é beneficiar o produtor.

Como maior dificuldade enfrentada pela cooperativa aparece a falta de água na região, sendo a água um bem essencial para o empreendimento realizado. Alguns cooperados não tem sua capacidade de produção em 100% devido a esse problema, se possuíssem um sistema de distribuição de água eficaz a realidade seria mais próxima da plenitude. Devido à escassez de água os produtores chegaram à conclusão que a melhor solução seria a construção de poços artesianos. Por meio da organização Rotary, clube de serviços à comunidade local e mundial sem fins lucrativos, filantrópico e social, a COBREG conseguiu garantir a construção de 16 poços. O primeiro, já concluído. A conquista alcançada pela cooperativa, não traz benefícios apenas para os cooperados, mas para a comunidade inteira, pois melhora a qualidade de vida de quem está em volta (grande parte familiares dos cooperados), ressaltando o espírito de colaboração e cooperação dos empreendimentos de economia solidária. Além da construção dos poços, o objetivo da cooperativa é conseguir, além da padronização das bombas utilizadas no fornecimento de água, também uma bomba reserva em posse da cooperativa. Segundo Leandro Teixeira Hebling, vice-presidente da COBREG, normalmente, sem essa colaboração, cada cooperado deveria ter uma bomba reserva, para caso a sua quebrasse. A cooperativa barateia esse custo, pois todos podem ter acesso à bomba reserva que fica na sede da cooperativa e não precisam ter duas. Além da bomba, a cooperativa tem objetivo de ter máquinas em comum, possibilitando o avanço igualitário da produção. Tanto o financiamento para a compra de um ônibus, como a construção dos poços, mesmo que uma delas seja uma iniciativa privada, mostram a necessidade do auxílio de políticas públicas efetivas quando se trata da economia

solidária. Com políticas públicas eficientes, a COBREG poderia vir a crescer, ampliar sua área de atuação, a qualidade de seus serviços e a qualidade de vida de seus cooperados. Além de que poderia inspirar mais iniciativas de economia solidária na região, nos mais diversos escopos.

Segundo Leandro, uma questão interessante na qual a cooperativa tem mostrado avanço é de “abrir a cabeça das pessoas” para novas oportunidades. Ele aponta que todos os membros estavam, antes da cooperativa, fechados a ideia de produção familiar tradicional. Como relatou, ao questionar um dos cooperados sobre “por que não plantar maracujá”, alegando que sua terra seria propícia para esse plantio, obteve como resposta, a princípio: “mas para quem eu vou vender?”. Ou seja, a cooperativa, que traz consigo uma organização estrutural que gera segurança de venda, o que incita os produtores a arriscar, a plantar novas variedades, a aumentar a produção.

Leandro é pós-graduado em ovinocultura de corte e agrologia bíblica, técnico em agropecuária e bacharel em teologia. Já fez 157 cursos do Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (SENAR), todos registrados no Ministério da Agricultura. Já foi presidente de duas cooperativas em São Paulo. Em uma delas, era o responsável pela padronização da compra de ração e pastagem. Na segunda, presava pela melhoria da qualidade genética dos animais, atuando também com compra e venda.

Assim, após a análise, pode-se dizer que a COBREG é um bom exemplo de como o cooperativismo permite que indivíduos isolados, com menos condições de enfrentar o mercado, aumentem sua competitividade. Para os cooperados desse empreendimento solidário, a principal vantagem de uma cooperativa é a organização do trabalho, o que pode se justificar pelo que Gaiger (2004) apresenta a respeito da prática da gestão partilhada, o autor afirma que ela inibe as tentações de reintroduzir a divisão social do trabalho e de adotar práticas não igualitárias, eleva o grau de comprometimento dos indivíduos e potencializa maior zelo, cuidado e atenção dos indivíduos de forma a evitar desperdícios e otimizar o processo produtivo, reduzindo porosidades e incrementando ganhos em eficiência. A prática do trabalho partilhado converte a divisão técnica do trabalho em assunto de gestão, avaliação e decisões conscientes, propiciando que a criatividade dos trabalhadores experimente novos arranjos, potencialize competências e confira ao trabalho um sentido positivo e estimulante (GAIGER, 2004).

Tendo em vista a entrevista com os membros e as respostas do questionário, foi possível notar que ao se tornarem uma cooperativa muitos benefícios foram alcançados, tais como: aumento da produção, facilidade de escoamento de seus produtos, garantia de venda da produção, maior receita e conseqüentemente, melhoria da qualidade de vida. Desse modo, o

maior objetivo da cooperativa apresentado durante a realização desta pesquisa é o de fazer com que mais produtores se tornem cooperados, podendo usufruir dos benefícios gerados.

4. Considerações Finais

Através do estudo da COBREG percebe-se que o forte enraizamento local da economia solidária favorece que esta possa se apoiar no que está à sua mão, seja trabalho, saberes populares, energias morais, recursos políticos e institucionais, no exemplo utilizado na pesquisa, o setor agropecuário. Nota-se também que, contrariando a ideia de que o espaço econômico esteja tomado completamente pelo capitalismo global, as empresas solidárias tendem a ocupar nichos de mercado, parcialmente protegidos da grande concorrência, e a estabelecerem práticas de troca favorecidas pelos laços de confiança conquistados junto aos seus clientes.

Cabe admitir que a adesão dos trabalhadores às práticas de cooperação e reciprocidade não se mantém só porque os mesmos se veem motivados moralmente a fazê-lo, mas primordialmente por verificarem, por eles próprios, que desse modo satisfazem mais plenamente os seus interesses (bem como da sua comunidade), que obviamente não necessitam ser apenas utilitários, embora em certa medida não possam deixar de sê-lo. Reside nesse ponto a importância decisiva de demonstrar a superioridade da forma social de produção solidária, diante de outras alternativas oferecidas ao trabalhador.

Na COBREG ressaltam-se pontos como a escassez de água, falta de automóveis adequados, bem como a dificuldade em haver verba que possibilite a ampliação e a melhoria da qualidade do serviço prestado/produto comercializado. Problemas que estão sendo parcialmente solucionados por meio de políticas públicas e/ou iniciativa privada. Mas ainda é possível apontar que a falta de conhecimento sobre os empreendimentos de economia solidária também tem freado o crescimento da cooperativa, já que ao redor da mesma existem outros produtores que poderiam ser cooperados, mas ainda tem receio quanto ao tipo de atividade realizada e sua sustentabilidade. O mesmo motivo causou, inicialmente, a não aderência de muitos produtores à criação da COBREG. A experiência da economia solidária não conseguiu ainda impactar de maneira mais geral sobre a cultura política individualista e competitiva. De maneira mais geral, seus foram insuficientes para que ela passasse a ser reconhecida pelas camadas populares, trabalhadores e suas organizações como uma alternativa efetiva de enfrentamento da atual conjuntura econômica.

5. Referências

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria Nacional de economia solidária. **Economia solidária, outra economia acontece**: Cartilha da Campanha Nacional de Mobilização Social – Brasília: MTE, SENAES, FBES, 2007. 36 p. Disponível em http://acesso.mte.gov.br/data/files/FF8080812B59B49C012B5DD948C22F07/impreso3_cartilha_32pg_web.pdf. Acesso em 07 de julho de 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. SECRETARIA DE ESTADO DE TRABALHO E RENDA. OBSERVATÓRIO DE EMPREGO E RENDA. **Cadastro geral de empregados e desempregados CAGED** – lei 4.923/65. Síntese do comportamento do mercado de trabalho formal Brasil – fev. 2016. 2016^a. 18 p.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Estado de Trabalho e Renda. Observatório de Emprego e Renda. **Cadastro geral de empregados e desempregados CAGED** – lei 4.923/65. Síntese do comportamento do mercado de trabalho formal Rio de Janeiro, fev. 2016. 2016^b. 7 p.

CORAGGIO, J. L. Da economia dos setores populares à economia do trabalho. *In*: KRAYCHETE, G; LARA, F.; COSTA, B (orgs). **Economia dos setores populares**: entre a realidade e a utopia. Petrópolis: Editora Vozes, 2000. p. 91-131.

CRUZ, J. L. V. Os desafios na região brasileira do petróleo. *In*: Senac. (org.). Brasil, o desafio da diversidade: experiências de desenvolvimento regional. Rio de Janeiro: Senac, 2005. p. 49-104. Boletim Técnico

GAIGER, Luiz (org.) **Sentidos e experiências de economia solidária**, Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

HOBBSAWN E. J. **Da revolução Industrial Inglesa ao Imperialismo**. Editora: Forense Universitaria, 2003.

LIMA, J. C. *et al.* Empreendimentos urbanos de economia solidária: alternativa de emprego ou política de inserção social? **Revista Sociologia & Antropologia**, v.1., n. 2, p. 119 – 146, 2011.

MIGUEL, P. A. C. Estudo de caso na administração: estruturação e recomendações para sua condução. **Produção**, v. 17, n. 1, p.216-229, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prod/v17n1/14.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2019.

PINHEIRO, L. I. F. **Políticas públicas de apoio à economia solidária como alternativa para o desenvolvimento local no Brasil**. Observatório Ibero-americano del Desarrollo Local y la Economía Social. Grupo EUMED.NET, Universidade de Málaga, ano 4, n.8, jun. 2010.

QUAINO, L. **2º maior PIB industrial do país, Campos, RJ, “importa” trabalhadores**. Portal G1. 2014. Disponível em <http://g1.globo.com/economia/noticia/2014/01/2-maior-pib-industrial-do-pais-campos-rj-importa-trabalhadores.html>. Acesso em: 15 jul. de 2016

RANGEL, R. R; MANOLESCU, F. M. K. Economia solidária pela perspectiva histórico-teórica. Educação, Gestão e Sociedade. **Revista da Faculdade Eça de Queirós**, v. 2, n. 8, dez. 2012. Disponível em: www.faceq.edu.br/regs. Acesso em: 1 jul. 2016.

SENAES. **Atlas de economia solidária no Brasil 2013**. Brasília: MTE, SENAES, 2013.

SILVA, M.S.D. *et al.* **A economia solidária e a UFRR: um olhar nos empreendimentos solidários em Roraima.** Disponível em: http://ufrr.br/itcpes/images/pdf/Um_olhar_nos_empreendimentos_solidarios_em_Roraima.pdf. Acesso em: 5 jul 2016.

SINGER, P. Economia solidária: um modo de produção e distribuição *In*: SINGER, P.; SOUZA, A.R. (orgs). **A economia solidária no Brasil.** São Paulo: Editora Contexto, 2000, p. 11-28.

SOUZA, N.J. **Desenvolvimento econômico.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

STELLET, G. V. A.; BORBA, R. C. Campos dos Goytacazes: cidade dos contrastes – um estudo da paradoxal realidade socioeconômica do município fluminense. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14, 2008, Caxambu. **Anais [...]** Caxambu: 2008.

VERONESE. Subjetividade, trabalho e economia solidária. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 84, mar. 2009, p. 153-167

APÊNDICE

Questionário aplicado aos integrantes da COBREG

QUESTIONÁRIO

Forma de organização/classificação da atividade econômica solidaria

Nome da Cooperativa

Data

Endereço

CNPJ

Ano de início

Situação atual

Área de atuação

Número de participantes: Homens x Mulheres

Os cooperados são todos agricultores familiares?

A cooperativa participa de alguma rede de produção, consumo, crédito ou comercialização?

Como se comercializa a produção da cooperativa?

Como funciona a organização da cooperativa (reuniões...)?

Quais atividades são feitas de forma coletiva pelos participantes (produção, comercialização, uso de áreas comuns, consumo)?

Qual a principal atividade econômica realizada pela cooperativa (comercialização, troca de produtos, consumo coletivo)?

Qual a origem dos produtos comercializados?

Quantos tipos de produtos são produzidos, coletivamente, pela cooperativa?

Quais são os principais?

Qual a quantidade total de produção?

A produção é só para comercialização ou também para consumo?

Para quem é feita a comercialização dos produtos da cooperativa (feira livre, feiras de economia solidaria, vendas coletivas, entregas diretas, mercado municipal)?

A venda/troca se realiza principalmente no comercio municipal?

Existem dificuldades da comercialização dos produtos? Quais são (Existem clientes disponíveis? A regularidade do fornecimento é difícil? Existe concorrência? A estrutura para comercialização é inadequada – espaço, transporte, equipamentos? Custo de transporte? Escoamento da produção?)?

Existe controle de faturamento? Como funciona?

Existe gasto com insumo e/ou matéria prima?

A cooperativa tem equipamentos próprios? Área comum?

Como funciona a remuneração dos participantes da cooperativa?

Os participantes dedicam sua força de trabalho apenas para cooperativa?

A remuneração é igual para todas?

Existe hierarquia em relação ao retorno na cooperativa? Todos dividem lucro?

Houve alguma origem de recursos para iniciar a cooperativa (Houve algum investimento, de qual tipo?)?

Houve busca por credito ou financiamento? Para que?

A cooperativa teve acesso a algum tipo de assessoria? Se sim, de quem?

As atividades e seus resultados tem permitido o que (pagar cooperados, reinvestir)? Houve excedentes?

A cooperativa participa de movimentos sociais populares (alguma luta social)?

A cooperativa desenvolve alguma ação social ou comunitária?

O que motivou a criação da cooperativa (alternativa ao desemprego, obtenção de maiores ganhos em um empreendimento cooperativo, fonte complementar de renda, desenvolvimento de uma atividade onde todos são donos, motivação social/filantrópica, desenvolvimento comunitário/familiar, produção/comercialização de produtos orgânicos ou ecológicos)?

Quais são as conquistas obtidas pela cooperativa?

Quais principais desafios da cooperativa?

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SENAES para o ano de 2009 a 2013.

PEDAGOGIA DA “QUALICIDADE”: IMERSÃO NA METODOLOGIA ATIVA SOB A PERSPECTIVA DA CLASSE TRABALHADORA*

PEDAGOGY OF “QUALITYHAPPINESS”: IMMERSION IN ACTIVE METHODOLOGY FROM THE PERSPECTIVE OF THE WORKING CLASS

PURL: <http://purl.oclc.org/r.ml/v6n2/a5>

Cláudio Adão Moraes Andrade[†]



<https://orcid.org/0000-0001-6251-5278>

Resumo: Este trabalho é uma interlocução entre ensino fundamental e ensino médio integrado. Foi desenvolvido a partir da percepção da necessidade de construir uma perspectiva territorial em que cada segmento assuma a responsabilidade de preparar os estudantes para operar no nível de complexidade que a etapa seguinte demanda. O presente artigo aborda um projeto piloto em que foi aplicada metodologia ativa durante dois anos acompanhando a mesma turma no 4º e 5º anos do ensino fundamental da rede pública municipal de São João da Barra/RJ. Os pressupostos epistemológicos diferenciados permitiram ressignificar o espaço e a relação formativa proporcionando enraizamento, identificação, desenvolvimento de competências e volição. Partindo do lugar da prole da classe trabalhadora, a experiência comprovou que é possível atuar no sistema de educação formal sem reproduzir o modelo de desigualdades condicionadas por estruturas pedagógicas que marginalizam exigindo que o estudante se adapte a ela ao invés dela retratar a singularidade dos contextos. Sintetizado pelo neologismo, “qualicidade”, a experiência demonstrou ser viável a gênese de uma escola em que a formação de qualidade, por ser integral, configura um processo de cultivo de felicidade individual e coletiva.

Palavras-chave: Metodologia ativa. Complexidade. Integral.

Abstract: This work is a dialog between elementary school and integrated high school. It was developed from the perception of the need to build a territorial perspective in which each segment takes on the responsibility of preparing students to operate at the level of complexity required by the next stage. This article examines a pilot project in which the active methodology was applied for two years, accompanying the same class of the 4th and 5th years of elementary education in the municipal public system. The different epistemological assumptions allowed to redefine the space and the formative relationship, providing roots, identification, development of skills and will. Starting from the place of the working class offspring, experience has shown that it is possible to act in the formal education system without reproducing the model of inequalities conditioned by the pedagogical structures that marginalize it, requiring the student to adapt to it instead of portraying the singularity of the contexts. Synthesized by neologism, "qualityhappiness", the experience proved to be viable the genesis of a school in which quality training, as an integral part, constitutes a process of cultivating individual and collective happiness.

Keywords: Active methodology, Complexity. Integral.

* Artigo recebido em: 19 de março de 2020. Aceito em: 24 de julho de 2020

[†] Mestrando do Programa Profissional de Educação Profissional e Tecnológica (PROFEPT), Campus Macaé, Instituto Federal Fluminense, Macaé, Brasil. Licenciatura Plena em Pedagogia pela Universidade Veiga de Almeida (UVA), Campus Cabo Frio. Bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Pós-graduação Lato Sensu em Psicopedagogia Clínica e Institucional e Metodologia do Ensino de Filosofia e Sociologia pela Universidade Cândido Mendes (UCAM). Coordenador do Plano Municipal de Educação de São João da Barra, Brasil. Autor correspondente. e-mail: sjbpme@gmail.com

1 Introdução

A ineficiência do sistema tradicional é evidenciada pelos baixos índices de rendimento e altos índices de evasão verificados, como apontam as avaliações institucionais. Esse fenômeno é generalizado, a despeito de investimentos e/ou da qualidade profissional dos envolvidos na elaboração e implementação das políticas públicas educacionais (GALVÃO, 2019).

Um indicador carece de visão sistêmica ao mensurar a qualidade. Além do desempenho, o contexto econômico e social em que a escola está inserida são categorias fundamentais na análise, sem mencionar as singularidades dos sujeitos de direito. Neste sentido, o Plano Nacional de Educação (PNE, lei 13005/2014), mesmo tendo questões controversas, foi um avanço, pois fez a previsão de: acesso, permanência, qualidade, formação docente, recursos, inclusão, reconhecimento salarial e gestão democrática, dentre outros. A lei 13005 não transferiu para o docente toda a responsabilidade dos resultados. Sem ignorar as disputas coletivas, mas, em consonância com elas, nos voltamos para o “chão da escola” como estratégia de enfrentamento das desigualdades. Como diria Dias e Bonotto (2014, p. 707), “pensar e agir local e globalmente”.

É crescente a percepção de que os alunos não conseguem sustentar a automotivação, pois a dinâmica escolar vigente estaria estruturada sob paradigmas educacionais incapazes de contemplar os anseios da juventude na dinâmica das relações contemporâneas modernas com as subjetividades que as mesmas demandam (SANTOS; SOARES, 2011). A transposição didática carece romper a fronteira da linguagem. Além do currículo - o conteúdo - e da forma - a metodologia-, urge a necessidade de sistematizar um modelo eficiente, eficaz, e, sobretudo, efetivo, conforme Arretche (2013, p.128) acentua que os resultados devem apontar para mudanças das relações sociais das comunidades em foco. Os postulados da psicologia do desenvolvimento (PAPALIA; FELDMAN; OLDS, 2006) enunciam que a aprendizagem significativa é prejudicada pela abordagem domesticadora que Freire (1994) denominou como bancária. As Ciências Sociais contribuem para o estranhamento das relações institucionais e seus processos reprodutivos de estruturas estratificadas (BOURDIEU; PASSERON, 1992). E a filosofia da educação nos leva a repensar o que é a escola e para quem o atual modelo está posto.

Luckesi (2011, p.68), divide filosoficamente a educação em três tendências. A redentora, otimista sob o viés político, acredita que a educação sozinha pode resolver os problemas sociais. A tendência reprodutivista é crítica, entende que sozinha, a educação pode muito pouco, no entanto ela é pessimista. E, por último, a tendência transformadora

que é crítica, sem romantizar sua função, não se entrega ao otimismo ilusório e nem ao pessimismo estagnante. Porém, é possível classificar a experiência pedagógica a partir de vários parâmetros, como, por exemplo, a divisão em dois grupos totalizantes. O primeiro sendo as tendências pedagógicas tradicionais e o segundo as tendências pedagógicas progressistas (GADOTTI, 2004; SAVIANI, 2005; LIBÂNEIO, 2005). Quem não pensa a educação estruturada em bases filosóficas, o faz através do senso comum. E mesmo ele, o senso comum, está estruturado numa dessas concepções teóricas que ordenam e direcionam a prática pedagógica.

Tendo feito essas considerações, entendemos que as metodologias ativas agregam ao desenvolvimento de funções cognitivas e competências exigidas pelas novas formas de ser no mundo. No entanto, tomando cuidado para que sua defesa acrítica não contribua com a legitimação do regime de acumulação flexível que emana do capital e provoca um *modus vivendi* precarizado, nos apropriamos da mesma sob o viés do trabalho como princípio educativo sendo categoria constitutiva do campo epistemológico dialético (GRABOWSKI; KUENZER, 2016).

2 Pressupostos basilares – um híbrido

Esse trabalho nasceu na rede municipal de São João da Barra/RJ numa interlocução com o Instituto Federal Fluminense Campus São João da Barra, com a finalidade de enriquecer o perfil dos egressos da rede municipal e ingressantes no ensino médio integrado. Visto que, os pressupostos que regem o Ensino Médio Integrado se distanciam das subjetividades oriundas da prática educacional vigente nos segmentos anteriores.

Moura *et al.* (2015) afirma que a educação deve ser omnilateral, integral e politécnica. A formação humana não nasce e nem se encerra no sistema educacional formal. Ela é produto das relações sociais e de produção. Nessa dinâmica, a escola é o espaço de institucionalização onde também se realiza parte dela. Por isso, entendemos que implementar um projeto piloto que respeita a complexidade das relações modernas é um ato político.

A ciência, técnica e tecnologia caminham numa direção diametralmente oposto à neutralidade, nesse mesmo sentido, este trabalho sintetiza uma experiência de dois anos numa turma da escola pública composta por estudantes oriundos da classe trabalhadora. Ele se insere num movimento em curso que pesquisa e busca reconfigurar continuamente

uma proposta pedagógica que atenda aos interesses da classe trabalhadora com suas respectivas necessidades (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

É produtora compreender que a sociedade do conhecimento não se contenta com a transmissão de conteúdo e postura passiva, logo, a retórica professoral, tradicional, não dá conta de estimular o desenvolvimento das competências cognitivas, pessoais e sociais que dialogam com a proatividade, com o espírito de pesquisa e com a autogestão dos processos que apontam para resolução de problemas nas complexas sociedades altamente conectadas na era planetária (MORIN, 2013).

Entendemos que, se essas premissas são abordadas metodologicamente de forma precoce, a probabilidade de desenvolver competências capazes de otimizar a passagem pelo ensino médio integrado é maior. Esse processo pode ser materializado em consonância com a formação crítica combatendo o pragmatismo alienante camuflado sob discursos neotecnicistas alinhados à teoria do capital humano que reduz a educação a um bem de produção indispensável ao desenvolvimento econômico, ignorando a integralidade de seus múltiplos aspectos (SILVA, 2016).

A experiência piloto durou dois anos em duas turmas de 4º e 5º anos do ensino fundamental I. O lócus do trabalho foi a aplicação de metodologia ativa estruturada em pressupostos capazes de ressignificar o ambiente formativo tomando o estudante como protagonista crítico do próprio processo, respeitando o tempo de aprendizagem e as competências já desenvolvidas por cada indivíduo. Por metodologia ativa tomamos a classificação de Camargo e Daros (2018) afirmando que ela se caracteriza por um conjunto de atividades organizadas, de cunho explicitamente pedagógico, tornando o estudante protagonista do processo, rompendo com a postura passiva reprodutivista. De forma que o sujeito da aprendizagem deixa de ser meramente um ouvinte e assume uma postura ativa no processo formativo através de estratégias pedagógicas que estimulam a apropriação e produção do conhecimento, seja por meio de formulação de projetos, pesquisa, ou buscando solucionar problemas de forma crítica e reflexiva.

Este artigo relata a aplicação de uma metodologia diferenciada, que resgatou o caráter ontológico do espaço formativo como laboratório pedagógico orientado pela abertura à visão dialógica que ousa reinventar-se continuamente a partir da análise da própria prática e de seus resultados. A metodologia tradicional, utilizada até aquele momento, não contribuía para promoção da autonomia e do protagonismo discente, constataria a equipe. Muito pelo contrário, o mecanicismo implícito legitimava um currículo oculto que produzia passividade e marginalizava. Aqueles que não possuíam um

repertório de habilidades e conhecimentos prévios inerente a condições econômicas que permitiam apropriação cultural relevante, eram prejudicados. Neste sentido as teorias reprodutivistas (BOURDIEU, 2011; ALTHUSSER, 2003), foram um importante instrumento inicial para problematizar as estruturas e as estratificações que delas emanam.

Nessa perspectiva, a maioria dos alunos queria, tentava, fazia de tudo para aprender, mas algo estava errado. Mesmo estudando em casa, tendo aula de reforço, perdendo finais de semanas tentando decorar fórmulas, conceitos e datas, a aprendizagem significativa parecia distante. Aquele processo penoso inviabilizava a volição, os avanços modestos não vinham acompanhados pelo prazer e nem pela satisfação. Quando os resultados eram satisfatórios, o que existia era a sensação de ter conseguido se livrar de um peso. Os ditos, “melhores alunos”, eram assim classificados por uma meritocracia que camuflava múltiplos elementos e desconsiderava a noção de que a aprendizagem é sistêmica e envolve aspectos sociais, culturais e cognitivos. A sala de aula, tomada pelo determinismo, parecia uma máquina de moer autoestima e estigmatizar os sujeitos tachando-os de fracos, incapazes e incompetentes (GOFFMAN, 1988).

A violência simbólica se naturalizava, traumas eram produzidos e se agigantavam na prática cotidiana de uma pedagogia classificatória. Nesta epistemologia, o estudante deveria se adaptar à instituição e não o oposto. O enquadramento padronizador exigia que, estrategicamente, o docente elegesse um nível de complexidade para trabalhar. Nem baixo, nem alto demais. De qualquer forma, a regra era a mediocridade como tentativa frustrada de envolver um maior percentual da turma. “A mediocracia estabelece uma ordem na qual a média deixa de ser uma síntese abstrata que nos permite entender o estado das coisas e se torna o padrão imposto que somos obrigados a acatar” (DENEULT, 2019).

O drama supracitado motivou a formação de um núcleo de estudos, e, como resultado do labor científico, o grupo iniciou uma experiência pedagógica inspirada em pressupostos: “racionalis-tecnológicos, neocognitivistas, sociocríticos, holístico (teoria da complexidade, ecopedagogia, conhecimento em rede, holismo...) e pós-modernos” (LIBÂNEO, 2005, p. 11), sob a égide do trabalho como princípio educativo. A experiência partiu da hipótese de que todo aluno tem o potencial e a plasticidade propícia à aprendizagem, mas, as singularidades são comprometidas pela padronização do sistema e seu caráter tendencioso.

3 O caminho se faz no processo

O trabalho foi uma pesquisa-ação com o objetivo de testar e aprimorar metodologias ativas, consoante as demandas específicas do contexto em questão e seus respectivos desafios. Sendo assim, seguiu os critérios elencados por Tripp (2005, p. 447), foi: inovadora, contínua, proativa estrategicamente, participativa, intervencionista, problematizada, deliberada, documentada, comprometida e agora, nessa fase, disseminada. Essa pesquisa, que versa sobre a experiência pedagógica, é um estudo de caso com viés qualitativo. Yin (2015) afirma que o estudo de caso é uma estratégia para testar hipóteses ou teorias que já existem quando os fenômenos estão em fase exploratória, ou são projetos pilotos, como é o caso do trabalho.

O presente trabalho foi planejado em 2016 e implantado em 2017, numa turma de 4º ano, composta por 28 alunos entre 09 e 10 anos. Em 2018, a experiência exitosa acompanhou os mesmos alunos com a mesma metodologia no 5º ano e foi inaugurada em mais uma turma, também de 5º ano, na mesma unidade escolar. Visando o desenvolvimento de subjetividades potencializadoras da dinâmica do ensino médio integrado, a metodologia foi elaborada tendo como estrutura central cadernos individualizados denominados, “roteiros de aprendizagem”. Sua construção permitiu o avanço personalizado numa dinâmica capaz de contemplar ao mesmo tempo o aspecto individual e o coletivo.

O trabalho como princípio educativo (PISTRAK, 2011) foi considerado por meio da experiência da Escola da Ponte (PACHECO, 2014). A mesma foi utilizada como pilar central e inspiração. Bem como a pedagogia de projetos (FLECK, 2017), pedagogia de resolução de problemas (ARRUDA; MORETTI, 2019), junto ao postulado da sala de aula invertida (BERGMANN, 2016). As estratégias de ensino seguiram a perspectiva da educação integral (PARO *et al.* 1988) dialogando com os postulados da Inteligência Emocional (GOLEMAN, 2015) e das múltiplas inteligências (GARDNER, 1995).

Alinhadas a BNCC (2017), as atividades tiveram como ponto de partida, a dimensão concreta. A mobilização de conhecimentos sintetizados via conceitos e procedimentos, contribuiu com o desenvolvimento de habilidades práticas, cognitivas e socioemocionais voltadas, com ética, às demandas complexas do cotidiano. Dessa forma, o viés pedagógico rompeu com a prática tradicional padronizadora que culpabiliza o aluno pela inefetividade dos resultados.

A professora atuou como mediadora da aprendizagem, retirando a aula expositiva do centro do processo. Instaurou-se uma rotina capaz de promover autonomia,

proatividade, superação e solidariedade. Ninguém ficava à margem, pois, o ritmo de aprendizagem individual era respeitado. Os conteúdos foram trabalhados conectando-se ao repertório de experiências e conhecimentos dos alunos, seguindo o conceito de subsunção de Ausubel (2003).

Os conteúdos curriculares foram abordados privilegiando a pesquisa, incentivando a criação de método e autogestão, de forma que o estudante foi estimulado a desenvolver autonomia e se tornar agente da construção dos próprios saberes, por meio da curiosidade e do interesse orientado, como aponta Bedin e Pino (2019). A sala de aula funcionou como oficina transcendendo a dicotomia teoria x prática (FREIRE, 1994). Outros ambientes, fora dos muros da unidade, foram utilizados consoante a natureza de cada temática.

A produção textual foi uma importante estratégia. Todos os dias, os alunos registravam as experiências, fazendo uma síntese descritiva das oficinas/atividades sem esquecer-se de mensurar, emitindo sua opinião, apontando aspectos positivos e fazendo críticas. No final, todos faziam a leitura oral de seus relatos. Além da escrita individual, foi explorada a estratégia de Escrita Colaborativa que, consoante Felipeto (2019, p. 134), “é uma situação na qual dois ou mais participantes assumem a tarefa de escrever um único texto conjuntamente através do diálogo”.

Outra importante característica da experiência foi a celebração de parcerias com a comunidade. A casa virou uma extensão da escola e conseqüentemente a escola uma extensão do lar. Sobre esta parceria, Paro (1999) defende que:

Entretanto, não se trata, nem dos pais prestarem uma ajuda unilateral à escola, nem de a escola repassar parte do seu trabalho para os pais. O que se pretende é uma extensão da função educativa (mas não doutrinária) da escola para os pais e adultos responsáveis pelos estudantes. É claro que a realização desse trabalho deverá implicar a ida dos pais à escola e seu envolvimento em atividades com as quais ele não está costumeiramente comprometido. (PARO, 1999, p.4).

A sala de aula acolheu membros da comunidade escolar que conduziram oficinas. Algumas duraram até um mês, com cerca de duas ações semanais. Tatuadores coordenaram oficina de desenho, cozinheiras profissionais, oficina de gastronomia, profissionais do ramo de produtos químicos, oficina de produção de sabão e detergente, professores de dança coordenaram ensaios, pedreiros, oficina de construção civil e assim sucessivamente.

3.1 Sala de aula como ambiente propício

As relações em sala de aula foram ressignificadas pautadas na proatividade, resiliência solidariedade, criatividade e conduta democrática. O autoritarismo implícito em práticas domesticadoras que silenciam e constroem a partir da estrutura, da violência simbólica (BOURDIEU, 2011) e dos currículos ocultos (SILVA, 2016), não foram naturalizadas nem reproduzidas. Disciplina passou a ser reflexo de rigor metódico construído em consenso e não de coerção punitiva, classificatória e marginalizadora. Foi internalizada a compreensão de que o ambiente formativo pode e deve ser um lugar agradável de: diálogo, abertura, ordem e prazer comprometido com a formação biopsicossocial.

A organização privilegiou os arranjos grupais, com exceção de momentos em que a tipologia da atividade não permitia. A inclusão não era apenas uma temática transversal, mas uma realidade considerada até na logística dos espaços, na gestão dos recursos e na adesão/implementação dos procedimentos. Quando as cadeiras não estavam dispostas em círculos, formando grupos, eram organizadas em semicírculo, a perspectiva do trabalho em equipe foi priorizada (PERRENOUD, 2000).

Foi utilizada a música instrumental com a finalidade de regular o som ambiente, estimular o diálogo e ao mesmo tempo, desenvolver a compreensão de que não é lícito prejudicar o colega. Segundo Valim *et al.* (2002), esse tipo de música possui características, lenta, ritmada, suave, fluente, provoca a diminuição da frequência cardíaca e dos hormônios estressores do organismo. O que teria como resultado um acentuado estado de relaxamento e concentração. Na mesma linha, Smirmaul *et al.* (2011) diz que canções suaves onde a melodia tem a supremacia sobre o ritmo, como é o exemplo das músicas instrumentais, facilita o relaxamento corporal.

Dessa forma, a música foi um recurso explorado duplamente, tanto em sentido social como no neurológico. Ou seja, os grupos deviam conversar num tom abaixo da música. Sendo assim, mesmo dividindo a turma em 7 grupos compostos por 4 integrantes, ou 14 duplas, era possível manter o clima propício à aprendizagem sem desperdiçar tempo com indisciplina e conversas paralelas alheias às atividades.

Como a sala de aula funcionava reproduzindo uma oficina, os alunos tinham à disposição, variados livros didáticos e literários, jornais e revistas para pesquisa. Jogos pedagógicos estavam à disposição e o aparelho celular era usado como instrumento complementar de pesquisa.

3.2 Roteiro

O roteiro, de cunho interdisciplinar, foi a estratégia centralizadora das atividades responsáveis por englobar as áreas curriculares. A equipe elaborou um roteiro para cada estudante, respeitando os conhecimentos prévios e inserindo temáticas de preferência individual e/ou grupal, de forma que os grupos (heterogêneos) podiam se dedicar a pesquisar questões diferentes. Nos momentos integradores, as descobertas específicas eram compartilhadas coletivamente.

Foi possível mesclar etapas individuais, grupais e coletivas, contemplando-as no planejamento. Dessa forma, respeitou-se o ritmo de aprendizagem de cada aluno, no entanto, os prazos eram estipulados. O roteiro continha as atividades bimestrais e podia ser trilhado de forma autônoma. Se o estudante tinha facilidade, podia adiantar as atividades. Quando um discente concluía antes do tempo, recebia atividades alternativas dentro das mesmas temáticas, porém, num nível de complexidade maior. Estimulando a solidariedade, quem aprendia, ou tinha mais facilidade, era incentivado a ajudar os colegas. O que foi uma formidável estratégia de fixação.

O roteiro trabalhava com os conteúdos priorizando a interdisciplinaridade e a integração entre teoria e prática através de projetos como:

- Hortsaber;
- Compostagem;
- Jornal da turma (bimestral);
- Aulas de Xadrez;
- Reciclar Sim!;
- Conhecendo o Jambolão;
- Terrário;
- Planetário;
- Aulas de campo;
- Telejornal;
- Produção de materiais:
 - ✓ Torre de Hanoi;
 - ✓ Fichas sobrepostas;
 - ✓ Calculadora;
 - ✓ Disco de fração;

- ✓ Jogos;
- Oficinas:
 - ✓ Dança;
 - ✓ Arte;
 - ✓ Pintura;
 - ✓ Gastronomia;
 - ✓ Feira literária;
 - ✓ Feira de ciências
 - ✓ Produção produtos de higiene

As temáticas não contempladas pelos projetos foram desenvolvidas majoritariamente por meio de dinâmicas, jogos formativos, construção de maquete, confecção de materiais e etc.

Todo dia, no início da aula, a mediadora anotava o percurso diário que perpassava:

- Apresentação (individual/grupo) das produções e resultados de pesquisas;
- Momento de partilhar as dúvidas;
- Aprofundamento mediado pela docente;
- Finalização das produções que não foram finalizadas em casa;
- Atividade (individual/grupo);
- Início de novo conteúdo;
- Produção textual individualizada, sintetizando a experiência pedagógica do dia;
- Diálogo formativo;
- Debate sobre tema estudado no final do dia

O roteiro continha instruções para a realização das atividades com as etapas a serem cumpridas em casa, na escola, individual, em grupo e coletivamente. A mediadora acompanhava atentamente o percurso, sanava as dúvidas, orientava a realização e incentivava a interação entre os grupos. No final, se fazia uma retrospectiva para diagnosticar os erros cometidos e medidas metodológicas para suplantá-los, bem como os acertos e seus diversos caminhos.

O planejamento semanal tinha a seguinte logística com atividades interdisciplinares:

- Segunda, terça e quarta-feira: Foco nas atividades de pesquisa, produção e oficinas diversas;

- Quinta-feira: Foco na realização de oficinas de textos e produção literária;
- Sexta-feira: Foco nas oficinas de raciocínio lógico, arte e educação física.

Lembrando que existia uma flexibilidade no planejamento que era enriquecido à medida que surgiam temáticas relevantes. O diário da turma foi utilizado para registrar deliberações oriundas das assembleias estudantis. Nessas assembleias, eram determinados assuntos pertinentes ao contexto escolar como, por exemplo, normas coercitivas, sanções, direitos e deveres da comunidade escolar.

3.3 Avaliação

Como aponta Luckesi (2013), a avaliação não pode ser uma barreira à aprendizagem do estudante. Seguindo essa lógica, o trabalho se pautou na perspectiva da avaliação formativa. Perrenoud (2000, p.81) diz que, “o principal instrumento de toda avaliação formativa é e continuará sendo o professor comprometido em uma interação com aluno”. Nesse sentido, Boas (2008) *apud* Santos e Gutierrez (2019, p. 977) afirma que, “a avaliação formal (provas, relatórios, exercícios diversos, produção de textos etc.) costuma ocupar muito menos tempo de trabalho escolar do que avaliação informal”.

Seguindo Hoffmann (2001), a equipe elaborou instrumentos para avaliação processual, entendendo a necessidade de avaliar o percurso e não apenas resultados recortados e fora do contexto. Os instrumentos utilizados foram construídos a partir da concepção de conteúdos procedimentais, atitudinais e conceituais apresentados por Zabala (1998) e Coll *et al.* (2000):

- ✓ Observação diária realizada pelo professor;
- ✓ Desenvolvimento pessoal (aspecto global);
- ✓ Análise do domínio de conteúdo e forma argumentativa nos debates diários;
- ✓ Integração nas atividades grupais;
- ✓ Pontualidade na entrega das atividades com datas pré-determinadas;
- ✓ Portfólio - Registro escrito realizado pelo aluno no final de cada conteúdo;
- ✓ Análise da forma e conteúdo produzido através das pesquisas;
- ✓ Análise do processo e do produto final das oficinas;
- ✓ Participação nos Jogos pedagógicos;
- ✓ Ficha avaliativa bimestral;
- ✓ Ficha de autoavaliação;
- ✓ Avaliação escrita (unificada) com conteúdo interdisciplinar.

Dessa forma, a avaliação contemplou aspectos objetivos e alguns subjetivos. A criatividade, resiliência, proatividade, empatia, sensibilidade, solidariedade, autoanálise, autonomia, método, habilidades metacognitivas, dentre outras, puderam ser relativamente mensuradas considerando a especificidade de cada aluno.

Os instrumentos avaliativos, orientados pelos pressupostos educacionais aqui explícitos, permitiram a criação de uma prática avaliativa formativa voltada ao processo que envolve aluno e professor. Sendo assim, a reflexão instrumentalizou a análise crítica da própria atuação institucional.

4 Considerações finais

Alunos que ficavam à margem do processo formativo e se autodepreciavam ao perceber que não conseguiam aprender como os colegas, recuperaram o “brilho nos olhos”. A metodologia superou as expectativas, quem não conseguia aprender, submetido ao ambiente tradicional, não só aprendeu, como também, se destacou. Usando a metáfora botânica, “desabrochou”.

Alunos munidos de maior capital cultural e repertório subsunçor, que normalmente eram prejudicados pela necessidade de nivelamento pela média da turma, estavam imersos num ambiente desafiador, pois as atividades se adaptavam à complexidade que suas habilidades permitiam dominar. E essa plasticidade se dava respeitando a singularidade de todos os níveis. Nada era fácil a ponto de ser desmotivador e nem difícil a ponto de ser frustrante.

Nenhum aluno da turma ficou retido nos anos de 2017 (4º ano) e 2018 (5º ano). Além da apreensão do conteúdo, o desenvolvimento de competências foi um diferencial. Quem mal sabia ler e escrever algumas palavras, ao final do primeiro ano, imerso na proposta, tinha enriquecido o vocabulário, aprendido a fazer análises e conexões, bem como organizar o pensamento e realizar sínteses. Eles aprenderam a ouvir para além do que é dito, a ver para além das imagens, aprenderam a ler, escrever e falar melhor.

Para exemplificar, vejamos a criação de uma horta pedagógica: os discentes desenharam o projeto (arte), utilizaram ferramentas como esquadro, metro, nível e etc. Além de estudar o conteúdo matemático, manipularam a teoria de forma prática. Multiplicaram, dividiram, somaram, subtraíram. Elaboraram relatórios descritivos (língua portuguesa). Ao determinar o número de canteiros, seu tamanho, viram proporção, conjunto, estudaram geometria e etc. Mediram o espaço entre as sementeiras, a quantidade de covas por canteiro, fizeram a cobertura com material propício.

Estudaram solo, água, fertilização (ciências naturais), fizeram compra de materiais (economia). Identificaram a cultura ideal para o clima e a estação (geografia), fizeram previsão. Utilizaram as ferramentas (educação física). Fizeram a manutenção, acompanharam o crescimento e colheram. E a colheita subsidiou oficinas de nutrição. Este foi apenas o exemplo de um dos projetos.

Os alunos desenvolveram autoestima, tinham prazer em realizar as atividades e apresentar os trabalhos. Integravam-se à vida escolar. Se achavam responsáveis pela escola, ali tornara-se um território pessoal repleto de sentido afetivo. Quem dizia que detestava ir à escola, passou a dizer que, “a escola é o melhor lugar do mundo”². Os casos de indisciplina na turma desapareceram. Até mesmo o diálogo entre os estudantes ficou mais sofisticado, a ponto de alguns professores afirmarem que, “essas crianças conversando, parece criança de filme americano, daqueles que as crianças falam como se fossem adultos”.

Assim aconteceu no ano de 2017 e 2018. Os estudantes que iniciaram a experiência no 4º ano repetiram a metodologia no quinto e foram inseridos no 6º ano (2019) em turmas regulares com metodologia tradicional. Segundo relatos dos professores do 6º ano, os discentes oriundos dessa turma se destacaram, “são mais maduros, já têm habilidades desenvolvidas, realizam as tarefas, argumentam, são o diferencial da escola”. A inspetora de alunos disse que, “eles parecem crianças de outro mundo”, ao se referir à forma positiva como se relacionam no pátio.

A questão que sempre surge quando se fala a respeito de metodologias ativas é de cunho pragmático. As pessoas questionam se não seria apenas um modismo pedagógico incapaz de atingir índices relevantes nas avaliações institucionais. Querem saber se o estudante, egresso desse tipo de processo, seria competitivo na realização de um IDEB, ENEM, concursos públicos e similares.

Concordamos que qualquer proposta educativa precisa estar visceralmente conectada com a realidade e com o mundo do trabalho e sua complexidade. E vamos além, entendemos que as estratégias pedagógicas de cunho exclusivamente conteudista, não atendem as demandas de empregabilidade criadas pela atual subjetividade do capital. No entanto, entendemos que a pedagogia não pode se ater unicamente a esses aspectos. A metodologia aplicada trabalhou com conteúdos conceituais, atitudinais e procedimentais, considerou o QI, mas também o QE e o universo de premissas que esses pontos englobam.

² Relato de um dos alunos da turma.

Ao analisar o percentual de reprovação do 6º ano da rede municipal de São João da Barra/RJ segundo dados do Setor de Estatística da Secretaria Municipal de Educação e Cultura, em 2016 cerca de 26% dessa clientela foi retida, em 2018, cerca de 25%. Seguindo a mesma média, o natural seria a reprovação de cerca de 7 dos 28 alunos, porém, nenhum aluno egresso dessa turma foi retido, nem aqueles que apresentavam as maiores dificuldades antes de ingressar nessa experiência metodológica. Esses dados contrariam a ideia corrente de que os discentes seriam prejudicados na transição para a metodologia tradicional. Eles não só não foram prejudicados, como apresentaram um resultado inédito, em se tratando de turma.

No entanto, o resultado positivamente avassalador dessa experiência, foi a percepção de que o processo educacional não deve mirar apenas a absorção de conteúdos, ou o desenvolvimento de competências. O endereço de uma pedagogia relevante na alta modernidade não deve ser exclusivamente postos de destaque no mercado de trabalho, uma cadeira cativa na cátedra, reconhecimento público e/ou aumento do poder de consumo. A missão da educação não é servir ao mercado financeiro, não é só formar mão de obra, mas sim, contribuir com a gênese de uma civilização mais humana.

Referências

ALTHUSSER, L. **Aparelhos ideológicos de Estado**: Nota sobre os aparelhos ideológicos de Estado (AIE), 9 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal. 2003.

ARAÚJO, R. M. L.; RODRIGUES, D. S. Referências sobre práticas formativas em Educação Profissional: o velho travestido de novo ante o efetivamente novo. **Boletim Técnico do Senac**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, maio/ago. 2010.

ARRETCHE, M. T. S. Tendências no estudo sobre avaliação de políticas públicas. Terceiro Milênio. **Rev. Crítica de Sociologia e Política**, v.1, n. 1, jul/dez., 2013.

ARRUDA, F. P.; MORETTI, V. D. Desenvolvimento do pensamento teórico na educação profissional: em busca da superação dialética da prática. **Educação Pesquisa**, São Paulo, v. 45, 2019, ago. 2019.

AUSUBEL, D. P. **Aquisição e retenção de conhecimentos**: uma perspectiva cognitiva. Tradução: Lígia Teopisto. Lisboa: Plátano Edições Técnicas, 2003.

BEDIN, E.; PINO, J. C. D. DICUMBA: Uma proposta metodológica de ensino a partir da pesquisa em sala de aula. **Ens. Pesqui. Educ. Ciênc.**, Belo Horizonte, v. 21. abril. 2019.

BERGMANN, J.; SAMS, A. **Sala de aula invertida**: uma metodologia ativa de aprendizagem. Rio de Janeiro: LTC, 2016

BOURDIEU, P.; PASSERON, J. C. **A reprodução**: elementos para uma teoria do sistema de ensino. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

BOURDIEU, P. Sobre o Poder Simbólico. *In*: BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**. Resolução CNE/CP nº 2, de 22 de dezembro de 2017. Brasília, DF: MEC, 2017. Disponível em: http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/historico/resolucao_cne_cp222dedezembro2017.pdf. Acesso em: 15 jan 2020.

CAMARGO, F; DAROS, T. M. V. **A sala de aula inovadora: estratégias pedagógicas para o aprendizado ativo**. Porto Alegre: Penso, 2018.

COLL, C.; POZO, J.I.; SARABIA, B.; VALLS, E. **Os conteúdos na reforma**: ensino e aprendizagem de conceitos, procedimentos e atitudes. Porto alegre: Artmed, 2000.

DIAS, G. M.; BONOTTO, D. M. B. As escalas local e global apresentadas em teses e dissertações brasileiras de educação ambiental. **Ciênc. Educ., Bauru**, v. 20, n. 3, 2014. p. 703-719.

DENEULT, A. **Mediocracia**: Quando os medíocres tomam o poder. Madrid: Turner Publicação SL, 2019.

FELIPETO, S. C. S. Escrita colaborativa e individual em sala de aula: uma análise de textos escritos por alunos do ensino fundamental. **Alfa Rev. Linguíst.**, São José Rio Preto, v. 63, n. 1, jan./mar. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-57942019000100133&script=sci_arttext. Acesso em: 15 jan. 2020.

FLECK, M. L. S. Pedagogia de Projetos: o princípio, o fim e o meio. **Rev. Psic.**, v.10, n. 33, supl. 2, jan. 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

GADOTTI, M. A preocupação com a especificidade da educação: a "pedagogia dos conteúdos". *In*: **Pensamento pedagógico brasileiro**. 8. ed. São Paulo: Ática, 2004. p. 99-113.

GALVÃO, F. V. Gastos educacionais e desempenho escolar: limites e possibilidades de uma abordagem. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 49, n. 171, jan./mar., 2019

GARDNER, H. **Inteligências Múltiplas**: a teoria na prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GRABOWSKI, G.; KUENZER, A. Z. Produção do conhecimento no campo da educação profissional no regime de acumulação flexível. **Holos**, v. 32, n. 6, p. 22 – 32, 2016.

GOLEMAN, D. **Liderança**: A inteligência emocional na formação de um líder de sucesso. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015.

HOFFMANN, J. **Avaliar para promover**: as setas do caminho. Porto Alegre: Mediação, 2001.

LIBÂNEO, J. C. **As teorias pedagógicas modernas resignificadas pelo debate contemporâneo na educação**. Disponível em: <https://www.fclar.unesp.br/Home/Graduacao/Espacodoaluno/PET-ProgramadeEducacaoTutorial/Pedagogia/capitulo-libaneo.pdf> Acesso em: 20 jan. 2020.

LUCKESI, C. C. **Avaliação da aprendizagem escolar**. São Paulo: Cortez, 2013.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da educação**. 2 ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2011.

MORIN E. **Educação e complexidade**: os sete saberes e outros ensaios. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2013.

MOURA, D. H; FILHO, D. L. L.; SILVA, M. R. Politecnicidade e formação integrada: confrontos conceituais, projetos políticos e contradições históricas da educação brasileira. **Revista Brasileira de Educação**, v. 20 n. 63 out./dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v20n63/1413-2478-rbedu-20-63-1057.pdf>. Acesso em 27 nov. 2019.

PACHECO, J. **Escola da ponte**: formação e transformação em educação. São Paulo: Vozes Editora, 2014.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento Humano**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PARO, V. H. **Administração escolar e qualidade do ensino**: o que os pais ou responsáveis têm a ver com isso? Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

PERRENOUD, P. **Dez novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PARO, V.H. *et al.* **Escola de tempo integral**: desafio para o ensino público. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1988.

PISTRAK, M. M. **Fundamentos da escola do trabalho**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

SANTOS, C. P.; SOARES, S. R. Aprendizagem e relação professor-aluno na universidade: duas faces da mesma moeda. **Est. Aval. Educ.**, São Paulo, v. 22, n. 49, p. 353-370, maio/ago. 2011.

SANTOS, E. M.; GUTIERREZ, M. Avaliação Formativa: Instrumento para aprendizagem significativa na série do 9º ano do ensino fundamental da Escola Salesiana da Colônia – PE. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, v.13, n. 46, p. 971-991, 2019.

SAVIANI, D. **As concepções pedagógicas na história da educação brasileira.** Campinas, UNICAMP, Projeto “20 anos do HISTEDBR”, 2005

SILVA, T. T. **Documentos de identidade:** uma introdução às teorias do currículo. 3 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.

SMIRMAUL, B.P.C. *et al.* Efeitos da música eletrônica nos sistemas neuromuscular, cardiovascular e parâmetros psicofisiológicos durante teste incremental exaustivo. **Revista Motricidade**, Montes Claros, v.7, n.3, 2011. p.11-8.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3.pdf> . Acesso em: 15 jan. 2020.

VALIM, P.C. *et al.* Redução de estresse pelo alongamento: a preferência musical pode influenciar? **Revista Motriz**, Rio Claro, v.8, n.2, 2002. p.51-6.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZABALA, A. **A prática educativa:** como ensinar. Porto alegre: Artmed, 1998.

MOBILIZAÇÕES COLETIVAS DOS MORADORES DE PERIFERIAS URBANAS CONTRA INJUSTIÇAS SOCIAIS: A CIDADE DE CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ COMO CENÁRIO*

COLLECTIVE MOBILIZATIONS OF RESIDENTS OF URBAN PERIPHERIES AGAINST SOCIAL INJUSTICES: THE CITY OF CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ AS SCENARIO

PURL: <http://purl.oclc.org/r.ml/v6n2/a6>

Pollyanna de Souza Carvalho †

 <https://orcid.org/0000-0001-6671-5613>

Layla Cristina Ribeiro da Silva ‡

 <https://orcid.org/0000-0003-1151-0199>

Resumo: O trabalho, oriundo de pesquisa bibliográfica e hemerográfica, sobre ações coletivas, manifestações e grupos de resistências, objetiva problematizar sobre os conflitos urbanos, mobilizações coletivas e as demandas dos moradores de áreas periféricas, de 2000 a 2017, na cidade de Campos dos Goytacazes, localizada na Região Norte Fluminense/RJ. Trata-se de compreender as mobilizações dos moradores de periferias urbanas sob o horizonte do direito à cidade, considerando as heranças locais sócio-históricas e, na atualidade, a emergência dos Grandes Investimentos, comandados pelos representantes rentistas e imobiliários. Tais fatos, não obstante, residem na nova configuração de acumulação assumida pelo capitalismo ao redor da mundialização financeira, seguido da mercantilização dos direitos e serviços sociais, criminalização e militarização dos conflitos, desmonte dos princípios constitucionais e privatização dos espaços públicos, afetando-se, assim, a produção e reprodução social dos moradores de periferias.

Palavras-chave: Acumulação por espoliação. Campos dos Goytacazes. Moradores de periferias.

Abstract: The work, based from bibliographic and hemerographic, about collective actions, mobilization and the resistance of groups, aims to discuss about the urban conflicts, manifestations and demands of residents of peripheral areas, from 2000 to 2017, in the city of Campos dos Goytacazes, located in Northern Fluminense Region/RJ. This article deals the mobilizations of residents of urban peripheral areas, from the perspective of the right to the city, considering the local socio-historical marks and, the present time, the emergence of the Big Enterprises, commanded by the rentier and real estate representatives. Everything is related to the globalization of capital based on financialization, criminalization and militarization of conflicts, commodification, privatization and looting of social, land and labor rights, thus harming the production and social reproduction of residents of peripheral areas.

Keywords: Accumulation by spoliation. Campos dos Goytacazes. Residents of peripheral areas.

* Artigo recebido em: 13 de abril de 2020. Aceito em: 16 de maio de 2020.

† Universidade Federal do Rio de Janeiro RJ, Brasil. Mestranda em Serviço Social. Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil. Autor correspondente. E-mail: pollyannacecf@gmail.com.

‡ Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil. E-mail: emaildelayla@gmail.com.

1 Introdução

O presente estudo é fruto de debates iniciados no ano de 2017 a 2019, via Pesquisa de Iniciação Científica da FAPERJ intitulada “Trabalho, Precarização e Resistência na Periferia do Capitalismo: a Região Norte Fluminense¹ como cenário”, através da qual mapeou-se as principais mobilizações e ações coletivas nas duas primeiras décadas do século XXI, sinalizando os sujeitos coletivos, as suas manifestações e reivindicações. Esta pesquisa foi desenvolvida no Núcleo em Dinâmica Capitalista e Ação Política (NETRAD)², situado na Universidade Federal Fluminense (UFF), de Campos dos Goytacazes. Tal cidade inserida no estado do Rio de Janeiro, possui porte-médio e comporta uma população de 507.548 habitantes, projeção estimada em 2019 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

Como procedimentos metodológicos, além da revisão bibliográfica, recorreu-se à pesquisa hemerográfica (2000-2017), realizada no Jornal Folha da Manhã (JFM), que abrange o período supracitado da pesquisa, além da construção de Cartografias da Ação Social (baseadas no pensamento de Ana Clara Torres Ribeiro (2009) e no Observatório dos Conflitos do IPPUR/UFRJ) da Região Norte Fluminense.

Ao olhar as mobilizações coletivas, paralisações, greves, protestos ou passeatas, pode-se classificar os sujeitos coletivos em sete grupos sociais na cidade de Campos dos Goytacazes: a) movimento sindical; b) movimento pela reforma agrária, com destaque para o MST; c) movimento identitário (feministas, negros e LGBT); d) movimento estudantil; e) grupos de moradores da periferia da cidade; f) trabalhadores informais (camelôs, perueiros e catadores de recicláveis); por último, g) movimentos políticos “progressistas” e “conservadores” (ALMEIDA, 2019).

Observa-se que diversos atores sociais se mobilizaram em prol de seus direitos sociais e políticos, diante de uma conjuntura de avanço neoconservador e neoliberal, onde se evidencia o descaso do poder público em relação as demandas sociais e, ainda, o estabelecimento de atitudes ancoradas nas raízes excludentes e elitistas, especialmente da cidade de Campos, para o privilégio das frações dominantes e imobiliárias nos territórios segregados. Por isso, infere-se que embora estes atores sociais sejam oriundos de uma localidade específica, as suas

¹ Cumpre ressaltar, que embora a pesquisa possua âmbito regional, a Região Norte Fluminense (RNF), que engloba os municípios de Campos dos Goytacazes, Cardoso Moreira, São Fidélis, São Francisco do Itabapoana, São João da Barra, Macaé, Quissamã, Carapebus e Conceição de Macabu, para este intento prioriza-se recortar informações sobre o município de Campos dos Goytacazes.

² O referido núcleo é coordenado pela Profa. Dra. Érica Terezinha Vieira de Almeida (UFF/Campos-RJ). Importante mencionar que os dados socializados da pesquisa, para este intento, foram permitidos.

demandas e conflitos sociais integram um conjunto de reivindicações da classe trabalhadora brasileira, enquanto cidadãos que presenciam a desconstrução de suas conquistas e direitos, para a primazia dos representantes de uma “modernização pelo alto”.

Neste direcionamento, o trabalho tem como escopo apenas a problematização das mobilizações coletivas e demandas da parcela mais explorada e segregada da classe que vive do trabalho, que são os moradores de periferias. Estes sujeitos sociais denunciam, claramente, as condições vividas, a dificuldade no uso da terra e dos espaços públicos mercantilizados, os dilemas para o acesso aos equipamentos sociais e à cidade, criticam o avanço da financeirização e as contrarreformas estatais, mais ainda, negam a lógica da higienização e distanciamento das camadas empobrecidas. Fato que remonta às ideias de Caldeira (1997) que, na contemporaneidade marcada pelo braço punitivo estatal, ocorreu uma difusão das “classes perigosas”, como aquela que gera violência, medo e propaga criminalidade. Integra a linha de pensamento, as atitudes revestidas de preconceito contra as camadas mais empobrecidas, especialmente as localizadas nas áreas periféricas e em comunidades. Estes últimos detalhes, agravados pelo avanço neoliberal, entram em contradição com a necessidade de uso e aproveitamento da cidade, democracia nos espaços públicos e ressignificação das experiências entre os sujeitos sociais, como explorado por Lefebvre (2001).

Por isso, o que o estudo em tela busca é evidenciar que mesmo após a década de 1990 no solo brasileiro, com o andamento da acumulação por despossessão (HARVEY, 2009), espoliações urbanas (KOWARICK, 1979), avanço do neoconservadorismo e do Estado penal (WACQUANT, 2012), os sujeitos residentes de periferias se tornaram ativos e resistentes contra as violações institucionais e precarizações nos seus itinerários de sobrevivência. Corolário disto são as suas mobilizações coletivas que perduraram durante os dezessete anos de pesquisa e que ainda acontecem atualmente na cidade de Campos.

Conforme explicita Coutinho (2008), os direitos são fenômenos sociais produzidos através de lutas da sociedade civil em determinado período histórico: “os direitos têm sempre sua primeira expressão na forma de expectativas de direito, ou seja, de demandas que são formuladas, em dado momento histórico determinado, por classes ou grupos sociais” (COUTINHO, 2008, p. 53). Desta forma, compreende-se que é por intermédio das lutas sociais que a cidadania é exercida e efetivada, tendo em vista que ela decorre da universalização dos direitos civis, políticos e sociais.

Se espera que as lutas sociais dos moradores das periferias urbanas possam ressignificar os espaços de vida³ (MARANDOLA JÚNIOR, 2011), possibilitar voz e escuta qualificada aos expropriados das cidades segregadas, na onda da mundialização do capital (CHESNAIS, 1996). Segundo Raichelis (2006), não pode-se desconsiderar que o pilar central para a efetivação da cidadania é a mediação dos conflitos pela sociedade política, pela negociação e luta pela hegemonia.

Necessário, também, é que os moradores de periferias participem ativamente dos espaços públicos de direitos da cidade, como forma de pressionar o poder público e o Estado para atendimento das demandas. Desta forma, segundo Sader (2011, p. 10-11), surge um novo protagonista coletivo inserido em espaços políticos novos, donde se partilha a experiência cotidiana, constituindo uma nova prática ao repensar sobre a criação de direitos através da consciência de interesses e vontades próprias. Tais elementos, na visão de Green (2016, p. 57), demonstram que é somente pelo desenvolvimento de uma consciência crítica e histórica aliada à organização política revolucionária, que os grupos subalternos possibilitarão superar sua subordinação neste contexto.

Que estas informações possam auxiliar aos estudiosos, pesquisadores e militantes que desejam se dedicar a temática socializada, na atual conjuntura de barbárie e desmonte dos direitos sociais.

2 Desenvolvimento

A cidade além de ser um espaço da reprodução da classe trabalhadora e capilaridade da acumulação capitalista é, na visão de Harvey (2013), feita a partir das contestações, ações individuais e coletivas, lutas políticas de cunho intelectual e econômico, em um esforço coletivo da classe trabalhadora. Nela encontra-se o direito à cidade, que se traduz no direito à vida, aos encontros e a mudança urbana. O ideal, para o mesmo autor, é a constituição de novos espaços urbanos, de inclusão via direitos sociais e políticos, bem como a produção de uma esfera pública pautando-se na participação social democrática dos cidadãos.

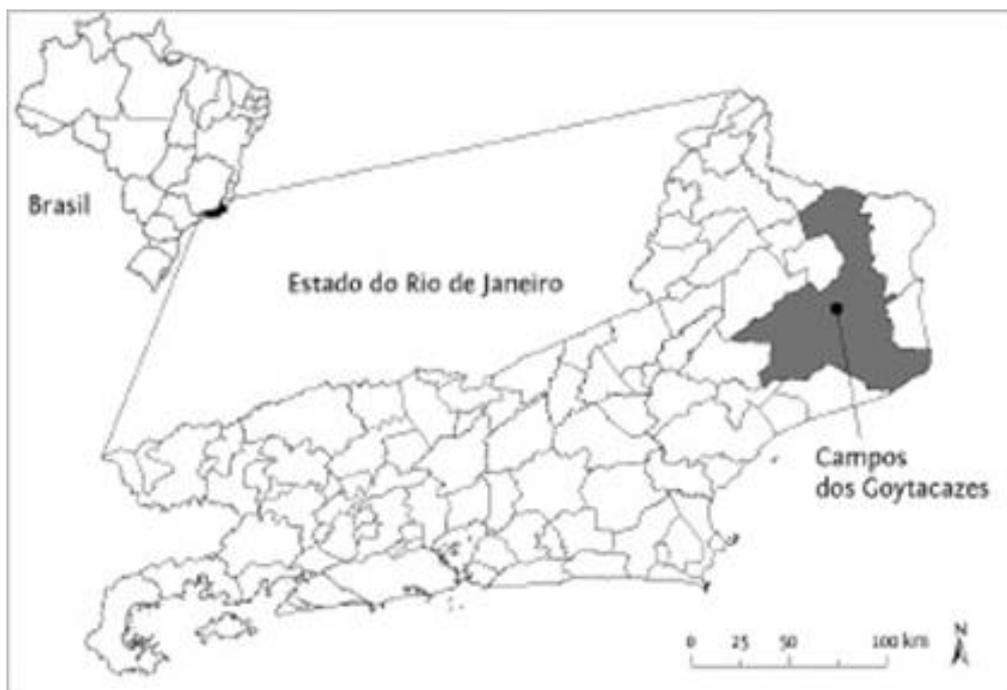
Ao analisar a cidade de Campos dos Goytacazes, localizada na mesorregião político-administrativa do Norte Fluminense (RNF), do estado do Rio de Janeiro, verifica-se que as expropriações e conflitos entre grupos sociais presidem desde que ela ganhou notoriedade pelas atividades econômicas. Pelas lentes de Silva e Rainha (2014), a cana-de-açúcar foi a mercadoria propulsora da economia da região Norte, sendo o primeiro ciclo de modernização do município

³ É produto das demandas solicitadas pelos moradores, no tocante aos serviços, trabalho, lazer, estudo, visitas e compras em geral, ou seja, é o espaço dos sujeitos sociais (MARANDOLA JÚNIOR, 2011, p. 103).

e, desde o período colonial, perpassou por diversas crises. No entanto, conforme manifestam Oliveira e Pedlowski (2012, p. 657), a constituição e desenvolvimento das grandes e médias cidades do solo brasileiro é delimitado por um intenso processo de diferenciação, pois uma forte segregação socioespacial foi direcionada às classes subalternas, essencialmente em relação à existência de infraestruturas e acesso a serviços públicos.

Para os mesmos autores, a cidade de Campos, no final do ano de 1990, passou por uma profunda mudança na realidade orçamental, em virtude da aprovação da Lei do Petróleo⁴, que implicou a transferência, na modalidade de *royalties*, de um alto volume de recursos em vinculação à exploração do petróleo para a bacia de Campos. Válido proferir que, no panorama contemporâneo, este tipo de suporte financeiro deixou o governo municipal em uma condição muito favorável no que concerne a investimentos em vários setores econômicos e sociais do município (Ibidem, p. 666).

Figura 1 – Localização do município de Campos dos Goytacazes/RJ



Fonte: Oliveira e Pedlowski (2012)

Neste contexto, ao rememorar o processo de expropriação e segregação socioespacial dos grupos subalternos, na cidade de Campos, percebe-se a sua ocorrência desde a

⁴ Oliveira e Pedlowski (2012, p. 666) salientam que a Lei ordinária nº 9 478 do ano de 1997, pôs término ao monopólio da Petrobrás no que tange a exploração de Petróleo no Brasil, e determinou o pagamento de compensações de cunho financeiro aos Estados e municípios que têm a possibilidade de produção via *royalties* do petróleo.

modernização agrícola e “conservadora”, cuja situação foi analisada por Cruz (2003). Tal quadro, para o autor, levou à extinção dos colonos e dos moradores, que viviam nas terras dos usineiros e dos grandes fornecedores de cana, devido às mudanças nas relações trabalhistas, mecanização das lavouras e queda de sua produtividade. Não é à toa, que a população urbana de Campos cresceu 89,19%, enquanto a população rural decresceu 51,59%, até o ano de 1991 (CRUZ, 1992).

Importa mencionar, que a lógica de se construir um projeto econômico para a modernização do município não se compactou com o progresso social das camadas empobrecidas, fazendo, por outro lado, se gestar uma lógica da precarização e desigualdade nos bairros e periferias. A estratégia desenhada por algumas parcelas da população, neste sentido, foi a de construir resistência e conflitos para defender suas demandas e politizá-las, em face da demolição dos seus meios e condições de vida, já que a esfera pública era permeada por diferentes interesses.

Diante destes sintomas de expropriação da classe trabalhadora, Barcelos (2015) explica sobre a baixa escolaridade e a ausência de qualificação desses trabalhadores da cana, visto que os trabalhos existentes na economia urbana não aspiravam a este segmento, já que os mesmos trabalhadores eram preparados para um outro tipo de trabalho. Esse processo fez com que os trabalhadores, por consequência, se reproduzissem em condições de “clandestinidade”, informalidade e precariedade, com mínimas probabilidades de promoção e/ou avanço.

Deste modo, corrobora-se que as periferias e/ou franjas de Campos são frutos do processo de expansão urbana e *locus* das camadas empobrecidas, marcadas pela precarização de infraestrutura e equipamentos públicos coletivos, desde este período. Os trabalhadores do corte da cana, como demonstrado, passaram a residir na zona urbana, sob o prisma de múltiplas deficiências no planejamento e gestão pública da cidade, o que passou a dificultar seus meios de produção e reprodução social. Isso ao mencionar, segundo Cruz (1992), a exclusão do ensino formal para as famílias dessas camadas de trabalhadores, reproduzindo sua subalternidade e a não-cidadania, já que havia a omissão do Estado na oferta do solo e da moradia, como também, dos serviços urbanos, onde esses trabalhadores serão os únicos responsáveis pela sua reprodução social e de sua família.

Nesta esteira, vale reportar ainda que o setor sucroalcooleiro começou a entrar em crise a partir do ano de 1980 se arrastando até o limiar do século seguinte. Para Silva e Almeida (2017):

A combinação da crise nacional com a crise da agroindústria sucroalcooleira local foi decisiva para agravamento do desemprego no campo e na cidade. A concorrência com o Estado de São Paulo, maior produtor de açúcar e de álcool (derivados da cana), e o processo de reestruturação produtiva no setor fez com que dezenas de usinas locais entrassem em processo de falência. Algumas poucas foram vendidas para o capital “de fora”, sobretudo paulista, e outras simplesmente arrendaram suas terras ou as utilizaram como estoque [...]. (SILVA; ALMEIDA, 2017, p. 221).

Tal implicação vai se arrastar por toda década seguinte, acompanhado pela globalização neoliberal e seus efeitos deletérios para a classe trabalhadora. Por isso, cabe refletir que se com a democratização ocasionada pela Constituição Federal de 1988 – CF/88 foi reconhecida a participação popular dos moradores das periferias na formulação das políticas públicas, sendo designada como “Constituição Cidadã”⁵. Neste sentido, Raichelis (2000) salienta que com a conquista da CF/88, as organizações populares e instituições da sociedade civil tiveram mais evidência via canais democráticos de participação política⁶. Este processo que redefiniu novos atores sociais, se baseou na ideia do “direito a ter direitos” segundo Santos (2002, p. 56), onde se reivindicava o direito de participar⁷ diretamente das formulações de políticas públicas (apresentando propostas discutidas e definidas pela sociedade civil) e o controle das mesmas.

Todavia, com o recrudescimento da desigualdade social, flexibilização das leis trabalhistas, desregulamentação econômica e privatização, Maricato (2013, p. 21) aponta que, nas cidades brasileiras, assistiu-se a globalização e o aumento do desastre urbano. O alto impacto das décadas posteriores marcaram-se pelo baixo crescimento, retração das políticas públicas e sociais, delimitadas pelo avanço do ideário neoliberal.

Explica-se, ainda, para Vainer (2013) que, após o ano de 1989, como se conhece via Consenso de Washington, a cidade passa a ser investida como canal direto e sem mediações da valorização e financeirização do capital. Neste ângulo, a cidade-negócio se atualiza por

⁵ Sendo a cidadania um processo permanente de construção de direitos democráticos, não deixa de ser um produto do enfrentamento entre as classes sociais e um processo socialmente construído. Desta forma, compreende-se que as conquistas da democracia enquanto soberania popular são resultados das lutas da classe trabalhadora contra os princípios e ações do neoliberalismo, praticado pela burguesia (COUTINHO, 2008, p. 61).

⁶ Importa mencionar que a participação social no país iniciou-se antes deste período, com os movimentos sociais que se intensificaram, principalmente, a partir dos anos 1960 e 1970. Estes movimentos sociais tiveram como marco central os processos revolucionários como as ações de resistência dos trabalhadores por melhores salários e negação do controle do capital. Sendo neste período em que a participação popular através dos movimentos sociais eclodiu no Brasil, já que diversas greves foram realizadas através do movimento sindical urbano, dos movimentos no campo e do movimento estudantil, “aglutinados sob a bandeira das ‘reformas de base’ (reforma agrária, tributária, bancária, urbana, política e universitária, de cunho democrático e nacionalista), uma forte mobilização social se expressou” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 270).

⁷ Segundo Moroni (2009, p. 248): “participar significa incidir politicamente nas questões que dizem respeito à vida concreta das pessoas, mas, também, nos processos de tomada de decisão do Estado e dos governos, o que, por sua vez, afeta de uma forma ou de outra a vida concreta das pessoas”.

intermédio de parcerias público-privadas, nas novas formas de ligação entre Estado, capital privado e cidade, sendo a sua contraface uma “democracia direta do capital”. As consequências não deixariam de acontecer: como a lógica de desenvolvimento excludente, favelização, informalidade, serviços precários ou inexistentes, desigualdades alarmantes, devastação ambiental, violência urbana, congestionamento, precária mobilidade urbana e espaços urbanos segregados (VAINER, 2013, p. 39).

Neste rol de globalização neoliberal, expressa Dagnino (2004) acerca do enxugamento das responsabilidades sociais do Estado, o que implica o encolhimento da política e da democracia, trazendo um processo de “aprofundamento da exclusão daqueles sujeitos, temas e processos que possam ameaçar o avanço do projeto neoliberal” (p. 160). É o que Santos (2002) chama de “problema da relação entre representação e diversidade cultural e social”, visto que, por mais que aumente a participação dos atores sociais com diversidades étnicas e culturais na política colocando em pauta suas demandas, “os grupos mais vulneráveis socialmente (...) não conseguem que seus interesses sejam representados no sistema político com a mesma facilidade dos setores majoritários ou economicamente mais prósperos” (p. 54).

Recorda Pinheiro (2017, p. 38-39), que a herança histórica do período colonial brasileiro, fez com que houvesse no país certas dificuldades para a efetivação e exercício destes direitos pela maior parte da população do país. Isto é, a cidadania brasileira historicamente apresenta características que se constituíram com a limitação dos direitos políticos, civis e sociais, desqualificando uma parcela da sociedade como sujeitos de direitos. Nesse bojo, as desigualdades sociais no Brasil se intensificaram em consequência das contradições concebidas através do modo de produção capitalista, o que acabou por complexificar o exercício da cidadania da população.

A cidadania no Brasil baseava-se na exclusão da maior parte dos trabalhadores e possuía como característica o controle do Estado a partir das políticas sociais, as quais se constituíam de forma restrita, fragmentadas e insuficientes em relação às demandas dos trabalhadores. A cidadania regulada que se firma no país impõe critérios para as políticas públicas e acaba por colocar em xeque a questão da cidadania ampliada e inclusiva (PINHEIRO, 2017, p. 40).

À guisa destes fatores gerais, o processo para a efetivação da cidadania, na cidade de Campos, sofreu mais implicações para as camadas empobrecidas, a partir da implantação do Complexo Industrial e Portuário do Açúcar (CIPA), que localiza-se no município de São João da Barra (SJB), vizinho de Campos. Assim como o referido Porto, existe o Complexo Logístico e Portuário de Farol-Barra do Furado, que estão sendo os elementos centrais da especulação

imobiliária mais recente no município de Campos, culminando na destituição de direitos sociais de cidadania da classe trabalhadora. É compreensível notar que com a expansão do setor de petróleo e gás, os territórios ocupados pelos trabalhadores do mundo precarizado (informal, temporário, intermitente, subcontratado e terceirizado) passaram a ser expropriados em função do capital imobiliário e especulativo, fazendo com que tais sujeitos, à sombra de deslocamentos e remoções, ficassem a margem da proteção social e, ainda, com pífias garantias de sobrevivência, em uma cidade polarizada por diversos interesses pela utilização e valorização da terra.

No mesmo debate, apregoam Silva e Rainha (2014, p. 54) que, além do setor de petróleo e gás, outras ações e/ou atividades são desempenhadas, como a logística e circulação de mercadorias. Entretanto, os novos empreendimentos têm ocasionado profundas transformações na dinâmica do lugar, nas áreas fundiárias, na agricultura e na pesca, o que por sua vez, já estão dando lugar às indústrias, corroborando para a segregação dos trabalhadores.

Estes processos desencadearam novas modalidades de expropriação e segregação socioespacial, com a vinda dos Grandes Investimentos (GIs) e projetos à RNF, causando a violação de direitos das camadas empobrecidas, além de acarretar novos padrões de valor no uso da terra urbana e rural. Contabiliza-se, ainda, outros fatores como o Programa Habitacional de Interesse Social chamado “Morar Feliz”⁸ (2009-2016) e os condomínios horizontais fechados, que fomentaram alguns processos de remoção urbana na cidade de Campos, como ocorreu com os moradores da Favela da Margem da Linha, no ano de 2014, onde se reforçou os interesses do rentismo e de seus agentes financeiros.

Na contratendência do processo de remoção dos moradores da Favela da Margem da Linha, observou-se suas lutas e resistência pelo direito à cidade e à moradia, com apoio do Centro Juvenil São Pedro (CJSP), Universidades e Sistema Jurídico. Ademais, através da pesquisa em tela, notou-se mobilizações coletivas dos moradores que foram removidos para os conjuntos habitacionais do Programa “Morar Feliz”⁹, reivindicando mais agilidade na entrega das casas, energia, água, transporte público, entre outras demandas sociais. Segundo Azevedo, Timóteo e Arruda (2013), os conjuntos do referido programa são produzidos em locais longe

⁸ Conforme sinalizam Azevedo, Timóteo e Arruda (2013, p. 02), tal programa tem por meta produzir e ofertar 10 mil moradias usando os recursos dos *royalties*. Cumpre proferir que os moradores que habitam estes conjuntos, constituídos na periferia da cidade e cercados por sujeitos sociais das camadas empobrecidas, estariam experienciando diversas dificuldades, em função do intenso incremento da demanda que estes projetos causaram nos serviços públicos já precarizados, como também, o aumento da situação de violência e até mesmo de criminalidade.

⁹ Elemento também percebido por Mendes, Gomes e Siqueira (2014) (Ver: Mendes, Gomes e Siqueira, 2014).

dos centros urbanos, em bairros já segregados socialmente e espacialmente, acentuando-se, assim, as desigualdades sociais e exclusões urbanas.

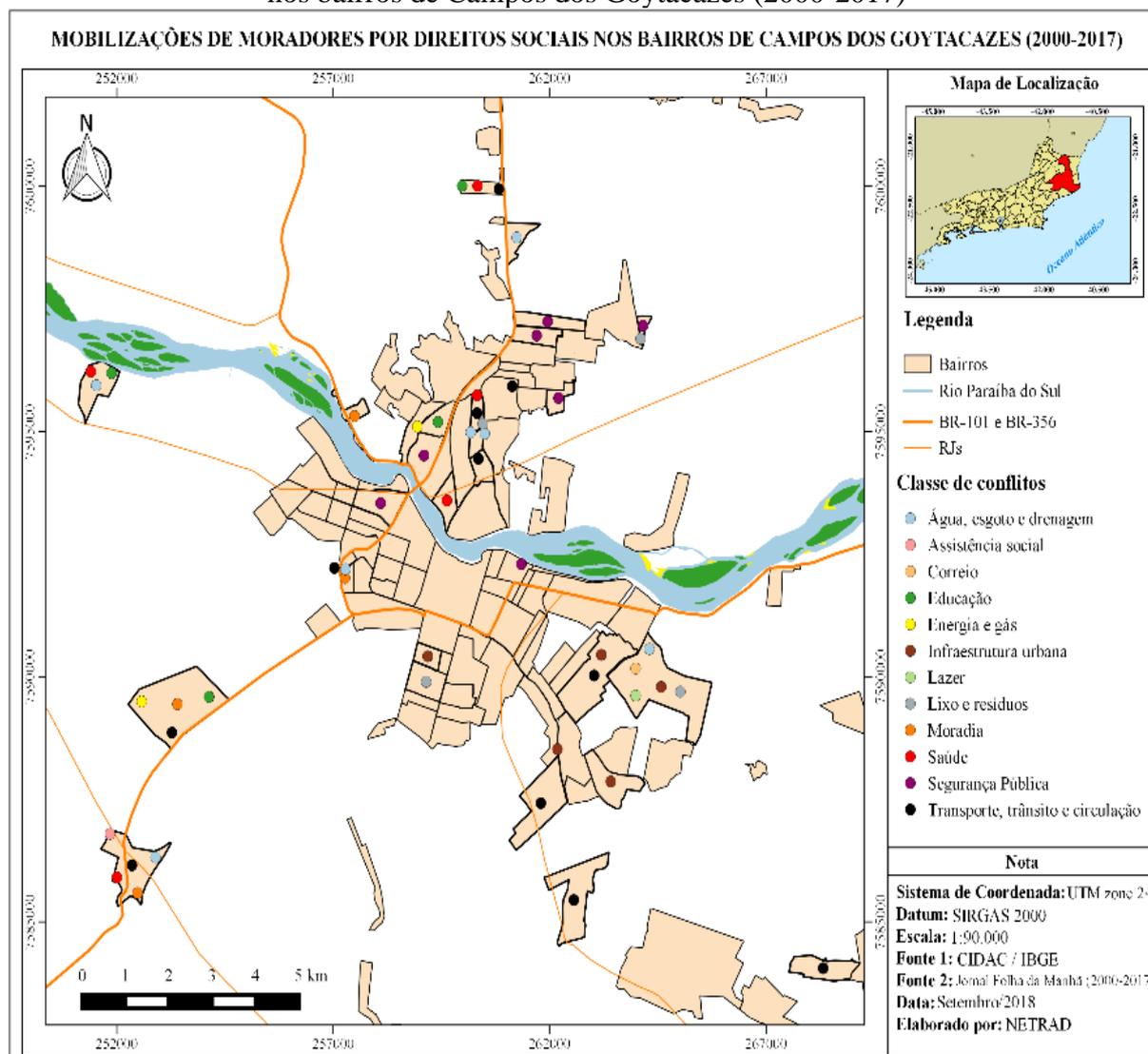
Não é diferente na órbita do capital, haja vista a contradição entre capital e trabalho, que o novo padrão de acumulação por espoliação se relaciona aos processos de expropriações, como terra, trabalho e direitos (HARVEY, 2009). No mesmo percurso, as transformações ocorridas na era da acumulação flexível (Idem, 2009) e no mundo do trabalho impactaram a vida da classe que vive do trabalho em diferentes aspectos, tanto na produção quanto na reprodução social, ocasionando a intensificação e a expansão de formas precárias de trabalho, o agravamento do pauperismo, o avanço do desemprego, o significativo aumento do trabalho feminino e infantil, a informalidade e a perda de direitos sociais (ANTUNES, 2006).

Segundo Simionatto (2009), o Estado é um espaço privilegiado de expressão da dominação, sendo através dele que a classe dirigente justifica e mantém seu domínio, obtendo o consenso das classes. Em sua maneira de agir, o Estado fortalece a subalternidade da classe trabalhadora “na medida em que bloqueia as iniciativas da sociedade civil na articulação de interesses e propostas voltadas a luta pela superação entre ‘governantes e governados’” (p. 42).

De acordo com a Figura 2, os bairros onde residem os moradores, em decorrência do descaso do poder público e das contrarreformas estatais em curso, são permeados por violências, homicídios, falta de segurança pública, conflitos de facções e crimes, especialmente a morte de adolescentes negros (FOLHA1, 2019), além do racismo institucional, falta de qualidade na educação, saúde e transporte, bem como a precarização de infraestrutura, saneamento e condições básicas de sobrevivência e moradia.

Ainda há de notar uma concentração das mobilizações no subdistrito de Guarus, localizado na margem esquerda do Rio Paraíba do Sul, especialmente pela denúncia da violência e infraestrutura. Assevera Vieira (2004), na interpretação desta leitura, que as intervenções urbanas no rol do século XX não interviram, de fato, neste subdistrito para alterar as condições de vida da população residente. Mais ainda, os moradores da localidade, descendentes de escravos negros e mestiços, da zona rural e, ainda, indígenas, integraram ao grupo discriminado e expropriado da sociedade (VIEIRA, 2004).

Figura 2 – Cartografia sobre as mobilizações de moradores por direitos sociais nos bairros de Campos dos Goytacazes (2000-2017)



Fonte: NETRAD/UFF (2018).

Neste fluxo de ausência de planejamento urbano e serviços para a população, vale enfatizar um móvel central solicitado pelos moradores, sobretudo dos distritos da cidade: o transporte público, ainda mais no período do governo de Rafael Diniz (2017-2020), sucessor de Rosinha Garotinho (2009-2016). Como investigado, o governo de Diniz não facilitou a mobilidade social e a oferta de serviços públicos para a população, ainda mais para os residentes das franjas do espaço. O início do governo decretou o término do Programa de Passagem Social, de R\$ 1,00, para os usuários do transporte público da cidade, que passaram a efetuar o pagamento de R\$ 2,75. Em linhas gerais, esta mudança de valor acarretou prejuízo para quem precisava utilizar os veículos públicos no cotidiano, além de passarem por precárias condições

na infraestrutura destes, como é a situação do distrito de Santo Eduardo, Santa Maria, Serrinha e Tócos.

Esse panorama requer que os sujeitos possam intervir politicamente na sociedade por meio de partidos, sindicatos, movimentos sociais e no engajamento nas lutas sociais. Este movimento contribui para a superação do senso comum que aliena os indivíduos, construindo um modo de pensar crítico e histórico, que é construído através do protagonismo da classe trabalhadora (SIMIONATTO, 2009, p. 47).

No que diz respeito à esta participação, Moroni (2009) ressalta que a demanda popular pela participação social esteve presente continuamente em diferentes períodos históricos. Neste sentido, ressalta-se a importância da participação popular dos moradores e militantes das lutas sociais nos espaços de controle democrático, como os Conselhos de Direito, Fóruns e Conferências, visto que favorece a compreensão da política pública, tornando os processos decisórios mais justos e de forma ampla, de acordo com os interesses dos atores sociais presentes.

O contato dos cidadãos com a esfera pública, em todos os seus âmbitos, aproxima-os de processos, ações e políticas públicas que dizem respeito às suas vidas e que poderão impactar no seu cotidiano. Compreende-se que uma sociedade democrática deve garantir a participação de todos no processo de tomada de decisões coletivas visando contribuir para que as políticas estejam em concordância com os desafios e demandas da população, e para a promoção de “uma cultura cidadã e democrática, a partir da qual todos e todas possam se comprometer com o fortalecimento do que é público, de todas as pessoas” (AÇÃO EDUCATIVA, 2013, p. 5).

Ressalta-se, ainda, a importância da democracia ser adquirida pela prática social para potencializar a percepção de uma cultura política que possa “estimular e ampliar a participação popular nos espaços públicos” (SOARES, 2012, p. 37), pois mesmo que a constituição da democracia brasileira tenha se dado de “cima para baixo”, foi a população quem colocou em pauta seus interesses e suas demandas. Por meio disto, para Ribeiro (2009, p. 151): “é a partir da ação (protestos, reivindicações e lutas) contextualizada que sujeitos sociais vivenciam a sociabilidade que permite a sobrevivência e, conseguem defender valores culturais recusados pela modernidade tardia”.

3 Considerações finais

Face a este quadro, observa-se que a mundialização do capital (CHESNAIS, 1996), juntamente com a reestruturação produtiva à luz de 1990, no Brasil, culminou nas contrarreformas estatais, na pilhagem de direitos sociais e numa nova morfologia do trabalho,

sob a égide da flexibilização das relações produtivas e sociais, o que por sua vez, geram conflitos de diversas categorias profissionais e mobilizações coletivas dos moradores de periferias.

Vale recordar, entretanto, que foi por intermédio do processo de redemocratização do país e pela luta dos movimentos sociais pelos direitos políticos, civis e sociais, que se legitimou o discurso da cidadania. Também, através deste processo, foi possível garantir a participação popular no controle de ações do Estado e construção das políticas públicas nos espaços de controle social, criando, através da Constituição Federal de 1988, diversos Conselhos de Direitos pela perspectiva de um sistema descentralizado e participativo na gestão das políticas públicas. Este instrumento não é único e exclusivo no que tange a participação popular, mas de grande importância, visto que pode provocar mudanças na relação Estado-sociedade civil, de forma a criar políticas públicas qualitativas de acordo com o ponto de vista de quem vivencia as expressões da “questão social”¹⁰.

Ao analisar o caso de Campos dos Goytacazes, percebe-se as marcas relativas à uma economia baseada no latifúndio, no conservadorismo e até mesmo na expropriação dos grupos subalternos da participação social e política, das esferas públicas, decisórias e de direitos da cidade. Mais atualmente, a ação dos Grandes Investimentos, na malha de serviços, comércios, emprego, empreendimentos imobiliários e fundiários, têm ocasionado, entretanto, um quadro de remoção de famílias e trabalhadores, além dos processos de desestruturação dos espaços públicos com sua privatização, e diversos dilemas para a mobilidade e ascensão social dos trabalhadores.

Diante disso, a direção proposta pelos moradores das periferias em Campos, mesmo tendo ações pontuais e episódicas, enquanto classe trabalhadora, é desenhar lutas e conflitos sociais por seus direitos negligenciados. Chamam, quase sempre, a atenção do poder público municipal mediante formas de organizações populares como queima de pneus e galhos em estradas federais, mostrando como os seus “espaços de vida” (MARANDOLA JÚNIOR, 2011) necessitam de intervenções sociais e urbanísticas para a existência digna da população residente. Importa ressaltar que a agenda das mobilizações coletivas precisa ser ativa e propositiva para a reinvenção e negociação das demandas dos moradores, tanto para pressionar

¹⁰ Compreende-se questão social, para Iamamoto (2015, p. 27), como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (Ver em: Iamamoto, (2015)).

a capilaridade dos seus direitos sociais, quanto à sua inscrição e participação na esfera pública e de controle social, como assegurado pela própria Carta Cidadã de 1988.

Sublinha-se a importância da participação popular dos moradores das periferias da cidade nos processos e espaços de decisões políticas, tendo em vista que neste cenário de neoliberalismo a sociedade tende a se tornar alienada, inclusive sobre os direitos sociais que a atende. Em decorrência disto, esta classe pode não se reconhecer como detentora de direitos, acabando por se tornar subordinada às regras do sistema capitalista e contribuindo para o aprofundamento das desigualdades sociais (SANTOS *et al.*, 2013). Entende-se também, que para maior eficácia das políticas sociais se torna necessário que se inclua nos debates os destinatários delas, colaborando assim, para a efetivação da cidadania.

4 Referências

ALMEIDA, Érica Terezinha Vieira de; CARVALHO, Pollyanna de Souza. Lutas sociais em Campos dos Goytacazes/RJ: o caso dos moradores das periferias. *In: ENCONTRO INTERNACIONAL E NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL (ENPS)*, 7, 2019, Vitória/ES. **Anais [...]** Vitória/ES: UFES, 2019.

ANTUNES, Ricardo. A crise contemporânea e as metamorfoses no mundo do trabalho. *In: ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho.* 11. ed., São Paulo, Cortez, 2006. p. 170-190.

AZEVEDO, Sérgio de; TIMÓTEO, Geraldo Márcio; ARRUDA, Ana Paula Serpa Nogueira de. Habitação social e segregação espacial: implicações do programa municipal “Morar Feliz” em Campos dos Goytacazes-RJ. *In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS.* 2013, Águas de Lindóia. **Anais[...]**, Águas de Lindóia: ANPOCS, 2013, p. 2-22.

BARCELOS, Eduardo Álvares da Silva. **A luta pela terra/território no Norte do estado do Rio de Janeiro:** a formação dos assentamentos rurais de reforma agrária. 2015.

CALDEIRA, Teresa Pires do Rio. Enclaves fortificados: a nova segregação urbana. **Novos Estudos Cebrap**, São Paulo, n. 47, p.155-176, mar. 1997.

CHESNAIS, François. **A mundialização do capital.** Editora Xamã: São Paulo, 1996.

COUTINHO, C. N. Notas sobre cidadania e modernidade. **Praia Vermelha**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.145-166, 2008.

CRUZ, José Luis Vianna. **Projetos nacionais, elites locais e regionalismo:** desenvolvimento e dinâmica territorial no Norte Fluminense entre 1970 e 2000. 2003. 340p. Tese (Doutorado do

em Planejamento Urbano e Regional) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

CRUZ, José Luis Vianna. Mercado de trabalho e exclusão em Campos/RJ. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 159-177, 1992.

DAGNINO, Evelina. Construção democrática, neoliberalismo e participação: os dilemas da confluência perversa. **Política & Sociedade**, Florianópolis, v. 1, n. 5, p. 139-164, 2004.

EDUCATIVA, Ação. A participação de crianças e adolescentes e os planos de educação. *In: Coleção de Olho nos Planos*. São Paulo, 2013.

FOLHA1. **Campos soma 185 homicídios este ano e número iguala o de 2017** Disponível em: http://www.folha1.com.br/_conteudo/2018/10/geral/1239939-campos-soma-185-homicidios-este-ano-e-numero-igual-a-o-de-2017.html. Acesso em 20 mar 2019

GREEN, Marcus E. Gramsci e as lutas subalternas hoje: espontaneidade e organização política. **Revista Outubro**, n. 25, p. 53-81, mar. 2016. Disponível em: http://igsbrasil.org/biblioteca/artigos/material/1459896903Green_As_lutas_subalternas_Bianchi.pdf. Acesso em: 20 mar. 2018.

HARVEY, David. **O novo imperialismo**. 7ª. ed. São Paulo: Loyola, 2009.

HARVEY, David. A liberdade da cidade. *In: MARICATO, Ermínia et al. (org.). Cidades Rebeldes: passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil*. São Paulo: Boitempo, Carta Maior, 2013. p. 27-34.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Campos dos Goytacazes**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/campos-dos-goytacazes/panorama>. Acesso em: 02 de abril. 2020.

KOWARICK, L. **A espoliação urbana**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

LEFEBVRE, Henri. **O direito à cidade**. São Paulo: Centauro, 2001.

MARANDOLA JÚNIOR, Eduardo. Mobilidades contemporâneas: distribuição espacial da população, vulnerabilidade e espaços de vida nas aglomerações urbanas. *In: CUNHA, José Marcos Pinto da. (org.). Mobilidade espacial da população: desafios teóricos e metodológicos para o seu estudo*. Campinas: Nepo/Unicamp, 2011. p. 95-115.

MARICATO, Ermínia. É a questão urbana, estúpido!. *In*: MARICATO, Ermínia *et al.* (org.). **Cidades Rebeldes**: Passe Livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil. São Paulo: Boitempo, Carta Maior, 2013. p. 19-26.

MENDES, J. T. N.; GOMES, M. A. S.; SIQUEIRA, A.M. M. Políticas públicas, moradia popular e o programa morar feliz em Campos dos Goytacazes-RJ: uma análise acerca da favela margem da linha. **Revista Libertas**, v.14, p.1-20, 2014

MONTAÑO, Carlos. DURIGUETTO, Maria Lúcia. Os chamados “novos movimentos sociais” (NMS). *In*: MONTAÑO, Carlos. DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, Classe e Movimento Social**. Editora Cortez, São Paulo, 2011. cap. 2, p. 248-309.

MORONI, J. A. O direito à participação no Governo Lula. *In*: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. Cap. 11, p. 248-269.

OLIVEIRA, Julio Cezar Pinheiro de.; PEDLOWSKI, Marcos Antonio. Estado e programas municipais de habitação popular em Campos dos Goytacazes (RJ). **Análise Social**, v. 47, n. 3, p. 656-682, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aso/n204/n204a07.pdf> . Acesso em: 07 out. 2019.

PINHEIRO, Beatriz de Almeida Serra. **Participação Social**: dificuldades do protagonismo da população no controle social a partir da análise sobre o Conselho Municipal de Saúde de São Fidélis. 79 p. Monografia (Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes, 2017.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera pública e conselhos de assistência social**: caminhos da construção democrática. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

RAICHELIS, Raquel. **Gestão Pública e a Questão Social na Grande Cidade**. **Lua Nova**, São Paulo, p. 13-48, 2006.

RIBEIRO, Ana Clara Torres. Cartografia da ação social, região latino-americana e novo desenvolvimento urbano. *In*: Poggiese, Hector; Egler, Tâmara Tania Cohen (org.). **Otro desarrollo urbano**: ciudad incluyente, justicia social y gestión democrática. Buenos Aires: Clacso, 2009. p. 147-156.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena**: experiências, falas e luta dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80. 4 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Democratizar a Democracia**: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, Luzziane dos *et al.* A importância da Participação Popular no Conselho Municipal de Educação do Município de Estância/SE. In: VI JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 6, 2013, São Luiz do Maranhão. **Anais [...]**. São Luiz do Maranhão, 2013, s/p. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo8-direitosepoliticaspUBLICAS/aimportanciadaparticipacaopopularnoconselhomunicipal.pdf>. Acesso em: 09 out. 2019.

SILVA, Pauline Aparecida Idelfonso Ferreira da; ALMEIDA, Érica Terezinha Vieira de. Classe, gênero e raça – as trabalhadoras negras na cidade de Campos dos Goytacazes/RJ. **Boletim Petróleo, Royalties e Região**, v. 15, n. 58, Campos dos Goytacazes/RJ, p. 32-39, dez. 2017.

SILVA, Cátia Antônia; RAINHA, Felipe Andrade. A produção social do espaço e do tempo da modernização: desafios analíticos para a compreensão do município de Campos dos Goytacazes. In: BERNARDES, Julia A.; SILVA, Cátia A. da. (orgs). **Modernização e Território: entre o passado e o presente do Norte Fluminense**. Lamparina, 2014. p. 42-55.

SIMIONATTO, Ivete. Classes subalternas, lutas de classe e hegemonia: uma abordagem gramsciana. **Rev. Katál**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2009.

SOARES, Giselli Silva. Entre o projeto de modernidade e a efetivação da democracia: marcas deixadas na construção da vida social brasileira. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 31-44, 2012.

VAINER, Carlos. Quando a cidade vai às ruas. In: MARICATO, Ermínia *et al.* (org.). **Cidades Rebeldes: Passe Livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil**. São Paulo: Boitempo, Carta Maior, 2013. p. 35-40.

VIEIRA, Simone Pedro. **Os bairros em tinta e papel: as contribuições da Coluna Bairros**, do Jornal Folha da Manhã, na construção de imagens e representações sobre o espaço urbano de Guarus, Campos dos Goytacazes (RJ). Campos dos Goytacazes/RJ, 2004. 69f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Ciências Sociais) - Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF), Campos dos Goytacazes, RJ, 2004.

WACQUANT, Loic. Forjando o estado neoliberal: trabalho social, regime prisional e insegurança social. In: BATISTA, Vera Malaguti (org.). **Loic Wacquant e a questão penal no capitalismo neoliberal**. Rio de Janeiro: Revan, 2012. p. 11-42.

OS DESAFIOS NO ACESSO AO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA*

THE CHALLENGES OF THE CONTINUOUS CASH BENEFIT FOR PEOPLE WITH DISABILITIES

PURL: <http://purl.oclc.org/r.ml/v6n2/a7>

Isabelle Silva Paravidino Cunha[†]

 <https://orcid.org/0000-0002-3894-5507>

Ketnen Rose Medeiros Barreto[‡]

 <https://orcid.org/0000-0001-9534-4284>

Resumo. O presente artigo tem como objetivo discutir o Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoa com deficiência. Os dados foram obtidos a partir de uma pesquisa documental que buscou entender os desafios no acesso ao BPC, que esbarra cada vez mais, na burocracia estatal. A partir desses dados, podemos verificar que a maioria das pessoas que chegavam ao setor de Serviço Social do INSS ia em busca do BPC para pessoa com deficiência. Os critérios para a concessão do BPC acabam sendo restritivos e excludentes, em favor dos interesses econômicos, principalmente no atual governo. Esse benefício não atinge totalmente seus reais objetivos, pois não é garantido a todas as pessoas com deficiência pobres e incapazes para o trabalho, mas somente aos casos mais alarmantes, não resolvendo, assim, o seu contexto de exclusão daqueles que requerem o BPC, acentuando ainda mais as desigualdades que enfrentam.

Palavras-chave: Benefício de Prestação Continuada. Pessoa com deficiência. Burocracia.

Abstract. This article discusses the *Benefício de Prestação Continuada* (BPC, Continuous Cash Benefit) for people with disabilities. The data were obtained from a documentary research that sought to understand the challenges in accessing the BPC, which is increasingly coming up against the state bureaucracy. From these data, we can see that most people who got the Social Service sector of the INSS went in search of BPC for people with disabilities. The criteria for granting the BPC end up being increasingly restrictive and exclusive, in favor of economic interests, especially in the current government. This benefit does not fully reach its real objectives, as it is not guaranteed to all people with disabilities and incapacitated for work, but only to the most alarming cases, thus not solving its context of specific exclusion that affected the BPC, further accentuating the inequalities they face.

Keywords: Continuous Cash Benefit. Disabled person. Bureaucracy.

1 Introdução

O artigo, ora apresentado, consiste numa reflexão crítica acerca dos dados de uma pesquisa documental realizada junto a uma agência do Instituto Nacional do Seguro Social, em

* Artigo recebido em: 4 de setembro de 2020. Aceito em: 6 de novembro de 2020

[†]Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil. Autor correspondente. E-mail: isabelleparavidino@gmail.com.

[‡] Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil. Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense. E-mail: ketnenrose@id.uff.br.

Campos dos Goytacazes - RJ no ano de 2017³, cujo objetivo central foi conhecer o acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC). Na ocasião, realizou-se uma pesquisa qualitativa, por meio de um formulário, com questões abertas e fechadas, sem a identificação do usuário. Esse formulário contou com a participação de 94 pessoas, que buscaram o referido setor de Serviço Social.

Este escrito faz parte, ainda, do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “O (não) acesso ao Benefício de Prestação Continuada para pessoa com deficiência e o trabalho do assistente social no INSS”, aprovado em 2019, no curso de Serviço Social da UFF/Campos.

A Previdência Social é uma política pública que compõe a Seguridade Social, à qual somente os contribuintes e seus dependentes têm acesso, por meio de benefícios voltados a suprir sua renda, quando esses perdem sua capacidade laborativa seja por doença, seja por invalidez ou morte.

Sob o conjunto Seguridade Social (junto a Saúde e Previdência), temos a Assistência Social, que é uma política pública, de caráter social, que não requer contribuição direta e tem, como objetivo, a garantia dos mínimos sociais, a quem dela necessitar, conforme a Lei nº 8.742/1993, denominada Lei Orgânica de Assistência Social (Loas).

Criado pela Constituição Federal de 1988, o BPC foi instituído pela Loas e, posteriormente, regulamentado como direito social, por meio do Decreto 6.214, que estabeleceu o repasse de renda de um salário mínimo para a pessoa idosa (acima de 65 anos) ou com deficiência de qualquer idade, que vive com renda inferior a ¼ de salário mínimo. Embora seja um benefício de caráter assistencial, o BPC é operacionalizado no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), a partir de leis e decretos, seguindo, portanto, regras de execução dessa autarquia federal.

Desse modo, este artigo se propõe a discutir a Assistência Social, na condição de um direito garantido pela Constituição Federal de 1988, pelo art. 203 “A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social [...]” (BRASIL, 1988). A partir dessa análise, discutiremos sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas com deficiência, cuja concessão está sujeita à avaliação do grau de incapacidade laborativa do requerente, segundo os princípios da Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde (CIF) e da avaliação médica e social que são

³ Pesquisa relacionada à disciplina de Estágio Curricular em Serviço Social e à Disciplina de Pesquisa do Curso de Serviço Social de Campos (UFF/ESR).

realizadas, respectivamente, pela perícia médica e pelo Serviço Social do INSS (BRASIL, 2007).

A questão é que o padrão da avaliação técnica para averiguar se o indivíduo e se sua família se encontram em extrema pobreza não faz como que haja o acesso do requerente ao BPC, mas cumpre a regra dos critérios exigidos para que se consiga ter o benefício, ou seja, há uma focalização que restringe o direito, mesmo para aqueles que o têm garantido.

A burocracia expressa, pelos critérios de elegibilidade, acaba sendo um dos elementos de materialidade do controle do Estado, buscando atender às pressões daqueles que não detêm o poder e, ao mesmo tempo, tem que responder aos interesses daqueles que o dominam.

O BPC é para aqueles que estão em extrema pobreza e que, mesmo sendo pessoa com deficiência, não conseguem acessar os mínimos sociais, que garantem uma vida digna, diante do enxugamento do Estado e do desmonte das políticas públicas, em especial, da Seguridade Social por meio da imposição de uma agenda neoliberal, que pretende, em curto tempo, alterar as conquistas sociais presentes na Constituição Federal de 1988.

2 A Loas como um direito social

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a Seguridade Social é atribuição do poder público e iniciativa da sociedade; são políticas de proteção social, produto histórico das lutas dos trabalhadores. As políticas públicas de Saúde, de Previdência Social e de Assistência Social são assumidas como dever do Estado e como direito do cidadão, no entanto somente a política de Saúde se tornou universal (SPOSATI; FALCÃO; TEIXEIRA, 1995).

A Assistência Social regulamentada pela Lei no 8.742/1993, denominada Loas, trata-se de um ordenamento jurídico que afirma mudanças e possibilidades. A Loas inaugura um novo patamar para a Assistência Social brasileira, agora como uma política pública. Sendo assim, suas diretrizes vão em direção do atendimento aos cidadãos em situação de vulnerabilidade e de pobreza, tendo, como intuito, romper com a tradição cultural e política de assistencialismo clientelista e emergencial, sem enfrentamento das questões sociais, proveniente das desigualdades (BRASIL, 1993).

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (BRASIL, 1993).

Assim, a Assistência Social tornou-se política pública, regulamentada por meio da Loas, a qual funciona como uma “ferramenta a serviço dos interesses das classes dominantes, ou, melhor dizendo, do sistema capitalista” (BRETTAS, 2017, p. 55), ao mesmo tempo que expressa seu caráter contraditório, atendendo aos requisitos da classe trabalhadora.

Apesar das legislações e da conquista dos direitos, no âmbito da Assistência Social, o Estado brasileiro, em sua economia dependente, acaba tendo sua autonomia limitada, funcionando como uma “ferramenta” à serviço dos interesses econômicos dos países avançados, ao mesmo tempo em que expressa as necessidades da classe dominante local, nas suas relações de contradição e de subordinação com aquelas (BRETTAS, 2017).

De acordo com Mota (2010, p. 25), “o modo de produção capitalista, ao mesmo tempo em que institui o trabalhador assalariado e o patronato, também produz o fenômeno do pauperismo, responsável pelo surgimento da pobreza como questão social”. Então se fez necessária a intervenção do Estado, no que diz respeito às expressões da “questão social”, isto é, das problemáticas sociais advindas do sistema capitalista, no qual os trabalhadores passaram a demandar suas necessidades, exigindo seus direitos como classe trabalhadora, geradora da riqueza socialmente produzida.

A Loas não se tornou universal e vem preservando critérios de focalização, tendo acesso a quem está em extrema pobreza. Além disso, ao longo de seu processo histórico, essa política vem na tentativa de se afastar da condição de assistencialismo e de clientelismo, no campo da política pública.

Assim, aqueles que não contribuem para a Previdência Social, como também os que não possuem renda, acabam recorrendo à Política de Assistência Social, sendo esses grandes demandantes do BPC e de programas de transferência de renda, dada a sua situação de pobreza e de extrema pobreza. Essa política pública busca garantir a segurança e a dignidade de todos os cidadãos, não devendo ser executada sob ações pontuais e emergenciais.

O caráter focalista estabelecido por meio dos critérios de acesso ao benefício aumenta a exclusão daqueles que requerem o BPC por deficiência, acentuando, ainda mais, as desigualdades as quais buscam enfrentar, ao mesmo tempo que reafirma o preconceito da sociedade em relação ao benefício, não o reconhecendo como direito e, sim, como um favor.

3 O BPC para a pessoa com deficiência

Dentro do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), é operacionalizado o BPC. Esse é o único benefício da Política Nacional de Assistência Social (Pnas), garantido pela

Constituição Federal de 1988, e atende a dois grupos sociais específicos: o primeiro diz respeito à pessoa idosa, acima de 65 anos. O segundo, ao qual nós iremos deter ao longo deste artigo, visa a atender a pessoa com deficiência de qualquer idade, cujo critério básico para o acesso é a condição socioeconômica de renda familiar inferior a ¼ de salário mínimo.

O Benefício de Prestação Continuada foi regulamentado, em 1993, pela Loas e passou a ser concedido a partir de 1996, sendo o INSS o órgão operacionalizador do BPC. Conforme a Lei nº 8.742:

Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família.

O BPC é equiparado ao salário mínimo vigente e deve ser revisto a cada dois anos, no intuito de verificar se o beneficiário ainda possui as mesmas condições que o levaram a conseguir benefício, cessando, imediatamente, em caso de morte ou em caso do não cumprimento da lei vigente. Lembrando que o BPC é um benefício individual, portanto não gera pensão para os dependentes, no caso de falecimento do seu beneficiário.

O BPC para pessoa com deficiência é concedido a todas as pessoas com deficiência incapacitadas para a atividade laborativa, que comprovem não possuir meios de prover a sua manutenção e seus custos de vida e, até mesmo, quando família que mora na mesma residência não detém essa condição. Instituído pelo Decreto nº 6.214/2007, a pessoa com deficiência ficará sujeita à avaliação do grau de incapacidade, com base nos princípios da Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde (CIF). A avaliação médica e social é realizada, respectivamente, pela perícia médica e pelo Serviço Social do INSS (BRASIL, 2007).

A CIF baseia-se numa abordagem biopsicossocial que introduz os componentes de saúde nos níveis corporais e sociais, sendo eles: as funções e estruturas do corpo; a atividade social; a participação social; os fatores ambientais e os fatores pessoais (WHO, 2001).

Por determinação do Decreto nº 6.214, em seu Art. 9º, para fazer jus ao Benefício de Prestação Continuada, a pessoa com deficiência deverá comprovar:

I - a existência de impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, obstruam sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas, na forma prevista neste Regulamento; II - renda mensal bruta familiar do requerente, dividida pelo número de seus integrantes, inferior a um quarto do salário mínimo; e III - por meio de declaração, que não recebe outro benefício no âmbito da Seguridade Social ou de outro regime, inclusive o seguro-desemprego, exceto o de assistência médica e a pensão especial de natureza indenizatória (BRASIL, 2007).

As regras para a concessão do BPC estão, cada vez mais, rigorosas e fazem com que as particularidades dos seus requerentes não sejam levadas em conta, deixando à margem muitos que precisam desse benefício para sobreviver, sobretudo pelo fato de a dificuldade na comprovação da incapacidade para o trabalho ser cada vez mais severa nas perícias médicas do INSS.

A ideia de deficiência é frequentemente relacionada a limitações naquilo que se considera como habilidades básicas para a vida social. Não é fácil determinar quais são essas habilidades, muito embora grande parte do debate as relacione à mobilidade, ao uso dos sentidos, à comunicação, à interação social e à cognição (DINIZ; SQUINCA; MEDEIROS, 2007, p. 2591).

Além de ter de comprovar a condição de extrema pobreza, o BPC para pessoas com deficiência somente é concedido a partir do grau da deficiência estabelecido e pela sua incapacidade no desenvolvimento de atividades laborais, ou seja, não é só comprovar baixa renda ou a falta dessa e ter alguma deficiência que prive o requerente de inserção no mercado de trabalho.

A avaliação médica leva em consideração as deficiências nas funções e nas estruturas do corpo, e a avaliação social leva em conta os fatores ambientais, sociais e pessoais. As duas avaliações consideram a limitação do desempenho de atividades e a restrição da participação social. Quando comprovada a impossibilidade de deslocamento da pessoa com deficiência até o local de realização das avaliações social e médica, estas serão realizadas em seu domicílio ou na instituição em que estiver internada (BRASIL, 2018, p. 33).

A avaliação dos médicos acaba tendo um caráter seletivo, pois uma mesma situação pode ser avaliada de forma diferente; o olhar técnico do perito é que vai definir se a pessoa é elegível ou não para a concessão do benefício. Os mecanismos para o acesso ao BPC são extremamente excludentes pois geram consequências para aqueles que necessitam do benefício.

Os efeitos dessa burocracia deixam à margem indivíduos que, por conta da sua deficiência, não se irão conseguir inserir no mercado de trabalho, nem acessar o BPC, caso não estejam de acordo com as regras e condicionalidades. Sua família também sofrerá as consequências do não acesso ao benefício, já que o familiar da pessoa com deficiência, muitas vezes, deixará de trabalhar para a prestação de cuidados.

Diante dessa realidade, vê-se que a burocracia acaba sendo um dos elementos de materialidade do Estado, onde se institui o capitalismo, buscando atender às pressões daqueles que não detêm o poder, e, ao mesmo tempo, tendo que responder aos interesses daqueles que

dominam o poder, sendo essas contradições presentes no Estado, como aborda Rodrigo de Souza Filho:

A burocracia, por um lado, é a responsável por viabilizar, manter, conservar a ordem social capitalista e, dessa forma, garantir os interesses da classe dominante. Por outro lado, ela também implementa as ações do Estado destinadas ao atendimento de interesses das classes dominadas, na perspectiva de manter a ordem da propriedade privada/liberdade, garantindo, porém, o bem. Por isso, a aparência de classe universal (SOUZA FILHO, 2006, p. 152).

Sendo assim, segundo Souza Filho (2006, p.153), “a burocracia responde a uma dada organização social que supõe a existência de dominados e dominantes, social e economicamente falando”. Nesse processo, favorece o enxugamento do Estado, tendo que responder aos interesses daqueles que dominam o poder econômico, mais especificamente, aos interesses do capital financeiro, predominante no contexto atual.

A reforma do Estado é parte de um processo global de reestruturação produtiva, iniciada com a crise do capital, nos anos 1970. Ergueu-se, com toda força, o projeto neoliberal, consistindo na redução do papel do Estado, principalmente no que diz respeito às políticas públicas; e na ampliação da esfera do mercado econômico (OLIVEIRA, 2011).

A crise dos anos 1970 assumiu uma roupagem econômica – haja vista a estagnação do modo de produção capitalista –, social e política, uma vez que teve rebatimentos sobre o projeto de classe hegemônico, o da burguesia, e a legitimidade política e cultural do sistema capitalista (OLIVEIRA, 2011, p. 134).

Como reação burguesa à crise do capital, tivemos uma queda da taxa de lucros, que buscou reconfigurar o papel do Estado capitalista. Sobre essa reação, Alencar Junior e Salvador (2015) configuraram três movimentos: o primeiro teve como base a revolução tecnológica e organizacional da produção, de rígido processo produtivo fordista/taylorista. O segundo teve, como base, a mundialização da economia, a liberalização financeira e a desregulamentação das finanças. Já o terceiro movimento é caracterizado pelo o ajuste neoliberal do Estado.

No modelo de produção toyotista, há uma “apreensão” da subjetividade do trabalhador, iniciando, assim, uma espécie de competição de um para com os outros, para que os trabalhadores tenham iniciativas produzir para além daquilo que foram contratados, sendo considerados como trabalhadores multifuncionais e/ou polivalentes, ou seja, tendo que se submeter a diversas funções nos processos de trabalho, num contexto de substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto.

De acordo com Antunes e Alves (2004, p. 347), com a introdução das novas tecnologias, das maquinarias modernas, houve um aumento do “estranhamento do trabalho”,

distanciando, ainda mais, a subjetividade do exercício de uma cotidianidade autêntica e autodeterminada.

Ao mesmo tempo que a produção se intensificou, bem como a exploração e a precarização do trabalho aumentaram, também houve a ampliação do desemprego estrutural.

A alienação/estranhamento é ainda mais intensa nos estratos precarizados da força humana de trabalho, que vivenciam as condições mais desprovidas de direitos e em condições de instabilidade cotidiana, dada pelo trabalho *part-time*, temporário e precarizado. Sob a condição da precarização, o estranhamento assume a forma ainda mais intensificada e, mesmo, brutalizada, pautada pela perda (quase) completa da dimensão de humanidade (ANTUNES; ALVES, 2004, p. 348).

Enquanto isso, a medida em que a produção capitalista se internalizava, aumentava, também, a concorrência de mercado, que, hoje, chamamos de neoliberalismo. De acordo com Gasparotto, Grossi e Vieira (2014, p. 07) “O neoliberalismo refere-se à retomada de forma intensa do ideário liberal, o qual apregoa a liberdade dos mercados, as liberdades individuais, a autorregulação dos mercados, ou seja, a não interferência do Estado na economia”.

Com o avanço das ideias neoliberais, tem-se uma realidade ideológica em defesa dos interesses do capital, sendo esse um novo ordenamento econômico, favorecendo grupos referente aos direitos sociais e trabalhistas monopolizados, deixando à mercê a classe trabalhadora (NETTO, 1992).

Assim, o neoliberalismo, no Brasil, consolidou-se como estratégia de dominação da classe burguesa e de seus aliados para responder à crise vivida na década de 1980, a qual propiciou um substantivo movimento pela democratização, a retomada da luta sindical e o surgimento de movimentos sociais importantes no campo e na cidade. Desse processo, resultou uma nova Constituição Federal, registrando conquistas para o desenho das políticas sociais [...] (BRETTAS, 2017, p. 61).

Como vimos, o BPC é para aqueles que estão em extrema pobreza e que, mesmo sendo pessoa com deficiência, não conseguem acessar os mínimos sociais, que garantem uma vida digna, diante do enxugamento do Estado e do desmonte das políticas públicas, em especial da Seguridade Social, por meio da imposição de uma agenda neoliberal, que pretende, em curto tempo, alterar as conquistas sociais presentes na Constituição Federal de 1988 (CASTILHO, LEMOS; GOMES, 2017).

Com as reformas, ou contrarreformas, de direção neoliberal, ocorridas nos últimos anos no Brasil, as políticas públicas de seguridade social sofreram impactos limitantes para a sua cobertura. Ainda que seja possível admitir avanços no desenho do sistema de proteção social brasileiro, há, também, que

se considerar o convívio desse modelo de tendência abrangente e universal com os projetos de retração de benefícios, caracterizados por retrocessos e constantes ameaças de retirada de direitos já conquistados (CARMO; GUIZARDI, 2018, p. 02).

Assim, as políticas públicas não garantem condições para que os indivíduos saiam, minimamente, da situação de pobreza. Essas políticas acabam indo em direção aos princípios neoliberais, que, por meio da burocracia, colocam-se como inacessíveis para grande maioria dos que delas necessitam.

4 Dados que expressam a “dura” realidade dos requerentes que acessam o BPC para pessoa com deficiência

A pesquisa documental que fundamenta este artigo se deu por meio da coleta de dados, realizada no ano de 2017, para levantamento das demandas que chegavam ao setor de Serviço Social, por uma agência do INSS, por informações obtidas e armazenadas pelo referido setor.

Para chegar a esse fim, buscou-se sistematizar o perfil dos requerentes do BPC para pessoa com deficiência pelos seguintes indicadores: sexo; classificação racial; escolaridade; religião; idade; estado civil; moradia; atividade laborativa/trabalho; renda familiar; se já foi segurado do INSS; e se já possui outros benefícios previdenciários.

Os dados aqui mostrados se referem a 100% dos atendidos no setor de Serviço Social (no período de setembro a novembro). Desses, mais de 52,1% eram de requerentes para o Benefício de Prestação Continuada para pessoa com deficiência, já que, para o idoso, não é necessário passar pelo Serviço Social e nem pela perícia médica. O restante era de 27,7% de acesso e de ampliação, e 20,2%, para a Sessão de Saúde do Trabalhador (SST).

Os resultados mostraram, também, que a maioria das pessoas que chegava ao setor de Serviço Social era de mulheres (74,5%), sobretudo negras (45,7%), residentes em zona urbana (75,5%) e estavam desempregadas (40,4%) com ensino fundamental incompleto (45,1%). De acordo com Gasparotto e Grossi (2017), é pouco debatida a questão de as mulheres estarem mais suscetíveis a situações de vulnerabilidades sociais, assim como às discriminações e às opressões em decorrência do gênero.

A população negra, sobretudo mulheres, tem sido público majoritário no acesso a benefícios e a serviços ofertados pela Assistência Social brasileira. Cerca de 66% dessas pessoas que chegavam ao setor não tinham, sequer um benefício assistencial, como também 48,9% não possuíam benefício previdenciário.

Sendo a Assistência Social uma política pública que visa à garantia da proteção social à população de riscos e dotada de vulnerabilidades sociais, com base no enfrentamento às diversas situações de vitimização, de fragilidades e de contingências, é inegável que as desigualdades de gênero constituem demanda a ser enfrentada por essa política social (GASPAROTTO; GROSSI, 2017).

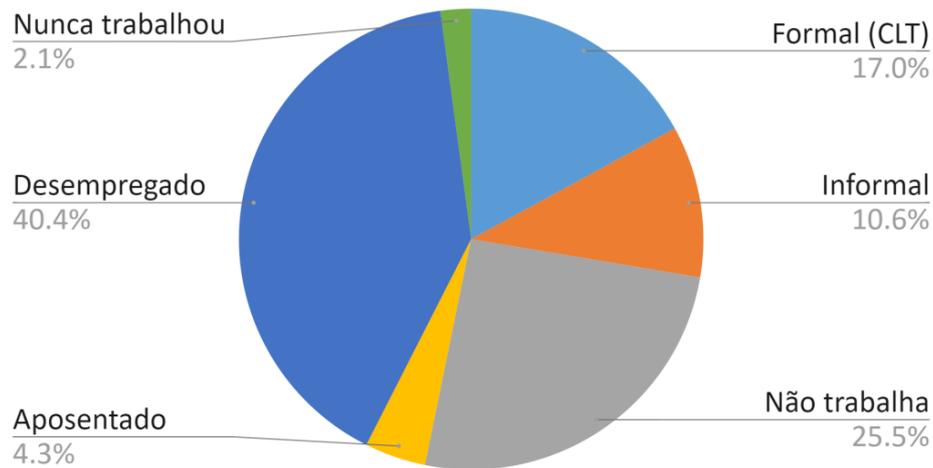
Madeira e Gomes (2018) abordam que a população negra vivencia os cenários de vulnerabilidades, de extrema pobreza, e acaba não sendo atendida com relação às políticas públicas de proteção social. O preconceito gera exclusão, negando, assim, a sua cultura, identidade, sendo que elas terão que reinventar mecanismos para sobreviver.

[...] em meio às vulnerabilidades por que passa a população negra, de cenários de extrema pobreza, demandas não atendidas por acesso às políticas públicas de proteção social, de preconceito que se transforma em ação de exclusão, de negação de identidade, de sua cultura, esta criou e vem reinventando mecanismos de resistência para garantir sua sobrevivência, ao mesmo tempo em que oferece ao Estado e à sociedade brasileira suas experiências como forma de construir coletivamente outra dinâmica de vida e ação política (MADEIRA; GOMES, 2018, p. 474).

Além disso, a questão de morar em zona urbana não significa que haverá pleno emprego. Com o desenvolvimento urbano nas cidades, cresceu, também, a falta de condições de moradia, o desemprego, o crescimento desordenado da periferia e o surgimento das favelas, sendo expressões da questão social relacionadas à habitação.

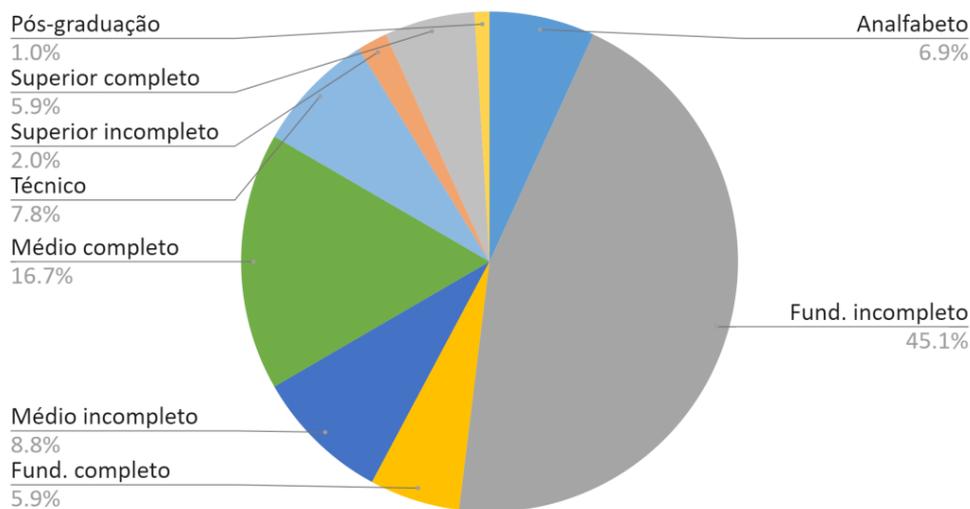
Mesmo residindo e trabalhando na zona urbana, muitos desses bairros eram periféricos, sem infraestrutura adequada. Com o aumento da população, nas cidades, a questão do desemprego agrava-se ainda mais, como expressão da questão social na atualidade. É um problema social, frente ao projeto neoliberal, que atinge muitas camadas da população, principalmente os que têm baixa escolaridade, podendo ser um impedimento para o mercado de trabalho, surgindo, assim, novas ocupações, como é o caso do trabalho informal, precarizado, temporário, dentre outros.

Gráfico 1 – Situação de emprego dos usuários entrevistados



Fonte: elaboração própria

Gráfico 2 – Escolaridade dos usuários entrevistados.

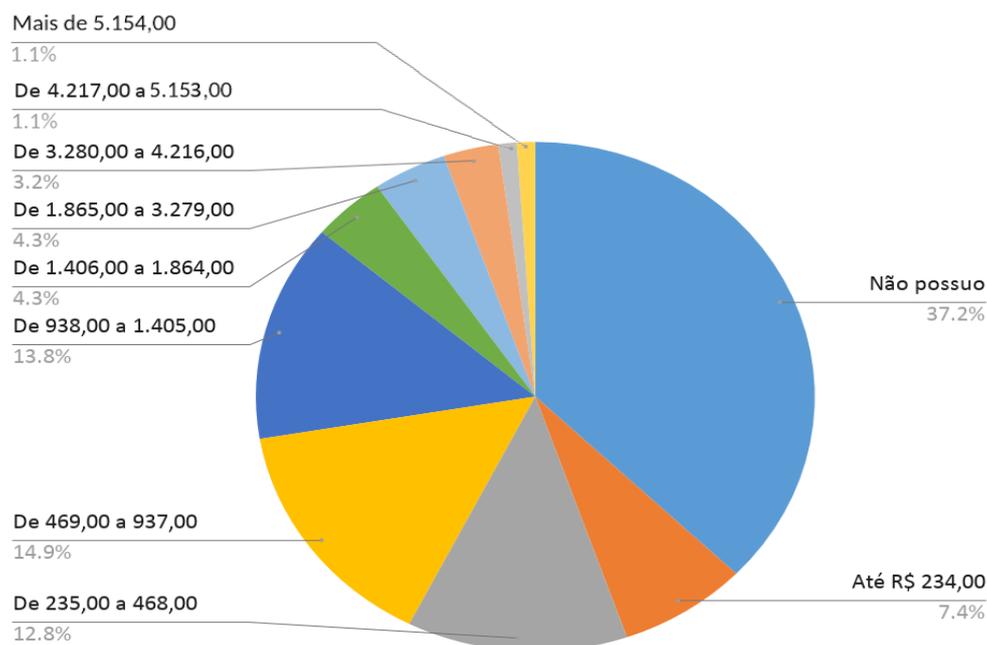


Fonte: elaboração própria

O exército de sobrantes é essencial para as atuais formas de acumulação de capital, marcadas pela produção automatizada e pela desregulamentação dos direitos da classe trabalhadora. Portanto aqueles que não conseguem acessar ao mercado de trabalho vão em busca de proteção, como é o caso da Assistência Social. O Estado passa a operar, minimamente, com programas de alívio à pobreza, como alternativa ao enfrentamento do desemprego (IAMAMOTO; CARVALHO, 1986).

Sendo assim, com o mercado de trabalho competitivo, possuir baixa escolaridade pode ser um dificultador para o acesso dessa população a um emprego, já que a escolaridade tem grande influência nas chances de um indivíduo conseguir emprego.

Gráfico 3 – Renda familiar dos usuários entrevistados



Fonte: elaboração própria

Ao saber quantos BPC para pessoa com deficiência foram concedidos no período da pesquisa, a partir dos dados das Agências da Previdência, extraídos pelo Sistema Único de Informações de Benefícios (Suibe), teve-se acesso ao número de concedidos, que foi de 453 benefícios (19,68%), e ao número de indeferidos, sendo 1.849 (80,32%).

Os dados acima expressos nos revelam a necessidade do benefício na vida daqueles que o requerem. No entanto esse acaba sendo inviabilizado por critérios focalizados, seletivos, com relação à parcela da população que se encontra em extrema vulnerabilidade social.

5 Considerações finais

A Assistência Social está distante de formar um mecanismo de proteção social e se configura numa política contraditória, pois, mesmo estando em Lei que essa política pública é para quem necessitar, acaba por focalizar e por restringir ao mais pobres o seu acesso, não garantindo a emancipação desses.

No processo de regulamentação, o BPC acaba tendo, para aqueles que dele necessitam, um alcance limitado. A dificuldade fundamentada na burocracia, para conseguir acessar os seus mínimos sociais, revela a o caráter focalista com critérios excludentes, pois, se a renda per capita familiar ultrapassar ¼ do salário mínimo, o usuário não terá acesso ao benefício, mesmo sendo pessoa com deficiência incapacitante, ou seja, o requerente tem que comprovar o nível de pobreza, não podendo ultrapassar o valor expresso na Lei, como também ser pessoa com deficiência e estar inapto para o trabalho.

Nessa realidade, encontram-se milhares de beneficiários do Benefício de Prestação Continuada, que, hoje, necessitam de uma renda para sobreviver e sofrem a ameaça do desmonte da Seguridade Social nos dias atuais, sendo a pobreza a expressão da questão social, advinda do modo de produção capitalista, em que Estado vem, cada vez mais, não se responsabilizando, tendo princípios neoliberais, em nome da economia e da crise financeira.

Em meio a esse contexto, ressaltamos que esse benefício não atinge, totalmente, seus reais objetivos, já que não é garantido a todas as pessoas com deficiência pobres e incapazes para o trabalho, mas, somente, a parte dos casos mais graves daqueles que o requerem, acentuando, ainda mais, as desigualdades sociais de sujeitos que estão em um universo de desemprego, que, para os ditos “normais”, está cada vez mais difícil, quiçá para quem tem algum tipo de deficiência.

6 Referências

ALENCAR JUNIOR, Osmar Gomes; SALVADOR, Evilasio da Silva. Finanças, fundo público e financiamento da Seguridade Social no Brasil. **Katálysis**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 239-248, 2015.

ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.742, 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 08 dez. 1993.

BRASIL. Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 set. 2007.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **O Benefício de Prestação Continuada: guia para técnicos e gestores da Assistência Social**. Brasília: MDS, 2018.

BRETTAS, Tatiana. Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil. **Temporalis**, Brasília (DF), v. 34, p. 53-76, 2017.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos Saúde Pública**, Brasília (DF), v. 34, n. 3, p. 01-14, 2018.

CASTILHO, Daniela Ribeiro; LEMOS, Esther Luíza de Souza; GOMES, Vera Lúcia Batista. Crise do capital e desmonte da Seguridade Social: desafios (im)postos ao Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 130, p. 447-466, 2017.

DINIZ, Debora; QUINCA, Flávia; MEDEIROS, Marcelo. Qual deficiência? Perícia médica e assistência social no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2589-2596, 2007.

SOUZA FILHO, Rodrigo de. **Estado, burocracia e patrimonialismo no desenvolvimento da administração pública brasileira**. 397 p. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

GASPAROTTO, Geovana Prante; GROSSI, Patrícia Krieger; VIEIRA, Monique Soares. O ideário neoliberal: a submissão das políticas sociais aos interesses econômicos. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, 11., 2014, Santa Cruz do Sul. **Anais...** p. 1-18. Santa Cruz do Sul: Unisc, 2014.

GASPAROTTO, Geovana Prante; GROSSI, Patricia Krieger. A perspectiva de gênero na política de assistência social: um debate necessário. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, n. 38, p. 207-226, 2017.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez; Lima, 1986.

MADEIRA, Zelma; GOMES, Daiane de Oliveira. Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 133, p. 463-479, 2018.

MOTA, Ana Elizabete (Org.). **O mito da assistência social**: ensaios sobre Estado, política e sociedade. São Paulo: Cortez, 2010.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

OLIVEIRA, Rodrigo Ferreira. A contrarreforma do Estado no Brasil: uma análise crítica. **Urutágua**, Maringá, n. 24, p. 132-146, 2011.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira; FALCÃO, Maria do Carmo; TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. **Os Direitos (dos Desassistidos) Sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

Sessão temática “Serviço Social e saúde pública”

Apresentação

A seção temática privilegia pesquisas sobre o trabalho do/a assistente social na área da saúde, visando promover reflexões sobre o contexto da saúde pública e suas demandas à profissão, as respostas institucionais e profissionais a tais demandas e as características desse trabalho, a partir do uso da mediação teórico-prática.

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui-se espaço relevante e majoritário para a intervenção do Serviço Social. Mas a sua implementação interage com contradições advindas do capitalismo sob a égide da financeirização e do neoliberalismo, reduzindo o compromisso público com políticas sociais e ampliando a desigualdade social e a pobreza. Este cenário desafia os/as assistentes sociais mediante limites institucionais, sinalizando para respostas, muitas vezes, restritas diante da dimensão das necessidades sociais e econômicas que se apresentam, condicionando o processo saúde-doença. Desse modo, compreendemos necessário voltarmos nosso olhar sobre as mediações construídas pelo trabalho do/a assistente social na saúde, agregando estudos que possam promover reflexão-reconhecimento e suscitar novas ações.

Diante disso, esta seção temática socializa a produção de sete artigos de autoria de assistentes sociais, egressos recentes da graduação em Serviço Social da Universidade Federal Fluminense/Departamento de Serviço Social de Campos e de docentes orientadores, por ocasião do trabalho de conclusão de curso. Parte dos artigos problematiza temas sociais e de saúde pública, como: a saúde do trabalhador, a dependência química e a situação de rua, o HIV-AIDS e o Diabetes Mellitus. Além de construir mediações destes temas com a produção teórica do Serviço Social brasileiro, os artigos aproximam-se de análises do exercício desta profissão no enfrentamento às demandas e necessidades sociais que particularizam tais temáticas e que são expressões da questão social. Ademais, outros 3 artigos estudam a profissão e, mais particularmente o trabalho profissional no setor de emergência hospitalar; com uma análise do imediatismo permeado pelo pragmatismo das ações em uma unidade de atenção pré-hospitalar; e, por fim, com um estudo referente ao processo de adoecimento do trabalho por parte de assistentes sociais em Campos dos Goytacazes, RJ.

Ao longo destas produções, metodologicamente é possível verificar análises que têm como ponto de partida o real concreto, problematizado a partir do estágio supervisionado em

Serviço Social, no sentido de desvelar a sua “pseudoconcreticidade” (KOSIK, 1995)¹. Nesta perspectiva teórico-metodológica, as produções ora apresentadas são perpassadas por reflexões e interpretações que se aproximam das mediações e contradições que constituem a totalidade social e imprimem determinantes e condicionantes a particularidade do trabalho de assistentes sociais na área da saúde.

Para esta análise, alguns destes artigos se aproximaram do debate da crise estrutural do capital e de suas estratégias de enfrentamento por meio das metamorfoses do trabalho, da ofensiva neoliberal no Brasil a partir dos anos 1990, da globalização/ mundialização do capital e de seus impactos na produção e reprodução das relações sociais, nas expressões da questão social, na política e nos serviços de saúde e, mais particularmente na construção do trabalho de assistentes sociais na área da saúde.

Outros autores, permeados por estas variáveis, optaram por caminhos metodológicos que aprofundaram a análise da política de saúde, da questão social, de suas expressões e dos condicionantes socioeconômicos do processo saúde-doença.

Por fim, a sessão temática acessada virtualmente pelo/a leitor/a, construída durante a pandemia do Covid-19 e da consequente intensificação da crise social e sanitária, do sofrimento social e de cerca de 170 mil mortes no Brasil², expressa o histórico compromisso da Universidade Pública com a ciência e a produção do conhecimento, em um contexto de ataques e questionamentos a sua validade e função e, mais particularmente, avança ao demonstrar a relevância do estágio supervisionado na formação profissional em Serviço Social, da dimensão interventiva integrada à dimensão investigativa e da pesquisa na graduação em Serviço Social.

Boa leitura!

Carlos A.S. Moraes,
Maria Clélia P. Coelho
Viviane A.S. Lopes.

¹ KOSIK, K. **Dialética do concreto**. 5 ed.. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

² Quantitativo verificado no momento de construção desta apresentação, 20 de novembro de 2020.

O CONTEXTO DA SAÚDE BRASILEIRA E O ENFRENTAMENTO AO AVANÇO DO DIABETES MELLITUS NO BRASIL: A IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS (PRAHADM)*

THE CONTEXT OF BRAZILIAN HEALTH AND COPING WITH THE ADVANCEMENT OF DIABETES MELLITUS IN BRAZIL: THE IMPLEMENTATION OF THE REORGANIZATION PLAN FOR ATTENTION TO ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS (PRAHADM)

PURL: <http://purl.oclc.org/r.ml/v6n2/d1>

Cleiton Júlio da SilvaPessanha[†]

 <http://orcid.org/0000-0002-93834885-0000>

Resumo: Este artigo objetivou construir reflexões sobre o Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus (PRAHADM), com ênfase na trajetória da Política de Saúde, alinhado aos contextos políticos que perpassam a construção da Saúde no Brasil e a evolução das causas de mortes, ao longo do século XX, bem como, a estreita relação entre Estado e capital que ocasionam rebatimentos na saúde pública brasileira. Ressalta-se compreender dentro deste contexto, a importância de tratar a hipertensão arterial e o diabetes mellitus como as principais causas das doenças cardiovasculares, responsáveis pelo alto índice de mortes no Brasil, no contexto da precarização da saúde pública. Trata-se de um estudo bibliográfico, a partir do levantamento de literaturas pertinentes ao tema, bem como, de pesquisas do VIGITEL, sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, do Ministério da Saúde, entre 2012 e 2019.

Palavras-chave: Saúde. Diabetes mellitus. Doenças cardiovasculares.

Abstract: This article builds reflections on the Plan for the Reorganization of Attention to arterial Hypertension and diabetes mellitus (PRAHADM), with emphasis on the trajectory of Health Policy, aligned with the political contexts that permeate the construction of Health in Brazil and the evolution of the causes of deaths, throughout the twentieth century, as well as the close relationship between the State and capital that causes repercussions in Brazilian public health. It is emphasized to understand within this context, the importance of treating Hypertension and diabetes mellitus as the main causes of cardiovascular diseases, responsible for the high rate of deaths in Brazil, in the context of precarious public health. This is a bibliographic study, based on a survey of the literature relevant to the theme, as well as research by VIGITEL, a surveillance system for risk and protection factors for chronic diseases by telephone survey, from the Ministry of Health, between 2012 and 2019.

Keywords: Health. Diabetes mellitus. Cardiovascular diseases.

1. Introdução

Com base nas experiências vivenciadas no campo institucional de estágio supervisionado em Serviço Social, na Secretaria Municipal de Saúde, da cidade de Campos dos Goytacazes/RJ,

* Artigo recebido em: 10 de outubro de 2020. Aceito em: 6 de novembro de 2020

[†] Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil. Graduado em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense. Autor correspondente. e-mail: cleiton_julio_dasilva@yahoo.com.br

a partir da inserção no Programa Hiperdia², que compõe o PRAHADM – Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus -, foi possível conhecer os fatores pertinentes ao serviço ofertado ao público alvo, bem como, sua funcionalidade e a gestão do referido programa, propiciando elementos para a construção do Projeto de Intervenção e, por consequência, o Trabalho Final de Curso em Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF), o qual serviu de recorte para construção do presente artigo.

Na elaboração deste artigo, realizamos algumas reflexões acerca do contexto da saúde brasileira, com destaque para os dois modelos de saúde em disputa no Brasil: o defendido pela Reforma Sanitária, que visa universalização do acesso como responsabilidade do Estado; e o Modelo Privatista, que visa o interesse do capital.

Nesse contexto busca-se abordar a trajetória da política de Saúde Pública, enfatizando o grande avanço democrático, conquistado no Brasil, no final da década de 1980, através da Constituição Federal de 1988. Tal conquista fora confrontada no início da década de 1990, através de uma política direcionada pela lógica neoliberal, aplicada no governo Collor, que compactuava com as privatizações de empresas estatais, além da não regulação do Estado, no que se refere à economia e a relação capital-trabalho. Tal modelo político teve continuidade com Itamar Franco ao assumir o governo, após o impeachment de Collor e, posteriormente, com o governo de Fernando Henrique Cardoso.

O presente artigo, portanto, propicia uma análise da trajetória do avanço dos casos de mortes por doenças cardiovasculares, que por sua vez, têm intrínseca relação com a hipertensão arterial (HA) e o diabetes mellitus (DM), com base em dados epidemiológicos e pesquisa bibliográfica de autores como Buchalla *et al.* (2003), Silva *et al.* (2006), Soares (2015) e Stopa *et al.* (2018), além dos documentos como o Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus (2002), o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para hipertensão arterial e diabetes mellitus (2002), a Política Nacional de Medicamentos (1998)³ e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004), os quais nos orientam para um melhor entendimento da organização dos mecanismos desenvolvidos na saúde, como enfrentamento aos altos índices de óbitos por doenças cardiovasculares, além de pesquisas do VIGITEL -

²O Programa Nacional de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (HIPERDIA) é um conjunto de ações voltado para o controle das referidas doenças, integrando os serviços oferecidos em unidades de saúde, com o objetivo de cadastrar e acompanhar todos os pacientes hipertensos e/ou diabéticos, a fim de alcançar um controle das doenças, gerar informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados no PRAHADM e garantir, assim, uma melhor qualidade de vida.

³Essa política foi atualizada em 2001, pelo Ministério da Saúde.

Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, de 2012 e 2019, que nos permite construir debates acerca da materialização do PRAHADM publicado em 2002, o âmbito, social, político e econômico.

2. Breves considerações sobre a trajetória da Política Pública de Saúde no Brasil

No que se refere à saúde enquanto política pública, esta se torna parte integrante do tripé da Seguridade Social brasileira, junto a Previdência Social e a Assistência Social, instituída sob a perspectiva da universalidade e equidade, a partir do marco legal da Constituição Federal de 1988. Salienta-se que este contexto é precedido por uma disputa entre dois modelos de projetos na saúde: a Reforma Sanitária e o Modelo Privatista.

A Reforma Sanitária se caracteriza como um movimento social organizado que tinha como propostas:

[...] a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2006, p.9).

Ressalta-se que este momento é marcado não apenas pela participação de médicos, mas também, de outros profissionais atuantes na área da saúde, conforme afirma Bravo (2006, p.9), nas considerações sobre a saúde nos anos 1980, que “contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira”.

Em oposição ao modelo de saúde defendido pela Reforma Sanitária, destaca-se o modelo privatista, que vinha se organizando desde a década de 1950, onde:

[...] a corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização, que no período da ditadura militar, foi privilegiado pelo papel que o Estado assumiu, em caráter interventivo na sociedade, de modo a se eximir da gestão da previdência, cabendo-lhe o papel de financiador. (BRAVO, 2006, p.6).

No âmbito do privilégio ofertado ao modelo privatista, Bravo (2006) ainda destaca que a saúde previdenciária ganharia força, devido à reestruturação do setor, a partir das características capitalista, destacadas por Teixeira (1986 apud BRAVO, 2006, p. 7):

- Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 73, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;
- Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar;
- Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos;
- Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;
- Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpriu em cada uma das formas de organização da atenção médica.

Retomando as principais propostas defendidas pela Reforma Sanitária, que contrapõem a esse ideário privatista, destacamos a sua luta pela universalização da saúde no Brasil. Esta tem como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, cujo tema central era a “saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial” (BRAVO, 2006, p.9).

A referida Conferência contou com a presença de acadêmicos, profissionais da área da saúde, movimentos populares da saúde, sindicatos, além de grupos de pessoas que não estavam ligados diretamente a saúde.

Como marco legal para implementação da saúde no Brasil, pautada na perspectiva da universalidade e equidade, no sentido de acesso ao serviço público de saúde, onde todos teriam direito ao atendimento, sem nenhum tipo de discriminação, destaca-se o processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988. De modo que, segundo Bravo (2006, p.9-10),

A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, e capaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.

De tal modo que, em 1988, o Brasil teve um grande avanço democrático a partir da Constituição Federal, onde a Saúde, parte da Seguridade Social, tem centralidade na

universalidade de direito⁴, visando dessa forma, responsabilizar o Estado em prover os serviços ofertados pela política de saúde, conforme o artigo 196º da Constituição Federal de 1988:

A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante as políticas sociais e econômicas que visem a redução de riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, s. p.)

A década seguinte é marcada pelo decreto das Leis 8.080/90 e 8.142/90, que segundo Bravo e Matos (2008), juntas constituíram na Lei Orgânica da Saúde no Brasil, especificamente, destaca-se o artigo 2º da Lei nº 8.080/90 que preconiza, “A Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990, s. p).

Sobre o dever do Estado este, segundo a referida Lei, e de acordo com o já citado artigo 196 da CF de 1988, trata-se de formular e executar políticas econômicas e sociais, com o objetivo de diminuir os riscos de doenças e outros danos à saúde da população, além de propor condições de acesso universal e igualitário aos serviços públicos de saúde.

Salienta-se, ainda, na Lei de nº 8.080/90, no artigo 4º, “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas e federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público [...]” (BRASIL, 1990, n.p). Trata-se, portanto, de um Sistema Único de Saúde (SUS), que tem seus objetivos e atribuições expostos no artigo 5º:

- a) Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- b) Formulação de políticas de saúde destinada a promover, nos campos econômicos e sociais, a observância do disposto no §1º do art.2º desta Lei;
- c) Assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventiva (BRASIL, 1990, n.p).

No campo da atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) atrelado ao Programa Nacional de Assistência Farmacêutica, destaca-se o parágrafo VI do art. 6º, que dispõe sobre “a formulação de política de medicamentos, equipamentos imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção” (BRASIL, 1990, n.p).

⁴Universalidade de direitos é um dos fundamentos do SUS (Sistema Único de Saúde) e contido no projeto de Reforma Sanitária. É um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto privatista da saúde. Ver: Parâmetros para Atuação de Assistente Social na Saúde – Brasília, março de 2009, p. 10.

Ressalta-se que a Assistência Farmacêutica nesse período, ainda era de responsabilidade da Central de Medicamentos (CEME), extinta em 1997, tendo as “suas atribuições transferidas para diferentes órgãos e setores do Ministério de Saúde” (BRASIL, 2007, p. 15).

No que se refere ao direcionamento a ser tomado pelo SUS, este é único- conforme o artigo 9º da Lei 8.080/90 e o artigo 198º da Constituição Federal -, onde é exercida por cada esfera de governo, federal, estadual e municipal e, respectivamente, pelos seguintes órgãos: Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde (ou órgãos equivalentes no âmbito dos estados e municípios).

Com relação a Lei 8.142/90, esta “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” (BRASIL, 1990, n.p), onde, no artigo 1º destaca-se que o referido sistema terá em cada nível de governo, Conferência de Saúde e Conselho de Saúde. Sobre a Conferência de Saúde, ocorrerá:

[...] a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. (BRASIL, 1990, n.p).

No que se refere ao Conselho de Saúde destaca-se que este é:

[...] em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990, n.p).

Contudo, tais Leis foram confrontadas pela política conservadora direcionada pela lógica neoliberal - marca dos governos vigentes da década de 1990 -, sendo os presidentes, Fernando Collor de Mello, de 1990 a 1992, que após o seu *impeachment* foi substituído por Itamar Franco, em dezembro de 1992 até o fim daquele mandato em 1994, sucedido por seu Ministro da Economia, Fernando Henrique Cardoso (FHC), que foi eleito por dois mandatos consecutivos, compreendidos entre os anos de 1994 a 2003.

As políticas neoliberais aplicadas pelo governo Collor compactuavam com as privatizações de empresas estatais, que segundo Porto (2009, p.5) é contemplado no documento intitulado ‘Diretrizes de Ação do Governo Collor de Melo’, onde “ressalta centralmente a

intenção de estabelecer uma nova relação entre Estado e a iniciativa privada” (PORTO, 2009, p.5) além da não regulação do Estado, no que se refere à economia e a relação capital-trabalho.

Tal direcionamento teve continuidade com Itamar Franco na conclusão do governo *pós-impeachment*, bem como, no governo FHC, os quais visavam “acabar com a inflação, privatizar, reformar a Constituição e flexibilizar as relações entre Estado e a sociedade, assim como, as relações entre capital e trabalho” (TEIXEIRA, 1998, p. 225 apud PORTO, 2009, p.6).

Contudo, ao que parecia encaminhar o Brasil para um direcionamento político voltado para o Estado de Bem-Estar Social, tendo em vista os direitos conquistados, conforme o marco legal da CF de 1988, o que se viu foi um redirecionamento político a partir das aplicações da lógica neoliberal adotadas pelos governos que vieram a seguir, que acarretou no aprofundamento dos índices de desigualdade social e de renda, além do desemprego e precarização do trabalho, fomentados pela alta taxa inflacionária.

Alves (2002) denomina os anos 1990 como a “década neoliberal”, a qual, segundo o autor apresentou taxas medíocres face às medidas adotadas pelos governos daquele período, visto que a média do crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) anual foi de 1,7% até 1999, ou seja, inferior à média anual de 3% do PIB na década de 1980, considerada até então como a “década perdida” (POCHMANN, 2012, p. 9 apud ALVES, 2002, p. 71).

Com relação à desigualdade social nessa década, especificamente a desigualdade de renda, com base em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aumentou “[...] a distância salarial entre os 10% mais ricos e os 40% mais pobres (ALVES, 2002, p. 71) “visto que esta diferença em 1992 era de 13 salários mínimos, enquanto que em 1999 alcançou o patamar de 17 salários mínimos” Este cenário perpassa no âmbito do trabalho, o qual, segundo Alves (2002, p.71):

[...] a degradação do mundo do trabalho é perceptível através da sensação de perda contínua do emprego, salário e condições de trabalho, que imprimiu a sua marca em contingentes maciços da PEA (População Economicamente Ativa), mesmo nos breves momentos de recuperação da economia brasileira.

Assim como Alves (2002), Lima (2010) reforça que na década de 1990, o Brasil, caminhava para um amplo consenso concernente ao ideário neoliberal, pois, os governos deste período eram favoráveis à implementação de programa de estabilização, ajustes e reformas institucionais do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial, além de “[...] diretrizes de abertura irrestrita de economia, desregulamentação comercial e financeira, desregulação do

mercado de trabalho e enxugamento do Estado com a privatização das empresas estatais e demissões em massa” (LIMA, 2010, p.279).

Esta lógica neoliberal se aplica também na área da saúde, onde a privatização se expressa nos números comparativos, entre o público e o privado, publicado pelo IBGE em 2003, acerca das estatísticas do país no século XX.

Com relação à oferta dos serviços de saúde no Brasil no século XX, a pesquisa publicada pelo IBGE (2003), informa que em 1908 havia 296 estabelecimentos de saúde no país, já em 1930 este número passou para 915, enquanto no ano de 1935 alcançou o número de 1.258 estabelecimentos de saúde entre público e privado.

Os números relativos aos setores públicos e privados, somente passariam a ser apresentados separadamente a partir da década de 1950, onde em 1951 o número de estabelecimento de saúde no Brasil era de 5.172, sendo 2.617 públicos e 2.555 particulares. Já em 1958 o número de estabelecimentos subiu para 7.563, sendo 4.146 relativos à rede pública enquanto 3.417 pertenciam a rede privada (IBGE, 2003).

Embora a publicação do IBGE (2003) afirme que o número de estabelecimentos da saúde na rede pública cresceu mais em comparação ao setor privado, os dados relativos aos números de leitos nos setores público e privado se contrapõem ao número de estabelecimentos, visto que:

Em 1976, havia 443.878 leitos para internação, sendo 119.062 da rede pública e 324.826 da rede privada. No fim do século, em 1999, eram 484.945 leitos, sendo 143.074 da rede pública e 341.871 da rede privada. Já em 2002, o número de leitos teve ligeira queda em relação a 1999, para 471.171, sendo 146.319 públicos e 324.852 privados. (IBGE, 2003, n.p.).

Estes dados, portanto, reforçam a conjuntura vivenciada desde a década de 1950 em que a saúde privada já se apresentava bem mais organizada com relação à saúde pública, bem como, perpassa pela disputa entre os dois projetos da saúde, protagonizada pela Reforma Sanitária e pelo modelo privatista, nas décadas de 1970 e 1980, onde se identifica os reflexos do favorecimento ao setor privado em detrimento da saúde pública, e que na década seguinte (1990) permanecerá presente.

Ou seja, embora a promulgação da CF 1988 marcasse a conquista de direitos sociais, o que se reafirma na década seguinte é o direcionamento da lógica neoliberal tomado pelos governos, que configuram-se como o início do retrocesso aos direitos sociais conquistados, já que a partir da referida lógica, houve grandes avanços na mercantilização da saúde em detrimento da precarização do setor público da saúde, tendo o Estado como o seu maior

financiador, o que pode ser contemplado através dos dados publicados pelo IBGE em 2003, apresentado anteriormente.

Sendo assim, o que se verifica é uma precarização fundamentada por uma intenção proposital do Estado a fim de favorecer o setor privado, de modo a se contrapor a Lei nº 8.080/90, onde o Estado é o responsável em prover o serviço público de saúde, bem como, propor políticas voltadas para a redução de doenças e riscos à saúde da população.

Esse cenário político do país se dá em consonância ao cenário mundial tendo em vista o avanço da globalização e das alterações do modo de acumulação capitalista, conforme aponta Chesnais (1996, apud LIMA, 2010, p.279) que, por sua vez, sobrepõe aos direitos sociais contidos na CF de 1988, na Lei Orgânica de Saúde, a partir das Leis 8080/90 e 8142/90, principalmente, no que se trata do direcionamento do Estado na administração da saúde pública de maneira precarizada, de modo a favorecer o setor privado, contrariando o que está respaldado no art. 4º, §2º da Lei nº 8080/90 onde, “[...] a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar”(BRASIL, 1990, n.p).

Na verdade, o que se verifica é que este ‘caráter’, que deveria ser complementar à saúde pública, assume um lugar de destaque. A precarização dos serviços públicos da saúde favorece as investidas do setor privado, através dos altos gastos com a contratação dos serviços deste, em situações que deveriam ser consonantes os processos de licitação e a não capacidade do SUS em ofertar tais serviços, logo o que se constata é que, “[...] a dispensa de licitação e a transferência de parte ou de toda capacidade pública instalada para a iniciativa privada (com ou sem fins lucrativos) eram inconstitucionais e ilegais” (GONÇALVES, 1998 apud LIMA, 2010, p.278).

Portanto, é possível constatar que os interesses particulares do capitalismo têm profunda relação com a aprovação tardia da Lei Orgânica de Saúde, enquanto direito social e fundamental para a população. Essa “dificuldade está ligada aos interesses divergentes sobre a concepção de saúde” (BRAVO; MATOS, 2008, n.p), e que são constatadas ao longo do caminho que percorre a história da Saúde Pública no Brasil, retratado brevemente, através da exposição sobre os dois projetos em disputas, conforme mencionado anteriormente.

No entanto, tal dificuldade em materializar, efetivamente, o que se dispõe nos marcos legais da Saúde - tendo em vista a atuação do Estado no tocante a prover os serviços públicos favorecendo o setor privado – resultou em um tempo de espera menor para sua regulamentação (Leis 8.080 e 8.142 em 1990), se comparado a outras políticas públicas, como no caso da Assistência Social regulamentada em 1993 e a Educação em 1996 (BRAVO; MATOS, 2008).

Retomando a nossa reflexão do início deste artigo, destaca-se, no âmbito da Saúde outra conquista imprescindível para esta análise e que reforça o seu significativo avanço: a Política Nacional de Medicamentos (PNM).

3. A Política Nacional de Medicamentos e o avanço do diabetes mellitus no Brasil

Para abordarmos o enfrentamento do avanço do diabetes mellitus no Brasil, enquanto um alarmante problema de saúde pública, faz-se imperativo, trazer breves considerações sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, por exemplo, no contexto da saúde pública, considerando sua importância para o desenvolvimento de ações no combate a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Isso significa retomar as bases que sustentam a Política de Saúde no Brasil, a partir dos marcos legais, em consonância a atenção à saúde da população e a sua relação com os altos índices de doenças cardiovasculares.

Os registros de fornecimento de medicamentos no Brasil têm seu início na elaboração da Lei Eloy Chaves em 1923, onde por meio da contribuição das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's) tinha como um dos benefícios, o direito a medicamentos, inicialmente, apenas para trabalhadores ferroviários e marítimos.

A trajetória da Assistência Farmacêutica adquire abrangência, enquanto política pública no Brasil, a partir de 1971, através da instituição da Central de Medicamentos (CEME), a qual visava o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los, conforme histórico contido na coleção para gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), elaborada pelo Conselho Nacional dos Secretários da Saúde (CONASS) em 2007, sobre a Assistência Farmacêutica no referido sistema.

Ressalta-se que a distribuição e aquisição dos medicamentos eram realizadas por meio de uma política centralizada, aplicada pela Central de Medicamento (CEME), onde este princípio somente fora modificado a partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, através da descentralização do cuidado com a saúde, como competência das três esferas governamentais (BRASIL, 2007, p. 15).

A PNM foi instituída em 1998 por meio da Portaria GM/MS nº 3.916, cujos objetivos são: a garantia da segurança necessária a eficácia e qualidade dos medicamentos; a promoção do uso racional dos medicamentos; e o acesso aos medicamentos considerados essenciais e prioritários a saúde da população (BRASIL, 2007, p.16).

Segundo o documento elaborado pelo CONASS (2007), a PNM possui um conjunto de diretrizes, voltadas para o alcance dos objetivos propostos, sendo, a) adoção da Relação de

Medicamentos Essenciais; b) regulação Sanitária de Medicamentos; c) reorientação da Assistência Farmacêutica; d) promoção do uso racional de medicamentos; e) desenvolvimento científico e tecnológico; f) Promoção da produção de medicamentos; g) Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; h) desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2007, p.16).

A reorientação da Assistência Farmacêutica, enquanto diretriz da PNM possui um “caráter sistêmico, multidisciplinar e envolve o acesso a todos os medicamentos considerados essenciais” (BRASIL, 2007, p.16) a qual por sua vez, será aprovada como Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2004, através da Resolução nº 338. (BRASIL, 2007).

É preciso salientar e analisar, face a conquista da Saúde no âmbito dos medicamentos, a sua importância para a saúde da população, pois o medicamento configura-se como parte da estratégia para enfrentamento das doenças no contexto brasileiro, junto a outros fatores como “[...] a disponibilidade de água tratada e de coleta de esgoto para grande parte da população, e a adoção de medidas ou de cuidados básicos para a higiene e nutrição”(BUCHALLA *et al.*, 2003, p. 342), além da prevenção de doenças - que eram responsáveis pelo altos números de óbitos, no início do século XX -, através da vacinação, sendo essa extremamente importante para a redução da mortalidade decorrentes das doenças infecciosas.

A publicação do IBGE (2003) contempla o exposto por Buchalla *et al.* (2003) acerca das estatísticas do século XX no Brasil, a qual apresenta um dado relevante para esta análise, ou seja, as causas de mortes no país. No início do século XX as principais causas de mortalidade no Brasil eram as doenças infecciosas, onde a varíola e a tuberculose, em 1908, foram responsáveis pela morte de 47,20% de pessoas, somente no município do Rio de Janeiro (IBGE, 2003).

Entre as décadas de 1930 e 1940 as doenças infecciosas e parasitárias ainda eram as principais causas de mortalidade no Rio de Janeiro, 30,90% dos 94.491 óbitos, seguidas por 16,45% das doenças do aparelho digestivo, 14,52% das doenças do aparelho circulatório e 11,65% do aparelho respiratório, que não inclui as doenças tuberculosas. Já as mortes acidentais ou decorrentes de violências, naquele período, era o equivalente a 4,34% (IBGE, 2003).

Nos anos de 1960 o cenário das causas das mortes no Brasil apresentava significativas mudanças no que se refere às principais causas de óbitos, bem como, a expressiva redução nos números de óbitos na cidade do Rio de Janeiro, conforme a publicação do IBGE (2003):

Em 1962, por exemplo, quando houve 34.145 mortes na cidade do Rio de Janeiro o percentual de vítimas com doenças infecciosas e parasitárias já havia caído para 12% do total e sido superado pelas doenças circulatórias (19%). Ganharam importância também as mortes por câncer (11%) e doenças do sistema nervoso (10%). As do aparelho digestivo caíram para 8% e as do respiratório para 7%. Por outro lado, subiu para 8% o percentual de mortes por acidentes, envenenamento e violências. (IBGE, 2003, n.p).

Já os dados das causas de mortes do fim do século XX, publicado pelo IBGE (2003)⁵ com base nas informações do Ministério da Saúde de 1999, apresenta que “[...] a maior causa de morte no Rio de Janeiro eram as doenças do aparelho circulatório (33,2%), seguida pelo câncer (17,1%)” (IBGE, 2003, n.p), enquanto as mortes decorrentes de acidentes e violência passaram a ocupar a terceira posição com um percentual de 12,9%. Ressalta-se que as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de mortes, não somente na realidade da cidade do Rio de Janeiro, como também, uma realidade mundial e que não tem relação com o nível de renda dos países.

Para um melhor entendimento deste cenário toma-se como base os três períodos expostos na Tabela 1, onde nota-se que ocorreu uma redução nos índices de mortalidade no Rio de Janeiro. Vale, portanto, analisar quais os fatores que contribuíram para essa redução.

Os autores Soares *et al.* (2015) ressaltam que no primeiro período de 1979 a 1989 todos os municípios apresentavam as taxas médias de mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) superiores a 500 óbitos, levando em consideração os 100 mil habitantes (658,8). Nesse período, vale lembrar que a saúde enfrentava um longo processo de disputa entre os dois projetos (Reforma Sanitária e o Privatista), onde o modelo privatista foi favorecido pelo período do regime militar, enquanto a saúde pública era restrita aos trabalhadores em regime da CLT e, àqueles que não possuíam vínculo empregatício, por meio da carteira assinada, teriam acesso a saúde, através da filantropia.

No segundo período analisado na Tabela 1, compreendido entre os anos de 1990 a 1999, nota-se uma significativa redução na média de óbitos por 100 mil habitantes no Estado do Rio de Janeiro, porém, ainda superior a 500 óbitos a cada 100 mil habitantes (505,8). Destaca-se que no final deste período, a saúde brasileira, segundo a Constituição de 1988, já possui o caráter universal, ou seja, o seu acesso era destinado a toda população, livre de critérios que pudessem limitar esse acesso.

⁵Embora exista uma pesquisa mais recente sobre saúde, os dados que foram colhidos em 2003 foram fundamentais para elucidar as causas das doenças que anteciparam o PRAHADM -Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (2002), tendo em vista que a pesquisa abordava as mudanças das doenças que mais levavam a óbito no século XX.

Tabela 1 - Taxas médias de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, por sexo e idade, por 100 mil habitantes dos municípios, segundo as regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro, em três períodos, de 1979 a 2010

Região de Saúde	Média (79–89)	DP* (79–89)	Média (90 – 99)	DP* (90–99)	Média (00 –10)	DP* (00–10)	Nº de Municípios
Rio de Janeiro	601,8	----	461,2	----	309,6	----	1
Cinturão Metropolitano	669,9	111,3	550,8	80,0	364,4	43,1	11
Centro-Sul	691,4	77,6	549,9	46,4	359,7	25,1	7
Serrana	687,9	105,3	483,4	62,3	350,8	37,7	13
Norte	604,1	96,2	444,5	48,9	319,2	17,2	4
Baixada Litorânea	578,0	72,2	472,0	47,6	322,6	34,3	5
Niterói	550,1	----	425,6	----	259,4	----	1
Noroeste	643,4	47,5	487,5	56,2	347,7	14,4	7
Médio Paraíba	718,2	75,5	539,3	107,5	377,3	35,7	4
Baía da Ilha Grande	598,6	43,3	511,6	25,0	315,8	28,5	3
Total	658,8	93,6	505,8	70,5	347,1	37,7	56

Fonte: Soares (2015, n.p.).

Nota: *DP - desvio padrão das médias dos municípios da região.

Embora a forte onda neoliberal nesse período tenha contribuído para a precarização da saúde pública, é preciso considerar que os avanços deste período (Leis nº 8.080, nº 8.142, e a Política Nacional de Medicamentos) têm rebatimentos nos números da mortalidade por DAC, ocasionando em uma redução dos índices, ainda que pouco significativa.

No terceiro período analisado, de 2000 a 2010, constata-se uma redução de 47,3% em comparação ao primeiro período, nos índices de óbitos decorrentes de DAC, por 100 mil habitantes (347,1), no Estado do Rio de Janeiro. Nesse período, constatam-se medidas adotadas pelo Ministério da Saúde que fortaleceram o combate às doenças do aparelho circulatório (DAC), acarretando por sua vez, na significativa redução dos índices de mortalidade.

Entre as medidas que favoreceram as mudanças deste cenário, no referido período, destacamos o Plano de Reorganização à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus (PRAHADM), aprovado pela Portaria GM nº 16 de 03/01/2002; a instituição do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para hipertensão arterial e diabetes mellitus, através da Portaria nº 371 de 04/03/2002, e a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, através da Resolução nº 338 em 2004.

É imprescindível salientar que o alto índice de mortalidade devido às DAC não é pertinente apenas ao Estado do Rio de Janeiro, este é retrato do cenário brasileiro, fazendo-se necessário que sejam instituídas medidas de combate aos fatores de risco das doenças do aparelho circulatório e, isto se reafirma através dos estudos de Silva *et al.* (2006), em que apresenta dados de grande relevância com relação às causas de mortes no município de São Paulo, por exemplo⁶.

Em vista aos dados alarmantes de mortes decorrentes das DAC, o Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus (PRAHADM), criado em 2002, enquanto manual de “[...] instrumentos de capacitação dos profissionais da atenção básica” (BRASIL, 2002, p.5), destaca a hipertensão arterial (HA) e o diabetes mellitus (DM), como os dois principais fatores de risco para o agravamento das DAC (BRASIL, 2002, p.7).

O PRAHADM (BRASIL, 2002, p.9) apresenta dados acerca das DAC (infarto agudo do miocárdio, morte súbita, acidente vascular encefálico, edema agudo de pulmão e insuficiência renal) como a primeira causa de morte, ou seja, 27,4%, no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, publicado em 1998, sendo o acidente vascular encefálico (AVE) e o infarto agudo do miocárdio (IAM) as mais prevalentes.

Outro dado relevante que o PRAHADM (2002) apresenta na seção da epidemiologia é que na faixa de 30 a 69 anos, as referidas doenças – AVE e IAM são responsáveis por cerca de 65% das mortes no Brasil, ou seja, este dado representa a morte da população adulta e produtiva.⁷

Haja vista o seu caráter crônico e incapacitante, podendo deixar sequelas para o resto da vida [...]. Dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) demonstram que 40% das aposentadorias precoces decorrem das mesmas. (BRASIL, 2002, p.9)

O PRAHADM (2002) tem por objetivo, portanto:

[...] subsidiar tecnicamente os profissionais da rede de atenção básica, que, hoje, tem na estratégia saúde da família – ESF, uma perspectiva de reorganizar a atenção à hipertensão arterial – HA e ao diabetes mellitus – DM, enquanto os principais fatores para doenças cardiovasculares, além de reduzir os gastos para tratamento das mesmas” (PRAHADM, 2002, p. 9).

⁶Segundo Silva (2006), o Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade do Município de São Paulo (PROAIM), publicados em 2003, pela Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura Municipal de São Paulo, informa que em 2001 ocorreram 20.945 mortes decorrentes das Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), que correspondem a 32,3% dos óbitos do município.

⁷Além disso, as doenças cardiovasculares, entre 30 a 60 anos, foram responsáveis por 14% do total das internações, de modo que 17,2% devido ao AVE ou IAM, acarretou 25,7% do total de gastos da saúde. (BRASIL, 2002, p. 9).

Vale ressaltar assim, a importância da atenção ao alto número de casos de HA e DM no país, visto que no caso da hipertensão esta “[...] tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta [...] e forte relação com 80% dos casos de AVE e 60% dos casos de doenças isquêmicas do coração” (PRAHADM, 2002, p.9).⁸

Como parte integrante do PRAHADM, a Portaria nº 371, de 2002, institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para hipertensão arterial e diabetes mellitus (PNAFHADM), o qual tem como objetivos, conforme o artigo 2º:

- Implantar o cadastramento dos portadores de hipertensão e diabetes através da instituição do cadastro nacional de portadores de hipertensão e diabetes;
- Ofertar de maneira contínua para rede básica de saúde medicamentos para tratamento da hipertensão e diabetes;
- Acompanhar e avaliar os impactos da morbimortalidade para estas doenças decorrentes da implementação do Programa Nacional (BRASIL, 2002, n.p).

Sobre a oferta de medicamentos na rede básica de saúde é importante destacar que o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) publicou uma nota de repúdio a aprovação da Lei nº 13.714/2018 que altera a Lei de nº 8.742/1993 – Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), no que diz respeito a oferta de medicamentos a população. Esta alteração consiste no acréscimo de um parágrafo único do artigo 19º da referida lei que assim destaca:

A atenção integral a saúde, inclusive a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal [...] dar-se-á independentemente da apresentação de documentos que comprovem domicílio ou inscrição no cadastro no Sistema Único de Saúde (SUS) [...] (BRASIL, 2018, n.p).

O repúdio do CNAS concentra-se na compreensão de que “não compete à Assistência Social definir ações para a Política de Saúde e tratar da administração de medicamentos. Esta é uma prática exclusiva dos profissionais da Política da Saúde” (BRASIL, 2018, n.p).

Isto se contrapõe ao princípio da saúde, exposto na CF de 1988, onde a saúde é concebida como direito de todos, ou seja, a saúde tem em seu acesso o caráter universal, que independe da situação social e econômica do usuário. O que se constata através da análise da conjuntura atual é a presença forte e massiva da lógica neoliberal, cujo governo atual insiste em mantê-la viva.

⁸OAVE vem ocorrendo em idade precoce, com uma letalidade hospitalar em torno de 50%, e ainda, aqueles que sobrevivem, metade fica com algum grau de seqüela.

A partir do contexto retratado da saúde pública que enfatiza os altos índices de óbitos por doenças cardiovasculares, bem como, o desenvolvimento de mecanismos para o seu enfrentamento, o qual se materializa, por meio dos marcos legais: PRAHADM, PNAFHADM, PNM, destaca-se que o principal meio de tratamento se dá a partir de uma estratégia que envolve educação e modificação dos hábitos de vida atrelado ao tratamento medicamentoso, em conjunto ao trabalho de prevenção de outros fatores de riscos cardiovasculares.

O PRAHADM (2002) apresenta a importância de trabalhar na perspectiva das prevenções de doenças e complicações cardiovasculares, pois estas se classificam como, um modo mais eficaz para tratar os agravos das doenças, de maneira a reafirmar a importância de se trabalhar na perspectiva da educação para saúde, visto que, nos casos dos pacientes diabéticos tipo 2, 50% dos casos poderiam ser prevenidos se houvesse evitado, por exemplo, o excesso de peso, por alimentação inadequada, e outros 30% poderiam ser evitados através do controle do sedentarismo.

Sendo assim, colocar em evidência problematizações acerca do PRAHADM (2002), principalmente no que tange ao número de casos de hipertensão arterial e diabetes mellitus, diagnosticados na segunda década dos anos 2000, tanto quanto trabalhar na perspectiva das prevenções das doenças e contenção dos seus agravos, torna-se, portanto, imperiosa o reconhecimento da sua efetividade.

A pesquisa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGETEL)⁹ aponta que, em 2012, a média brasileira dos casos diagnosticados com hipertensão arterial foi de 23,01%, enquanto para os casos de diabetes mellitus a média foi de 6,46% (BRASIL, 2013, p. 98). Pesquisa realizada recentemente pela mesma instituição, no ano de 2019 e publicada em 2020, aponta que a média percentual brasileira de adultos diagnosticados com hipertensão arterial é de 23,39% e com diabetes mellitus é de 6,78%, não apresentando grande variação se comparada com os dados de 2012, mas revelando uma não redução do quadro epidemiológico (BRASIL, 2020, p. 92).

Logo identifica-se um crescimento, ainda que inexpressivo, nos casos diagnosticados de hipertensão arterial e diabetes mellitus, que por sua vez reafirma a projeção do crescimento do número de casos, principalmente, do diabetes mellitus apontado pelo PRAHADM (2002), bem como por Radovanovic *et al.* (2014), onde há uma estimativa para 2025, por exemplo, de 29% de pessoas diabéticas no Brasil. (RADOVANIVIC *et al.* 2014, p. 548)

⁹Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGETEL) é um sistema de monitoramento de fatores de risco para doença crônica de grande importância para a Saúde Pública brasileira.

Portanto, em consonância com as análises do PRAHADM (2002), Radovanivic *et al.* (2014) ainda aponta que o levantamento das principais prevalências que acarretam as doenças cardiovasculares, permite delinear a saúde brasileira, e ainda identificar os fatores de riscos como a alimentação inadequada e o sedentarismo.

No caso do sedentarismo, a pesquisa realizada pelo VIGETEL em 2012, indicou que a média de brasileiros fisicamente inativos é de 14,7% (BRASIL, 2013 p. 78), enquanto em pesquisa efetuada em 2019 aponta uma média de 13,9% (BRASIL, 2020, p.71), que demonstra uma suave queda nos dados.

Em contrapartida vale salientar que conforme destacado nas análises do PRAHADM (2002), a imprescindibilidade da adoção dos hábitos e estilos de vida saudável junto ao tratamento medicamentoso é necessária no combate ao avanço do diabetes mellitus e a hipertensão arterial. porém esta prática de hábitos saudáveis possui entrave para sua materialização, conforme aponta Stopa *et al.* (2018), pois, “[...] uma rotina diária de trabalho cansativa impacta na relação da atividade física no tempo livre”. (STOPA *et al.*, 2018, p.8).

Sendo assim, educar e orientar acerca de uma alimentação saudável e a importância da prática de atividades físicas, sob a perspectiva e recomendação do PRAHADM (2002) é limitada quando se trata da realidade social do usuário da política de saúde, haja vista que “[...] encadear mudanças nos padrões educativos de modo a perpetuar práticas saudáveis é um processo lento e heterogêneo” (STOPA *et al.*, 2018, p.8).

Ou seja, analisar o PRAHADM (2002), enquanto norma orientadora do Ministério da saúde, com o intuito de intervir no avanço das doenças cardiovasculares, por meio da contenção, principalmente, da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, permite questionar acerca dos seus limites institucionais, o qual se apresenta muito mais relacionado ao campo burocrático e informativo, do que a sua real efetivação, no que tange aos ideais propostos para o tratamento e o combate no avanço das referidas doenças.

Este desdobra outro questionamento no que concerne o âmbito da saúde pública, ou seja, qual é reflexo de um serviço público precarizado, fruto de uma disputa antiga entre os dois modelos de saúde, já retratada no presente artigo. A realidade é que a precarização imposta ao setor público da saúde se mostra como um dos principais entraves para a materialização dos objetivos propostos pelo PRAHADM (2002), porém, não é único.

Também é relevante nesta problematização considerar a realidade social do usuário, conforme sinalizado por Stopa (2018), visto que informar acerca da importância da adesão aos hábitos de vida saudável, em conjunto ao tratamento medicamentoso, não significa que o

usuário venha implementar estas mudanças em seu cotidiano. Isto porque, implica em outros fatores que estão fora do alcance da atuação e responsabilidade da política de saúde, como por exemplo, a questão socioeconômica, de grande parcela da população brasileira.

Nesse sentido efetivar a orientação e educação acerca dos hábitos de vida saudável está para além do campo da informação, tangencia, na verdade, o campo econômico, haja a vista o alto custo para a adesão a uma alimentação saudável. Porém, a materialização do hábito de vida saudável também está relacionada ao campo da realidade social do usuário da política de saúde, principalmente, se questionarmos qual é o perfil deste usuário no contexto político e econômico atual.

No que se refere ao acesso ao tratamento medicamentoso, relevante a este debate, este por sua vez, teve um aumento. A pesquisa de 2019 do VIGITEL informa que a média brasileira de adultos com hipertensão arterial que referiram tratamento medicamentoso da doença é de 81,51%, enquanto para os adultos com diabetes mellitus a média brasileira é de 88,08% (BRASIL, 2020, p. 95).

Segundo Stopa *et al.* (2018), desde 2011, por meio da campanha “Saúde Não Tem Preço”¹⁰, “[...]medicamentos para hipertensão arterial e diabetes mellitus são ofertados gratuitamente nas farmácias próprias do programa ou em drogarias privadas que tenham convênio com o Ministério da Saúde”. A autora ainda informa que a partir de tal estratégia houve “[...] um aumento de 70% na distribuição de medicamentos para a população diabética e hipertensa” (STOPA *et al.*, 2018, p.7).

No entanto, se faz necessário destacar, que o tratamento medicamentoso, exclusivamente, possui apenas um caráter curativo, ou seja, sem uma alimentação adequada e uma prática de exercícios torna-se árido o caminho percorrido para o enfrentamento do avanço da hipertensão arterial e do diabetes mellitus.

Portanto, o tratamento medicamentoso, como parte do tratamento contra a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, previsto pelo PRAHADM (2002), materializado através de campanhas como “Saúde Não Tem Preço”, por exemplo, não garante a sua efetividade. Visto que essa efetividade está relacionada a uma alimentação saudável e a superação do sedentarismo e, por sua vez, a sua efetivação está inserida em um campo para além dos limites

¹⁰O Programa “Saúde Não Tem Preço” foi criado no Governo Dilma Rousseff, em 2011, e oferece medicamentos gratuitos contra a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e a asma para todos os brasileiros. A iniciativa havia beneficiado, até 2014, mais de 20 milhões de pessoas desde o seu lançamento e, somente em maio de 2014, 6,4 milhões de pessoas foram beneficiadas. Mais de 30 mil farmácias em todo o País (dados de 2014), vinculadas a rede “Aqui tem Farmácia Popular” oferecem remédios de graça para as três doenças crônicas. Fonte: Agência Brasil de Comunicação, 2014 (CNTTL, 2014).

da atuação do referido documento, bem como, da própria política de saúde, principalmente, no que refere a real apreensão e prática da importância de novos hábitos de vida saudável, por parte dos usuários do sistema de saúde.

Fica assim evidente que a materialização do PRAHADM (2002) esbarra em limites sociais, políticos, econômicos e institucionais, onde as suas possibilidades no âmbito da oferta de informações, fornecimento de medicamentos, orientação e educação acerca dos hábitos de vida saudáveis, se relativizam quando se trata da realidade social, política e econômica na qual estamos inseridos, principalmente, no que tange a precarização e sucateamento do setor público da saúde.

4.Considerações Finais

O referido artigo teve como proposta realizar um debate crítico, bem como, problematizar acerca da importância do PRAHADM (2002), haja vista o seu papel no que tange ao enfrentamento dos altos índices das doenças cardiovasculares no Brasil, devido o avanço da hipertensão arterial e o diabetes mellitus, nos anos recentes, que tende a acarretar altos custos à saúde pública e ao usuário da política de saúde, acometido por essas doenças.

Para isso, foi necessário revisitar, brevemente, a trajetória da Política Pública de Saúde no Brasil, considerando as particularidades do cenário político brasileiro, que tem profunda relação com a história da saúde pública, bem como, o papel do Estado frente à referida política, considerando a marca do viés capitalista nesta relação.

Destacamos assim, que a realização de uma análise crítica e reflexiva sobre a saúde em conjunto com uma análise política, nos permitiu compreender os rebatimentos que o movimento político acarreta na gestão da saúde pública no Brasil, tendo em vista que, historicamente, a saúde pública vem sendo, paulatinamente, sucateada para favorecimento do setor privado, conforme apontado em pesquisas realizadas pelo IBGE, bem como, pelos autores citados neste artigo.

Sob este cenário, evidenciam-se os desafios que são enfrentados pelo PRAHADM (2002) que, na busca por atuar na identificação das causas destas doenças de maneira preventiva, é afetado pela relação do Estado com o capital, embora, seja preciso destacar a significativa relevância deste, no enfrentamento do crescente avanço das doenças cardiovasculares, como determinantes às principais causas de morte no país, apontado por estudos e dados estatísticos, recorrentes.

Vale salientar que a atenção ao tratamento e controle do diabetes mellitus não tange somente ao tratamento medicamentoso. Requer um tratamento aliado a mudança dos hábitos de vida que, atrelado ao tratamento medicamentoso, possa proporcionar ao paciente diabético, um controle da doença de maneira satisfatória. Este direcionamento educacional quanto aos hábitos de vida saudáveis é orientado pelo referido PRAHADM (2002), que esbarra em desafios que estão além do seu campo de atuação e responsabilidade, visto que a sua realização está profundamente relacionada a uma adesão aos novos hábitos, do usuário da política de saúde.

No entanto a adesão ou não da prática de hábitos saudáveis por parte do usuário, embora que imprescindível para o tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, é fruto da realidade social vivenciada por este, pois conforme apontado por Radovanovic (2014) e Stopa *et al.* (2018), a sua prática é relevante junto ao tratamento medicamento, porém a sua efetivação advém de um processo lento e sustentado por efetivas políticas sociais.

Portanto, conclui-se que o PRAHADM (2002), tem limites quanto a sua efetivação, no que tangem ao tratamento do combate a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, que, por sua vez, advém da realidade social relacionada a um cenário político e econômico os quais possuem rebatimentos na vida cotidiana do usuário da saúde pública; dos limites institucionais, que extrapolam a sua responsabilidade, haja vista o cunho socioeconômico do usuário que não dispõe de recursos suficientes para custear uma alimentação saudável; além de um cenário de precarização da saúde pública, demonstrada a partir de uma análise acerca da sua trajetória e que, historicamente, vem sem sucateada em detrimento do setor privado com a permissão do Estado.

5. Referências Bibliográficas

ALVES, Giovanni. Trabalho e Sindicalismo no Brasil: um balanço crítico da década neoliberal (1990-200). **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 19, p. 71-74, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil@03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acessado em: 15 set 2018.

BRASIL. Lei Federal n 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acessado em: 2 nov. 2020.

BRASIL. Lei Federal n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 28 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acessado em: 2nov2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de medicamentos – 2001**. Secretaria de Política de Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 371, de 4 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para hipertensão arterial e Diabete mellitus. **Diário Oficial da União**. Brasília, 6 mar. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 nov. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n° 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial**, Brasília, 6 de maio, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **VIGITEL BRASIL - 2012**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2012. Brasília, Distrito Federal, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2012.pdf. Acessado em: 2 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **VIGITEL BRASIL – 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília, Distrito Federal, 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>. Acessado em: 2 nov. 2020

BRASIL. Lei n° 13.714, de 24 de agosto de 2018. Altera a Lei n° 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre a responsabilidade de normatizar e padronizar a identidade visual do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e para assegurar o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 ago. 2018. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2018/lei-13714-24-agosto-2018-787108-publicacaooriginal-156272-pl.html>. Acesso em 21 set. 2018

BRAVO, Maria Inês Souza *et al.* Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana, Elizabete, et al (orgs.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Editora Cortez, 2006, capítulo, 1.5. p. 88- 110, volume 3.

BRAVO, Maria. Inês. Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **A Saúde no Brasil**: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal, 2008. Disponível em:

<http://textodaenf.blogspot.com/2008/02/sade-no-brasil-reforma-sanitaria-e.html>. Acessado em: 2 nov. 2020

BUCHALLA, Cássia Maria *et al.* A mortalidade por doenças infecciosas no início e no final do século XX no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 6, p. 335 - 344, 2003.

CNTTL. **Programa Saúde Não Tem Preço disponibiliza medicamentos gratuitos**. Confederação Nacional dos Trabalhadores em Transportes e Logísticas. [Entrevista com a Agência Brasil de Comunicação]. Disponível em: <https://cnttl.org.br/index.php?tipo=noticia&cod=3459> . Acessado em: 2 nov. 2020

IBGE. **Estatística do Século XX**. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, 2003. Disponível: <https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/29092003estatisticaecxxhtml.shtm>. Acessado em: 10 set . 2018.

LIMA, Júlio Cesar França. A Política Nacional de Saúde nos anos de 1990-2000 na contra mão da Reforma. *In*: PONTE, Carlos F.; FALLEIROS, Ialê. **Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: COC/EPSJV, 2010. cap. 9, p.277-310.

POCHMANN, Marcio. Trabalho e Formação. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 491-508, maio/ago.2012.

PORTO, Maria Célia da Silva. Estado e neoliberalismo no Brasil contemporâneo: implicações para as políticas sociais. *In*: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 4, 2009, São Luís, MA. **Anais [...]**. São Luís: UFMA, 2009, p. 01– 09.

RADOVANOVIC, Cremil de Aparecida Trindade *et al.* Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Maringá, v. 22, n. 4, jul.-ago. 2014, p. 548.

SILVA, Terezinha Rodrigues *et al.* Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.3, p.180-189, set-dez, 2006.

SOARES, Gabriel Porto *et al.* Evolução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório nos municípios do estado do Rio de Janeiro, de 1979 a 2010. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro v. 104, n 5, p. 356-365, 2015.

STOPA, Sheila Rizzato *et al.* Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão às medidas comportamentais no município de São Paulo, Brasil, 2018. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 10, e00198717, 2018.

EMERGÊNCIA HOSPITALAR E SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS À CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE*

HOSPITAL EMERGENCY AND SOCIAL WORK: CHALLENGES TO THE CONSTRUCTION OF COMPREHENSIVE HEALTH CARE

PURL: <http://purl.oclc.org/r.ml/v6n2/d2>

Cristian Castelar Pessanha[†]

 <https://orcid.org/0000-0003-1622-2604>

Carlos Moraes[‡]

 <https://orcid.org/0000-0002-1070-3186>

Resumo: Neste artigo objetiva-se contribuir com o debate referente ao trabalho de assistentes sociais no setor de emergência hospitalar, tendo por base o princípio da integralidade da assistência à saúde. Para tanto, metodologicamente, optou-se por estudo bibliográfico e documental, sendo este último realizado em documentos de estágio na área de Serviço Social em um Hospital em Campos dos Goytacazes, RJ. Os resultados apontam que o trabalho de assistentes sociais assume as implicações de um setor construído para o atendimento imediato a variedade de demandas apresentadas. Entretanto, como um agente da integralidade, há um compromisso ético-político por parte de assistentes sociais, que o desafia na direção de ultrapassagem da imediaticidade destas ações focalizadas no adoecimento físico. Neste caso, torna-se essencial redirecionar o olhar e o trabalho profissional para além dos muros institucionais, na busca por examinar os determinantes sociais que envolvem o cotidiano dos usuários e que repercutem diretamente no seu processo de adoecimento.

Palavras chave: Serviço Social. Emergência hospitalar. Integralidade da atenção à saúde.

Abstract: This article contributes to the debate regarding the work of social workers in the hospital emergency sector based on the principle of comprehensive health care. To this end, methodologically, a bibliographic and documentary study was chosen, the latter was conducted on internship documents in the area of Social Work at a Hospital in Campos, RJ. The results show that the work of social workers assumes the implications of a sector built for immediate assistance to the variety of demands presented. However, as an agent of integrality, there is an ethical-political commitment on behalf of social workers, which challenges you in the direction of overcoming the immediacy of these actions focused on physical illness. Here, it is essential to redirect the look and professional work beyond the institutional walls, in the search to examine the social determinants that involve the users' daily lives and that directly affect their illness process.

Keywords: Social Work. Hospital emergency. Comprehensive health care.

* Artigo recebido em: 14 de agosto de 2020. Aceito em: 28 de outubro de 2020

[†] Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social de Campos/Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil. Autor correspondente. E-mail: castelar_33@hotmail.com

[‡] Professor Adjunto do Departamento de Serviço Social de Campos e docente do Programa de Estudos Pós Graduados em Política Social, Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil. Doutor em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica (PUC SP); Mestre em Política Social pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF); Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: carlosantoniomoraes@id.uff.br

1. Introdução

Este artigo objetiva contribuir com o debate referente ao trabalho de assistentes sociais na política de saúde, particularmente no setor de emergência hospitalar, tendo por base o princípio da integralidade da assistência à saúde³.

Parte da compreensão de que as transformações recentes no mundo do trabalho, articuladas ao ideário neoliberal e a globalização/mundialização do capital, enquanto estratégia do capital em sua condição de crise estrutural, atingem o conjunto da classe trabalhadora, dentre estes os/as assistentes sociais que, enquanto trabalhadores assalariados, vivenciam situações de flexibilização, precarização, terceirização, exploração e opressão do trabalho⁴, em um contexto de complexificação e agravamento das expressões da questão social, além de processos de *desfinanciamento* e destruição das políticas sociais, o que implica na precarização dos serviços sociais.

Na particularidade da política de saúde, verifica-se que, desde a sua promulgação com a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90), o Sistema Único de Saúde (SUS), vem sofrendo ataques fundamentados na ideologia neoliberal com vigência no Brasil a partir dos anos 1990, o que dificulta a efetivação do SUS Constitucional, por meio do *subfinanciamento* da política e, sobretudo a partir de 2016, de seu *desfinanciamento*.

O “*desfinanciamento da política de saúde pública brasileira*” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018), tem acarretado a precarização dos serviços, por meio da falta de materiais e equipamentos essenciais à realização de procedimentos; além de equipamentos deteriorados; da instabilidade dos vínculos trabalhistas; ausência de profissionais de saúde em determinadas

³ A partir da Constituição Federal brasileira de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), se organiza em três princípios doutrinários que norteiam as ações na saúde, sendo eles: Universalidade, Integralidade e Equidade.

⁴ De forma geral, a precarização do trabalho é abordada a partir das principais alterações no trabalho em nível mundial no contexto contemporâneo. Tendo por base o modelo de acumulação flexível, são exemplos, as novas formas de gestão intensivas e poupadoras de mão de obra, heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora, a produção conduzida pela demanda/estoque mínimo, processo de trabalho intensificado, sindicalismo de envolvimento, desemprego estrutural e várias alternativas de trabalho e de geração de renda. Já a flexibilização no que tange as relações de trabalho, implica na redução drástica das fronteiras entre a atividade laboral e o espaço da vida privada, no desmonte da legislação trabalhista, em novas modalidades de contratação e na sua expressão negada, o desemprego estrutural. A terceirização é uma das modalidades e possibilidades do capital consumir força de trabalho, além de também contribuir para os processos de desregulamentação dos direitos do trabalho (ANTUNES, 2006). Já para Alves (2011, p. 124) a exploração é motivada pelo fundamento do lucro do capital, e não mais é como a que ocorria nos séculos XIX ou XX, havendo uma exploração “do trabalhador pelo próprio trabalhador”. Por fim, a opressão, agudizada pela junção da flexibilização e exploração do trabalho e, somada a instabilidade do emprego, faz com que os trabalhadores se tornem reféns de seus superiores, numa consciência empírica de que são eles mesmos os responsáveis por garantirem seu lugar na empresa/instituição, conforme explica Alves (2011).

regiões do País; terceirização dos serviços; atraso de salários; sobrecarga das atividades profissionais; imediatismo das ações; e adoecimento dos trabalhadores da área da saúde, dentre outros.

Neste contexto de *des*financiamento da política e de precarização exacerbada dos serviços de saúde, verifica-se ainda que suas ofertas se pautam, predominantemente no modelo médico-assistencial hegemônico, que se caracteriza pela ênfase na assistência médica curativa, cultura institucional hospitalocêntrica e hegemonia do saber/poder médico, em que tudo converge para a doença (MORAES, 2016; 2019).

Contudo, os processos de *des*financiamento da política também atingem estes modelos institucionais que, apesar de sua centralidade, também tem sido precarizados, não conseguindo, em muitos momentos, recursos para atividades básicas, pautadas no diagnóstico e tratamento de doenças, o que tem contribuído para que usuários estejam morrendo por falta de atendimento médico em diversas regiões do País.

O corte nos recursos para saúde, o descaso e os esquemas que privilegiam os serviços de alto custo direcionados à rede privada e/ou filantrópica conveniada, submetem os trabalhadores ao sofrimento que coexiste articulado a busca individualizada pelo atendimento médico, em situações em que o risco de morte se agrava, pela falta de recursos para manter a vida.

Além disso, é acentuado ao longo destes anos, a necessidade da população recorrer a saúde como produto e que, aqueles que não conseguem acessá-la pelas vias do mercado, tornam-se banalizados e indesejados ao projeto capitalista vigente no País. Nestes casos, é elemento fundamental para esta análise, reconhecer que estes sujeitos sociais são predominantemente, de identidade negra, moradores das periferias, com baixa escolaridade, em atividades laborais desprotegidas e inseguras e que, são constantemente julgados e punidos a partir de um discurso meritocrático, moralizador e discriminador (MORAES, SANTOS, BOTELHO, 2020).

Assim, verifica-se que a precariedade, marca da sociedade do capital no mundo contemporâneo, tem sido transversal no trabalho, na política social, nos serviços sociais e na vida social, o que demanda na particularidade do trabalho de assistentes sociais, além de seu auto reconhecimento nestas condições enquanto classe trabalhadora, movimentos teórico-políticos e interventivos capazes de fortalecer a dimensão intelectual do trabalho, na perspectiva do projeto profissional e enfrentar coletivamente, os dilemas e constrangimentos decorrentes de processos histórico-estruturais e manifestos no “miúdo da vida social” (YAZBEK, 2018).

Em serviços hospitalares, as condições de precariedade assumem implicações diferenciadas, incidindo no agravamento dos processos de adoecimento e morte de sujeitos sociais. Nestes espaços, recursos tecnológicos, equipamentos e materiais básicos para cirurgia, exames, diagnóstico, tratamento de doenças e cuidado dos pacientes, além de recursos humanos capacitados e experientes, são essenciais para o atendimento da variedade de demandas dirigidas a esta instituição e que, de maneira geral, exigem respostas imediatas e eficazes.

Para Cecilio e Merhy (2003), o hospital estrutura suas ações através dos atores que compõe sua equipe multidisciplinar, no qual depende de sua articulação para o êxito de suas intervenções. Portanto, para que esse cuidado aconteça no ambiente hospitalar depende da integração dos trabalhadores, desde as funções nas áreas de limpeza até o corpo médico da instituição, englobando a todos para o cuidado da saúde de seus usuários. Tal prerrogativa, fundamental ao trabalho que se propõe, não pode ser deslocada dos elementos anteriores, quais sejam: o trabalho em equipe, de forma integrada e na direção do cuidado em saúde, também é condicionado pelas condições objetivas para a sua construção.

Ainda assim, é preciso reconhecer que no hospital há

Uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital (CECILIO; MERHY, 2003, p. 2).

Além disso, os autores ressaltam (2003) que o hospital deve ser visto como uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para atingir a integralidade de que necessita. Para tanto, defendem que a *democratização da vida do hospital* deve estar articulada a criação de dispositivos que o conectem de maneira legítima a rede de serviços.

O hospital como uma “estação” capaz de pensar e criar estratégias de intervenção nas necessidades sociais dos sujeitos deve ser visto como um componente da integralidade do cuidado de maneira ampliada. Nesta instituição, perpassam os mais variados sujeitos, que apresentam variadas necessidades, em diferentes fases de suas vidas. Neste sentido, destacam os autores:

(...) o momento de alta de cada paciente deve ser pensado como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, não apenas de forma burocrática, cumprindo um papel de contra-referência, mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária àquele paciente específico. O período da internação pode, inclusive, ser aproveitado para apoiar o paciente na direção de conquistar uma maior autonomia e na reconstrução de seu modo de andar a vida (MERHY, CECÍLIO, 2003, p. 6).

As contribuições dos autores nos permitem afirmar que a *reconstrução do modo de andar a vida* não deve ser pautada na responsabilização exclusiva dos sujeitos e suas famílias, mas também ou sobretudo, proporcionada pelo Estado por meio de políticas sociais públicas universais, inclusivas e ofertadas em condições dignas para a garantia da qualidade dos serviços sociais (MORAES *et al.*, 2018).

Diante destes apontamentos preliminares, se reconhece os complexos desafios direcionados aos trabalhadores da área da saúde e, mais particularmente aos/as assistentes sociais que se propõem a contribuir com a efetivação do direito à saúde e promover a articulação com as demais políticas sociais, através de intervenções fundamentadas em conhecimentos teórico-metodológico, ético-político, técnico e da realidade social dos usuários, especialmente as expressões da questão social que atravessam suas vidas, repercutem em seu processo de adoecimento e agravam as suas necessidades sociais.

Diante disso, para o desenvolvimento deste artigo, metodologicamente, recorreu-se a estudo bibliográfico, a partir das chaves de busca “integralidade da assistência à saúde”; “Serviço Social e saúde”; “O trabalho do/a assistente social em hospitais”; “O trabalho do/a assistente social no setor de emergência hospitalar”. Como critério de seleção deste material, optou-se predominantemente, por aqueles produzidos pelo Serviço Social como área de conhecimento e por intelectuais da área da saúde, fundamentados na teoria crítica.

Além disso, recorreu-se a documentos construídos por um dos autores deste artigo, ao longo do estágio supervisionado em Serviço Social realizado na emergência de um Hospital em Campos dos Goytacazes⁵, RJ no período de março de 2017 a julho de 2018, tais como: diários de campo, relatórios de atividades, relatórios semestrais, instrumento de observação, instrumento para análise institucional e projeto de intervenção.

Mediante esta proposta, optou-se por construir este artigo dividindo-o em dois itens: o primeiro enfatiza as definições teórico-conceituais da integralidade da assistência à saúde. Posteriormente, aborda os desafios ao trabalho do/a assistente social em setores de emergência hospitalar, na perspectiva da integralidade da assistência à saúde e respaldando-se no projeto ético político profissional⁶.

⁵ O processo de estágio supervisionado na área de Serviço Social no setor de emergência hospitalar foi determinante para a construção deste estudo que, além de gerar a produção do trabalho de conclusão de curso de um dos autores deste artigo, proporcionou a atualização do debate proposto e a construção deste artigo.

⁶ Este pode se realizar nas seguintes dimensões no universo da profissão: nos seus instrumentos legais, que asseguram direitos e deveres desses profissionais e defendem a autonomia profissional na condução do seu trabalho; nas expressões da categoria e manifestações coletivas, através dos Conselhos Federal e Regionais de Serviço Social (CFESS, Cress), da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss), que se posicionam política e publicamente em face da realidade em que vivemos, das expressões da “questão social”, do Estado, sociedade, políticas públicas e demais profissões e que, conforme Yazbek (2014), articulam e

2. A integralidade da atenção à saúde

Entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), ganha relevância na proposta deste artigo, o princípio da integralidade, definido no Art. 7º da Lei 8.080 / 1990 como: “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Lei 8.080 de 1990).

A integralidade tem assumido diferentes níveis analíticos e pontos de vista, tratando-se de uma diretriz articulada, em última instância, à mudança do modelo assistencial em saúde. Em sintonia com o previsto em lei, segundo Melo e Viana (2012, p. 162):

A integralidade inclui a articulação entre os níveis de atenção, com garantia da priorização de ações de promoção e prevenção, mas também envolvendo a assistência curativa. É assegurada, no plano jurídico, como um dos princípios estabelecidos legalmente para efetivação e concretização da política de saúde, junto com a participação da comunidade e a descentralização.

No entanto, para Machado *et al.* (2007), não existe uma definição engessada para o termo integralidade, pois, sendo a mesma assegurada como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e garantida na Constituição Federal de 1988, ela também “é uma ‘bandeira de luta’, parte de uma ‘imagem objetiva’ num enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas, por alguns, desejáveis” (MACHADO *et al.*, 2007, p. 336). Portanto, acrescentando a tal perspectiva “ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária” (MATTOS, 2009, p. 45).

Além disto, a integralidade está vinculada “a imagem subjetiva como elemento balizador no sistema de saúde atrelado ao ideário do desejo, repleto de sentimento, de emoção e de motivação para uma construção coletiva na defesa da saúde” (MACHADO *et al.*, 2007,

organizam a presença dos assistentes sociais em lutas coletivas na direção da construção de outra ordem societária; na articulação com outras profissões, movimentos sociais e entidades internacionais de Serviço Social; no trabalho profissional, na defesa da qualidade dos serviços prestados, fortalecimento dos direitos dos usuários e a defesa de uma nova sociabilidade, através da construção de uma prática baseada na perspectiva crítico-dialética, por meio do cultivo da pesquisa e da dimensão investigativa, que aprofundam a busca do saber-fazer, ancorados no tipo de sociedade que se deseja; no ensino universitário, em nível de graduação e pós-graduação, responsável pela qualificação, formação teórica e construção de um perfil profissional dotado de estatuto intelectual. Nesse caso, há a afirmação e defesa das Diretrizes Curriculares de 1996 para o curso de Serviço Social e a luta crítica à contrarreforma universitária, que tem mercantilizado a educação, desqualificando a formação profissional. Além disso, há a defesa da autonomia e presença política do movimento estudantil no Serviço Social (MORAES, 2016, p. 596).

p. 336). Deste modo, a integralidade permite alcançar os indivíduos em sua totalidade, a partir da coleta de informações desses indivíduos em suas necessidades de atenção à saúde, acrescida de intervenção profissional qualificada.

Para Mattos (2004), o termo integralidade é usado desde o processo de construção da Reforma Sanitária no Brasil, sendo definido posteriormente, como um dos princípios do Sistema Único de Saúde. Deste modo, este termo se destaca em, pelo menos três sentidos:

Um primeiro aplicado a características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde. Aqui, a integralidade se referia sobretudo à abrangência dessas respostas governamentais, no sentido de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais. Um segundo conjunto de sentidos era relativo a aspectos da organização dos serviços de saúde. Um terceiro era voltado para atributos das práticas de saúde (MATTOS, 2004, p. 1411).

Assim, o princípio da integralidade, conforme a Constituição Federal de 1988, se articula em “diversas dimensões ou lógicas das ações e dos serviços de saúde: promoção, proteção e recuperação, no primeiro, e atividades preventivas e assistenciais, no segundo” (MATTOS, 2004, p. 1412).

Neste sentido, a promoção da saúde tem seu ponto de partida na articulação de políticas sociais, buscando apreender e responder aos problemas da população. Então, Machado *et al.* (2007) apontam que:

Dentro dessa abordagem, a Promoção da Saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Neste sentido, incorpora na sua práxis, valores como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria que se constitui numa combinação de estratégias, envolvendo vários atores: Estado, comunidade, família e indivíduo (MACHADO *et al.*, 2007, p. 336).

Assim também, a integralidade consiste em ações assistenciais e preventivas nos serviços de saúde. Então, as ações na assistência são demandadas “[...] a partir de uma experiência de sofrimento e de uma leitura de ser possível encontrar alento para tal sofrimento num serviço de saúde” (MATTOS, 2004, p. 1413). Portanto, pode-se ampliar o conceito da assistência na integralidade, onde é definida:

Como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; divulgação de informações quanto ao potencial

dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário (MACHADO *et al.*, 2007, p. 336).

Deste modo, para Mattos (2009) as ações preventivas ocorrem no silêncio das instituições de saúde, onde essas ações se antecipam à experiência de sofrimento do usuário. Tal perspectiva resulta do olhar qualificado do/a profissional de saúde, sendo que “isso significa incluir no seu cotidiano de trabalho rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, posto que menos vinculadas à experiência individual do sofrimento” (MATTOS, 2004, p. 1413).

Sendo assim, a integralidade na prática em ações preventivas ocorre com o fortalecimento do trabalho em equipe e troca de saberes. Neste sentido, Machado *et al.* (2007) afirmam que

Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, precisamos exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde. É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca [...] entre os distintos saberes formais e não-formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo (MACHADO *et al.*, 2007, p. 337).

Portanto, “não se trata de simplesmente desenvolver protocolos ou rotinas capazes de identificar e oferecer ações preventivas não demandadas diretamente pelas pessoas que procuram os serviços de saúde” (MATTOS, 2004, p. 1413). Assim, o profissional deve adotar uma postura baseada em conhecimentos técnicos, teóricos, políticos, sociais e culturais, buscando entender o contexto de trabalho e dos sujeitos sociais e, a partir daí, desenvolver ações de saúde assistenciais e preventivas.

Deste modo, ao particularizar a proposta deste artigo – refletir a respeito do princípio da integralidade no setor de emergência hospitalar – observa-se desafios que ultrapassam o comprometimento individual de profissionais de saúde pelo trabalho com tal princípio. Se verifica que o desfinanciamento da política de saúde na atual conjuntura, a precarização dos serviços sociais e a complexificação das expressões da questão social, dentre outros, são questões que transitam entre contextos internacionais, nacionais, regionais e locais e, que tem contribuído para falta de acesso aos serviços, a redução de sua qualidade e, muitas vezes para o adoecimento dos próprios profissionais de saúde. Neste contexto, os sofrimentos da população dependente do SUS, não estão restritos ao seu processo de adoecimento, mas também às condições pelas quais o processo de adoecimento é construído. Assim, por múltiplas formas,

esta população tenta acessar os cuidados, responsabilizando-se, muitas vezes, pela garantia da integralidade que necessita.

3. O trabalho de assistentes sociais no setor de emergência hospitalar: desafios à construção da integralidade de atenção à saúde

De modo geral, o setor de emergência se caracteriza pela alta rotatividade de usuários em variados quadros clínicos. De imediato, objetiva por meio de sua equipe de trabalho, atuar sobre a situação de dor e sofrimento físico dos usuários que, em determinados casos, podem se encontrar em risco de morte. Assim, “tal abordagem implicaria em garantir, desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resultasse em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada” (CECILIO; MERHY, 2003, p. 1). Portanto, o setor de emergência hospitalar atende a uma população variada, a partir da ocorrência de situações que agravam a saúde do paciente e exigem intervenções imediatas e reparadoras, buscando promover a sua saúde.

A questão a ser sinalizada é que, esta lógica de cuidado em saúde, fundada no tratamento da doença instalada no corpo, não tem sido uma característica exclusiva dos setores de emergência. Para Moraes, Santos e Botelho (2020) articulado ao desfinanciamento da política de saúde no Brasil e a precarização dos serviços de saúde pública, tem-se reduzido à saúde ao modelo biomédico. Neste sentido, os autores destacam que, ainda que existam avanços referentes à perspectiva de integralidade das ações, a partir de um trabalho que compreenda os determinantes sociais da doença e suas implicações e significados para a vida e as relações sociais estabelecidas pelos sujeitos, o atual contexto privilegia modelos institucionais centrados na cura do corpo físico que, também tem sido atingidos pelo desfinanciamento da política e sofrido processos de precarização, não conseguindo, em muitos momentos, recursos para atividades básicas, pautadas no diagnóstico e tratamento de doenças físicas.

Além disso, acrescentam que “a organização desses serviços, centralizada na ordem médica, hierarquiza e subalterniza funções e tarefas aos demais trabalhadores da saúde, entre eles os assistentes sociais” (MORAES, 2016; MORAES; SANTOS; BOTELHO, 2020). Destacam que o processo de hierarquização e organização do trabalho tem limitado o campo de atuação do/a assistente social na política de saúde, resultando a este, atuar em resolução de problemas institucionais, individuais e realizando atividades secundárias o que de forma mais ampla, é funcional à sociedade do capital.

Nesta direção, Vasconcelos (2009) aponta como desafio ao/a assistente social:

Superar a condição de complementação de serviços médicos, a partir de uma relação secundária não só com a medicina, mas com os demais profissionais de saúde e com os gestores, para, no campo da saúde/doença, sedimentar uma atuação autônoma, mas não isolada e fragmentada das demais profissões, priorizando o enriquecimento da subjetividade, a promoção e a prevenção, sem prejuízo das ações assistenciais. Esse é um processo que envolve a reestruturação do Serviço Social nas unidades de saúde, tanto no que se refere à distribuição dos assistentes sociais, quanto às ações necessárias junto aos usuários (VASCONCELOS, 2009, p. 2).

Ao particularizar tais problematizações com o Serviço Social em setores de emergência hospitalar, especialmente em um hospital em Campos dos Goytacazes/RJ, ressalta-se que esta profissão conta com 7 assistentes sociais neste setor específico, organizados em regime de plantão de 24 horas semanalmente. Além disso identificou-se que a rotina de trabalho tem início com a troca de informações entre as assistentes sociais, referentes ao trabalho, especialmente, as pendências do plantão anterior, sejam elas demandas relacionadas a instituição e/ou aos usuários.

Ainda neste mesmo movimento, são realizadas leituras das Fichas Sociais; do Livro de Ocorrência e Levantamento do número de pacientes internados na Emergência a partir da ficha de atendimento anexada ao prontuário. A partir disto, o/a assistente social se organiza para realizar o preenchimento das fichas sociais de todos os pacientes internados no setor após 72 horas.

Deste modo, a partir de entrevista para preenchimento das fichas sociais, o/a assistente social coleta informações pessoais do usuário e familiares, buscando ao mesmo tempo, compreender e analisar situações que ultrapassam a “demanda espontânea”. Vasconcelos (2001) destaca que a “demanda espontânea” se caracteriza pela iniciativa do usuário ou demais profissionais de saúde e serviços em procurar o Serviço Social para “obter acesso aos serviços da unidade, para orientações diversas ou para acesso aos serviços, orientações e reclamações” (VASCONCELOS, 2009, p. 7).

Mediante ao acesso a tais dados e às demandas a eles/as vinculadas, são trabalhadas informações e recomendações institucionais ao usuário e acompanhante, tais como: horário de visita, portar documentação pessoal com foto durante o período de internação, trocas de acompanhantes e orientações sócio educativas relacionadas ao processo de saúde e doença do usuário. Após esse primeiro contato, o/a profissional sistematiza as informações no relatório de entrevista e preenche o livro de ocorrências.

Ao reunir tais dados, o/a assistente social passa a dispor de informações relevantes ao trabalho em uma perspectiva mais ampliada, não se restringindo a dimensão médico-biológica e, ainda que em um setor centrado em práticas imediatas, mediante o caráter das demandas, amplia a suas possibilidades de trabalho na perspectiva da integralidade da atenção à saúde. Nesta perspectiva, reconhece a essencialidade do tratamento físico e imediato dos/as pacientes em setores de emergência hospitalar, mas avança na compreensão de que doenças iguais, não necessariamente, significam necessidades iguais, apreendendo assim, as necessidades sociais que permeiam as condições de vida do usuário. Desta forma, “o hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado pensada de forma ampliada, como uma ‘estação’ no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita” (CECILIO; MERHY, 2003, p. 4).

Entretanto, tal possibilidade não é responsabilidade somente de uma categoria profissional, neste caso específico o Serviço Social, mas sim, de uma articulação entre as demais categorias que compõe a equipe de saúde no interior do hospital, e também da articulação com as demais instituições que integram a rede de saúde. Para Cecilio e Merhy (2003) os serviços de emergência hospitalar se tornaram uma porta de entrada para população acessar os serviços de saúde, causando demanda interminável, mediante as fragilidades da atenção básica em saúde.

Neste contexto permeado pelos desafios do trabalho em equipe na perspectiva da integralidade, reconhece-se como expresso em momentos anteriores, que as dificuldades atuais da política de saúde são muitas e que, mais amplamente, são determinadas pela crise estrutural do capital e as estratégias dela decorrentes, tais como: a reestruturação produtiva, o neoliberalismo, a globalização/mundialização do capital, com profundos impactos nas expressões da questão social e nas políticas sociais, havendo nos tempos que seguem, amplos processos que envolvem o seu desfinanciamento e destruição.

Portanto, fundamentados em uma perspectiva histórico-estrutural de análise da sociedade do capital, da política social e do trabalho, particularmente o de assistentes sociais, assumimos a compreensão de que, nos espaços específicos de atuação profissional, a intervenção profissional é profundamente impactada por esta realidade que, ao mesmo tempo em que condiciona e limita o trabalho, desafia assistentes sociais compromissados com o projeto ético-político profissional a avançar no enfrentamento de tais processos, tensões e contradições, ainda que esse complexo de elementos tenha gerado muitos sofrimentos à classe trabalhadora, onde inclui-se esta categoria profissional.

Assim, para Moraes (2016, p. 158):

Se não houver fortalecimento da categoria, criação de alianças estratégicas com demais profissionais que participam dos mesmos processos de trabalho que os assistentes sociais, aprimoramento profissional constante, estudo e análise de realidade, identificação com a profissão afinada ao conhecimento e firmeza dos princípios ético-políticos, serão ainda mais reduzidas as possibilidades de ultrapassar as margens institucionais que tendem a limitar os profissionais e a restringir consideravelmente sua capacidade crítica, ameaçando a dimensão intelectual do trabalho profissional na perspectiva do projeto ético-político profissional atual.

De forma mais ampla, Cecilio e Merhy (2003) destacam que a integralidade perpassa todo o sistema de saúde, não havendo integralidade em sua gênese caso se limite às necessidades saúde/doença do usuário. Assim, para se atingir objetivos amplos no sentido da integralidade, se faz necessário um trabalho que permita o acesso aos demais serviços de saúde que compõe o SUS.

Na particularidade do Serviço Social, observa-se que esta profissão atende às demandas institucionais e dos usuários advindas do cotidiano de trabalho na emergência hospitalar e imersos em mazelas que integram o SUS. De forma geral, as análises construídas no contexto particular de estudo (emergência hospitalar em Campos dos Goytacazes), permitem apontar que as principais demandas do trabalho neste setor estão vinculadas a realização de contato telefônico com familiares; Participação na comunicação de óbito que acontece na sala do Serviço Social, sendo realizado pela equipe médica; visita domiciliar quando necessário; Encaminhamentos, objetivando um possível acesso as demais Políticas Públicas; Confecção de declarações para comprovação de internação ou de acompanhante e; Comunicação de alta na pediatria e clínica médica, fato que ocorre somente aos sábados e domingos, devido à presença de somente um/a assistente social de plantão no hospital. Além destas, observou-se o preenchimento das notificações compulsórias de suspeita/confirmação de violências contra criança, adolescente, mulher e idoso.

A análise do conjunto destas demandas indica a predominância de um trabalho administrativo, centrado na elaboração de documentos para usuários e demais profissionais, além da mediação e resolução de conflitos. Ainda assim, é possível verificar ações que se articulam à rede de atendimento assistencial e a família, ultrapassando o desenho institucional e criando estratégias que, ora tendem a promover o acesso a outras políticas, ora tendem a reforçar o caráter de responsabilidade da família, sobretudo, em um contexto em que, muitas vezes, os usuários, estão incapacitados de enfrentar as demandas que lhes são postas, mediante o seu processo de adoecimento.

Ainda assim, considera-se necessário que o/a assistente social na área da saúde amplie o seu olhar objetivando analisar as demandas sociais que determinam a condição saúde/doença dos usuários, de modo a compreender as necessidades sociais intrínsecas a sua condição de vida, enquanto expressões da questão social.

Para os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010), é relevante reconhecer os usuários da saúde como sujeitos de direitos, em um contexto de cidadania e de democracia. Nesta mesma direção, Martinelli (2011) acrescenta que

Este é o compromisso que nos cabe assumir e que somente pode ser alcançado por meio de práticas interdisciplinares, pautadas em um horizonte ético de humanização e de respeito à vida. Isto exige um contínuo processo de construção de conhecimentos, pela via da pesquisa e da intervenção profissional competente, vigorosa e crítica, alicerçada na Política Nacional de Saúde e no Projeto Ético Político do Serviço Social (MARTINELLI, 2011, p. 500).

Portanto, as intervenções do Serviço Social na saúde devem ser planejadas tendo o hospital como uma estação capaz de pensar e criar estratégias de intervenção nas necessidades sociais dos sujeitos. Este deve ser visto como um componente da integralidade do cuidado de maneira ampliada (MERHY; CECÍLIO, 2003). Sendo assim, “como área de conhecimento e de intervenção na realidade humano social, o Serviço Social deve mobilizar-se, cada vez mais intensamente, na perspectiva da assistência integral à saúde da população atendida” (MARTINELLI, 2011, p. 500).

Entretanto, a precarização dos serviços de saúde tem causado obstáculos e produzido lacunas na qualidade dos serviços prestados que, refletem não somente no Serviço Social, mas em toda equipe de profissionais da saúde. Assim, no Serviço Social no setor de emergência hospitalar, a alta rotatividade de atendimentos tem se tornado um campo privilegiado para se atender, prioritariamente as demandas institucionais, desde o preenchimento das fichas sociais, livros de ocorrência e até em resolver situações que não competem à profissão. Tais situações contribuem para reafirmar um lugar ao/a assistente social como solucionador de problemas individuais e imediatos, de forma a contribuir para o ordenamento institucional em um contexto de precariedade laboral e, mais amplamente, de crise do capital.

Deste modo, observa-se que esta rotina pode ser caracterizada por atividades que se dividem em duas variáveis principais - administrativas e assistenciais – que tem sido desenvolvidas, predominantemente a partir de demandas imediatas (MORAES, 2020). Sendo assim, referente às demandas dos usuários, as ações do Serviço Social no contexto hospitalar especialmente aqueles organizados em regimes de plantão, se resumem em "orientações

diversas", "encaminhamentos", "esclarecimentos", "informações", "providências", "apoio", "aconselhamento", atividades apontadas pela quase totalidade dos assistentes sociais". (VASCONCELOS, 2001, p. 6).

Segundo Moraes *et al.* (2018), nesse caso, é importante sinalizar que se, por um lado, as principais demandas apresentadas pelos usuários aos profissionais (frutos de procura espontânea, encaminhamentos internos ou externos) dizem respeito ao seu processo de adoecimento e tratamento (acesso a médicos, acesso a medicamentos de alto custo, a exames e tratamento específicos; maus tratos com idosos; repercussão da dependência química na dinâmica familiar, dentre outros), por outro lado extrapolam as atividades desenvolvidas nos serviços de saúde, demonstrando que o processo de adoecimento é construído socialmente.

Ainda que com uma série de dificuldades e condicionantes objetivos ao seu trabalho – em que são centrais a dimensão biomédica, articulada a imediticidade, flexibilidade e a precarização dela decorrente - o Serviço Social na emergência tem tentado avançar em suas intervenções através do trabalho socioeducativo de promoção da saúde. Para Moraes *et al.* (2019), esta é uma estratégia importante e legítima criada pelo Serviço Social no cotidiano dos serviços públicos de saúde, cada vez mais precários, para o enfrentamento da realidade capitalista contemporânea.

Para tal perspectiva, é relevante fundamentar-se no princípio da integralidade a partir do “cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere” (MACHADO *et al.*, 2007, p. 336).

Nesta mesma direção, Costa (2009), afirma a partir de pesquisa nos serviços públicos de saúde em Natal, RN, que o/a assistente social desempenha o papel de “*elo orgânico*” entre os diversos níveis do SUS e entre este e as políticas setoriais, o que indica que tenta assegurar, mesmo com uma série de dificuldades, a integralidade das ações (COSTA, 2009, p. 341, grifos da autora).

Acrescenta ainda que a legitimidade do Serviço Social no interior do processo coletivo de trabalho em saúde se constrói pelo “avesso”, já que sua utilidade é expressa nas contradições fundamentais da política de saúde, sobretudo do SUS. Isso significa que o Serviço Social intervém, sobretudo, em situações que envolvem os excluídos, os ‘inaptos’ e os incapazes de receber, total ou parcialmente, o atendimento das unidades, tendo a missão de administrar o que é quase impossível de ser administrado.

Assim, a autora, referendada por outros estudiosos, como Matos (2013), entende que tudo aquilo que compromete, dificulta ou prejudica a qualidade do atendimento ao usuário tem sido direcionado ao/a assistente social, independentemente do local de ocorrência.

Contudo, nestes processos, tem sido possível afirmar as dificuldades que a equipe de saúde de forma mais ampla e os/as assistentes sociais trabalhadores da saúde, mais especificamente, tem para sistematizar o seu trabalho e estudar tais dados e informações, o que potencializaria novas formas de atuação, com base em suas defesas ético-políticas (MORAES, 2016; 2020).

Martinelli (2011, p. 503) afirma que a sistematização possibilita à construção de ações e conhecimentos específicos a profissão, proporciona uma intervenção qualificada e o fortalecimento do conhecimento teórico no Serviço Social, ao mesmo tempo vinculado “pela mediação da pesquisa, condição indispensável para subsidiar a construção de saberes comprometidos com a qualidade do exercício profissional”.

Desafiadora, a sistematização em um contexto de diminuição do tempo, em função do aumento de demandas e da falta de recursos para atendimento das necessidades emergenciais para o tratamento da doença, se coloca como essencial para a construção de ações fundamentadas na perspectiva de integralidade. Segundo Machado *et al.* (2007, p. 337):

Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, precisamos exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde. É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, [...] entre os distintos saberes formais e não-formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo.

Deste modo, Martinelli (2011, p. 503) salienta que “o alcance do olhar do profissional eticamente comprometido transcende os muros do hospital, buscando os núcleos de apoio na família, na comunidade, lugares sociais de pertencimento onde se dá o cotidiano de vida das pessoas”.

Para Machado *et al.* (2007), os serviços de saúde tendo como perspectiva o princípio da integralidade, devem destinar ações de prevenção e promoção da saúde, agindo de modo preventivo nos fatores de risco e proporcionando o controle dos danos causados pelas doenças. Deste modo, para obtenção de êxito, tais ações necessitam estar integradas e articuladas aos espaços de organização do sistema de saúde.

Ao fundamentar-se nesta perspectiva e particularizar o trabalho do/a assistente social no setor de emergência hospitalar, observa-se que sua atuação assume as implicações de um

setor construído para a atenção imediata às situações apresentadas, mediante as precariedades e particularidades que o compõe. Entretanto, há um compromisso ético-político por parte do Serviço Social brasileiro, a partir de seu projeto profissional, que o desafia na direção de ultrapassagem da imediatividade destas ações focalizadas, predominantemente, no adoecimento físico. Neste caso, torna-se essencial redirecionar o olhar e o trabalho profissional para além dos muros institucionais, na busca por compreender os determinantes sociais que envolvem o cotidiano dos usuários e que repercutem diretamente no seu processo de adoecimento. A proposta da integralidade se torna desafiadora, mas não impossível, desde que haja fortalecimento com os demais profissionais de Serviço social e de saúde, articulação com os serviços da rede de saúde e demais serviços da rede socioassistencial, tendo a atuação comprometida e alicerçada no Código de Ética da Profissão.

4. Considerações finais

Este artigo objetivou contribuir com o debate referente ao trabalho de assistentes sociais na política de saúde, particularmente no setor de emergência hospitalar, tendo por base o princípio da integralidade da assistência à saúde.

Ao fundamentar-se neste princípio, o referido trabalho recorreu às suas concepções e as problematizações construídas por intelectuais do Serviço Social e da área da saúde, tendo como referência a assistência à saúde, defendida na ótica da Reforma Sanitária e, legitimada pelas Legislações da área da saúde.

Ao particularizar o debate referente ao princípio da integralidade e as possibilidades de sua materialização no setor de emergência hospitalar que, tem por características, ações pontuais e imediatas, em um contexto de precarização destes serviços, verificou-se uma série de desafios aos trabalhadores da saúde e, mais particularmente, a assistentes sociais.

Deste modo, tendo como referência a atuação do/a assistente social no setor de emergência em um Hospital em Campos dos Goytacazes/RJ, verificou-se que as questões que atravessam o trabalho profissional – imediatividade, precarização das condições de trabalho, administração de problemas sociais, ordenamento do setor de trabalho, mediação de conflitos, dentre outros - exigem reflexões críticas, segurança dos princípios ético-políticos e das competências e atribuições privativas para que o/a assistente social avance na formulação de propostas na direção da integralidade da atenção à saúde.

Nestes processos, o estudo partiu da compreensão que o trabalho profissional na área da saúde, fundamentado pelo projeto ético político profissional, deve apreender os

determinantes sociais do processo de adoecimento dos usuários, construindo ações que ultrapassem os muros institucionais e contribuam para a construção da dignidade do viver.

Assim, se torna importante à sistematização das informações e o estudo do material sistematizado, reconhecendo por meio destes estudos a dimensão coletiva das demandas e necessidades apresentadas pelos sujeitos, bem como, o fato de que o mesmo quadro clínico de adoecimento não significa as mesmas necessidades sociais de saúde.

Para a manutenção de um trabalho crítico e propositivo nesta direção, o/a assistente social necessita realizar um processo de capacitação profissional permanente, tendo em vista os recorrentes retrocessos que atacam as políticas sociais, via desconstrução dos direitos sociais legitimados pela Constituição Federal de 1988. Além disto, face ao princípio da integralidade à saúde, compreender todas as manobras políticas que impulsionam o desfinanciamento da saúde e que estão destruindo o Sistema Único de Saúde, com fortes incidências em sua perspectiva de universalização do acesso.

Portanto, o/a assistente social deve realizar suas intervenções pautado no Código de Ética da Profissão (1993) e nos Parâmetros que norteiam sua atuação na saúde (2010), tendo em vista a construção de intervenções críticas, reflexivas e propositivas a partir das demandas apresentadas pela instituição e usuários, reconhecendo estes últimos como sujeitos de direitos.

Para finalizar e reconhecendo o objetivo geral deste artigo, conclui-se que, de forma geral, os resultados apontam que, frutos da crise estrutural do capital, os atuais processos de desfinanciamento da política de saúde tem precarizado acentuadamente os serviços de saúde, contribuindo para desconstrução dos princípios do Sistema Único de Saúde Constitucional, sobretudo, a universalidade do acesso e a integralidade da atenção à saúde. No setor de emergência, se observa que os desafios se ampliam por se tratar de um setor centrado em ações pontuais, emergenciais, sob a perspectiva médico - biológica, em que tudo converge para a doença instalada no corpo. Nesta realidade, o Serviço Social tenta avançar, como um agente da integralidade, ao analisar as condições sociais favorecedoras dos processos de adoecimento dos usuários, tentando criar elos com a rede de atendimento assistencial e a própria família dos pacientes. Contudo, as principais requisições a esta profissão são vinculadas ao ordenamento institucional, a mediação de conflitos internos e a administração de problemas sociais individuais, dificultando a construção de um trabalho crítico, coletivo e pautado no princípio da integralidade.

5. Referências

ALVES, G. **Trabalho e subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório**. São Paulo: Boitempo, 2011.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 11^a ed. Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2006.

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Planalto do Governo. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil@03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 13 set. 2019.

BRASIL. Lei Federal n 8.080 de 20 de set de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei Federal n. 8.142 de 28 de dez de 1990. Sistema Único de Saúde (SUS). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Poder Executivo**, Brasília, 28 dez. 1990.

BRAVO, MIS; PELAEZ, E. J; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

CECÍLIO, L. C. de O; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003.

COSTA, M. D. H. da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (Orgs.). **Serviço Social e saúde**. Formação e trabalho profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 304-351.

MACHADO, M. de F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 12, p.335-342, mar/abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 21 set. 2019.

MARTINELLI, M. L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social e Sociedade**., São Paulo, n. 107, p.497-508, jul./set. 2011.

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

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática: (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 20, p.1411-1416, set/out. 2004.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os Sentidos da integralidade**: na atenção e no cuidado à saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. cap. 3. p. 43-68.

MELO, G. A.; VIANA, A. L. D. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, out-dez. 2012, p. 1219-1239.

MORAES, C. A. S. **O Serviço Social brasileiro na entrada do século XXI: formação, trabalho, pesquisa, dimensão investigativa e a particularidade da saúde**. 2016. 318f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

MORAES, C. A. S *et. al.* Serviço Social e trabalho profissional em hospital. **Vértices**, Campos dos Goytacazes, v.20, n.3, p. 372-384, set./dez. 2018.

MORAES, C. A. S. O Trabalho do assistente social na área da saúde: significados da aparente centralidade dos usuários no discurso e ação profissional. **Vértices**, Campos dos Goytacazes v. 21, n. 3, dez. 2019.

MORAES, C.A.S. Determinantes e significados do trabalho do/a assistente social na área da saúde. **O social em questão**, ano 23, n. 47, maio/ago. de 2020.

MORAES, C.A.S; SANTOS, C. M. dos; BOTELHO, T. M. Elementos para análise do desfinanciamento do SUS em Temer e Bolsonaro. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 8; Encontro Nacional de Política Social, 15. Vitória. **Anais [...]**. Vitória: UFES, 2020. p. 1-13.

VASCONCELOS, A. M. de. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 242 – 272.

YAZBEK, M. C. A dimensão política do trabalho do assistente social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 120, p. 677-693, out./dez. 2014.

YAZBEK, M. C. Serviço Social, Questão Social e Políticas Sociais em tempos de degradação do trabalho humano, sob o domínio do capital financeiro. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 21, n.1, p. 183-194, jul./dez. 2018

PRÁTICA PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: DIFICULDADES E POSSIBILIDADES DE SUPERAÇÃO DO IMEDIATISMO*

*PROFESSIONAL PRACTICE OF SOCIAL WORKERS IN HEALTH: DIFFICULTIES AND
POSSIBILITIES TO OVERCOME IMMEDIACY*

PURL: <http://purl.oclc.org/r.ml/v6n2/d3>

Naraline Beraldi Galdino[†]

 <https://orcid.org/0000-0003-1788-831X>

Maria Clélia Pinto Coelho[‡]

 <http://orcid.org/0000-0003-3112-8368>

Resumo: O presente artigo tem como objetivo discutir o trabalho profissional do/a assistente social no campo da saúde pública, especificamente, no campo da urgência, apresentando uma análise crítica das dificuldades e possibilidades da realização do trabalho, que devido ao caráter emergencial encontra-se permeado pelo pragmatismo das ações. Ao considerarmos o pragmatismo como método filosófico que tem por características, a supervalorização da experiência e a desvalorização do conhecimento histórico e teórico, pontuamos que uma prática profissional pautada no pragmatismo traz aos assistentes sociais constantes desafios, que tem como traço, geralmente, a imediaticidade na atenção das demandas. No entanto, concluímos que mesmo diante das dificuldades, é latente a possibilidade de uma práxis social transformadora e crítica, ainda que dificultada pelas características do trabalho. Para esta análise, nos aproximamos do trabalho profissional do Serviço Social, em uma Unidade Pré-Hospitalar, em Campos dos Goytacazes/RJ, possibilitado através do estágio supervisionado em Serviço Social, realizado em 2017/2018

Palavras-chave: Serviço social. Saúde. Prática profissional.

Abstract: This article discusses the professional work of the social worker in the field of public health, specifically in the field of urgency, presenting a critical analysis of the difficulties and possibilities of conducting the work, which due to the emergency character is permeated for the pragmatism of actions. When we consider pragmatism as a philosophical method that has as characteristics, the overvaluation of experience and the devaluation of historical and theoretical knowledge, we point out that a professional practice based on pragmatism brings constant challenges to social workers, which is characterized by immediacy in demands. However, we conclude that even despite difficulties, the possibility of a transformative and critical social praxis is latent, albeit hampered by the characteristics of the work. For this analysis, we approached the professional work of Social Work, in a Pre-Hospital Unit, in Campos dos Goytacazes/RJ, made possible through the supervised internship in Social Work, held in 2017/2018.

Key words: Social work. Health. Professional practice.

1. Introdução

A política pública de saúde é de suma importância para o desenvolvimento da sociedade brasileira, visto que uma grande parcela da população usufrui desta política, seja nas unidades

* Artigo recebido em: 8 de outubro de 2020. Aceito em: 30 de outubro de 2020.

[†] Bacharel em Serviço Social, Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional, Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil. E-mail: naralinegaldino@gmail.com

[‡] Professora Adjunto do Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional, Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes, RJ. Mestra em Políticas Sociais pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). E-mail: mcleliacoelho@gmail.com.

básicas de saúde, nas unidades pré-hospitalares, nos grandes hospitais de referência, no trabalho de imunização e prevenção ou nas outras múltiplas frentes que a saúde pública atua. Desta forma, pensar o trabalho profissional do/a assistente social nestes espaços nos propõe pensar as questões conjunturais políticas e sociais que compõem a sociedade brasileira na atualidade e que perpassam o fazer profissional.

Reconhecer a historicidade presente nesta política pública se apresenta como questão fundamental à medida que se faz necessário conhecer as engrenagens da grande máquina pública de trabalho, a qual o/a assistente social faz parte, junto com os outros profissionais de saúde, assim como, conceber as questões políticas e as correlações de forças presentes nesses espaços. Diante disso, pensar política de saúde como espaço de trabalho³, implica pensar as dificuldades e possibilidades presentes no cotidiano dos profissionais do Serviço Social que realizam este trabalho nas unidades de saúde.

De acordo com Guerra (2013) o Serviço Social se encontra no âmbito da divisão social e técnica do trabalho, por ser uma profissão de caráter interventivo que se institucionaliza a medida em que precisa responder às demandas fruto das expressões da questão social, cuja fonte encontra-se ligada às condições econômicas e políticas. Neste sentido, seu caráter interventivo vinculado aos elementos que estruturam o seu cotidiano, ou seja, as conjunturas sociais que estabelecem relações com a questão social, se materializam através das políticas sociais, objeto pelo qual se dá a mediação das múltiplas expressões da questão social.

A política pública de saúde traz em seu bojo as lutas e as contradições fruto do sistema de produção capitalista e das relações que este estabelece com o Estado. Na atual conjuntura a presença do neoliberalismo, da crise econômica, política e social do país tornam-se agravantes sobre essa política pública, locus do trabalho dos/as assistentes sociais e, desta forma, pensar a política pública de saúde implica-nos discutir a sua historicidade, os impactos da atual conjuntura sobre o SUS - Sistema Único de Saúde e os rebatimentos dessas questões no trabalho dos assistentes sociais, problematizando a atuação profissional e o fortalecimento dos discursos e ações pragmáticas neste contexto.

É neste quadro que o pragmatismo, como representação ideal da imediatividade do mundo burguês, encontra o solo mais adequado para influenciar a profissão dos pontos de vista prático e profissional, teórico e ideopolítico. Porque considera que o significado das coisas, dos processos e

³ A discussão sobre política pública de saúde e o trabalho profissional do/a assistente social apresentada neste artigo é decorrente de estudos realizados no trabalho monográfico intitulado, “Prática profissional do Assistente Social na saúde: dificuldades e possibilidades de superação do imediatismo”, no ano de 2019, no Curso de Graduação em Serviço Social da UFF Campos.

das práticas sociais, reside neles próprios e rebate sobremaneira nas intervenções sociais e profissionais, afetando não apenas as profissões dos assistentes sociais, mas os sujeitos sociais do mundo burguês e as profissões interventivas como um todo (GUERRA, 2013, p. 40).

A questão aqui apresentada parte, assim, do pressuposto sobre o tipo de trabalho exigido aos profissionais da saúde, principalmente, nos plantões, onde a urgência das demandas, muitas vezes, cobra dos profissionais uma atuação imediata. Neste sentido, a característica do trabalho em regime de plantão também pode ser um fator que dificulta o acompanhamento de uma demanda e, assim, múltiplos fatores conjunturais se somam ao trabalho no campo da saúde, se configurando como obstáculos ao fazer profissional.

A conjuntura neoliberal fortalece também o discurso conservador, a burocracia e o sucateamento do SUS, acirrando as desigualdades sociais existentes no país que se expressam fortemente na realidade da sociedade brasileira e apresentam influências sobre a atuação profissional do Serviço Social.

O combate ao conservadorismo na profissão vem ao longo dos anos se apresentando, ainda que cerceado por muitos entraves e, de acordo com o CFESS (2009), os segmentos da categoria profissional que buscaram, através do “Congresso da Virada”⁴, uma transformação de sua consciência política e a renovação do seu direcionamento - voltados à crítica do conservadorismo e do sistema capitalista, alinhados a uma perspectiva marxista para a construção do seu projeto ético-político -, encontraram entraves objetivos e subjetivos, na prática cotidiana do trabalho, que ligados aos enlaces pragmáticos distanciavam o profissional dessa renovação política que a profissão vinha (e vem) construindo. No entanto, de acordo com Heller (1970), importa-nos ressaltar que no cotidiano existe, também, a possibilidade da transformação, não sendo o pragmatismo um fardo imutável deste cotidiano.

Desta forma, o debate se faz necessário à medida em que uma prática pragmática redireciona a atuação profissional para os rumos conservadores, burocráticos e acríticos que reforçam o discurso de dicotomias entre a teoria e a prática, afastando os/as assistentes sociais das prerrogativas para uma atuação em confluência com o Projeto Ético-Político Profissional. Assim sendo, reconhecemos a importância de pensarmos a atuação profissional do/a assistente

⁴ Assim ficou conhecido o III CBAS – Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, ocorrido em 19 de setembro de 1979, no Anhembi, em São Paulo. Alimentados por uma conjuntura sócio-histórica adversa, assistentes sociais começaram a tecer o entendimento do Serviço Social nos marcos da relação capital/trabalho e nas complexas relações entre Estado e Sociedade. A “Virada” teve o sabor de descortinar novas possibilidades de análise da vida social, da profissão e dos indivíduos com os quais o Serviço Social trabalha. [...] Entenderam, também, que o conformismo que se reproduz na vida cotidiana de amplos segmentos da população diz respeito ao modo de vida instituído pelo projeto do capital que atua na produção de diferentes níveis de exploração e de opressão, na perspectiva de assegurar a reprodução de seu projeto de acumulação (CFESS, 2009).

social na política de saúde, visto as complexas relações que nela se estabelecem e possibilitadas pelas reflexões a partir das experiências vivenciadas no estágio supervisionado em Serviço Social, em uma Unidade Pré-Hospitalar de Campos dos Goytacazes, entre os anos de 2017 e 2018.

A Unidade Pré-Hospitalar localizada em Campos dos Goytacazes/RJ, faz parte do sistema municipal de saúde e atende demandas de ambulatório e urgência, no bairro em que se localiza e áreas vizinhas. O trabalho do Serviço Social se realiza em regime de plantão 24 horas e essa particularidade na política de saúde suscitou o debate no âmbito da imediatividade das demandas em saúde e as possibilidades de atuação nestes espaços, ou seja, possibilitou-nos pensar como o trabalho pode ser realizado de maneira qualificada e com reflexões críticas, numa dinâmica que não favorece esta atuação e sim uma atuação pautada em respostas e ações aligeiradas. Para tanto, faz-se necessário traçar um breve relato da trajetória da política de saúde no Brasil, para estabelecermos reflexões e articulações com esse fazer profissional ameaçado, na atualidade, por práticas imediatas.

2. A trajetória da política de saúde no Brasil: breve resgate sobre a conjuntura social, suas determinações históricas e o Sistema Único de Saúde

A saúde no Brasil não se constitui como um direito desde seus primórdios e um longo caminho foi traçado para que esta viesse a se configurar como direito do cidadão e dever do Estado, a partir da Constituição Federal de 1988. Neste sentido, para pensarmos no Sistema Único de Saúde como um grande avanço na esteira das políticas públicas, por ser uma política de atendimento universal, se faz necessário a realização de um breve resgate histórico da saúde no país, para compreendermos quais caminhos nos levaram ao conceito de saúde pública que hoje a grande maioria dos brasileiros têm usufruído.

O conceito de saúde vem se transformando ao longo do tempo de acordo com Buss (2010), e assim se faz possível identificarmos a existência de diversificadas noções de saúde pública atreladas às diferentes conjunturas e formações sociais. A saúde atualmente é concebida como um direito social resguardado pela Constituição Federal de 1988 e, em seu capítulo II, artigo 6º, a saúde é preconizada, então, como um direito, assim como, a alimentação, o trabalho, a moradia, a educação, o transporte, o lazer, a segurança, entre outros, explicitado, também no artigo 196º, desta Constituição:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros

agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, n.p.).

De acordo com Bravo (2007), a assistência em saúde no século XVIII encontrava-se pautada na filantropia, com a centralidade apenas na doença do corpo. No século XIX, em defluência das transformações econômicas e políticas no país, algumas mudanças em saúde surgiram, como, por exemplo, a vigilância do exercício profissional e algumas campanhas sanitárias. E, apenas a partir do século XX, na década de 1930, que a intervenção estatal começou a ocorrer, juntamente com as reivindicações do nascente movimento operário. A década de 1930, foi circunscrita pelos processos de industrialização no país, pelo surgimento das políticas sociais, pela mobilização dos trabalhadores/as e, também, pela redefinição do papel do Estado, que começa a se transformar.

A questão da saúde nos anos de 1930⁵, de acordo com Bravo (2007) emerge como expressão da questão social que necessita da intervenção do Estado, em um governo ditatorial e populista de Getúlio Vargas, no seio de uma política econômica capitalista pautada na exportação cafeeira, que reflete o avanço do trabalho assalariado no Brasil, onde as questões de higiene e saúde do/a trabalhador/a eclodem com significativa importância, não apenas pela reivindicação social, mas, também, para manter a reprodução do capital. Este movimento, então, se institui como o embrião do sistema previdenciário no país.

Cabe ressaltar que a saúde na lógica econômica de produção passa a ser uma questão fundamental para o desenvolvimento do capital, pois, sem saúde não há trabalhador/a que produza e sem produção não há lucro, desta forma, a intervenção em saúde por parte do Estado, faz parte da manutenção da ordem capitalista de produção e da relação dicotômica que se estabelece entre as classes sociais e, para além de um direito conquistado, a saúde como uma via de mão dupla fortalece a manutenção do capital.

No que tange ao Serviço Social, de acordo com Bravo; Matos (2004), a conjuntura social brasileira na década de 1930, revelava uma profissão que começava a se caracterizar no país com influências europeias. A princípio, a saúde não concentrou o maior número de profissionais

⁵ As principais alternativas adotadas para a saúde pública no período de 1930 a 1940 foram, segundo Braga e Paula (1986), a) ênfase nas campanhas sanitárias; b) coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; c) interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; d) criação de serviços de combate a endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939 e Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela fundação Rockefeller - de origem norte-americana); e) reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública. (BRAGA; PAULA, 1986 apud BRAVO, 2007, p. 91)

de Serviço Social, todavia, algumas escolas surgiram a partir da forte demanda do setor. A formação acadêmica desde seu início trazia em seu bojo disciplinas voltadas à saúde, no entanto, a expansão profissional se deu a partir de 1945, com a ampliação das exigências e necessidades sociais, fruto do aprofundamento do capitalismo no país. Neste período, a atuação profissional se ampliou no campo da saúde, por exemplo, transformando-se no setor que mais absorveu assistentes sociais.

Além das condições gerais que determinaram a ampliação profissional nesta conjuntura, o “novo” conceito de saúde, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles, o assistente social. Este conceito surge dos organismos internacionais, vinculados ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente, dos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. Um deles foi a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar - solução racionalizadora -, que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em saúde, introduzindo conteúdos preventistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social (BRAVO; MATOS, 2004, p. 28).

Ao voltarmos nosso olhar para as determinações históricas da saúde no país, as décadas de 1960 e 1970 se constituíram como um período importante para o desenvolvimento da Política de Saúde no Brasil e, neste momento, a conjuntura social e política do país sofreu profundas transformações, no afluir do período da ditadura militar de 1964. De acordo com Bravo (2007), a ditadura militar, a qual o Brasil vivenciou, significou para a sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico, social e político que estabeleceu um novo modelo de país, onde os grandes problemas não foram resolvidos e sim ampliados.

A ditadura militar fortaleceu a dominação burguesa visando beneficiar as classes proprietárias e, é nesse sentido, que nesse período houve um grande apoio ao projeto privatista de saúde. De acordo com Bravo (2007), a estrutura hospitalar privada já se encontrava posta, a partir dos anos de 1950 e, apontava na direção da formação de empresas médicas, sendo assim, as corporações médicas ligadas aos interesses do capital começavam a se organizar e pressionar o Estado em busca de financiamentos. O interesse das grandes corporações pela privatização na saúde do país já se mostrava neste momento, no entanto, esse processo só se fortaleceu a partir do golpe militar de 1964.

Nesta conjuntura, o Serviço Social sofreu profundas transformações que determinaram influências sobre a profissão e, de acordo com Bravo e Matos (2004), a classe profissional, até a década de 1960, se inseria na reprodução dos blocos hegemônicos conservadores, que

conduziam as entidades organizativas, a produção de conhecimento e o próprio trabalho profissional. No entanto, esta realidade se transforma a partir do momento em que alguns profissionais, com intenções progressistas, questionaram o conservadorismo ao qual a profissão se enveredava, suscitando o debate respaldado pelas discussões existentes nas ciências sociais.

No contexto da ditadura militar, a repressão violenta e o conservadorismo, característicos deste regime, confluíram com a ampliação das políticas sociais, no entanto, estas foram desenvolvidas pelo Estado de forma burocrática e com um forte apelo privatista, como, por exemplo, o caso da saúde. A ampliação das políticas sociais tinha por objetivo aumentar o poder regulatório estatal sobre a sociedade, a fim de legitimar o seu regime político e atenuar as tensões sociais.

No período de 1974 a 1979, o Brasil iniciou um processo de distensão política. De acordo com Bravo (1996), o bloco que se encontrava no poder desde 1964 não obteve, ao longo dos 10 primeiros anos, hegemonia em seu regime e, desta forma, foi preciso modificar a sua relação com a sociedade, buscando estabelecer novos canais de mediação entre o Estado e a população. Na década de 1970 encontra-se, também, neste cenário social e político, o afluir do movimento sanitário, um importante passo para a construção do SUS.

De acordo com Teixeira (2006), o conceito de Reforma Sanitária encontra-se ligado ao processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional, que são dirigentes da proteção em saúde na sociedade, assim como, de sua regulamentação. Este processo também se encontra permeado pelo referencial histórico, visto que no Brasil a reforma sanitária se apresenta no período de uma abertura política, no final dos anos de 1970, com o enfraquecimento do regime ditatorial e o avanço das lutas pela redemocratização do país e, neste contexto, encontra-se associada a emergência da classe trabalhadora como ator político.

A saúde pública na década de 1970 apresentava novas tendências relativas à organização do sistema de saúde no país, alinhadas a uma modernização administrativa e institucional do regime militar e, de acordo com Teixeira (2006), essas tendências englobaram: a) a extensão da cobertura previdenciária à toda população urbana e parte da população rural; b) a inclinação da política nacional de saúde para uma prática médica curativa individual em detrimento de seu caráter preventivo; c) o desenvolvimento de um modelo da prática médica voltada para a lucratividade, propiciando a privatização; d) a expansão do complexo médico-industrial, de sua base tecnológica e do consumo de medicamentos.

No entanto, ao fim da década de 1970, este modelo de saúde pública já se mostrava incapaz de dar conta da realidade sanitária nacional e, nesse sentido, o processo de

redemocratização que se iniciava no fim desta década, encaminha ao Estado novas exigências relacionadas à implementação das políticas públicas.

O movimento sanitário⁶, de acordo com Teixeira (2006), que se já se organizava nos meados dos anos 1970, envolvia intelectuais, profissionais de saúde, organizações populares e sindicais, em volta da luta pela garantia do direito universal à saúde e a construção de um sistema único estatal. Ainda que o movimento sanitário tenha sua origem nas universidades, este, não limitou sua discussão apenas à vertente teórica da produção científica em saúde, mas, ampliou sua atuação a partir das discussões acadêmicas para a difusão de novas práticas em saúde e de uma nova consciência sanitária.

A coalizão do movimento sanitário com as organizações sindicais médicas e os demais movimentos dos segmentos da sociedade, para reivindicar transformações do setor de saúde, foram imprescindíveis para que o movimento sanitário e a questão da saúde pública tomassem grandes proporções na sociedade. A década de 1980, marca na sociedade brasileira o processo de redemocratização política do país e, concomitantemente, o aprofundamento de uma crise econômica que, de acordo com Bravo (2007), persiste até os dias atuais.

Nas discussões sobre a saúde no Brasil viu-se afluir novos atores sociais que suscitavam o debate sobre as condições de vida da população. Desta forma, a saúde deixou de ser interesse de apenas uma parcela da população (técnicos, médicos, políticos, militantes do movimento da reforma sanitária e empresas médicas privadas) para ser uma discussão presente em toda a sociedade, em todas as classes e territórios que, por maior ou menor apreensão dos pormenores da conjuntura do país e do jogo de interesses, se aproximavam da discussão sobre a saúde pública.

Outros atores sociais de grande importância neste processo foram os partidos políticos de oposição, que incluíram em seus programas, a temática da política pública de saúde, a fim de viabilizar debates no Congresso Nacional, como também, os movimentos sociais urbanos, que articulados com as demais entidades da sociedade civil realizaram eventos para discutir a temática em questão e, também, entidades do movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro

⁶ As origens do movimento sanitário remontam aos primeiros anos da ditadura militar, quando, com o fechamento de quase todos os canais de expressão política, a universidade passou a ser o principal reduto de contestação ao governo autoritário. Nas faculdades de medicina, sob recomendação da organização Pan-americana de Saúde, foram criados os Departamentos de Medicina Preventiva, no interior dos quais se aglutina e se difunde o pensamento crítico na saúde. Através da incorporação das disciplinas sociais, o método histórico-estrutural passou a ser utilizado no campo da saúde, buscando compreender processos como a “determinação social da doença” e a “organização social da prática médica” (SCOREL, 1987 *apud* TEIXEIRA; MENDONÇA, 2006, p. 204).

de Estudo de Saúde (CEBES) como transmissor da difusão e ampliação do debate em torno da saúde e da democracia, elaborando contrapropostas ao modelo privatista de saúde.

Um importante acontecimento que se insere na década de 1980 é a realização da 8^o Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, na cidade de Brasília, que de acordo com Bravo (2007) se constituiu como um marco importante na trajetória da política pública de saúde no país, tendo como eixos temáticos “saúde como direito de cidadania; reformulação do sistema nacional de saúde; e financiamento setorial” (BRAVO; MATOS, 2004, p. 33).

Os debates realizados na 8^a Conferência Nacional de Saúde foram frutos dos fóruns específicos realizados junto a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), e contaram com a participação dos usuários da saúde, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais e o parlamento. Nesta Conferência foi aprovada, de acordo com Bravo e Matos (2004), as propostas do movimento da Reforma Sanitária e o relatório final da mesma foi transformado em recomendações, que serviram de base para a negociação da implementação da Reforma Sanitária no país e para a formulação da Constituição Federal de 1988.

A Assembleia Nacional Constituinte, que em 22 de setembro de 1988, aprovou a Constituição Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988, consagrou a saúde como um direito social e foi marcada pelos conflitos de interesses políticos difusos entre dois blocos que disputavam a aprovação de seus respectivos projetos. De um lado encontrava-se o setor privado, através da Federação Brasileira de Hospitais e da Associação de Indústrias Farmacêuticas, composta por indústrias internacionais e, de outro, o interesse público da Reforma Sanitária, representada pela Plenária Nacional de Saúde.

A proposta de Emenda Popular apresentada pela Plenária Nacional de Saúde à Constituinte⁷, que teve como relator Sérgio Arouca⁸, foi assinada segundo Bravo (2007), por

⁷ [...] os principais aspectos aprovados na nova Constituição foram: a) O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não-segurado, rural/urbano; b) As ações e Serviços de Saúde passaram a ser consideradas de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; c) Constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; d) A participação do setor privado no Sistema Único de Saúde de forma complementar, preferencialmente, com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para a subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; e) Proibição da comercialização de sangue e seus derivados (BRAVO, 2007, p. 97).

⁸ Antônio Sérgio da Silva Arouca, foi médico sanitarista e político brasileiro. Como médico, como parlamentar ou como militante partidário, Arouca procurou debater e apresentar propostas associadas, predominantemente, as questões das áreas da saúde, da ciência e tecnologia. Faleceu aos 61 anos, em 2003, no Rio de Janeiro (FIOCRUZ, 2013).

mais de 50 mil eleitores e 167 entidades, entre sindicatos, partidos políticos, associações profissionais e movimentos sociais. A Emenda Popular continha em sua maioria as requisições do movimento sanitário, no entanto, diante da pressão política, fruto da polarização dos interesses, algumas concessões foram feitas para que o projeto fosse aprovado, como a não alteração da situação da indústria farmacêutica no país.

A Carta Magna veio consagrar a saúde, juntamente com a assistência social e a previdência social, como o tripé da Seguridade Social no Brasil, direito da população e dever do Estado. No que tange a saúde, a oferta desta encontra-se prevista de forma universal, integralizada, regionalizada e hierárquica.

A partir da análise conjuntural da década de 1980, compreendemos que houve uma ampliação da discussão da saúde e, por conseguinte, uma politização do tema, que tornaram possíveis, através das mobilizações e da organização social, a alteração das normas constitucionais e o reconhecimento da saúde como um direito social. As mudanças ocasionadas por estas propostas constitucionais se materializaram na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, que visava consolidar as prerrogativas da Reforma Sanitária. Este modelo de política de saúde foi, gradualmente, incorporado ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), sendo substituído, posteriormente, pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS foi instituído pela Constituição Federal em 1988, como um “passo mais avançado na reformulação administrativa do setor” (BRAVO, 2007, p. 99), sendo descentralizado política e administrativamente e de caráter universal, como previsto pelo movimento da Reforma Sanitária. Estando a saúde prevista na Constituição Federal de 1988, como um direito social e o SUS elaborado como o sistema pelo qual esta política se realizará, este foi consolidado com a criação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990), que trata de sua operacionalização e, posteriormente, reafirmado com a criação da Lei 8.142, de 28 de novembro de 1990, que preconiza o controle social nesta política pública.

Mesmo com os avanços conquistados, destaca-se que na década de 1990, a saúde enfrentava entraves à sua implementação, visto a crise econômica em que o país se encontrava e o avanço das políticas neoliberais. Mendes (2004) nos apresenta o SUS como um processo que vem se construindo mediante as adversidades nas quais emerge, abordando-o como um processo de dimensões sociais, políticas e ideológicas.

Neste sentido, concordamos que por ser um sistema que emerge em um contexto de crise financeira e política, o SUS não foi implantado como fora preconizado e, desta forma, sua

estrutura conta com déficits, seus princípios doutrinários⁹ e organizativos não estão plenamente implementados e o seu financiamento tem sido restringido desde sua nascitura, fatores que precarizam e impactam a implementação dos serviços.

No entanto, o SUS atende uma grande parte da população brasileira, ofertando serviços na atenção de baixa, média e alta complexidade, assim como, estratégias de educação e de prevenção em saúde. De acordo com o Conselho Federal de Medicina do Estado do Sergipe (CREMESE, 2010), nos primeiros 20 anos de sua existência, o SUS abarcou o atendimento de 80% da população brasileira, que se aproximava de 150 milhões de pessoas, consumindo 45% do total de investimentos com saúde no país. Para tanto, o setor privado de saúde abarcou 40 milhões de usuários, que representavam apenas 20% da população.

A conjuntura social da década de 1990 em diante, permeada pelas políticas neoliberais, reforça a privatização da saúde, com o enxugamento do Estado na direção das políticas sociais, conforme afirma Yamamoto (2015). Na atual conjuntura brasileira, o SUS e as demais políticas sociais vem sofrendo constantes ataques, com o fortalecimento da política neoliberal e do modelo privatista de saúde, sob a disseminação do discurso da crise fiscal e do serviço público ineficiente, com o sucateamento dos hospitais e a falta de insumos para a realização do trabalho, projeto que fortalece o imaginário do senso comum de que a saúde pública não funciona.

A materialização desses ataques pode ser verificada na Proposta de Emenda à Constituição Federal (PEC 241/2016) concebida no governo de Michel Temer que prenuncia o congelamento dos gastos públicos por 20 anos, nas políticas de saúde e educação, em razão da dívida pública. Neste sentido, o que está posto é que não haverá investimentos nestas políticas, por 20 anos, mesmo que se registre um crescimento econômico. Este congelamento significa um sucateamento da “coisa pública”, que sem investimentos não funciona de maneira qualificada e adequada e, no caso da saúde, em uma perspectiva universal.

Veja, aqui não fechamos os olhos para a realidade das unidades de saúde e para as várias denúncias sobre o não acesso à saúde, por falta de profissionais e estruturas, mas pensamos criticamente esta realidade. Sucatear a estrutura pública a fim de privatizá-la, se configura como

⁹ Universalização: a saúde é um direito de cidadania, de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido à todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. O princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2020, n.p.).

um ataque ao direito social que é a saúde, em um país com níveis alarmantes de desigualdades¹⁰, onde a grande massa não tem condições de acessar a saúde a não ser pela via pública. Em algum momento da vida, todos utilizam o Sistema Único de Saúde e, desta forma, se faz necessário reconhecer o SUS como uma política pública fundamental para o desenvolvimento da sociedade brasileira.

No que tange ao Serviço Social, de acordo com Bravo e Matos (2004), na década de 1990, a profissão absorve influências da conjuntura social brasileira, de crises econômicas e enxugamento das políticas sociais, mas, no entanto, neste momento também passa por um processo de revisão de sua própria realização, negando o Serviço Social tradicional e buscando uma nova direção. Aqui ressaltamos que as políticas sociais se caracterizam como a matéria prima do trabalho profissional, por se configurar como o meio pelo qual o/a assistente social realiza sua mediação frente às demandas e, o enxugamento dessas políticas, fruto do projeto neoliberal, traz à profissão, novos desafios para a atuação profissional.

Diante do exposto, nos é possível conceber a política de saúde no Brasil como uma política complexa, que traz em seu desenvolvimento marcas das conjunturas sociais, políticas e econômicas de cada período histórico do país, envolvendo diversos atores sociais, interesses ambíguos, no campo das políticas sociais mediadas pelo Estado e nas inclinações do sistema capitalista. Os avanços sociais, neste sentido, se configuram nas lutas sociais e na relação de divergências entre as classes sociais.

Revisitar a trajetória da saúde no Brasil, ainda que brevemente, se faz imprescindível para pensarmos o trabalho profissional do Serviço Social neste espaço de atuação profissional e política, reconhecendo suas raízes, seus processos, seus avanços, bem como, as influências conjunturais de sua formação. Não é possível pensar a prática profissional, suas dificuldades e possibilidades no campo da saúde sem conhecer este espaço e as correlações de forças que nele habitam e que, por conseguinte, influenciam na realização do trabalho profissional.

3. Serviço social no SUS: um olhar sobre o trabalho profissional realizado em uma unidade pré-hospitalar, em Campos dos Goytacazes e os rebatimentos pragmáticos presentes nessa prática.

¹⁰ A medição das desigualdades de renda nos países é realizada por meio do índice de Gini. A desigualdade é verificada através da concentração de renda, sendo quantificada a diferença de renda entre os mais pobres e os mais ricos. Os valores para a medição são representados entre 0 e 1. Significando que, quanto mais próximo de 0, há uma menor desigualdade no país e, quanto mais aproximado de 1, existe um maior nível de desigualdade estabelecido. Em 2016 de acordo com o Dicionário Financeiro, o Brasil encontrava-se entre os 10 países com maior desigualdade no mundo, com 0,515 no índice de Gini, daquele ano (DICIONÁRIO FINANCEIRO, 2019).

A Unidade Pré-Hospitalar aqui analisada, encontra-se vinculada, atualmente, a Fundação Municipal de Saúde (FMS). Antes de se transformar em Unidade Pré-Hospitalar, no ano de 2001, sob o Governo de Arnaldo França Vianna, esta foi instituída em maio de 1989 e mantida financeiramente pela Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes, como uma UBS - Unidade Básica de Saúde, que funcionava apenas no turno diurno.

Esta Unidade Pré-Hospitalar é composta por uma equipe profissional multidisciplinar, em regime de plantão 24 horas, que conta com o seguinte quadro profissional: serviço social, odontologia, enfermagem e medicina, atendendo o distrito no qual está localizada e outras localidades vizinhas. Além de suprir as demandas ambulatoriais, atua também na urgência, realizando um filtro das demandas dos grandes hospitais da cidade, por se tratar de uma unidade que atende serviços diversificados, com repouso de até 24 horas, que conta com uma estrutura relativa ao atendimento de urgência, encaminhando, quando necessário, os pacientes para outras unidades de saúde.

No período da realização do estágio supervisionado em Serviço Social (2017/2018), segundo informações coletadas na UPH, na etapa da observação participante, a unidade contava com o atendimento ambulatorial médico, em áreas como, clínica geral, ginecologia, geriatria, pediatria, cardiologia, gastroenterologia, dermatologia, mastologia, pneumologia e ortopedia, além de outras referências profissionais como, psicologia, enfermagem e serviço social. A unidade também realizava atendimentos na área de vacinação, dentre outros procedimentos. Esta empregava 147 (cento e quarenta e sete) profissionais no total, que tinham como vínculos de trabalho os concursos públicos e o regime de RPA – recibo de pagamento de autônomo.

Para conversarmos com o breve resgate histórico sobre a política pública de saúde e a implantação do SUS, realizado no tópico anterior, importa-nos ressaltar que diante da conjuntura social de desmonte das políticas públicas, da realidade macroeconômica e política do país, do sucateamento do SUS, dos impasses do financiamento municipal e da precarização do trabalho, esta realidade sofre os impactos desse cenário e se transmuta, comprometendo a oferta de serviços e não permitindo que as equipes de trabalho se configurem como base de apoio na atenção à saúde da população local.

No que diz respeito ao trabalho do Serviço Social na Unidade Pré-Hospitalar, destacamos que os/as profissionais assistentes sociais - ao todo 7 (sete) profissionais -, integram a equipe multidisciplinar do setor de urgência e do ambulatório, e tem como prerrogativas ao trabalho, a atuação no atendimento direto ao usuário da saúde, a realização de análise de dados e de informações que possibilitem a identificação das múltiplas determinações das condições de vida

e saúde apresentados pelos pacientes e, desta maneira, sua atuação nesta unidade de urgência, consiste na garantia plena à informação, na orientação à família e acompanhantes dos usuários, bem como, proceder a intervenção necessária, juntamente com os demais profissionais das equipes de saúde, através do atendimento coletivo e individual, dependendo do fluxo da urgência.

O trabalho dos assistentes sociais se realiza, também, como mencionado anteriormente, em regime de plantão 24 horas e, desta forma, há uma grande rotatividade de profissionais, que todos os dias realizam os atendimentos desvinculados, na maioria das vezes, de uma ação continuada, revelando uma atuação pautada na intervenção cotidiana e imediata, apesar da tentativa de superação desta prática. A observação desta atuação profissional, nos permite problematizar, por exemplo, as condições de trabalho de profissionais que acumulam vínculos para além do plantão 24 horas, na busca da manutenção de uma renda mensal compatível com as necessidades pessoais e familiares, em um sistema econômico que exige cada vez mais, o esforço da classe trabalhadora. Estes, portanto, acumulam funções que, por vezes, excedem sua capacidade humana e impactam na saúde pessoal. Na esteira desta observação, constatamos o quanto profissionais de uma mesma equipe, encontram dificuldades para criar um padrão na realização técnica do trabalho e, por conseguinte, as atuações fragmentam-se no cotidiano das instituições.

Na relação da supervisão direta de estágio, os profissionais de Serviço Social desta unidade, identificam, em sua prática profissional, as seguintes atribuições: democratização das informações necessárias ao atendimento prestado, fomentando a criação de mecanismos que possibilitem o contato da família e acompanhantes com profissionais responsáveis pelo atendimento; participação nos processos de alta ou remoção na perspectiva de garantir a plena informação e discussão sobre os direitos, deveres, possibilidades e consequências no encaminhamento deste processo; e orientação às famílias nos casos de óbito, quanto aos recursos comunitários.

Também encontra-se preconizado a participação, quando necessário, na transferência do atendimento para a emergência, em caso de internação; viabilização do acesso aos serviços, programas e benefícios disponíveis na rede; garantia da informação, no momento da alta, sobre direitos sociais, nos casos de acidente de trabalho, violência no trânsito, violência doméstica, por exemplo, notificando aos órgãos competentes, os casos de maus tratos contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos; atendimento a demandas espontâneas, bem como, abordagens

no repouso e visitas domiciliares; realização de projetos e pesquisas para levantamento de dados e desenvolvimento de um trabalho coletivo.

Os procedimentos técnicos para o desenvolvimento do trabalho do Serviço Social, se baseiam na entrevista social, onde todos os pacientes são abordados, para o devido preenchimento da ficha social, que é anexado ao prontuário do paciente. Com base nas atribuições apontadas acima, as demandas espontâneas, se configuram como a maior parte dos atendimentos na unidade e trazem demandas diversificadas, não restringidas a condição de saúde/doença, mas ampliadas a esclarecimentos sobre os direitos previdenciários e o acesso a outros benefícios.

Desta maneira, nos é possível analisar que o Serviço Social nas unidades de saúde se configura como uma referência de acesso aos direitos, principalmente, nos territórios mais vulneráveis e, neste sentido, a presença do/a assistente social suscita, para o usuário, a possibilidade de uma escuta qualificada sobre a demanda apresentada, bem como, a solução desta demanda, da informação solicitada ou do encaminhamento realizado.

Todavia, também fazem parte das demandas espontâneas, a busca por esclarecimentos referidos ao próprio sistema de saúde; a viabilização de acesso a médicos; remédios; exames, entre outros. Neste tipo de atendimento, são verificadas as condições sociais dos usuários, para além de sua demanda na saúde, como, condições de moradia e trabalho, por exemplo, em uma perspectiva de saúde ampliada, pensando a partir dos determinantes sociais¹¹. Sendo assim, é possível identificar outras demandas a serem trabalhadas pelo Serviço Social, para além dos processos de saúde/doença. Além das explicações e orientações sobre as demandas são também realizados encaminhamentos às unidades da rede que possam estar atuando na resolução das necessidades apresentadas pelos usuários.

Sobre a abordagem no repouso, que também se configura como uma ação nos atendimentos do Serviço Social na unidade, esta consiste na identificação de possíveis demandas que necessitam da intervenção profissional. Vale ressaltar que a unidade possuía, no período do estágio supervisionado, o repouso masculino, feminino e infantil, com 04 (quatro) leitos cada um. A abordagem era feita mediante a presença do/a profissional nas salas de repouso, para a verificação dos pacientes que se encontravam na urgência, buscando conhecer a demanda que trouxe o paciente à unidade pré-hospitalar e, conseqüentemente, ao repouso,

¹¹ “De acordo com definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como, moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego”. (FIOCRUZ, 2014).

assim como, a situação geral de saúde/doença, para a orientação adequada ao acompanhamento ambulatorial na própria unidade ou na UBS – Unidade Básica de Saúde de sua respectiva localidade.

Nos casos de atendimento de urgência, onde o paciente não se encontra em condições de responder e/ou não está acompanhado de um familiar ou responsável, cabe ao Serviço Social da unidade, o devido processo de identificação e busca familiar, se possível. Nos casos em que outras demandas são identificadas na abordagem em repouso, o paciente quando liberado é orientado a buscar a sala do Serviço Social para um atendimento individual. No que tange às visitas domiciliares, estas são realizadas com os usuários acompanhados pelo Serviço Social da unidade, quando verificadas demandas que o/a assistente social precisa intervir juntamente a família destes, conhecendo suas condições de vida para a realização dos encaminhamentos, quando necessário.

O Serviço Social da Unidade Pré-Hospitalar desenvolveu, também, em momentos anteriores, projetos destinados a uma variedade de demandas, obtendo êxito no acompanhamento destas, no período de sua execução, segundo informações dos/as assistentes sociais. No entanto, estes não se encontravam mais em funcionamento, no período da realização do estágio supervisionado, por dificuldades referentes à composição da equipe profissional, especialmente. Desta maneira, os únicos projetos que vigoravam, com a participação do Serviço Social da unidade, eram os Projetos de Intervenção construídos e desenvolvidos pelos estagiários.

Isto nos possibilita pensar como a relação que se estabelece entre as unidades de saúde e as instituições de ensino são importantes para suscitar a realização de pesquisas e projetos, e trazer mudanças no cotidiano do trabalho. Veja, o trabalho no setor de saúde encontra-se permeado pela atuação rotineira e, por vezes, pragmática que consome o esforço e o empenho profissional em desenvolver uma ação crítica e propositiva. A necessidade de ofertar respostas rápidas às demandas, principalmente, quando se trabalha uma ação profissional em regime de plantão, torna extremamente difícil uma análise crítica da realidade e o acompanhamento continuado da demanda.

A existência da ação imediata no campo da saúde, parece encontrar-se ligada estritamente a urgência da vida, enquanto um bem precioso e, neste sentido, os atendimentos nas urgências têm por características a rapidez na atuação para a resolução das patologias do corpo e, em alguns casos, da mente. Desta forma, trabalhar em unidades de saúde que oferecem atendimentos em urgência se configura como espaços desafiadores para os/as assistentes

sociais, em especial, pelas características da sua formação. Quando um usuário chega ao serviço de saúde, no contexto da urgência, na maioria das vezes, o/a assistente social não consegue acompanhar o resultado final da demanda trazida por este, especialmente, se esta demanda incidir na necessidade do acesso a outros serviços de atenção à saúde, pois, muitas vezes, o retorno sobre o desdobramento do caso não acontece.

A atuação em saúde possui suas particularidades referentes a realização desta política pública, no entanto, enquanto profissionais, os/as assistentes sociais, para além das particularidades técnicas e instrumentais da atuação, lidam em seu cotidiano com as expressões da questão social, que se materializam nos processos de saúde/doença da população. De acordo com Buss (2010) a saúde e a doença são processos intrínsecos a vida dos seres humanos e, cada sociedade em suas conjunturas históricas, vão exprimir um modo de vida correspondente ao desenvolvimento de seu modo de produção e organização econômica, política e social, bem como, a sua cultura e os processos que formam a identidade social da população.

Neste sentido, para atuar na política pública de saúde se faz necessário reconhecer estes processos intrínsecos, problematizando sua historicidade fundante e relacionando-a com a conjuntura social da sociedade brasileira e com as condições de vida da população, para assim, compreender as mediações necessárias ao trabalho e desvendar o real abstruso nas demandas dos usuários e de seus territórios. Assim sendo, para realizar este movimento, o profissional precisa lançar mão de seus instrumentos técnicos, de organização e realização do trabalho, registrando-o e sistematizando-o, a fim de decodificar as particularidades e as principais demandas do público que atende, juntamente com a análise teórico-crítica da realidade, e do seu trabalho, para formular intervenções às demandas que se apresentam, em uma perspectiva alinhada com a complementação da teoria e da prática, reciprocamente.

[...] a competência teórica é indispensável para a formação profissional, mas ela sozinha não habilita para a intervenção. Sem essa formação teórica adequada, uma intervenção com qualidade fica prejudicada, visto ser a teoria que vai oferecer o significado social da ação, suas implicações e rebatimentos nas ações do outro, ultrapassando, dessa forma, o conhecimento do senso comum, rompendo, inclusive, com a visão de neutralidade dos instrumentos e técnicas. (SANTOS, 2010, p. 34).

As experiências de estágio, proporcionadas na Unidade Pré-Hospitalar, nos atentaram para a seguinte discussão, como é possível dentro da realidade do trabalho na política de saúde, principalmente, nos setores de plantão em urgência, realizar um trabalho qualificado, comprometido com a reflexão crítica, diante do cotidiano imediato das demandas de saúde? Neste sentido, este artigo não busca traçar uma receita infalível, que o/a assistente social possa

aplicar no seu trabalho e, assim, superar seus percalços, mas, busca através da insistência sobre a necessidade e importância da aproximação desta realidade, reconhecer as dificuldades existentes neste campo e pensar possibilidades para a atuação.

Vivemos no cotidiano e este, como discutido anteriormente, pode se transformar no caos das práticas pragmáticas e imediatas, que se enlaçam na reprodução da vida e do trabalho. A imediatividade que envolve o trabalho na saúde se fortalece na atual conjuntura, considerando, especialmente, que a precarização dos postos de trabalho torna-se um fator que traz implicações para a realização deste trabalho e para a qualidade que este obtém, bem como, para a realização da vida da classe trabalhadora.

Neste sentido, o/a assistente social enquanto trabalhador/a assalariado/a, encontra-se - assim como os demais trabalhadores da equipe multiprofissional e os que são atendidos por estes -, suscetível aos baixos salários, atrasos no pagamento, adoecimentos, regimes de trabalhos sem garantias trabalhistas, sendo necessário, em muitos casos, manter-se na prestação de serviços, em mais de uma instituição, para complementar a renda, conforme destacado anteriormente.

O cotidiano, como espaço privilegiado da ação imediata e local de realização da atuação profissional revela-se permeado pelos enlaces pragmáticos que fecundam o trabalho, fortalecidos pela conjuntura social do capitalismo, pelo desmonte da política pública de saúde, pela formação profissional aligeirada, pela burocratização e pelo afastamento do/a profissional, geralmente, das instituições de ensino, que se configuram como espaços de constante discussão do fazer profissional e possibilitam ao assistente social a reflexão, sob a luz da teoria, da sua prática cotidiana. O cotidiano acrítico, portanto, fortalece o imediatismo na atuação profissional, bem como, propicia o discurso, no meio profissional, das dicotomias entre a teoria e a prática e, assim, este desacredita do seu próprio trabalho, enquanto dimensão de atuação e reflexão.

Na Unidade Pré-Hospitalar era constatada a dificuldade dos/as profissionais em sistematizar os dados de seus atendimentos, mesmo tendo domínio das demandas do território e da rede de serviços do município. Geralmente, em suas falas não havia o compartilhamento deste saber com os demais colegas plantonistas (de áreas distintas) e a falta da troca de informações com os outros plantões, também era evidente. Neste sentido, o/a profissional de Serviço Social realizava seu trabalho de forma fragmentada, muitas vezes, visto que, além da não problematização das demandas com a equipe e da ausência da troca de informações, não

havia reuniões entre os/as profissionais e, a comunicação necessária para realização do trabalho, era feita por mensagens trocadas em grupo de redes sociais e através do livro de registros.

Se o trabalho começa e finda-se nas resoluções mecanizadas do cotidiano, torna-se necessário entender o que leva a essa desarticulação profissional e, considerando a análise de Coelho (2010), sobre a imediaticidade na prática do/a assistente social, importa-nos salientar que este deve ir além do imediato e racionalizar esta imediaticidade - quase que inevitável, neste contexto real - para que esta não se sobressaia ao conhecimento científico, pois, o imediato pode levar a naturalização das ações que, nas instituições, podem ser caracterizadas pela rotina, pela repetição de tarefas e pela busca por rápidas respostas às demandas que chegam. Diante disto, consideramos que o imediatismo na atuação do/a profissional dificulta sua interação e sua articulação enquanto equipe.

Aqui nos atentamos, não apenas para as dificuldades existentes na realização do trabalho em equipe que, fragmentado, dificulta a atuação e a compreensão coletiva das ações profissionais, mas, também, para as condições de trabalho, considerando que o Serviço Social da referida unidade contava, na época do estágio supervisionado, com estruturas mínimas para a atuação profissional, destacando, por exemplo, a sala pequena sem ventilação, com um espaço para no máximo 03 (três) pessoas, sem acesso a equipamentos de informática, com 01 (uma) mesa, 03 (três) cadeiras e 01 (um) armário, sem chave - situação que compromete o sigilo profissional dos documentos em arquivos, visto que a única segurança da sala, era a chave da porta que permanecia na unidade de saúde.

Desta forma, importa-nos pensar se a transformação desta realidade seria possível através da articulação coletiva dos profissionais no estabelecimento de estratégias de enfrentamento às condições de trabalho, mas, ao mesmo tempo, reconhecemos que ações como estas, encontram entraves na individualidade do trabalho realizado.

A realidade conjuntural do país, de uma política neoliberal que culmina em um projeto de sucateamento do SUS, escamoteando as verdadeiras intenções do grande capital de privatizar esta política pública, se espraia para a micro realidade do território de Campos dos Goytacazes e para os seus serviços de saúde. Assim sendo, o/a profissional precisa estar atento/a às transformações da órbita do capital e suas implicações no país, para compreender como estes impactos chegarão à política pública na qual trabalha, bem como, à realização concreta da vida da população, para então, se organizar coletivamente frente a esta realidade.

Este movimento de reflexão precisa encontrar-se no crivo crítico da análise da realidade e a luz dos conhecimentos teóricos, que embasam e preparam os profissionais para compreender

a totalidade das relações que se estabelecem nos contextos de crises econômicas e políticas. Diante das experiências vivenciadas no período de estágio supervisionado, podemos entender o setor de saúde como um espaço propício para a realização de um trabalho imediato, devido às suas particularidades e, sendo assim, percebemos que a prática profissional, nestes espaços, encontra-se permeada pela imediatividade das demandas de saúde, pelo discurso dicotômico entre teoria e prática, pela supremacia do saber médico e pelas condições de trabalho precarizadas, juntamente, com a desarticulação e fragmentação do trabalho dos/as assistentes sociais que, enquanto equipe de trabalho, sofrem na “ponta”, na realização da prática profissional, a falta de estrutura institucional.

Isto é, sem dúvida, produto do avanço das políticas neoliberais de enxugamento do Estado para com as políticas públicas, neste sistema capitalista, que busca a privatização do SUS, como também, produto de uma realidade econômica municipal, impactada pela redução dos recursos do município, via redução dos royalties do petróleo.

Toda esta conjuntura, produz um profissional que “reproduz” uma prática pragmática e, de quem é a responsabilidade? Veja, seria cômodo afirmar que o profissional é o único responsável por não superar o imediatismo em seu trabalho, justificando-o como um profissional que preza pela ação mais fácil e não se importa com a qualidade de seu trabalho, no entanto, não existe um único responsável. A relação que se estabelece em sociedade é composta por múltiplos e complexos fatores atravessados pelos sistemas políticos, pelas condições econômicas e sociais, pelas formações profissionais e, neste sentido, há uma infinidade de possibilidades que levam às práticas pragmáticas e imediatas e, nenhum profissional encontra-se totalmente livre delas.

Assim sendo, identificar na prática profissional cotidiana, traços destas condições, se faz necessário, para pensarmos as possibilidades da realização do trabalho diante da realidade profissional na atual conjuntura. Não estamos com isso, isentando o profissional de sua responsabilidade com sua prática profissional, mas, reconhecendo-o como um importante ator, capaz de materializar na sua prática, ações que busquem a superação do imediatismo. E, com isso, acreditamos que esta ação não se dá na solitude, mas no coletivo, especialmente, se neste coletivo busca-se conhecimentos teóricos-metodológicos; reflexão crítica da conjuntura social e da prática profissional, através do constante aprimoramento profissional; aproximação com instituições de ensino, através da concessão de estágios; participação no controle social da política pública de saúde, através dos conselhos municipais e da luta pela construção de uma nova ordem societária.

O profissional quando envolto à estas ações, efetiva as possibilidades de superação das práticas pragmáticas e imediatas, existentes no movimento do cotidiano, de acordo com Heller (1970) e é isto que possibilita uma práxis transformadora.

4. Considerações Finais

Na temática discutida, compreendemos o trabalho profissional no contexto da saúde pública, como uma ação profissional de suma importância para viabilizar estratégias que culminem na garantia de direitos e para estabelecer a mediação entre os serviços prestados e as demandas apresentadas pelos usuários. Neste sentido, o/a assistente social se apresenta como o meio para traduzir esse sistema e sua rede, transformando essa complexa estrutura em um atendimento real, permeado por informações e/ou encaminhamentos, de uma forma humanizada e compreensível às particularidades de cada pessoa que atende.

A realização deste trabalho no espaço institucional com poucas estruturas e recursos, capitaneado, muitas vezes, pela imediaticidade das urgências e pelas correlações de forças estabelecidas nas conjunturas neoliberais, colocam o fazer profissional do/a assistente social da saúde, principalmente, na modalidade de plantões, como uma ação de resistência, em meio ao sucateamento da “coisa pública”, a falta de estrutura institucional e os vínculos de trabalho fragilizados e acumulados. E é dentro desta estrutura de trabalho, que problematizamos as influências imediatistas e pragmáticas no fazer profissional.

Consideramos que na prática contemporânea do Serviço Social os ideais pragmáticos se apresentam, assim como, em toda sociedade e, se fortalecem, em uma conjuntura política, econômica e social voltada à reprodução do sistema capitalista e do fortalecimento dos interesses burgueses e conservadores. A imediaticidade e a atuação acrítica, assim como, a desvalorização da teoria e da história, características presentes no pragmatismo, quando entrelaçadas à prática profissional do Serviço Social, podem produzir uma atuação imediata, mecanizada, burocrática, com foco apenas na experiência vivida, desqualificando a importância do referencial teórico, o que pode comprometer as mediações que precisam ser feitas no cotidiano do trabalho, no âmbito das políticas sociais, visto que quando o profissional realiza uma atuação acrítica, não consegue encontrar, em sua realidade, as conexões com a teoria. Neste sentido, o discurso e o trabalho poderão voltar-se para a reprodução do controle da sociedade e, sendo assim, as mediações dos conflitos nunca atenderão os interesses da classe trabalhadora.

Cada vez que a prática pragmática é empregada, também se alimenta o conservadorismo, pois, sem o conhecimento histórico da construção da sociedade e sem o reconhecimento teórico

para interpretar a realidade criticamente, não há espaço para a construção de uma identidade política e ética, pautada na transformação de uma nova ordem social, como apontam o Código de Ética Profissional do Serviço Social e o Projeto Ético-Político da profissão e, assim sendo, as velhas bases se reatualizam às sombras do novo caminho que a profissão vem buscando traçar.

Compreendemos que o pragmatismo também se alimenta das conjunturas econômicas e políticas e este encontra, na saúde, um espaço privilegiado para a sua reprodução. A política pública de saúde que traz em seu bojo as condições históricas atreladas aos interesses do grande capital, ou seja, das políticas neoliberais de privatização, tem como demandas para o Serviço Social, as expressões da questão social, que se materializam no processo saúde-doença das pessoas.

Estas demandas, quando atendidas nos setores da urgência cobram, muitas vezes, respostas imediatas do/a profissional de Serviço Social e se confluem, às condições precarizadas de trabalho nas unidades de saúde; ao volume estressante de trabalho; a acumulação de empregos; a realidade aligeirada e sem continuidade dos plantões e as dificuldades das relações nas equipes de trabalho, que não se reúnem, que não refletem sobre essa realidade adversa, imprimindo um ritmo de trabalho pautado, geralmente, em ações e decisões particularizadas.

Outrossim, as experiências proporcionadas pelo estágio supervisionado, nos atentaram para a importância e urgência da discussão sobre esta realidade, ou seja, sobre o trabalho no SUS, principalmente, no sistema de plantão, considerando que estas unidades expressam, em sua estrutura, o projeto de sucateamento da saúde, agravado pelas condições econômicas e políticas, do referido município, neste momento histórico. Esta realidade nos apresenta a inquietante indagação de como se faz possível, diante das condições de trabalho na política pública de saúde, na atual conjuntura, realizar um trabalho comprometido com a qualidade e com a reflexão crítica, diante de um cotidiano imediato?

Ressaltamos, de acordo com Heller (1970), a possibilidade de transformação existente no cotidiano e, neste sentido, esta possibilidade confere aos profissionais uma reação frente às dificuldades do trabalho e, sobre esta prerrogativa, nos debruçamos para concluirmos que, se os movimentos do cotidiano nos permitem transformações, se faz possível a superação de uma prática pragmática e imediata na atuação profissional do Serviço Social.

Não existem receitas milagrosas, que deem conta de resolver esta questão, que se apresenta multifacetada e agudizada pela conjuntura social, no entanto, existem apontamentos

que direcionam o profissional às possibilidades de superação desta realidade, como o aprimoramento profissional, que permite ao assistente social uma reflexão crítica e a realização de um movimento de conexão entre teoria e prática.

A inserção de estágios supervisionados nos espaços sócio-ocupacionais, pode viabilizar a discussão do fazer profissional, entre as instituições de ensino e os espaços do trabalho, possibilitando, por exemplo, através dos projetos de intervenção, abertura de novas perspectivas para o Serviço Social, bem como, para a participação nos espaços de construção da Política Pública de Saúde. Portanto, essa lógica pode se caracterizar como uma ação que fortalece o enfrentamento das práticas pragmáticas no trabalho profissional e, assim, contribuir para a efetivação de uma práxis realmente comprometida com a qualidade dos serviços prestados, onde o alinhamento das dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas, culminem em uma prática profissional afinada com o projeto de renovação da categoria, no enfrentamento ao conservadorismo e ao imediatismo.

5. Referências

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. *In*: MOTA, Ana Elizabeth *et al.* (org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007, p. 88-110.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez Editora, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza *et al.* (org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2004, p. 25-47.

BRASIL. BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei n. 8080: 30 anos da criação do sistema único de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020, n.p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/ultimas-noticias/3295-lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus>. Acessado em: 05 out. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: 1988, n.p. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acessado em: 1 nov. 2019.

BUSS, Paulo M. Saúde pública hoje. *In*: HORTALE, Virginia Alonso; FIÚZA, Carlos Otavio Moreira; BODSTEIN, Regina Cele Andrade; RAMOS, Célia Leitão (org.). **Pesquisa em saúde coletiva, fronteiras, objetos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010, p. 35-56.

COELHO, Marilene A. Imediaticidade na prática profissional do assistente social. *In*: FORTI, Valéria; GUERRA, Yolanda (org.). **Serviço Social: temas, textos e contextos**. Coletânea nova de Serviço Social. Rio de Janeiro: Lumen Júris Editora, 2010, p. 31-53.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **30 anos do Congresso da Virada.** (CFESS Manifesta). 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/congresso.pdf> . Acessado em: 10 nov. 2019.

CREMESE - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SERGIPE. **SUS completa 20 anos, mas não implanta seus princípios fundamentais,** 2010. Disponível em: http://www.cremese.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20986:suscompleta-20-anos-mas-nao-implanta-seus-principios-fundamentais&catid=3. Acessado em: 10 de nov. 2019.

DICIONÁRIO FINANCEIRO. **Índice de Gini: o que é e como é calculado? Gini do Brasil e do mundo,** 2019. Disponível em: <https://www.dicionariofinanceiro.com/indice-de-gini/>. Acessado em: 8 de nov. 2019.

FIOCRUZ. **Determinantes Sociais da Saúde.** 2014. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>. Acessado em: 15 de nov. 2019.

FIOCRUZ. **Sérgio Arouca.** 2013. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sergio-arouca>. Acessado em: 15 de nov. 2019.

GUERRA, Yolanda Aparecida Demetrio. Expressões do pragmatismo no Serviço Social: reflexões preliminares. **Revista Katálysis,** Florianópolis. v. 16, n. esp., 2013, p. 39-49.

HELLER, Agnes. Estrutura da vida cotidiana. *In:* COUTINHO, Carlos Nelson; KONDER, Leandro. (org.) **O cotidiano e a história.** São Paulo: Paz e Terra, 1970.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

MENDES, Eugenio Vilaça. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. **Revista Mineira de Saúde Pública,** n. 4, ano 3, jan./jun. 2004, p. 4-26.

SANTOS, Cláudia Mônica. **Na prática a teoria é outra?** Mitos e dilemas na relação entre teoria, prática, instrumentos e técnicas no Serviço Social. Rio de Janeiro: Lumem Juris, 2010.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. *In:* TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). **Reforma sanitária, em busca de uma teoria.** 3. ed. São Paulo: Cortez; 2006, p. 17-46.

TEIXEIRA, Sonia Fleury; MENDONÇA, Maria Helena. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. *In:* TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). **Reforma sanitária, em busca de uma teoria.** 3. ed. São Paulo: Cortez; 2006, p. 193-227.

O SERVIÇO SOCIAL NO CAPS-AD: FATORES ASSOCIADOS À INTERAÇÃO ENTRE DEPENDÊNCIA QUÍMICA E O ESTAR EM SITUAÇÃO DE RUA**

SOCIAL WORK AT CAPS-AD: FACTORS ASSOCIATED WITH THE INTERACTION BETWEEN DRUG ADDICTION AND HOMELESSNESS

PURL: <http://purl.oclc.org/r.ml/v6n2/d4>

Thaís Souza Miranda Vasconcelos[†]
 <https://orcid.org/0000-0001-9470-1067>

Viviane Aparecida Siqueira Lopes[‡]
 <https://orcid.org/0000-0002-3759-9593>

Resumo: Este artigo visa analisar o trabalho do Serviço Social nos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas (Caps-AD), destacando o atendimento aos usuários em situação de rua. Para isso, contou com pesquisa bibliográfica relacionada aos termos “situação de rua”, “Caps-AD” e “serviço social na saúde mental”. A análise expressa a complexidade do contexto de vida de pessoas em situação de rua, trazendo repercussões para o tratamento da dependência química, nos Caps-AD. Destaca os desafios do Serviço Social dos Caps-AD no processo de reinserção social dos usuários, intensificados diante de usuários que se encontram em situação de rua. Trabalho que se norteia por ações educativas e socioassistenciais, sinalizando a promoção da intersetorialidade entre políticas públicas como enfrentamento da gravidade social e sanitária apresentadas.

Palavras-chaves: Pessoa em Situação de Rua. Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Outras Drogas. Serviço Social.

Abstract: This article aims to analyze the work of Social Work in Psychosocial Care Centers - Alcohol and other drugs (Caps-AD), highlighting the service to street users. For that, it had bibliographic research related to the terms “homelessness”, “Caps-AD” and “social service in mental health”. Its analysis expresses the complexity of the life context of people on the street, bringing repercussions for the treatment of chemical dependence in Caps-AD. It highlights the challenges to the Social Service of the Caps-AD in the process of social reintegration of users, being intensified before users who are on the street. This work is guided by educational and socio-assistance actions, signaling the promotion of intersectoriality between public policies as a means of coping with the social and health severity presented.

Keywords: Homeless People. Psychosocial Care Centers - Alcohol and Other Drugs. Social Work.

* Artigo recebido em: 18 de outubro de 2020. Aceito em: 27 de outubro de 2020

^{*} Este artigo baseia-se no Trabalho Final de Conclusão do curso de serviço social do Departamento de Serviço Social de Campos da Universidade Federal Fluminense, intitulado “A pessoa em situação de rua e o atendimento no CAPS AD: demandas ao serviço social”, apresentado em 2019.

[†] Assistente social no projeto da Terceira Idade, da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF), em Campos dos Goytacazes, Brasil. Pós-graduanda em Serviço Social, pela Faculdade Ensino, Juiz de Fora, MG, Brasil. Bacharel em Serviço Social, Departamento de Ciências Sociais de Campos, Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional, Universidade Federal Fluminense (UFF). Autor correspondente. E-mail: thaissmvasconcelos22@gmail.com.

[‡] Professora do Departamento de Serviço Social de Campos, da Universidade Federal Fluminense, Brasil. Doutora e Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Serviço Social Contemporâneo e Bacharel em Serviço Social, pela Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: vivianeviviane@uol.com.br

1. Introdução

O trabalho do Serviço Social na saúde mental, a partir do ano de 2001, desenvolveu-se, majoritariamente, nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que foram criados como desdobramento do movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, em especial a partir da criação da Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre a proteção e sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, e possibilitando a expansão paulatina dessas unidades de saúde. O movimento pela Reforma Psiquiátrica foi iniciado com a luta antimanicomial dos trabalhadores da saúde mental, iniciada no final dos anos 1970, sendo efetivamente operacionalizado a partir da promulgação da Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216/2001) e da portaria GM nº 336/2002 (BRASIL, 2002), referente aos Caps e ao seu funcionamento. Esses profissionais estavam inspirados pelo movimento de Reforma Sanitária no país, que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, garantindo o direito universal à saúde à população brasileira, sendo esse dever do Estado.

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), em seu artigo 5º, apresenta os principais objetivos do SUS, a partir dos incisos I, II, III, que disciplinam: a identificação e a divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde – pelos quais a visão de saúde se solidifica como ampliada, não importando apenas a dimensão clínica do paciente, mas analisando-o na sua integralidade – além da formulação da política de saúde como dever do Estado, envolvendo ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde.

Assim, com as noções de “democracia”, de “direitos” e de “equidade” em pauta, os trabalhadores da saúde mental mostraram-se incomodados com as péssimas condições de trabalho e com os tipos de intervenções direcionadas aos pacientes com sofrimento psíquico, que tinham, como opção de tratamento, apenas a internação psiquiátrica. O movimento pela Reforma Psiquiátrica incluiu trabalhadores da saúde mental, usuários dos serviços e suas famílias, que questionavam os maus tratos destinados aos “pacientes”, o modelo assistencial vigente e a falta de possibilidade de reinserção social, pois o tratamento envolvia a hospitalização em manicômios, por longos períodos de tempo, promovendo o afastamento da vida cotidiana, isolando-os. Também era comum o distanciamento da família, resultando, muitas vezes, no abandono do “paciente” no hospital, ficando esse assemelhado a um depósito de indivíduos com transtorno mental. Nesse contexto, os sujeitos com uso abusivo de drogas e vivenciando as consequências psicobiológicas desse uso, também eram tratados via hospitalização em manicômios.

Em relação ao movimento pela Reforma Psiquiátrica, Goulart e Durães (2010) afirmam:

A partir do final da década de 70, tomou forma, no Brasil, um movimento da Reforma Psiquiátrica com um questionamento incisivo das políticas públicas de saúde mental e do modelo assistencial centrado nos hospitais psiquiátricos e em estratégias de exclusão. Foi quando se falou, pela primeira vez, acerca do fim dos hospitais psiquiátricos, que atualmente identificamos no bojo dos processos de desinstitucionalização (GOULART, 2007) que vem ocorrendo no Brasil (GOULART; DURÃES, 2010, p. 112).

Com a implementação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, cujo eixo principal é a desinstitucionalização, os Caps, na condição de unidade de saúde paratratamento ambulatorial e interdisciplinar, ganham sentido. Segundo Pitta (1994):

O Centro de Atenção Psicossocial (Caps) surgiu em São Paulo, no ano de 1987. Com recursos federais e de caráter público, esse novo serviço veio atender a demanda de atendimentos em saúde mental, tendo recebido o nome, a princípio, de Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira, com a sigla Caps, que foi seguida, posteriormente, em todo o país pelos próprios usuários do serviço. O centro tornou-se um modelo institucional para os demais Caps brasileiros (PITTA, 1994, p. 649)

O processo de desinstitucionalização do tratamento em saúde mental, com base nos objetivos do movimento de Reforma Psiquiátrica, preza por assistência e atendimento alternativo e humanizado aos usuários. Para os defensores e participantes desse movimento, a institucionalização dos indivíduos com sofrimento psíquico traria mais danos à sua vida como um todo, impedindo seu contato com a comunidade, limitando seu convívio com os familiares, restringindo a sua autonomia e impossibilitando a sua reinserção social. Além disso, eles acreditavam que o modelo de tratamento médico deveria ser amplamente reformulado.

Os Centros de Atenção Psicossocial compõem a rede de atendimentos substitutivos à hospitalização, no âmbito da saúde mental, trabalhando com uma equipe multidisciplinar. Essa equipe é composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de enfermagem e assistentes sociais, que oferecem: acolhimento, atendimentos individuais ou em grupo, oficinas, trabalho com as famílias; e medicação prescrita de acordo com o plano individual elaborado para cada atendido. O dispositivo tem responsabilidade de atender pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, trabalhando sob a lógica da territorialidade.

Segundo a portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, em seu art. 1º, fica estabelecido que os Centros de Atenção Psicossocial poderão se constituir nas seguintes modalidades de serviços: Caps I, Caps II, Caps III, Caps i II e Caps-AD II, definidos por ordem

crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. O Caps I é um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional, para atendimento, em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; o Caps II atua em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; já o Caps III se insere em cidades com população acima de 200.000 habitantes; o Caps i II é um serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou para outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos; e o Caps-AD II é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 (BRASIL, 2002).

A partir dos anos 2000, o número de Caps aumentou significativamente, pois a Lei nº 10.216 foi sancionada em 06 de abril de 2001. Essa redireciona a Atenção à Saúde Mental, ao regulamentar a não internação dos indivíduos com transtorno mental e consistir em novo modelo de atenção psiquiátrica. A implantação das Residências Terapêuticas e dos Centros de Atenção Psicossocial operacionalizam os direitos colocados pelo Estado para os indivíduos com transtorno mental. Tais residências configuram-se como para pessoas portadoras de transtornos mentais graves, localizadas em espaços urbanos, e abrigam, no máximo, oito indivíduos, contando com o respaldo do Caps mais próximo ou da equipe da Atenção Básica (BRASIL, 2004). Assim, não substituem totalmente os hospitais psiquiátricos, mas colabora, cada vez mais, com a luta antimanicomial, promovendo a redução de leitos em hospitais psiquiátricos.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps-AD), em específico, de acordo com a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), é um serviço para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e da dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes, como já mencionado. Possui, como objetivos: promover a atenção integral; proporcionar espaços de acolhimento e de convivência em grupo, nas oficinas terapêuticas, nas oficinas operativas, nos grupos terapêuticos, na terapia comunitária, nos grupos de apoio, na geração de renda, nas assembleias e em outras estratégias de inclusão social; trabalhar a prevenção voltada para as questões do uso de álcool e drogas e diminuir os riscos de infecções e de outras doenças; promover e proteger a saúde de maneira integral, partindo da necessidade de uma mudança no paradigma de “doentes”, para novos cidadãos de direito, entre outros (FODRA; ROSA, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) definiu a dependência química como uma doença crônica e progressiva, ou seja, que piora com o passar do tempo, gerando outras doenças e podendo ser fatal. Considera-se o uso de álcool e de outras drogas como abusivos, quando se compromete, de alguma forma, a saúde psíquica, biológica e social do indivíduo, por meio de uma série de sintomas que caracterizam a falta de controle do sujeito em relação ao uso, afetando diversas áreas da sua vida, envolvendo a compulsão pelo uso e as graves sensações de abstinência, como: ansiedade, insônia, tremores, alucinações.

Segundo Bucher (1992) apud Macrae (2001), o uso abusivo de drogas não implica, necessariamente, a presença de uma personalidade patológica e possui forte determinação do contexto social no qual o indivíduo se insere. Para esse autor:

[...] uma substância química só se torna uma droga provocando dependência dentro de um determinado contexto de relações entre atividades simbólicas e ambiente. A partir desse ponto de vista, no estudo da evolução da toxicomania, o efeito puramente fisiológico da droga importa pouco, já que se trata de compreender a interpretação que o indivíduo dá de sua experiência, de seu estado e da motivação que o impele a um consumo repetido da droga (BUCHER, 1992 apud MACRAE, 2001, p. 2).

Em consonância, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) define a dependência química como uma doença biopsicossocial, ou seja, o indivíduo possui inúmeros motivadores de âmbito social, psicológico e biológico que contribuem ou não para o desenvolvimento de um uso repetido da substância psicoativa. Não cabe, apenas, analisar a disposição genética para o desenvolvimento da doença, mas todo o conjunto da estrutura de vida do sujeito.

Segundo Schenker e Minayo (2005), a expressão “fatores de risco” caracteriza condições relacionadas à possibilidade de ocorrência de fatos negativos para a saúde e para vivência social do ser humano. Assim, alguns fatores podem ser individuais, e outros, de meio social e de condições estruturais mais amplas. No fenômeno do uso das drogas, por exemplo, os indivíduos não são motivados, apenas, por busca de prazer, mas, sim, de aceitação social em algum grupo, de fuga de problemas familiares e financeiros. Tais aspectos compõem o cotidiano das pessoas em situação de rua, pois segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2008), estas encontram-se nessa situação pela associação de fatores individuais, familiares e financeiros. Portanto, a situação de rua e a dependência química confluem, sendo comum a presença concomitante dos dois fenômenos.

A partir do exposto, este artigo analisa o trabalho do Serviço Social nos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas (Caps-AD), enfatizando o atendimento aos usuários em situação de rua. Para isso, apresenta os determinantes sociais relacionados à

situação de rua, associando-a ao uso abusivo de substâncias psicoativas, tendo em vista a composição da análise sobre a complexificação do processo de controle do uso de álcool e de outras drogas. Destaca as características e os desafios do Serviço Social nos Caps-AD, em especial, diante dos referidos usuários em situação de rua.

2. A situação de rua: contextos e interações.

A utilização dos logradouros públicos como lugar para permanência de pessoas que se dizem sem residência, realizando, nesses espaços, suas atividades diárias, é fenômeno social antigo, constituindo uma síntese de múltiplas determinações, cujas características, mesmo com variações históricas, tornam esses elementos de extraordinária relevância na composição da pobreza. O aumento do número de pessoas em situação de rua, no Brasil, possui relação direta com a ampliação da pobreza, pois a falta de emprego, de qualidade de vida e de inserção social condizem com cenário social favorável à presença de outros fatores, como uso de drogas e de relacionamentos conflituosos, que promovem, em conjunto, a decisão de ir para as ruas (IBGE, 2008).

Desde as últimas décadas do século XX, as relações sociais complexificaram-se a partir do processo de globalização e de mudanças no mundo do trabalho, com consequências perversas, como alto índice de desemprego, de violência, de falta de moradia, de redução na proteção social, entre outros.

As pessoas em situação de rua são reflexo dessa dinâmica, caracterizando-se, muitas vezes, como migrantes que chegaram à determinada cidade, visando conseguir trabalho e não o obtiveram e/ou saíram de suas casas por conflitos familiares, em decorrência de desemprego e do uso de drogas. Essas pessoas são alvos de preconceito e de estigma, sendo consideradas “vagabundos” ou “incapazes” para o trabalho e não possuidores de direitos sociais e de respeito humano. Assim, sobrevivem às margens do desenvolvimento urbano, social e econômico, cujas condições de vida e de segregação urbana vivenciadas expressam faceta relevante da desigualdade social (MARICATO, 2003).

Nessa perspectiva, Yazbek (2012) apresenta a pobreza

como uma das manifestações da questão social, e dessa forma como expressão direta das relações vigentes na sociedade, localizando a questão no âmbito de relações constitutivas de um padrão de desenvolvimento capitalista, extremamente desigual, em que convivem acumulação e miséria (YAZBEK, 2012, p. 289).

Considera-se, como pobreza, a constância de grande parcela da população mundial

privada de acesso às necessidades humanas mais essenciais, podendo ser absoluta ou relativa. A primeira diz respeito ao não atendimento das necessidades referentes ao mínimo vital para a sobrevivência, sendo o caso das pessoas em situação de rua. A segunda, ao não alcance da satisfação das necessidades segundo o modo de vida predominante, em uma determinada sociedade (ROCHA, 2006).

Segundo o Censo Nacional sobre a População em Situação de Rua, a dependência química é o principal motivo para o estabelecimento dessa condição, sendo identificadas 31.922 pessoas em situação de rua, distribuídas nas 71 cidades nas quais o levantamento foi realizado (IBGE, 2008).

Os três principais motivos apontados como razão para que os indivíduos estivessem nas ruas foram: alcoolismo/drogas (35,5%); desemprego (29,8%); problemas com pai/mãe/irmãos (29,1%) (IBGE, 2008). Esses dados confirmam a inter-relação entre a situação de rua, a dependência química e os conflitos familiares, categorias que expõem a vulnerabilidade social desses indivíduos.

Para Monteiro (2011, p. 35):

A vulnerabilidade social, assim compreendida, pressupõe um conjunto de características, de recursos materiais ou simbólicos e de habilidades inerentes a indivíduos ou grupos, que podem ser insuficientes ou inadequados para o aproveitamento das oportunidades disponíveis na sociedade. Assim, essa relação irá determinar maior ou menor grau de deterioração de qualidade vida dos sujeitos.

Problematizando o fator “desemprego”, Sarti (1994) analisa que a expectativa social pelo sustento da família ainda recai sobre o homem e, quando esse não consegue provê-lo integralmente, é penalizado, vivenciando um ambiente de críticas e de cobranças. O uso de drogas, em contexto de desemprego, torna-se comum, em especial de bebidas alcoólicas, que, ao se associarem ao desemprego, incrementam os conflitos familiares. Portanto, não é ocasional a predominância do gênero masculino sobrevivendo nas ruas (82%) (IBGE, 2008).

Segundo Sarti (1994, p. 76):

As dificuldades encontradas para manter o padrão de desempenho que se espera do homem na família pobre, por sua condição de trabalhador e pobre, faz com que a dimensão da pobreza no contexto familiar apareça mais explicitamente no discurso masculino, já que os homens se sentem os responsáveis pelos rendimentos familiares. É sobre ele que recai mais forte o peso do fracasso. É o homem quem falta com sua obrigação quando o dinheiro não dá.

Do homem também é cobrada a “moral” além do sustento financeiro. Para constituir a “boa” autoridade, digna da obediência que lhe corresponde, não basta a ele, apenas, efetivar a

manutenção da família. É preciso ter caráter e moral reconhecidos, mas, para a autora supracitada, o homem, quando bebe, perde-a dentro de casa, não conseguindo mais dar ordens. Portanto a questão do uso de substâncias psicoativas também agrava os conflitos familiares, intensificando a fragilidade dos vínculos.

3. O serviço social no Caps-AD

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps-AD) visam propiciar assistência integral ao usuário de álcool e de outras drogas, sendo porta de entrada para o processo de controle da dependência química. Nessas unidades, as ações são executadas por equipe profissional a partir de relações horizontais e democráticas, entre seus integrantes e em perspectiva interdisciplinar. Assim, o diálogo entre os profissionais é constante, sendo realizadas reuniões semanais, nas quais abordam a situação de cada usuário e/ou família, buscando o melhor plano terapêutico.

De acordo com Vasconcellos (2010, p. 2):

O termo interdisciplinaridade não tem sentido único, mas, em geral, versa sobre a intensidade das trocas entre os especialistas e sobre o grau de integração das disciplinas em um projeto profissional, de ensino ou de pesquisa. (...) assume-se a interdisciplinaridade como estratégia que envolve troca real de conhecimentos e uma integração mais profunda e coordenada entre disciplinas.

No que diz respeito à saúde mental, acrescenta:

A defesa da interdisciplinaridade e a exigência das equipes multiprofissionais nas políticas públicas transformam-se em estratégia de superação do modelo manicomial, posto que a exclusividade da narrativa biomédica sobre a loucura e a noção de doença mental, enquanto categoria tão somente médico-científica, foram problematizadas (VASCONCELLOS, 2010, p. 4).

O assistente social integra a equipe profissional, reconhecendo os indivíduos em sua integralidade, inserido em seu contexto de vida, visando ao resgate das características dos territórios nos quais vivem e à realização dos objetivos propostos pela Política de Saúde Mental, que condizem com a meta de reinserção social. De acordo com a Lei de Regulamentação da profissão de Serviço Social – n° 8.662, de 7 de junho de 1993 (BRASIL, 1993), art. 4º, números V e XI – uma das competências do assistente social é: orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso desses no atendimento e na defesa de seus direitos, além de realizar estudos socioeconômicos com os usuários, para fins de benefícios e de serviços sociais, junto a órgãos da administração pública direta e indireta, a empresas privadas e a outras entidades.

Assim, nos Caps-AD, os assistentes sociais buscam conhecer a realidade social, econômica e familiar dos usuários e/ou familiares, no sentido de levantar demandas e de reconhecer os determinantes sociais relacionados à promoção do uso de drogas, que,

possivelmente, irão limitar o tratamento proposto, intervindo sobre eles. Essa intervenção adota, como instrumentos e técnicas, entrevistas, reuniões, visitas domiciliares, encaminhamentos e contatos com outras instituições vinculadas à própria política de saúde e/ou a outras políticas sociais, como a assistência social e a previdência social.

Nessa perspectiva, Mioto e Nogueira (2009, p.221-222) ressaltam:

O modelo de atenção à saúde, construído pelo movimento sanitário, especialmente na década de 1980, pautado na concepção ampliada de saúde e postulando o paradigma da determinação social como estruturantes do processo saúde-doença, constituiu-se num terreno extremamente fértil para o Serviço Social.

De acordo com as autoras supracitadas, além de ampliar o espaço sócio-ocupacional dos profissionais de Serviço Social, a concepção de saúde baseada, também, nos determinantes sociais e econômicos dos indivíduos possibilita aos profissionais maiores articulações e tensionamentos para com as políticas vigentes, indo para além de um trabalho burocrático e rotineiro de acolhimento e de encaminhamentos aos serviços.

Portanto, o trabalho do Serviço Social inserido em dispositivo de saúde mental requer criatividade, competência e comprometimento ético-político, no sentido de intervir de modo qualificado, diante das demandas de seus usuários, no entanto é preciso cautela para não realizar um serviço terapêutico, pois tal atribuição não condiz com as competências e atribuições do serviço social na atualidade (CFESS, 2010a).

As particularidades e as demandas apresentadas pelos seguimentos em situação de rua com dependência química compõem o público-alvo da intervenção do Serviço Social ao se inserirem nos Caps-AD, sendo enfatizada a dependência química, mas com o processo de tratamento e de reinserção social condicionado pelas características do estar em situação de rua.

Desse modo, o trabalho do Serviço Social inserido em Caps com atendimento a dependentes químicos, quando associado à situação de rua, possui, como principal estratégia, a intermediação entre os setores públicos e suas políticas, promovendo uma intersectorialidade inexistente na formulação das políticas públicas.

Além dessa estratégia, o referido trabalho dos assistentes sociais, nos Caps-AD, desdobra-se em frentes de intervenção, tais como: a) orientar sobre o acesso aos direitos sociais, elaborando encaminhamentos aos serviços quando necessário; b) incentivar o fortalecimento de

vínculos familiares como forma de proteção social; c) aprimorar o trabalho em equipe; d) promover, junto aos indivíduos, momentos de reflexão sobre suas potencialidades, entre outras ações.

O profissional de Serviço Social também se mostra politicamente comprometido com a classe trabalhadora, promovendo a viabilização da participação efetiva dos usuários nas decisões institucionais; a garantia da plena informação sobre suas possibilidades, consequências e direitos; e a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação profissional/usuário, no sentido de agilizar e de melhorar os serviços prestados etc. (CFESS, 2010b).

Nessa perspectiva, de acordo com Silva (2008) apud Moura, Farias e Silva (2015, p. 7), os profissionais de Serviço Social devem agir:

Fazendo com que esse indivíduo se reconheça como incluso na sociedade, participe da democracia e capaz de produzir riqueza social; potencializando a autonomia dos usuários fazendo com que esse seja capaz de desempenhar seus papéis sociais; na formulação de estratégias de ação visando contribuir com o processo de “desalienação”; desconstruindo visões autoritárias e preconceituosas em relação ao doente mental, incentivando ações fundadas na democracia; na consolidação da cidadania, melhores condições de vida, garantia dos direitos sociais com vista na construção de um novo projeto societário que preconize o fim de todo tipo de exploração; na articulação com os movimentos sociais, na luta das classes subalternas contra a barbárie e a desumanização

Segundo Machado (2009), apesar de a proposta da Reforma Psiquiátrica tornar todos os profissionais que trabalham no âmbito da saúde mental mais “sensíveis” ao lado social do indivíduo, somente o assistente social tem bagagem teórico-metodológica e técnico-operativa que lhe permite intervir, de maneira adequada, frente à questão social vivenciada pelos usuários dos dispositivos.

Durante o processo de estágio em Serviço Social, em um Caps-AD, foi registrado o atendimento pela equipe profissional a três indivíduos em situação de rua, com dificuldades relacionadas ao uso descontrolado de álcool e de outras drogas. Entre esses, um senhor encontrava-se habitando na Casa de Passagem e, devido ao constante contato e articulação das equipes das duas instituições (Caps-AD e Casa de Passagem), fazia tratamento no Caps-AD, tendo atendimento individualizado e frequentando as oficinas de geração de renda. Os outros dois usuários foram encaminhados do Centro de Referência para Pessoa em Situação de Rua (Centropop) para o Caps-AD. Um deles era um homem que estava sem família e moradia, ficando no Caps por quinze dias para o processo de desintoxicação da substância. O outro era uma mulher, atendida por estar passando mal na rua, mas que não retornou à instituição, após

o primeiro atendimento.

Em todos esses casos, a assistente social tentou entrar em contato com a família dos usuários, procurou pelos documentos de identificação, realizou telefonemas, fez buscas e encaminhamentos, tentou incluí-los nos grupos de conversa e nas oficinas com outros usuários, visando a ampliação de possibilidades de tratamento. Portanto o acolhimento, a humanização da atenção à saúde, a escuta qualificada e o diálogo com a equipe profissional mostraram-se de suma importância para que cada usuário, na sua particularidade, fosse atendido de maneira integral.

Entretanto a associação do uso de substâncias psicoativas à situação de rua traz limites à intervenção profissional. A compulsão pela droga, a fragilidade dos vínculos familiares e sociais, o prazer na ausência de limites etc. geram dificuldades para a ultrapassagem do uso das drogas e, por conseguinte, mais desafios para o alcance de objetivos traçados pelo Serviço Social. Segundo Penso e Sudbrack (2009, p. 10), “o envolvimento com drogas surge como possibilidade de espaços de pertença e afiliação a um grupo de pares, bem como de afirmação e de confirmação da sua existência, conferindo-lhe um senso de identidade”, sendo um fator limitante a mais.

Contudo a promoção da intersetorialidade, a partir dos encaminhamentos e do contato realizados com as instituições, constitui aspecto relevante do trabalho profissional diante do público dos Caps-AD - em geral e, ainda mais, quando associado à situação de rua – pois, diante dessa última, a gravidade das expressões da questão social vivenciada é intensificada.

Fazenda (2017) apud Santos (2018) ressalta a importância da intervenção do assistente social na área da saúde mental, afirmando:

[...] o emprego e o desemprego, o acesso à educação, a pobreza, a habitação, a urbanização, a discriminação e a violência de gênero, produzem impactos sobre a saúde mental dos indivíduos, evidenciando a importância do âmbito social e econômico e a relevância da intervenção do assistente social na área da saúde mental, pois é uma profissão que atua com os sujeitos sociais e suas condições materiais de vida (FAZENDA, 2017 apud SANTOS 2018, p. 54).

No entanto Robaina (2010) destaca o cuidado com as famílias entre os aspectos pertinentes e desafiantes do Serviço Social, frente à Reforma Psiquiátrica, o que requer a desconstrução do conceito tradicional de família segundo a composição nuclear e a observação de suas necessidades materiais e relacionais. Também envolverá a articulação entre os Caps/Caps-AD e outros equipamentos e grupos do mesmo território do Caps, desmistificando o conceito de “loucura”, também associado, em alguns casos, às consequências do uso abusivo de álcool e de outras drogas, presentes no imaginário social.

No que diz respeito à geração de renda e trabalho, a autora supracitada afirma que

“há enormes espaços para a discussão das relações de trabalho, das potencialidades e limitações da legislação, do uso do dinheiro, do valor de uso e de troca do produto das oficinas, dos nichos de mercado, da capacitação, e de mais um sem-número de questões correlatas” (ROBAINA, 2010, p. 347).

Outro aspecto que se agrega é o trabalho com indivíduos com diversas particularidades e subjetividades, desejosos e/ou impondo sua autonomia. Assim, o trabalho do assistente social, nos Caps-AD, associado a usuários que estejam, também, em situação de rua possui possibilidades, mas, também, limites institucionais e na relação com os próprios atendidos. O assistente social apresenta, em conjunto com a equipe profissional, alternativas de tratamento, incentivando o indivíduo a se inserir em uma delas, mas respeitando, sempre, sua decisão final, independentemente de qual seja.

O trabalho do Serviço Social com pessoas portadores de dependência química que estão em situação de rua requer posicionamento político contra a redução de direitos sociais, considerando a perspectiva do projeto ético-político da sua profissão, além do trabalho de base – de escuta e troca de informações – orientando-os sobre suas condições e perspectivas de vida. Nesse sentido, Coutinho (1979,p. 44) expõe:

A progressiva conquista de posições firmes, no seio da sociedade civil, é a base não só para novos avanços, que gradativamente tornarão realista a questão da conquista democrática do poder de Estado pelas classes trabalhadoras, mas é, sobretudo, o meio de evitar precipitações que levem a recuos desastrosos.

Por fim, considerando a importância da participação da sociedade civil no exercício da democracia, os Conselhos de Saúde e de Assistência Social, por exemplo, devem ser ocupados por assistentes sociais e usuários das referidas políticas, pois tal articulação promoverá a apresentação de demandas de modo claro e adequado com vistas ao desenvolvimento de programas e de projetos sociais que os atendam. Corroborando, Coutinho (1979), sinaliza a necessidade da unificação dos diversos sujeitos sociais em prol dos objetivos da classe trabalhadora, mantendo a sua autonomia e respeitando sua diversidade.

A partir do olhar do assistente social para os determinantes e condicionantes socioeconômicos da saúde, de seu posicionamento político a favor dos direitos, de seu comprometimento ético e político com a profissão, de sua dedicação e da vontade dos usuários propõe-se um trabalho mais efetivo no que diz respeito ao atendimento do usuário portador da dependência química e em situação de rua, que apresenta, a partir das próprias condições,

múltiplas demandas para as políticas públicas e sociais.

4. Considerações finais

Este artigo analisa o trabalho do Serviço Social nos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas (Caps-AD), destacando o atendimento aos usuários em situação de rua. Problematiza limites e possibilidades desse trabalho em meio às características de usuários com necessidade de controle do uso compulsivo de substâncias psicoativas e que se encontram em situação de rua. Questões subjetivas, como a identidade de grupo e o desejo de total autonomia, associam-se à ausência de referência familiar, ao desemprego e à pouca perspectiva de emprego, entre outros, compondo um cenário social de múltiplas demandas e de grande complexidade.

Contudo, nesse contexto, o trabalho do Serviço Social vem traçando estratégias com vistas à inclusão dos usuários no tratamento e na reinserção social, inclusive os indivíduos em situação de rua. Tais caminhos se expressam, em especial, pelas ações educativas e socioassistenciais, com a promoção da intersetorialidade, que constitui perspectiva relevante diante das múltiplas expressões da questão social apresentadas.

5. Referências

- BRASIL. Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1980. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 4 nov. 2019.
- BRASIL. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf. Acesso em: 04 out. 2020.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial**, Brasília 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 8 jun. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 2 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Cefess). **Serviço Social e Reflexões Críticas sobre Práticas Terapêuticas**. Brasília, DF: Cefess, 2010a. Disponível em:

http://www.cfess.org.br/arquivos/doc_CFESS_Terapias_e_SS_2010.pdf. Acesso em: 05 out. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Cefess). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, DF: Cefess, 2010b. p. 31 – 65. Disponível em:

http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 10 jul. 2020.

COUTINHO, C. N. A democracia como valor universal. **Encontros com a civilização brasileira**, Rio de Janeiro, RJ, Civilização Brasileira, 1979.

FODRA, R. E. P; ROSA, A. C. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps-AD): análises dos discursos e da prática no contexto da reforma psiquiátrica e atenção psicossocial. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 129-139, jan./abr. 2009.

GOULART, M. S. B; DURÃES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 22, n. 1, p. 112- 120, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Nacional e Pesquisa Amostral sobre a População em Situação de rua, 2007/2008**. Brasil: IBGE, 2008. 46 p.

MACHADO, G. S. O trabalho do Serviço Social nos Caps. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 241-254, jul./dez. 2009.

MACRAE, E. A antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JR. **Dependência de Drogas**. 1. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2001. p. 25-34.

MARICATO, E. MetrÓpole, legislação e desigualdade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 48, p. 151-167, 2003.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde: desafios intelectuais e operativos. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, 2009.

MONTEIRO, S. R. R. P. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 29-40, jul./dez. 2011.

MOURA, H. C. E.; FARIAS, D. T. M.; SILVA, G. A. A atuação do Serviço Social na Política de Saúde Mental Brasileira: Desafios contemporâneos. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS, 1, 2015, Londrina, PR. **Anais [...]**. Londrina, PR: UEL, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Transtornos devido ao uso de substâncias. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (Orgs.). **Relatório sobre a saúde no mundo**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília, DF: OMS, 2001. p. 58-61.

PENSO, M. A.; SUDBRACK, M. F. O. O filho fora do tempo: atos infracionais, uso de drogas e construção identitária. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 1, p. 2-

15, set. 2009.

PITTA, A. M. F. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 12, p. 647-648, 1994.

ROBAINA, C. M. V. O trabalho do serviço social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010.

ROCHA, S. **Pobreza no Brasil: afinal, do que se trata?** 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

SANTOS, R. T. dos. **O trabalho do Serviço Social e a articulação à reforma psiquiátrica brasileira no contexto do Centro de Atenção Psicossocial (Caps): desafios e possibilidades.** Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes, RJ, 2018.

SARTI, C.A. **A família como espelho.** Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

SCHENKER, M; MINAYO, MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

VASCONCELLOS, V. C. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um Caps. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-16, 2010.

YAZBEK, M. C. Pobreza no Brasil Contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 110, p. 288-322, abr./jun. 2012.

TRABALHO E ADOECIMENTO DE ASSISTENTES SOCIAIS EM CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ*

WORK AND ILLNESS OF SOCIAL WORKERS IN CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ

PURL: <http://purl.oclc.org/r.ml/v6n2/d5>

Helton da Silva Souza[†]

 <https://orcid.org/0000-0001-7121-3167>

Carlos Moraes[‡]

 <https://orcid.org/0000-0002-1070-3186>

Resumo: Neste artigo se objetiva examinar a relação trabalho-adoecimento entre assistentes sociais em Campos dos Goytacazes, RJ. Justifica-se em função de rarefeita produção acadêmico-científica a respeito do tema no contexto nacional, regional e local. Metodologicamente, recorre a estudo de natureza qualitativa, de tipo bibliográfico e de campo. Este último realizado com 05 assistentes sociais trabalhadores/as da política de saúde, assistência social, educação, sociojurídico e assistência estudantil. Os resultados apontam que, dentre diversas variáveis que potencializam e promovem os processos de adoecimento profissional e que são determinadas pela crise estrutural do capital e as estratégias dela derivadas, o fator da precarização e da flexibilização das condições e relações de trabalho, além do caráter complexo e de injustiça impressos nas demandas sociais, enquanto expressões da Questão Social sem os recursos necessários para a construção de respostas efetivas têm predominantemente determinado processos de sofrimento e de adoecimento entre assistentes sociais em Campos, RJ.

Palavras-chave: Serviço Social. Trabalho. Adoecimento profissional.

Abstract: This article aims to examine the work-sickness relationship between social workers in Campos dos Goytacazes, RJ. It is justified due to the rarefied academic-scientific production on the theme in the national, regional and local context. Methodologically, it uses a qualitative, bibliographic and field study. The latter was carried out with 05 social workers working in health, social assistance, education, socio-legal and student assistance. The results indicate that, among several variables that enhance and promote the processes of professional illness and that are determined by the structural crisis of capital and the strategies derived from it, the factor of precariousness and the flexibility of working conditions and relationships, in addition to the complex character and injustice imprinted on social demands, while expressions of the social issue without the necessary resources for building effective responses have predominantly determined processes of suffering and illness among social workers in Campos, RJ.

Keyword: Social Work. Work. Professional illness.

1. Introdução

As análises contemporâneas do trabalho (ALVES, 2011; NAVARRO; LOURENÇO, 2017; ANTUNES, 2006; 2018; 2020) tem evidenciado processos de flexibilização e

* Artigo recebido em: 14 de agosto de 2020. Aceito em: 28 de outubro de 2020

[†]Pós-graduando em Serviço Social pela Faculdade Faveni, Venda Nova do Imigrante, ES. Atua na área da Pessoa Idosa na Associação de Apoio Terapêutico Reviver – Mimoso do Sul/ES e na área da pessoa com deficiência na APAE em Muqui-ES. Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil. Autor correspondente. E-mail: helton.oar@hotmail.com.

[‡] Professor do quadro permanente do Programa de Estudos Pós Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense; Professor Adjunto do Departamento de Serviço Social de Campos, Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil. Doutor em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Mestre em Política Social pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF) e Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: as.carlosmoraes@gmail.com

precarização de suas condições, aprofundando os níveis de exploração e opressão do trabalhador, devido a insegurança que passa a integrar o mundo do trabalho.

Para o estudo destas atuais expressões do trabalho, este artigo está fundamentado nas formulações analíticas da crise estrutural do capital (MESZÁROS, 2009) e de suas estratégias de superação a partir dos anos 1970 no contexto internacional, por meio de uma tríade composta pelo neoliberalismo, a reestruturação produtiva e a globalização/mundialização do capital, conforme se observa seus traços mais gerais sintetizados a seguir:

O neoliberalismo justifica e legitima o projeto capitalista como “uma redefinição global do campo político-institucional e das relações sociais” (SOARES, 2009, p. 12). Para Harvey (2008, p. 75), o Estado neoliberal objetiva “favorecer direitos individuais à iniciativa privada, o regime de direito e as instituições de mercados de livre funcionamento e do livre comércio”. Nessa perspectiva, a competição se apresenta como virtude essencial e sua combinação com a privatização e a desregulação é concebida como capaz de eliminar entraves burocráticos, reduzir custos, gerar eficiência e produtividade. Ademais, indivíduos se tornam responsáveis por suas ações, seu bem-estar (incluindo o bem-estar social), seu sucesso e fracasso, desassociados de alguma propriedade sistêmica. E, nesta lógica, as questões de conflito e oposição devem ser mediadas pelos Tribunais, pautando o Estado em uma interpretação estrita da ordem constitucional (HARVEY, 2008).

Já a reestruturação produtiva tem sido analisada desde os anos 1970/1980 como uma nova forma de adequação da produção à lógica do mercado, pautada em novos padrões de produtividade (ANTUNES, 2006). Para Harvey (1992) ela mantém três características essenciais do modo de produção capitalista: 1. O crescimento; 2. A exploração do trabalho vivo no universo da produção e; 3. A dinâmica tecnológica e organizacional, causando impactos no trabalho organizado, na ampliação do desemprego estrutural, na individualização do trabalho e nos direitos do trabalho, de forma a desregulamentá-los e flexibilizá-los, articulados a um envolvimento do trabalhador, visando à captura de sua subjetividade na direção da produtividade.

Superando fronteiras nacionais, a globalização-mundialização do capital promove a articulação entre capital, tecnologia, força de trabalho, divisão do trabalho e outras forças produtivas. Acompanhada pela publicidade, a mídia, a indústria cultural, a internet, a televisão e outros meios de comunicação e informação, a fábrica global dissolve fronteiras, desterritorializa e reterritorializa coisas, gentes e ideias, promovendo um redimensionamento de espaços e tempos, agilizando mercados e generalizando o consumismo (IANNI, 2002).

Diante disso, reconhecemos que as expressões contemporâneas do trabalho são resultantes da crise estrutural do capital, que sob a marca da relação capital-trabalho, reconfigura as expressões da Questão Social, exigindo na lógica do Estado neoliberal, estratégias de administração dos problemas sociais que articulam políticas sociais assistencialistas com uma perspectiva coercitiva e punitiva.

Assim, as expressões da Questão Social têm sido determinadas por este novo padrão de desemprego que assola a classe trabalhadora, além da flexibilização e perda de direitos do trabalho, resultando na ampliação da desigualdade social e da pobreza que, em sua complexidade, desnudam a crise estrutural do capital.

Todos estes elementos atingem a vida social e as profissões, com demandas para a formação profissional, o trabalho e o mercado de trabalho (NETTO, 1996). Na particularidade do Serviço Social brasileiro, há o reconhecimento desde os anos 1980 e, sobretudo ao longo dos anos 1990, de sua condição de classe trabalhadora, inscrita na divisão social, sexual e técnica do trabalho e sujeita aos processos de flexibilização do trabalho e os constrangimentos deles decorrentes.

Nesta perspectiva, Raichelis (2011, p. 431) afirma que “os efeitos da tríade flexibilização/precarização/terceirização do trabalho do assistente social se fazem sentir em níveis e intensidade antes desconhecidas pela profissão”. E ainda acrescenta:

Essa dinâmica de flexibilização/precarização atinge também o trabalho do assistente social, nos diferentes espaços institucionais em que se realiza, pela insegurança do emprego, precárias formas de contratação, intensificação do trabalho, aviltamento dos salários, pressão pelo aumento da produtividade e de resultados imediatos, ausência de horizontes profissionais de mais longo prazo, falta de perspectivas de progressão e ascensão na carreira, ausência de políticas de capacitação profissional, entre outros (RAICHELIS, 2011, p. 422).

Protagonista de uma relação trabalhista sob a égide do trabalho coletivo (RAICHELIS, 2011), o/a assistente social, enquanto sujeito vivo, é desafiado à construção de práticas capazes de enfrentar, no espaço institucional e na articulação com os movimentos e lutas sociais, a complexidade objetiva das expressões da Questão Social, em uma conjuntura histórico-estrutural de desconstrução das políticas sociais, flexibilização de direitos sociais e trabalhistas, retração de recursos institucionais, precarização do trabalho e do mercado de trabalho, aliados à injustiça, ao descaso, a banalização do humano, da vida, a fome e o sofrimento da classe trabalhadora.

Todos estes elementos associados a sua condição assalariada, ao compromisso ético-político com o trabalho e a dependência do mesmo para sobrevivência, ampliam as condições de adoecimento do trabalho por parte de assistentes sociais, repercutindo em sua saúde física e mental.

Diante destes eixos preliminares de análise, este artigo fruto do Trabalho Final de Curso de um de seus autores, objetiva examinar a relação trabalho-adoecimento entre assistentes sociais em Campos dos Goytacazes, RJ. Se justifica em função de rarefeita produção bibliográfica a respeito do tema na particularidade do Serviço Social brasileiro, especialmente no âmbito regional e local. Esta afirmativa encontra respaldo em publicações de Raichelis (2011, p. 426) que afirma ser “[...] quase inexistentes estudos e pesquisas que tomam como objeto os próprios profissionais que sofrem e adoecem a partir do cotidiano de seu trabalho e da violação de seus direitos”.

Diante da relevância do tema, optou-se metodologicamente pela realização de estudo bibliográfico e pesquisa de campo. Para o estudo bibliográfico, mapeou-se as produções referentes ao objeto de pesquisa, com destaque para os seguintes autores: Iamamoto (2011), Faermann e Mello (2016), Marcelo (2017), Moraes (2016), Navarro e Lourenço (2017), Raichelis (2011), Santos e Manfrói (2015), entre outros.

Já a pesquisa de campo, de natureza qualitativa, foi realizada com cinco assistentes sociais, a partir do critério de área de atuação profissional. Desta forma, foram desenvolvidas entrevistas com profissionais atuantes, respectivamente, nas três principais áreas de atuação na região Norte Fluminense (MORAES; SCHOCAIR, 2019): política de saúde, assistência social e educação, além do sociojurídico e assistência estudantil. Os/as assistentes sociais participantes da pesquisa foram convidados/as aleatoriamente e, durante as entrevistas, trataram do tema das condições de trabalho e de seus impactos no processo saúde-doença.

Além disso, realizou-se uma entrevista com a Assistente Social Conceição de Maria Costa Muniz, uma das responsáveis pela implantação da Escola de Serviço Social de Campos, com o objetivo de abordar alguns elementos do processo de surgimento e desenvolvimento inicial do Serviço Social em Campos e no Norte Fluminense, de forma a contribuir para as análises da profissão, do trabalho, do objeto de trabalho e do adoecimento profissional nos tempos que seguem.

As informações coletadas e analisadas, embora quantitativamente restritas e, portanto, com limites em termos de generalização, indicam a partir da análise do sujeito coletivo, relevante em pesquisas qualitativas (FAERNANN; MELLO, 2016, p. 97), a importância desta

problematização que, articulada a pesquisas desenvolvidas em outras regiões do País, expressa tendências para o Serviço Social na particularidade de Campos/RJ.

Diante disso, no primeiro momento, o artigo problematiza elementos que caracterizam a Questão Social no município de Campos dos Goytacazes e o trabalho de assistentes sociais no combate às suas expressões. Na sequência, se enfatiza os processos de sofrimento e adoecimento aos quais estão submetidos os/as profissionais em decorrência de um trabalho cada vez mais flexível, explorado e precário e do caráter complexo, contraditório e de injustiça impressa nas demandas sociais, enquanto expressões da Questão Social, sem os recursos necessários para a construção de respostas efetivas.

2. O trabalho e o objeto do trabalho de assistentes sociais: a Questão Social em Campos dos Goytacazes, RJ

A região Norte Fluminense é composta por nove municípios³ e, apesar de ser “herdeira de 400 anos de monocultura canavieira” (CRUZ, 2007), a partir da década de 1970, passou a vivenciar um período em que a principal atividade econômica se deu pela exploração petrolífera, uma vez que sedia a Bacia de Campos⁴, maior e mais importante do segmento no Brasil, e ficou responsável por mais de 80% da produção de Petróleo do País, além das atividades do setor de produção desenvolvidas pelo Porto do Açu, localizado na divisa entre os municípios de São João da Barra e Campos dos Goytacazes desde 2014.

Recebendo royalties pela extração do petróleo, a região chegou a alcançar posições elevadas nos níveis de orçamento per capita do País, porém, inerente a isto, Cruz (2005, p. 56) aponta que o Norte Fluminense “[...] figura entre as regiões de menor desenvolvimento, considerando-se os aspectos das desigualdades de renda, da qualidade de vida, dos níveis e condições de pobreza e de emprego e do dinamismo da sua economia”.

Apesar disso, o Norte Fluminense se diferencia das demais regiões do estado do Rio de Janeiro por possuir um modo de vida particular, evidenciado em marcas culturais através das tradições religiosas, do linguajar de seu povo, da culinária, da prática produtiva e até mesmo da prática política, que contribuem para a construção de sua identidade.

³ Campos dos Goytacazes, Cardoso Moreira, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé e Quissamã.

⁴ Bacia de Campos: A Bacia de Campos é a maior e principal bacia petrolífera brasileira. Localizada na região que se estende por todo o litoral do Espírito Santo até o norte do Rio de Janeiro, é responsável por 80% da produção de petróleo no Brasil. Essa bacia contribui com cerca de R\$54 milhões de reais por ano para o Produto Interno Bruto (PIB) do País (PENA, 2018).

Por ligar a Zona da Mata Mineira e o Sul do Espírito Santo à capital do Rio de Janeiro, esta região é dotada de uma localização geográfica que lhe concede ainda mais diferenciação ante as demais regiões. No cenário da mesorregião Norte Fluminense, a cidade de Macaé divide o título de polo microrregional com Campos dos Goytacazes que, por sua vez, se destaca por possuir uma área de unidade territorial com 4.032,435 km², segundo levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018a).

Embora a história de Campos dos Goytacazes tenha início anteriormente a 1536, quando ainda era habitada pelos Índios Goitacá, desde 1539, ano em que se registra o início de sua colonização, Campos desenvolveu-se buscando um processo de modernização e urbanização, especialmente a partir dos séculos XIX e XX (RIBEIRO, 2012).

Segundo Cunha (2009), em Campos dos Goytacazes, os investimentos no setor da produção açucareira e no cultivo de lavouras de cana de açúcar ocorreram concomitante a valorização da mão de obra escrava pelo mercado. Além disso, mesmo com os avanços do movimento abolicionista no Brasil, Campos dos Goytacazes foi “a última cidade brasileira a aderir a abolição da escravidão” (CUNHA, 2009, p. 49), o que gerou profundos impactos socioculturais e políticos que atravessam a história desta Cidade e de sua população.

Mais recentemente, as alterações processadas no âmbito do trabalho regional e local, foram determinantes para exclusão de trabalhadores da cana, do mercado de trabalho. Trabalhadores que, com pouca escolaridade, “dificilmente conseguem acessar as vagas de trabalho dos novos setores e atividades que compõem os postos de trabalho criados a partir da produção petrolífera na região” (CUNHA, 2009, p. 50). Estes sujeitos foram confrontados por uma nova realidade que os submetem a condições atravessadas pelas expressões da Questão Social em um contexto de concentração de renda. Reconhecemos assim que, tais fatores, a partir dos anos 1970, tornaram-se expressões da crise estrutural do capital e das demandas advindas do mundo do trabalho, provocando na história recente da Cidade e nos dias que seguem consequências nunca antes experimentadas.

Na atualidade, o desemprego, enquanto traço da sociedade capitalista e expressão da Questão Social, atinge milhões de trabalhadores por todo o mundo. Na particularidade de Campos dos Goytacazes, os 503.424 habitantes, somente 100.459 possuem algum vínculo formal de trabalho, como se pode observar no levantamento do IBGE realizado em 2018, sobre trabalho e rendimento:

Em 2016, o salário médio mensal era de 2.5 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 20.6%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 15 de 92 e 35 de 92, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na

posição 502 de 5570 e 1207 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 37.7% da população nessas condições, o que o colocava na posição 16 de 92 dentre as cidades do estado e na posição 3058 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

Com isto, há o aumento da pobreza, favorecendo o trabalho informal e desprotegido. Assim, “a população, em grande parte ex-trabalhadores rurais das usinas, migrou do campo para a cidade, trabalhando na cana em períodos de safra e vivendo de ‘biscates’ na maior parte do ano” (CUNHA, 2009, p. 51).

Essa ruptura do tecido social, determinante do aumento dos índices de desigualdade em Campos dos Goytacazes, é um dos fatores que aciona o estopim da violência urbana no município. Segundo Silva (2017, n.p.),

Campos é a 19ª cidade mais violenta do mundo em ranking divulgado pela ONG mexicana Conselho Cidadão para Segurança Pública e Justiça Penal. A cidade subiu 20 posições no ranking em relação a lista divulgada em 2016. A piora significativa de colocação reflete os números alarmantes da violência no município.

As variáveis apontadas como aquelas que determinam os processos de violência em Campos dos Goytacazes, se articulam ainda a precária estrutura urbana, a falta de saneamento básico nas comunidades afastadas do centro, a desestruturação da sociedade e a frustração da população em relação àquilo que almejam para suas vidas, mas que mediante suas condições materiais e objetivas, não conseguem efetivar. Além disso,

Um dos fatores que pode explicar essa inércia frente a um processo de grave e persistente violência é que a maioria dessa violência continua restrita aos bolsões de pobreza que existem nas regiões periféricas da cidade (PEDLOWSKI, 2018, n. p).

O resultado desta violência reflete no número de mortes por assassinato na cidade. Segundo notícia publicada no site do Jornal Folha 1:

Dados do Instituto de Segurança Pública (ISP) do Rio de Janeiro mostram que, de janeiro a junho deste ano [2018], a 146ª Delegacia de Polícia (Guarus) registrou 94 homicídios dolosos, o que configura que a repartição é uma das que mais têm casos investigados de crimes contra a vida no estado. No mesmo período de 2017, o número era de 57, ou seja, um crescimento de 65% (AZEVEDO 2018, n. p).

Mestriner (2005, p. 31 apud CUNHA, 2009, p. 57) revela que o aumento dos índices de desigualdade social, juntamente com o crescimento do número de desempregados “estão criando segmentos sociais que perdem, além de acesso aos bens materiais e simbólicos, a possibilidade de encontrar um lugar no mundo do trabalho, no espaço público e nas instituições a ele relacionadas”.

Inerente a estes processos, há ampliação de pessoas em situação de rua no Município. Segundo Silva e Silva

O processo de marginalização desse grupo social se conecta com o modo de produção vigente e com as características dos países periféricos, em que há um processo de urbanização acelerado e um nível de desigualdade elevado. Ainda que existam fatores de ordem individual que levam à condição de situação de rua, há processos gerais como projetos de desenvolvimento econômico adotados, que no caso brasileiro, mostram claramente uma opção pelo planejamento e desenvolvimento urbano-regional que privilegia as empresas e as elites. Assim, o processo de geração da marginalização dessa população é sentido nas cidades, sejam elas metrópoles, cidades médias ou pequenas (SILVA; SILVA, 2017, p. 3).

Em Campos dos Goytacazes, o número de pessoas vivendo nestas condições é crescente, sofrendo um aumento de 30% em 2016, totalizando cerca de 122 cidadãos vivendo nas ruas.

Sendo assim, pode-se considerar a população em situação de rua enquanto parte dos grupos sociais excluídos que atuam fazendo e refazendo o espaço urbano. É no espaço da cidade que esses indivíduos, enquanto grupo social vivem e se reproduzem, de modo que o território desempenha importante papel na reprodução de suas condições de sobrevivência (SILVA; SILVA, 2017, p. 3).

Neste contexto, além de práticas coercitivas, culpabilizadoras e punitivas a esta população, tem-se as políticas sociais efetivadas por meio de serviços destinados aos sujeitos sociais, especialmente, aqueles que vivenciam as expressões da Questão Social. Nestes serviços, há uma equipe multiprofissional para o trabalho com a população usuária, dentre os quais, os/as assistentes sociais atuam, fundamentados pelo projeto ético-político profissional e com o objetivo de contribuir para a efetivação dos direitos sociais da população.

Posto isto, é fundamental o reconhecimento de que a Questão Social, de natureza histórico-estrutural, manifesta-se concretamente na sociedade do capital, agravada por uma conjuntura marcada por sua crise estrutural, em que são característicos o aumento do desemprego, a flexibilização dos direitos sociais e trabalhistas, o desfinanciamento e a destruição da política social. Tais elementos permitem uma análise mais específica do contexto

político-institucional de atuação profissional, das correlações de força e possibilidades de construção de alianças profissionais, dentre outros capazes de dinamizar o trabalho, possibilitando alterações em rotinas institucionais de modo a potencializar o alcance dos objetivos profissionais.

Contudo também é preciso reconhecer os limites do trabalho. Limites também originários da sociedade do capital na era de crise estrutural e das estratégias dela decorrentes. Limites que, no cotidiano de trabalho se impõe objetiva e subjetivamente: pela insegurança do emprego e os riscos de demissão, pelas exigências institucionais para o trabalho e os sofrimentos ético-políticos dele decorrentes, pelo desafio do caráter coletivo do trabalho em uma conjuntura de competitividade, individualismo e egoísmo, dentre outros que tem impactado no processo de adoecimento de assistentes sociais.

Na particularidade de Campos dos Goytacazes/RJ e no Norte Fluminense, a profissão ganhou espaço e reconhecimento a partir da criação da Escola de Serviço Social de Campos vinculada a Universidade Federal Fluminense, datada de 1962, em que a motivação de sua criação se deu

[...] em decorrência da pressão de setores da sociedade local que visavam a capacitação de profissionais para atuarem nas Escolas Públicas de 1º grau junto às questões sociais que acometiam os alunos. Tal reivindicação coincidiu com o Plano de Expansão dos cursos de Serviço Social, favorecendo a implantação da Escola (SILVA, 2011, p. 86).

De forma geral, a análise bibliográfica nos permitiu identificar uma lacuna na produção do conhecimento referente ao processo de surgimento e desenvolvimento inicial do Serviço Social em Campos e no Norte Fluminense, de modo que nos possibilitou retomar alguns destes elementos (de forma introdutória) através de uma entrevista com a Assistente Social Conceição de Maria Costa Muniz, uma das responsáveis pela implantação da Escola de Serviço Social de Campos.

Segundo informações da entrevistada, o trabalho na área do Serviço Social em Campos iniciou-se com a Assistente Social Heloisa Monteiro Paixão, que atuava no Serviço Social da Indústria (SESI):

Antes da chegada da Escola de Serviço Social de Campos, somente existia na cidade a Assistente Social Heloisa Monteiro Paixão, que trabalhava no SESI, mas também era professora primária e começou a implantar o Serviço Social nas escolas de Campos, isso lá em 1956...1959, com ajuda de auxiliares sociais, que eram pessoas treinadas pelo SESI e foram contratadas pra trabalhar com o Serviço Social sob a coordenação da Heloisa

(INFORMAÇÃO VERBAL, 2018)⁵.

Ainda segundo a entrevistada, ao fim da primeira turma da escola de Serviço Social de Campos, na década de 1960, já havia concursos públicos para atuação na área da Previdência Social, através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões e, posteriormente do Instituto Nacional de Previdência Social (1966). Além disso, Muniz (2018.2) ressalta ter sido a primeira profissional a atuar como assistente social em um centro de saúde no município.

Fato é que, ao nos aproximarmos da história do Serviço Social de Campos, observamos que os avanços em sua identidade local e do mercado de trabalho profissional foram resultados da fundação da Escola de Serviço Social vinculada à Universidade Federal Fluminense.

Além disso, doze anos após a Fundação da Escola de Serviço Social em 1962, foi implantada a Seccional Norte Fluminense, do Conselho Regional de Serviço Social/CRESS-RJ, 7ª Região, em maio de 1974 que, na atualidade, possui entre as Seccionais do Rio de Janeiro, o maior número de assistentes sociais aptos a votarem, com 2.236 profissionais ativos (MORAES; SCHOCAIR, 2019).

Todos estes elementos evidenciam o protagonismo do Serviço Social regional, ao mesmo tempo em que demonstram o cenário de tensões e contradições vivenciado pelos/as assistentes sociais. Reconhecemos que os processos de *desfinanciamento* da política social precarizam os serviços sociais, de modo a não dispor de recursos essenciais para o atendimento das necessidades básicas da classe trabalhadora, submetendo os trabalhadores ao sofrimento que coexiste articulado a busca individualizada pelo acesso aos serviços, em situações marcadas pela fome, o risco de morte e a falta de recursos para manter a vida. Banalizados e indesejados pelo projeto capitalista vigente, os usuários dos serviços sociais, predominantemente, de identidade negra, moradores das periferias, com baixa escolaridade, em atividades laborais desprotegidas e inseguras, são constantemente julgados e punidos a partir de um discurso meritocrático, moralizador e discriminador.

Todos estes processos atingem os/as assistentes sociais como sujeitos e membros da classe trabalhadora, gerando além dos constrangimentos advindos do trabalho - impressos em suas relações, condições éticas, técnicas e em seu fazer profissional – situações de sofrimento associadas ao seu compromisso ético-político com o enfrentamento da injustiça social que, no conjunto, determinam e elevam os processos de adoecimento profissional.

⁵ A implantação do Serviço Social em Campos dos Goytacazes. Informação fornecida por Conceição de Maria Costa Muniz. Campos dos Goytacazes, 2018.

3. Processos de adoecimento de assistentes sociais em Campos dos Goytacazes, RJ

O Brasil é o segundo País no mundo em quantitativo de assistentes sociais ativos, tendo, de acordo com o CFESS (2018, n.p.) “[...] aproximadamente 190 mil profissionais com registro nos 27 Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), um em cada estado”. E, mesmo com o expressivo número de profissionais, as análises referentes à relação trabalho e adoecimento no Serviço Social ainda é quantitativamente pouca expressiva.

A esse respeito, pesquisa desenvolvida por Santos e Manfroi (2015) sinaliza que a precarização do trabalho tem repercutido diretamente nas condições éticas e técnicas do exercício profissional de assistentes sociais e, por conseguinte, causado implicações sobre o processo saúde-doença, em termos de desgaste e adoecimento. Diante disso, constroem o seguinte questionamento: não seria uma das principais questões que interfere no desgaste e no adoecimento de assistentes sociais o conflito que existe entre o que lhe requisitado e o que efetivamente é possível ser realizado?

Inseridos na lógica do capital, o trabalho para os/as assistentes sociais e demais trabalhadores promove a garantia de sua sobrevivência, a construção de sua personalidade e a manutenção de sua vida cotidiana, capturando parte de sua subjetividade e tornando-os submersos em uma realidade que afeta a sua condição assalariada a partir de três variáveis: a exploração, a precarização e a opressão no ambiente de trabalho.

A exploração aqui citada é motivada pelo fundamento do lucro do capital, e não mais é como a que ocorria nos séculos XIX ou XX, pois

Na medida em que o comprometimento do trabalhador é estimulado pela pressão coletivamente exercida pela equipe de trabalho, temos, portanto, outro elemento da ‘exploração do trabalhador pelo trabalhador’. O primeiro, [...] era dado pelas novas formas de pagamento vinculado a bônus salariais. O trabalhador era carrasco de si mesmo. O segundo é a pressão coletiva exercida pela equipe de trabalho. Nesse caso, o carrasco dos trabalhadores é o próprio coletivo de trabalho construído pelo capital (ALVES, 2011, p. 124).

No caso da precarização, como defendido por Navaro e Lourenço (2017), tal movimento se caracteriza pelas novas regulações salariais e pela lógica laboral do trabalho flexível:

A nova precariedade salarial alterou não apenas as condições de regulação do estatuto salarial [...]; mas também a organização do trabalho [...] e a base técnica da produção capitalista. [...] Não se trata apenas de um novo modo de regulação do trabalho capitalista adequado ao capitalismo flexível, mas uma

situação-limite na forma de exploração da força de trabalho nas condições históricas da Quarta Revolução Industrial⁶ (p. 89).

Em relação à opressão, se trata de um elemento agudizado pela junção dos dois citados anteriormente, somada à instabilidade no emprego, o que faz com que os trabalhadores se tornem reféns de seus superiores, numa consciência empírica de que são eles mesmos os responsáveis por garantirem seu lugar na empresa/instituição, conforme explica Alves (2011, p. 123):

Na verdade, na medida em que são ‘individualidades de classe’ e não ‘individualidades pessoais’, os trabalhadores possuem dentro de si disposições fetichizadas, ligadas à força de trabalho como mercadoria, que tendem a oprimi-los e a oprimir os demais trabalhadores.

Diante desses apontamentos, analisaremos a relação trabalho-saúde-adoecimento por meio de entrevistas com assistentes sociais de cinco áreas de atuação no município de Campos dos Goytacazes: Saúde, Assistência Social, Educação, Sócio jurídica e Assistência Estudantil.

Durante as entrevistas, foram realizadas perguntas que possibilitaram ao/a entrevistado/a avaliar as repercussões de seu trabalho em sua saúde. Os/as assistentes sociais entrevistados/as foram escolhidos aleatoriamente e, coincidentemente possuem mais de uma década de exercício da profissão, o que lhes dá ainda mais propriedade para o tratamento do tema.

O perfil dos/as assistentes sociais se configura por profissionais com mais de dez anos de atuação, formados pela Universidade Federal Fluminense, Campus Campos dos Goytacazes/RJ. Dos/as cinco profissionais, quatro são do sexo feminino e um do sexo masculino. Em relação aos vínculos de trabalho, um/a entrevistado/a possui vínculo por contrato, sendo os demais efetivados através de concurso público. Dois dos entrevistados possuem mais de um vínculo empregatício, um na mesma área, outro em área e cidade diferentes.

Uma das primeiras questões abertas se referiu a realização profissional. Dos/as cinco participantes, três afirmaram se sentirem realizados profissionalmente, vinculando tal sentimento ao fato de ser esta profissão que possibilitou a sua ascensão social e intelectual ou por aproximação com o projeto ético-político da profissão. Os/as outros/as 02 participantes não

⁶ A quarta revolução industrial terá um impacto monumental na economia global; será tão vasto e multifacetado que fica difícil separar determinado efeito do outro. De fato, todas as macrovariáveis imagináveis -- PIB, investimento, consumo, emprego, comércio, inflação e assim por diante - serão afetadas (SCHWAB, 2016, p. 24).

se consideram realizados profissionalmente e justificam afirmando que a ausência de condições adequadas de trabalho impacta na qualidade do exercício profissional, como podemos observar no depoimento do/a A.S.1:

[...] pois as demandas das questões sociais são maiores do que as ofertas de serviço, o que acarreta muita insatisfação ao ver que os programas sociais tem sido paliativos, no que diz respeito a emancipação das famílias, isto causa um certo desconforto e não me permite sentir realizada (INFORMAÇÃO VERBAL, 2018)⁷.

Para Locke (1969, 1976, apud FIGUEIREDO, 2012, p. 45) a satisfação no trabalho vincula-se a um estado emocional do indivíduo, uma vez que a emoção deriva da avaliação de seus valores e, portanto, tratando-se de um estado emocional, pode acometer a sentimentos de alegria (satisfação) ou de sofrimento (desprazer).

Paralelo a isso, ressalta Marcelo (2017) que

Os profissionais vivenciam situações de satisfação no seu trabalho, da qual advém o bem-estar, uma melhoria da saúde psíquica e até mesmo uma melhoria da produtividade. Por outro lado, podem sentir-se esgotados devido aos contatos diários com os problemas, levando ao Stress (p. 1).

Para os/as entrevistados/as, a profissão é estressante. Em seus depoimentos, o estresse é predominantemente apontado como fruto de suas condições de trabalho e vinculado ao seu contexto, atuando diariamente com questões variadas e complexas que acometem a vida de usuários/as dos serviços sociais. A este respeito, é possível destacar o seguinte depoimento:

[...] pois trabalha em um contexto de minimização de direitos. Trabalhar com a necessidade dos usuários, no meu caso, os alunos e, muitas vezes, não poder atender, causa um desgaste muito grande (INFORMAÇÃO VERBAL, 2018)⁸.

Outro/a profissional relata que sua rotina de trabalho lhe causa esgotamento físico e emocional, classificando-a como “muito estressante” (sic), e complementa:

É muita cobrança, não sinto que tenho total autonomia para desenvolver o trabalho social que se propõe, não há um cronograma anual, falta organização do trabalho, não no sentido do comprometimento dos profissionais, mas sim da demanda institucional que obriga o profissional a ser tão somente um

⁷ Justificativa para ausência de realização profissional. Depoimento de assistente social. Campos dos Goytacazes, 2018.

⁸ O estresse no trabalho de assistentes sociais. Depoimento de assistentes social. Campos dos Goytacazes, 2018.

executor, sem possibilidade de avaliar criticamente o trabalho realizado (INFORMAÇÃO VERBAL, 2018)⁹.

Para outro/a entrevistado/a tais elementos estão vinculados à identidade feminina da profissão e todos os constrangimentos relativos às mulheres no mercado de trabalho¹⁰ que, sofrem diariamente os reflexos de uma sociedade machista, sexista e desigual. Em seu depoimento, ressalta ocasiões em que, atendendo a usuário do sexo masculino, diz ter sofrido assédio moral, em que o homem chegou a alterar o tom da voz, deixando-a amedrontada, mas, sobretudo, lhe causando uma situação de estresse, já que segundo a mesma, atitudes assim afetam o emocional. Também destaca a dupla jornada de trabalho que muitas assistentes sociais mulheres enfrentam ao desempenhar o papel de profissional, mãe, dona de casa e esposa. Acerca deste debate, Lourenço e Navarro (2017, p. 365) alertam que

Para além do lugar ocupado na divisão sexual e social do trabalho, é preciso ter clareza do significado do trabalho para mulher que acaba assumindo a dupla ou tripla jornada de trabalho, o que não é diferente quando se trata de assistentes sociais.

Ainda em relação ao peso que este processo exerce sobre a vida da profissional mulher, Silva e Silva (2013, p.2) afirmam que, por serem mulheres, estas profissionais acabam tendo de enfrentar as pressões advindas do trabalho e da vida privada, uma vez que:

[o] fato de serem assistentes sociais não as excluem das funções sociais destinadas as mulheres. Ou seja, mulheres assistentes sociais convivem com dificuldades de conjugar vida pessoal e profissional, o que tem ocasionado processos de adoecimento e sofrimento.

Isto posto, se torna relevante mencionar além destes elementos que, o fato do/a assistente social lutar cotidianamente pela igualdade social e por uma sociedade justa, ocasiona um processo de sofrimento e adoecimento, tendo em vista o teor árduo da luta pela defesa dos direitos humanos, que implica em combater todas as imposições do capital e de um estado neoliberal que tenta a todo custo explorar as classes menos favorecidas (RAICHELIS, 2011).

Em vista disso, indagamos os/as profissionais participantes da pesquisa se o seu cotidiano profissional e as condições de trabalho têm contribuído para o seu adoecimento.

⁹ O esgotamento físico e mental no trabalho de assistentes sociais. Depoimento de assistente social. Campos dos Goytacazes, 2018.

¹⁰ Não aprofundaremos neste estudo a questão da divisão sexual do trabalho e a relação com o Serviço Social, embora se reconheça a predominância feminina em sua história e atualidade.

Todos/as entrevistados afirmaram que a rotina institucional, o número elevado de demandas, a ausência de recursos, as condições sob as quais se realiza o trabalho e a ausência de reconhecimento profissional tem sido cada vez mais comprometedores de sua saúde. Ademais, todos/as os/as entrevistados/as também afirmaram que conhecem algum assistente social que adoeceu e afastou-se do trabalho, devido às condições para o exercício da profissão.

Mediante tais depoimentos coletados nas entrevistas, constata-se que, dentre diversas variáveis e fenômenos que potencializam e promovem processos de adoecimento entre assistentes sociais e que são determinadas pela crise estrutural do capital e as estratégias de enfrentamento dela derivadas, o fator da precarização e flexibilização das condições e relações de trabalho, além do caráter complexo, contraditório e de injustiça impressa nas demandas sociais, enquanto expressões da Questão Social, sem os recursos necessários para a construção de respostas efetivas tem, predominantemente, determinado a produção do sofrimento e o processo de adoecimento profissional entre assistentes sociais em Campos dos Goytacazes, RJ.

Processos que além de insatisfação, sofrimento e adoecimento profissional, associam-se a falta de reconhecimento da profissão, inserida na divisão sóciotécnica e sexual do trabalho, o que implica na compreensão, por parte dos/as profissionais, de subalternização da profissão, evidenciando a importância e necessidade de se aprofundar este tema.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo procurou responder alguns questionamentos existentes sobre o processo de adoecimento de assistentes sociais enquanto sujeitos vivos e integrantes da classe trabalhadora e que, por isso, também sofrem com os impactos de um mundo do trabalho cada vez mais flexível e exigente, uma vez que vendem sua força de trabalho para manutenção de sua sobrevivência, enquanto trabalhadores assalariados.

Como vimos, o trabalho constitui em parte fundamental e essencial na vida dos sujeitos, o que torna evidente que o agravamento das já precárias condições de trabalho, analisado sob a perspectiva histórico-estrutural, repercute na vida e na saúde dos trabalhadores em seus diversos espaços e formas de trabalho. Neste sentido, compreender o novo perfil profissional exigido pelo mercado de trabalho frente a “nova cultura do trabalho” (GUERRA, 2010), a sua precarização e flexibilização torna-se um desafio importante e necessário para se entender os reflexos deste sistema na vida daqueles que vendem a sua força de trabalho para sobreviver.

Nessa perspectiva, marcados por uma rotina de precarização e exploração do trabalho, encontram-se os/as assistentes sociais que, além de se depararem com as mais variadas

demandas da população, se veem mergulhados em demandas da própria categoria, em um contexto de ausência de recursos básicos, condições precárias, insegurança, produtividade exacerbada, relações hierárquicas verticais e outros elementos que se direcionam para imposição de limites ao trabalho profissional. Com isto, o/a assistente social fundamentado/a na Lei de Regulamentação da Profissão (n.º 8.662/93) e no Código de Ética Profissional (1993), está permeado por dilemas e constrangimentos que interferem na sua relativa autonomia, favorecendo o seu desgaste, sofrimento e adoecimento.

Na análise realizada a partir da pesquisa com assistentes sociais em Campos dos Goytacazes, RJ, foi possível verificar elementos que interferem na saúde dos/as profissionais, como a vivência em seus locais de trabalho, as precárias condições a que estão submetidos, a ausência do reconhecimento de suas ações, a complexificação das expressões da Questão Social, que impactam diretamente no trabalho profissional e que é acentuado pela ineficácia e destruição das políticas sociais públicas. Todos esses fatores geram a sensação de incapacidade, por parte dos/as profissionais, provocando um elevado nível de estresse e insatisfação no trabalho, o que leva o/a profissional ao desgaste físico e mental e favorece o seu processo de adoecimento.

Contudo, o presente estudo possibilitou reafirmar a perspectiva trazida por Silva e Silva (2013, p. 7), acerca da necessidade da problematização das condições de trabalho de assistentes sociais, capaz de visibilizar elementos contraditórios referentes a violação dos direitos destes/as profissionais e de seu processo de sofrimento e adoecimento.

Conforme se apresenta no estudo, não são poucos os elementos trazidos pelos/as assistentes sociais e que influenciam o seu processo de adoecimento. No entanto, tais características não se restringem aos profissionais de Campos dos Goytacazes. A produção bibliográfica, ainda que pouco expressiva em termos quantitativos, indica que tais variáveis, presentes com maior intensidade no mundo do trabalho no cenário contemporâneo, integram a realidade do trabalho, incidem sobre a classe trabalhadora e, particularmente, o Serviço Social no contexto nacional e internacional, o que aponta para a necessidade de uma luta unificada da categoria em favor do enfrentamento a estas questões e do aprofundamento da análise acerca deste tema, tão caro e atual ao Serviço Social.

5. Referências

ALVES, G. **Trabalho e Subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório**. São Paulo: Boitempo, 2011.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 11 ed. São Paulo; Cortez, 2006.

ANTUNES, R. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. São Paulo: Boitempo, 2018.

ANTUNES, R. **Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado**. São Paulo: Boitempo, 2020.

AZEVEDO, V. **Taxa de homicídio cresce em Guarus**. 2018. Disponível em: http://www.folha1.com.br/_conteudo/2018/07/geral/1236667-taxa-de-homicidios-cresce-em-guarus.html. Acesso em: 04 nov. 2018.

CFESS. **Perguntas Frequentes**. 2018. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/perguntas-frequentes>. Acesso em: 12 ago. 2020.

CRUZ, J. L. V. Os desafios do Norte e do Noroeste Fluminenses frente aos grandes projetos estratégicos. **Vértices**, Campos dos Goytacazes, RJ, v. 9, n. 1/3, p. 43-50, jan./dez. 2007.

CRUZ, J. L. V. **Os desafios na região brasileira do petróleo**. In.: CRUZ, J.L.V. (org.). Brasil, o desafio da diversidade: experiências de desenvolvimento regional. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, 2005, p. 49-104.

CUNHA, A. L. L. Planejamento e gestão da assistência social no município de Campos dos Goytacazes: 2005-2008. In: CUNHA, A. L. L. **Planejamento e gestão da assistência social no município de Campos dos Goytacazes: 2005-2008**. 2009. Dissertação (Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades), Universidade Candido Mendes – UCAM, Campos dos Goytacazes, 2009. f. 45-67.

FAERMANN, L. A.; MELLO, C. C. V. de. As condições de trabalho dos assistentes sociais e suas implicações no processo de adoecimento dos profissionais. **Textos & Contextos (porto Alegre)**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.96-113, maio 2016.

FIGUEIREDO, J. M. de. **Estudo sobre a satisfação no trabalho dos profissionais de informação de uma IFES**. 2012. 175 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Sistema de Gestão, Escola de Engenharia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

G1 Portal de notícias. **População de rua tem aumentado em Campos no Rio de Janeiro**. Disponível em: <http://g1.globo.com/rj/norte-fluminense/noticia/2016/08/populacao-de-rua-tem-aumento-de-cerca-de-30-em-campos-no-rj.html>. Acesso em: 04 nov. 2018.

GUERRA, Y. A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino público, privado e a distância. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 104, p.715-736, dez. 2010.

HARVEY, D. **A condição Pós-moderna**. Editora Loyola, São Paulo, 1992.

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

IBGE. **Área da unidade territorial: Área territorial brasileira**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/campos-dos-goytacazes/panorama>. Acesso em 25 out. 2018a.

IBGE. **Trabalho e rendimento**. Rio de Janeiro: 2016. Disponível em < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/campos-dos-goytacazes/panorama>. Acesso em 26 out. 2018b.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço social em tempo de capital fetiche: Capital financeiro, trabalho e questão social**. Cortez, São Paulo, 2011.

IANNI, O. **Teorias da Globalização**. Rio de Janeiro: Editora Civilização, 2002.

MARCELO, V. C. M. **Burnout e stress nos assistentes sociais**. 85 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social, Departamento de Sociologia e Políticas Públicas), Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2017.

MESTRINER, M. L. **O Estado entre a Filantropia e a Assistência Social**. 2.ed. São Paulo, Cortez, 2005.

MESZÁROS, I. **A crise estrutural do capital**. São Paulo: Boitempo, 2009, 133 p.

MORAES, C. A. S. O Serviço Social brasileiro na entrada do século XXI: considerações sobre o trabalho profissional. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 127, p. 587-607, dez. 2016.

MORAES, C. A. S.; SCHOCAIR, G.M.M; AMARAL, D. M. M. Mercado de trabalho e perfil profissional da assistente social no interior do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. ENCUESTRO LATINOAMERICANO DE PROFESIONALES, DOCENTES Y ESTUDIANTES DE TRABAJO SOCIAL, 4; CONGRESO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL, 5., 2019. Tandil. **Anais** [...]. Tandil, 2019.

NAVARRO, V. L.; LOURENÇO, E. A. de S. (org.). **O avesso do trabalho IV: terceirização: precarização e adoecimento no mundo do trabalho**. São Paulo: Expressões, 2017.

NETTO, J. P. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. São Paulo: Cortez, **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 50, abril, 1996, p. 87-132.

PEDLOWSKI, M. **Campos dos Goytacazes entre as cidades mais violentas do mundo**. 2018. Disponível em: <https://blogdopedlowski.com/2018/06/03/campos-dos-goytacazes-entre-as-cidades-mais-violentas-do-mundo/>. Acesso em: 01 nov. 2018.

PENA, Rodolfo F. Alves. **Produção de petróleo no Brasil**. Disponível em: <https://mundoeducacao.bol.uol.com.br/geografia/producao-petroleo-no-brasil.htm>. Acesso em: 15 out. 2018.

PEDLOWSKI, Marcos. **Campos dos Goytacazes entre as cidades mais violentas do mundo**. 2018. Disponível em: <https://blogdopedlowski.com/2018/06/03/campos-dos-goytacazes-entre-as-cidades-mais-violentas-do-mundo/>. Acesso em: 01 nov. 2018.

RAICHELIS, R. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, p.420-437, set. 2011.

RIBEIRO, R. M. O negro e seu mundo: vida e trabalho no pós-abolição em Campos dos Goytacazes (1883-1893). In: RIBEIRO, R. M. **O negro e seu mundo: vida e trabalho no pós-abolição em Campos dos Goytacazes (1883-1893)**. 2012. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política), Centro de Ciências do Homem, Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF), Campos dos Goytacazes, 2012. f. 28 -80.

SANTOS, M. T. dos; MANFROI, V. M. Condições de trabalho dos assistentes sociais: precarização ética e técnica do exercício profissional. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 133, n. 36, p.178-196, jul.-dez, 2015.

SILVA, Camila. **Campos é a 19ª cidade mais violenta do mundo em ranking internacional**. 2017. Disponível em: http://www.folha1.com.br/_conteudo/2017/04/blogs/pretonobranco/1217560-campos-e-a-19-cidade-mais-violenta-do-mundo-em-ranking-internacional.html. Acesso em: 03 nov. 2018.

SILVA, D. J.; SILVA, S. C. da. População em Situação de Rua, Território e Políticas Sociais em Campos dos Goytacazes/RJ. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM PLANEJAMENTO URBANO REGIONAL, 27, 2017, São Paulo. **Anais[...]**. São Paulo, 2017, p.1-15. Disponível em: http://anpur.org.br/xviienanpur/principal/publicacoes/XVII.ENANPUR_Anais/ST_Sessoes_Tematicas/ST%202/ST%202.4/ST%202.4-02.pdf. Acesso em: 03 nov. 2018.

SILVA, E. V. da. Profissão: Serviço Social: Trajetória histórica e perfil profissional no município de Campos dos Goytacazes / RJ. 2011. 208 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais), Centro de Ciências do Homem, Campos dos Goytacazes, 2011.

SILVA, L. M. P.; SILVA, L. S. da. As mulheres assistentes sociais: adoecimento e sofrimento em tempos de reestruturação produtiva. In: SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 3, 2013, Belo Horizonte. **Anais[...]**. Belo Horizonte: CRESS-MG, 2013. p. 1 - 11.

SOARES, L. T. Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina. **Coleção Questões da Nossa Época**. 3.ed. São Paulo, Cortez, 2009. v. 78.

O SERVIÇO SOCIAL ANTE O CONTROLE DO HIV/AIDS: UMA ANÁLISE COM ÊNFASE NOS CONDICIONANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA* †

SOCIAL WORK IN THE FACE OF HIV/AIDS CONTROL: AN ANALYSIS WITH AN EMPHASIS ON CONDITIONS FOR THE HEALTH-DISEASE PROCESS

PURL: <http://purl.oclc.org/r.ml/v6n2/d6>

Daniele Pinto da Silva Faria‡

 <https://orcid.org/0000-0003-1497-9574>

Viviane Aparecida Siqueira Lopes§

 <https://orcid.org/0000-0002-3759-9593>

Resumo: Este artigo analisa o trabalho do Serviço Social diante da prevenção e do tratamento da infecção pelo vírus HIV/Aids, associando-o aos condicionantes sociais e econômicos desse processo saúde-doença. Foi elaborado a partir de levantamento bibliográfico relacionado aos seus principais conceitos e de mediações com as ações de um Programa Municipal DST/Aids e hepatites virais, por ocasião do estágio em Serviço Social. A análise afirma a importância do trabalho do Serviço Social diante dos condicionantes socioeconômicos que dificultam o controle da enfermidade, sendo eles muito presentes na vida dos usuários do referido programa de saúde. Sobre o trabalho do Serviço Social, destaca sua dimensão educativa e de promoção do acesso às políticas públicas, com vistas à garantia de direitos sociais; no entanto, registra a presença de desafios inerentes ao trabalho profissional, em especial mediante a implementação da contrarreforma neoliberal e dos limites na gestão pública do sistema de saúde.

Palavras-Chave: Serviço social. HIV/Aids. Determinantes sociais da saúde.

Abstract: This article analyzes the work of social services regarding the prevention and treatment of infection by the HIV/Aids virus, associating it with the social and economic conditions of this health-disease process. It was prepared from a bibliographic survey related to its main concepts and mediation with the actions of a municipal STD/Aids and Viral Hepatitis Program during the Social Work Internship. The analysis affirms the importance of the work of Social Work in view of the socioeconomic conditions that limit the control of the disease, such conditions being present in the lives of the users of that health program. Regarding the work of Social Work, it highlights its educational dimension and the promotion of access to public policies to guarantee social rights. However, it registers the presence of challenges inherent to professional work, especially through the implementation of the neoliberal counter-reform.

Keywords: Social work. HIV/Aids. Social determinants of health.

* Artigo recebido em: 18 de outubro de 2020. Aceito em: 16 de novembro de 2020

† Este artigo se baseia no trabalho final de conclusão do curso de serviço social do Departamento de Serviço Social de Campos, Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional, Universidade Federal Fluminense, intitulado “O Serviço social diante ao HIV/Aids: uma análise dos condicionantes sociais e do trabalho profissional”, elaborado em 2019.

‡ Bacharel em Serviço Social pelo Departamento de Serviço Social de Campos, da Universidade Federal Fluminense (UFF), Brasil. E-mail: dvini.faria@yahoo.com

§ Professora do Departamento de Serviço Social de Campos, da Universidade Federal Fluminense, Brasil. Doutora e Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Serviço Social Contemporâneo e Bacharel em Serviço Social, pela Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: vivianeviviane@uol.com.br

1 Introdução

O trabalho do Serviço Social se insere no processo de execução, de articulação e de planejamento de políticas sociais públicas, norteado por posicionamento crítico frente às desigualdades sociais e em prol do atendimento às demandas da classe trabalhadora (SOUSA *et al.*, 2013). Para isso, o Serviço Social vem reconhecendo e ultrapassando os limites institucionais, a ideologia do assistencialismo e se articulando às lutas pelos direitos de cidadania (PIANA, 2009).

O Serviço Social, na área da saúde, foi redimensionado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei nº 8.080, de 1990, regulamentando o direito à saúde, previsto na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1990, 1988). Essa lei define que a saúde é determinada e condicionada por condições de vida, de trabalho e pelo acesso igualitário aos serviços (BRASIL, 1990 apud NOGUEIRA; SARRETA, 2016). Também define que o SUS é norteado por princípios como universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização, participação social e regionalização. Essas formalizações jurídicas se coadunam com os princípios fundamentais do Código de Ética Profissional, pois remetem à perspectiva de ampliação da cidadania, da democracia política, da justiça social e da redução de preconceitos, entre outros princípios.

Portanto o trabalho do assistente social, inserido no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a se envolver não apenas com o acesso a bens e serviços, mas se associou também às diretrizes e ações relacionadas à promoção, à prevenção, à cura e à reabilitação, voltando-se de modo mais enfático para a investigação sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, no sentido de intervir sobre eles. A isso se agregam as novas manifestações da questão social, como a ampliação e o aprofundamento da pobreza, que reconfiguraram tais determinantes, impondo crescentes demandas aos serviços de saúde e, por conseguinte, aos assistentes sociais. Portanto, no contexto do SUS, as possibilidades de intervenção profissional foram ampliadas, com a presença de relevantes desafios advindos do contexto social, econômico e político.

Tais perspectivas se contrapunham às restrições da intervenção profissional quando inserida na política de saúde vinculada à previdência social, modelo que preponderou entre as décadas de 1920 e de 1980, destinado somente à cura de doenças, a partir de seus sintomas clínicos, e adotando o hospital como *locus* das intervenções profissionais, cujas ações possuíam caráter individual, assistencialista e especializado. Assim, os hospitais se constituíram como o principal espaço de trabalho dos assistentes sociais, atuando na intermediação instituição-

usuários, a partir da realização de “plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária” (BRAVO; MATOS, 2004, p. 29).

Com o advento do SUS, o trabalho do Serviço Social poderia ser desenvolvido, não apenas a partir de ações socioassistenciais, mas, também, de ações socioeducativas, ações de interação com a equipe profissional e, ainda, com ações de mobilização, de participação e de controle social; ações de investigação, de planejamento e de gestão; ações de assessoria, de qualificação e de formação profissional (CFESS, 2010). Esse trabalho poderia, então, ocorrer junto aos diversos programas e ações do SUS, não estando mais restrito aos hospitais, e com caráter interdisciplinar e intersetorial.

Contudo, segundo Bravo (2018), o trabalho profissional não se desenvolveu sem conflitos e contradições, pois, a partir da década de 1990, em concomitância com a implementação do SUS, juridicamente formulado, iniciou-se o processo de contrarreforma, de base neoliberal, com vistas à redução de políticas públicas, configurando forte tensão entre três projetos: o Projeto de Saúde Pública (década de 1980), o Projeto Privatista (década de 1990) e o Projeto de Flexibilização da Reforma Sanitária (anos 2000).

O Projeto da Saúde Pública foi defendido pelo movimento da Reforma Sanitária, incorporado pelo SUS, prevendo a redefinição dos papéis institucionais da União, dos estados e dos municípios na prestação dos serviços de saúde e no seu financiamento. O Projeto Privatista se refere à focalização de serviços por meio de um pacote básico para a saúde, destinado aos segmentos vulneráveis, “ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços no nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento” (BRAVO, 2018, p. 323). O Projeto de Flexibilização da Reforma Sanitária, por sua vez, associa-se ao:

[...] contexto do subfinanciamento da saúde, acreditando na otimização da gestão e na responsabilização dos profissionais de saúde para a efetivação do SUS “possível”, mesmo que isso envolva concessões que contrariem os interesses dos trabalhadores e o pleno usufruto do direito à saúde (BRAVO, 2018, p. 323).

Corroborando, Nogueira e Miotto (2007) afirmam:

Há que se considerar [...] a situação adversa às propostas de democracia social, decorrentes dos ajustes macroeconômicos da década de 1990, no Brasil. As políticas de redução do Estado, as privatizações e o novo papel desempenhado pelo mercado, como provedor das necessidades de saúde, foram a pedra de

toque para as dificuldades que ora se apresentam (NOGUEIRA; MIOTO, 2007, p. 233).

A tendência de redução do compromisso público com os direitos sociais ocorre, portanto, de modo concomitante ao incremento de grandes desafios sociais. Segundo Boschetti (2017, p. 55), “reeditam velhas e históricas situações e colocam, na agenda, novos desafios diante da barbarização da vida, em contexto de crise do capital e em contexto de particularização do avanço acelerado do reacionarismo e do conservadorismo no Brasil”.

Esse cenário social interfere no trabalho do assistente social e na sua condição de trabalhador. Lutar, defender e materializar direitos, no campo profissional, na atualidade, torna-se um desafio, pois as políticas sociais, inclusive a de saúde, sofrem relevantes supressões, em sintonia com o fortalecimento de políticas mercantilizadas. Nesse cenário, portanto, o Serviço Social possui autonomia relativa, pois se insere em um contexto institucional, que reproduz a lógica social hegemônica e expressa as normas estabelecidas, legitimadas e articuladas por essa mesma lógica (IAMAMOTO, 2015). As exigências institucionais tendem a impelir os profissionais a:

Endurecer critérios de elegibilidade, estabelecer ou ampliar condicionalidades e contrapartidas, focalizar benefícios e prestações assistenciais e previdenciárias, reduzir o nível dos benefícios sociais, desenvolver serviços sem as devidas condições financeiras e institucionais, transferir cuidados e proteção públicos às famílias e/ou organizações não governamentais, entre outras demandas que impõem intransponíveis limites à universalização das políticas e dos direitos (BOSCHETTI, 2017, p. 65).

Diante disso,

[...] o exercício da profissão exige [...] um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e atribuições profissionais. Requer ir além das rotinas institucionais para buscar apreender, no movimento da realidade, as tendências e possibilidades, ali presentes, passíveis de serem apropriadas pelo profissional, desenvolvidas e transformadas em projetos de trabalho (IAMAMOTO, 2007, p. 171-172).

Desse modo, o Serviço Social desenvolve seu trabalho em meio às contradições mencionadas, definindo possibilidades de intervenção e resistindo aos limites impostos. Nessa perspectiva, contribuindo com estudos e reflexões sobre o tema, este artigo analisa o trabalho do assistente social diante da prevenção e do tratamento da infecção pelo vírus HIV/Aids, associando-o aos condicionantes sociais e econômicos desse processo saúde-doença.

2 O HIV/Aids e os condicionantes socioeconômicos do processo saúde-doença

A Aids é uma doença crônica e complexa, que pode acometer a todos que realizam relações sexuais sem uso de preservativo, compartilham seringas contaminadas e/ou tenham contato com sangue contaminado, independentemente de cor, de raça, de sexo, de idade e de classe social; contudo as expressões da questão social constituem fatores facilitadores da infecção por HIV/Aids, estando em maior risco os segmentos sociais inseridos na periferia das relações sociais de produção ou que compõem os segmentos em situação de exclusão social.

Segundo Fonseca *et al.* (2002), essa é uma doença de parâmetros individuais e de inter-relações com seus parceiros e comunidade, tendo uma característica de transmissão íntima; entretanto, a infecção pelo vírus HIV/Aids não está vinculada somente ao nível individual de comportamentos e de ações. Há também aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos que se mostram promovedores da ampliação do risco de contrair o vírus. Para a autora:

[...] essas populações empobrecidas se veem às voltas com barreiras estruturais frente às possibilidades de implementar e de manter mudanças que minimizem os riscos de infecção, tais como: dificuldade de acesso e de utilização de meios preventivos (como preservativos e seringas estéreis) por problemas culturais, constrangimentos subjetivos ou objetivos (como, no caso das mulheres, a dificuldade em negociar com o parceiro o uso de preservativos); dificuldade de acesso a serviços de assistência (como para prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis – IST). Esses fatores, somados às dificuldades de acesso às informações atualizadas e adequadas, associadas, geralmente, à baixa escolaridade, limitam a adoção e a manutenção de comportamentos preventivos (FONSECA, 2002, p. 10).

Nessa perspectiva, a epidemia de HIV/Aids incide mais severamente sobre os grupos historicamente privados da riqueza social, tais como aqueles que são culturalmente discriminados (LOPES, 2005 apud CAMPOS *et al.*, 2011). Os segmentos populacionais mais empobrecidos e menos assistidos encontram-se mais suscetíveis à doença, especialmente devido ao precário acesso a serviços básicos, como saúde e educação (FARMER *et al.*, 1999 apud FONSECA, 2002), configurando a ausência de informação ou o entendimento precário, e o dificultoso acesso aos meios de prevenção, estabelecendo uma relação entre pauperismo populacional e infecção/doença (PEREIRA *et al.*, 2014). Destaca-se, assim, que a prevenção e o tratamento da Aids dependem, quase que exclusivamente, do acesso a serviços de saúde, a insumos, a informações e a medicamentos (VIEIRA *et al.*, 2014), e acrescenta-se que a disseminação da epidemia do HIV/Aids ocorreu, sobretudo, entre municípios pequenos que,

via de regra, possuem menor renda per capita, tendo uma população mais empobrecida (SZWARCOWALD *et al.*, 2000 apud PEREIRA, 2015). Diante disso,

[...] a pauperização pode ser considerada um fator de vulnerabilidade e se apresenta como um desafio para a saúde pública, visto que, além de reduzir os recursos sociais, a mesma também limita o acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, às ações preventivas (SOARES *et al.*, 2017, p. 187).

Em relação aos jovens, Pereira *et al.* (2014) acrescentam que a variabilidade ou multiplicidade de parceiros, bem como a imaturidade e maior descaso com os métodos preventivos, os tornam mais vulneráveis à contaminação.

Para Lustosa (2014), as expressões da questão social promovem não só o contato com o vírus, mas também a baixa adesão ao tratamento, por condições culturais, econômicas e/ou dificuldade de acesso ao serviço especializado de saúde. Em relação aos indivíduos soropositivos, Brasil (2015 apud RAMOS; CÂNDIDO, 2016) destaca que a continuidade da vida social e a adesão adequada ao tratamento resultam na melhora da qualidade de vida e na resposta ao tratamento com medicamentos antirretrovirais, o que pressupõe a presença de condições socioeconômicas favoráveis.

Segundo Brasil (2019), a infecção por HIV é o primeiro estágio do processo de adoecimento e, quando ocorre adesão ao tratamento nessa fase inicial, há uma melhor qualidade de vida. Todavia, quando não há adesão ao tratamento, o vírus avança para a doença Aids. Ela destrói o sistema imunológico do indivíduo, deixando-o suscetível a várias doenças oportunistas, como tuberculose e pneumonia, podendo causar a morte.

Em relação à baixa adesão ao tratamento, Ramos e Cândido (2016) reconhecem que as pessoas que vivem com HIV/Aids passam por muitos processos de exclusão social, como: não aceitação do seu diagnóstico, aliada ao preconceito; desemprego; moradia distante do local de tratamento; entre outros. Assim, muitas vezes, o tratamento não é iniciado por não aceitação. Mas também há falta de recursos materiais para arcar com transporte e com a alimentação reforçada, que é indicada junto ao tratamento.

Segundo os autores supracitados, a epidemia HIV/Aids surgiu como uma desafiadora expressão da questão social, transformando-se de forma oblíqua e carregada de preconceito e de exclusão, sendo uma doença provocadora, especialmente, por suas peculiaridades sociais. Sobre essas características, Parker e Camargo Jr. acrescentam: “A pobreza [...] funciona, em quase todas as circunstâncias, em conjunção com um leque de outros fatores sociais e culturais

na articulação de formas variadas de vulnerabilidade ao HIV/Aids” (PARKER; CAMARGO JR., 2000, p. 97).

Segundo Moura e Faria (2017), a epidemia HIV/Aids, no Brasil, apresenta-se em três fases diferentes. A primeira se constitui, principalmente, pela contaminação de homens homossexuais com alto nível de escolaridade, sendo marcada pelo conceito de *grupos de risco*. A segunda diz respeito ao aumento da infecção por uso de drogas injetáveis com seringas contaminadas, atingindo muitos heterossexuais, sendo conceituada pela ideia de *comportamento de risco*. Na terceira e atual fase, adota-se o conceito de vulnerabilidade, em razão do aumento de casos entre pessoas do sexo feminino e do crescimento de casos em municípios distantes das principais áreas metropolitanas, atingindo fortemente aqueles que vivem em comunidades menos assistidas, pessoas com menor nível de escolaridade, sendo associado a um processo de pauperização (RAMOS; CÂNDIDO, 2016).

No que diz respeito à contaminação de mulheres pelo HIV, essa possui forte associação a aspectos culturais, sendo de alta incidência, girando em torno de 870 mil mulheres/ano, em nível mundial (ONU, 2017). A feminização da Aids, segundo Silva e Rocha (2010), está associada à prática heterossexual, pois grande parte das mulheres se infectam no contato com seus parceiros “fixos”. Pereira *et al.* (2014) afirmam que a maioria delas apresenta baixa escolaridade, exerce funções exclusivamente domésticas e é exposta ao vírus, principalmente, por meio de relações heterossexuais com companheiros de união estável, pois a desigualdade de gênero condiz com distintas formas de poder entre homens e mulheres, gerando dificuldades para elas negociarem com seus parceiros a prevenção do HIV e/ou de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST)⁴, a partir do uso do preservativo. Esse uso é visto pelo parceiro, muitas vezes, como desconfiança ou falta de amor, promovendo o exercício de coação e constrangimento sobre a mulher. Portanto o comportamento sexual feminino vulnerável, em muitos casos, pode estar relacionado à submissão diante do parceiro, a questões morais, a preconceitos e tabus sobre sua sexualidade e à falta de autoestima e de autonomia.

Pereira *et al.* (2014, p. 753) ainda acrescentam que há aumento da infecção pelo vírus HIV entre mulheres “negras ou pardas, com parceiro único e com histórico de múltiplas violências, demonstrando a complexidade epidemiológica dessa questão e evidenciando que o

⁴ Segundo o Ministério da Saúde/Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, em 2016, a nomenclatura ‘doença sexualmente transmissível’ (DST) foi substituída pela expressão ‘infecção sexualmente transmissível’ (IST), pois o termo ‘doença’ remete a sinais e sintomas, e o termo ‘infecção’ mostra-se mais abrangente, envolvendo não apenas sinais e sintomas, mas, também, as infecções assintomáticas, que, nesse caso, seriam detectadas somente a partir de exames laboratoriais e de testagem. (BRASIL, 2016)

contexto social potencializa a vulnerabilidade ao vírus”. Nessa mesma perspectiva, Parker e Camargo (2000) afirmam:

a relação entre pobreza e vulnerabilidade ao HIV sugerem que os fatores político-econômicos que impulsionam a epidemia de HIV/Aids estão também intimamente ligados à organização social de estruturas de gênero e sexualidade, cujas hierarquias fazem das mulheres - em especial, aquelas dos segmentos de baixa renda - extremamente vulneráveis à infecção pelo HIV (PARKER; CAMARGO, 2000, p. 94).

A dependência e submissão da mulher; a dificuldade em negociar com o parceiro o uso do preservativo; a troca do não uso do preservativo por dinheiro, permitida por prostitutas; a negação de homens em realizar o teste e/ou a não revelação de sua condição sorológica à parceira; bem como abusos sexuais, são algumas das condições que colocam a mulher em situação de vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis (IST), entre elas o HIV/Aids (ESTAVELA; SEIDL, 2015). Assim, mesmo as mulheres que não sofrem violência física estão suscetíveis ao vírus, quando coagidas por seus parceiros a se relacionarem sexualmente sem preservativo (UNAids, 2017). Parker e Camargo (2000) também destacam a pobreza como fenômeno associado ao sexo comercial – seja praticado por mulheres, por travestis, por transsexuais ou por outros – sendo esse, muitas vezes, o único meio de sobrevivência, o que coloca os indivíduos envolvidos em situação de grande vulnerabilidade.

Os autores supracitados acrescentam a relação entre mobilidade e disseminação do vírus HIV, bem como a segregação espacial – muito comum em situação de pobreza – como fatores de vulnerabilidade. A mobilidade refere-se aos trabalhadores migrantes, ou seja, que, pelas características de seu trabalho, estão sempre percorrendo grandes distâncias entre o local de residência e o local de trabalho, como é o caso dos caminhoneiros. Associada à segregação espacial, é comum ocorrer intensificação de poder associado ao gênero, violência, discriminação sexual, desintegração social associada ao tráfico de drogas, entre outros, o que complexifica o contexto social e, por conseguinte, a vulnerabilidade ao vírus HIV/Aids.

Nessa perspectiva, Bastos e Szwarcwald (2000) afirmam que as desigualdades em dimensão coletiva tendem a resultar em condições diferenciadas quanto ao usufruto de bens e serviços, tanto materiais – habitação, alimentação adequada e tratamento médico – como simbólicos – informação e poder de se autodeterminar. Assim, é comum, em áreas geográficas mais pauperizadas, agruparem-se fatores adversos em relação à infraestrutura, ao desemprego e/ou às fragilidades de políticas públicas, que, por sua vez, estão frequentemente associados ao alto consumo de álcool e de drogas, à violência estrutural e à alta prevalência de infecções

sexualmente transmissíveis, sendo todos fatores que potencializam a vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

No sentido do enfrentamento, Irffi, Soares e Souza (2010) destacam a função crucial da educação na compreensão de campanhas informativas e na disposição para mudanças de hábitos e comportamentos sociais, sendo um fator importante na qualidade do conhecimento sobre HIV/Aids, facilitando o entendimento dos riscos dessa infecção e das formas de transmissão e prevenção. Esses autores afirmam ainda que um nível educacional e econômico mais elevado colabora para melhor informação e compreensão dos indivíduos sobre as formas de prevenção da Aids.

3 O trabalho dos assistentes sociais diante do HIV/Aids

O trabalho do Serviço Social na saúde incide sobre as expressões da questão social, as quais se configuram na vida cotidiana dos usuários dos serviços de saúde e, por conseguinte, interferem na efetivação da política de saúde, como anteriormente mencionado. Portanto esse trabalho implica o enfrentamento de desafios oriundos do forte tensionamento entre necessidades sociais e possibilidades concretas de atendimento, ante a presença da contrarreforma do Estado, a partir das diretrizes neoliberais (BEHRING, 2018). No campo da atenção ao HIV/Aids, segundo Azevedo (2015), os assistentes sociais lidam com as seguintes demandas:

Incorporação do HIV no cotidiano da vida dos sujeitos já infectados, não como naturalização/banalização da doença, mas como condição concreta possível de uma intervenção objetiva, além do esclarecimento, a desconstrução de mitos e ideias equivocadas que envolvem historicamente a doença, e a preocupação com a adesão ao tratamento, sem restringi-lo à medicalização ou apenas a uma carga viral indetectável (AZEVEDO, 2015, p. 46).

Os Programas Municipais de DST/Aids e hepatites virais possuem a finalidade de implementar a política de prevenção e controle das referidas enfermidades, destinando suas ações a indivíduos de todas as faixas etárias, inclusive a crianças e adolescentes de ambos os sexos e de todas as orientações sexuais. Cada polo do Programa possui abrangência regional, desenvolvendo a coordenação e a execução das metas e das ações planejadas, o monitoramento e a avaliação da oferta de serviços e a execução dos níveis de promoção, de prevenção, de diagnóstico, de assistência e de vigilância epidemiológica.

No polo do referido Programa, localizado no município de Campos dos Goytacazes, RJ, no qual foi realizado o estágio em Serviço Social por uma das autoras deste artigo, os usuários, em maioria, apresentaram vulnerabilidade social, configurada por insuficiência de renda, por desemprego, por moradia inadequada e/ou em local de risco, por conflitos familiares, pela falta de informação sobre a doença, pela vivência de preconceito, pelo machismo, pela não adesão ao tratamento, entre outros, observando-se o aumento no número de casos de mulheres heterossexuais e/ou em relações estáveis.

Assim, a baixa adesão ao tratamento é comum, devido a questões subjetivas, sociais e/ou culturais. Por exemplo, são apresentadas situações nas quais o indivíduo soropositivo não adere ao tratamento por medo de ser expulso da comunidade onde mora ou por medo de represália de membros do tráfico de drogas, caso descubram sua situação sorológica. Há, também, usuários que não possuem meios financeiros para arcar com os custos do transporte entre sua residência e a sede do programa e vice-versa, mas que não querem a gratuidade no transporte público, que é ofertada pelo Programa, em parceria com a Política de Assistência Social, alegando que, por morar em uma cidade pequena, todos saberiam e questionariam sobre sua saúde.

Diante das demandas apresentadas, o Serviço Social faz uso de instrumentos e de técnicas, tais como: a) entrevistas, no processo de acolhimento e de aconselhamento, com escuta qualificada; b) encaminhamentos, principalmente para a Política de Assistência Social, com vistas ao benefício de prestação continuada (BPC) e ao Bolsa Família, bem como à gratuidade no transporte público; c) visitas domiciliares, em especial, diante dos casos de não adesão ao tratamento; d) reuniões com usuários infectados em tratamento, ressaltando a importância do uso de preservativos, de seringas descartáveis e da adesão ao tratamento, e com a equipe profissional, para avaliação do processo de trabalho; e) palestras, com vistas à prevenção das ISTs, realizadas na sede do programa, em escolas, em hospitais, em empresas e em outros espaços.

Os registros das ações desenvolvidas pelo Serviço Social são realizados no prontuário dos usuários, em relatórios, em ofícios e declarações, pareceres sociais e livro de ocorrências. O trabalho do Serviço Social, nos Programas Municipais DST/Aids e hepatites virais, envolve o desenvolvimento de frentes de ação, tais como:

Fortalecer as estratégias de enfrentamento da epidemia como questão de saúde pública, com mobilização e controle social [...]; romper barreiras sociais de estigma, discriminação e classe, fortalecendo as ações voltadas para os grupos sexualmente ativos, profissionais do sexo e usuários de drogas; aprofundar a

análise da relação entre Aids e pauperização [...]; aprofundar a realização de estudos epidemiológicos que visem especificamente à determinação do perfil socioeconômico da população afetada pelo HIV/Aids; entender o conjunto das expressões da questão social que perpassam o universo da epidemia de HIV/Aids no Brasil (AZEVEDO, 2015, p. 54).

Essas frentes de trabalho condizem com a análise de CLEMENTINO (2017), que afirma:

[...] nessa correlação de forças na qual atua o/ assistente social, o desafio consiste em pautar as ações para além da burocratização e seletividade impostas pelas próprias políticas, ir além do imediato e de ações individualistas nos espaços sócio-ocupacionais, e no que concerne ao HIV/Aids, oferecer respostas adequadas que fortalecer as ações que visem conter o avanço da epidemia (CLEMENTINO, 2017, p. 10).

O trabalho desenvolvido pelo Serviço Social, no campo do HIV/Aids, possui como principais diretrizes as abordagens socioeducativa e socioassistencial, ao intervir sobre as dimensões assistenciais e preventivas, promovendo o acesso aos serviços de saúde e às demais políticas públicas, tendo em vista a garantia dos direitos sociais aos usuários.

O Serviço Social propicia ações educativas, seja junto ao usuário do Programa ou à comunidade, com vistas à prevenção da doença e de seus agravos, facilitando o acesso ao teste para a detecção do vírus e a adesão ao tratamento. Reconhece os condicionantes sociais que possam ampliar a vulnerabilidade dos usuários e/ou das famílias para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), e que possam dificultar o tratamento, intervindo sobre eles, com promoção de reflexões e estabelecimento de interações com as demais políticas sociais.

O Serviço Social, em suma, desenvolve ações educativas, não exclusivamente, mas sobretudo para indivíduos que vivem com HIV/Aids, para seus parceiros sexuais, para familiares e comunidade abrangida pelo polo; identifica e dá suporte para o enfrentamento de situações sociais e familiares geradoras de sofrimento. As ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, referentes ao trabalho do assistente social, no âmbito das infecções sexualmente transmissíveis são:

a) Acolher, informar, aconselhar e desenvolver ações educativas para pessoas que vivem com HIV e Aids, parceiros (as), familiares e comunidade; b) Identificar e dar suporte para o enfrentamento de situações sociais e familiares geradoras de sofrimento; c) Desenvolver atividades de acolhimento, orientação e aconselhamento relacionadas: ao impacto do diagnóstico na vida social, afetiva e no trabalho; dificuldades no uso da medicação e na adesão ao

tratamento relativas à organização do cotidiano e às condições sociais objetivas de cada sujeito; situações de vulnerabilidade social e individual (uso de drogas, desemprego e condições de desestruturação familiar, entre outras); d) Incluir o usuário nas políticas de saúde e assistência social sob a perspectiva do direito e da promoção de cidadania e do reconhecimento dos direitos individuais; e) Disponibilizar ao usuário os recursos institucionais e comunitários existentes; f) Discutir casos em equipe, contribuindo para a construção de propostas criativas frente as necessidades coletivas dos usuários; g) Manter-se atualizado em relação a leis estaduais e federais, e também sobre benefícios que podem ser disponibilizados aos que vivem com HIV e Aids; h) Estimular a construção e organização da rede de referência e contrarreferência incluindo as organizações não governamentais; i) Desenvolver ações dirigidas à educação continuada dos profissionais de saúde da rede pública com o objetivo de capacitar pessoas na prevenção, diagnóstico e aconselhamento em DST e Aids (BRASIL, 2008, p. 28)⁵.

Em termos de desafios, o Serviço Social frequentemente se depara com situações sociais que ultrapassam os limites de sua atuação profissional, relacionados às ações de outros profissionais ou setores, e associados às regressões nos direitos sociais - induzidas pela contrarreforma do Estado em vigência - e aos limites na gestão pública.

Um primeiro exemplo se dá quando não se efetiva a associação da política de saúde à de assistência social, inviabilizando a entrega de insumos importantes ao tratamento, como é o caso da fórmula láctea para crianças com HIV/Aids ou de filhos recém nascidos de portadoras do vírus, que não podem amamentar. Esse insumo, por indicação clínica, constitui o único meio de alimentação para essas crianças, sendo suas famílias, na maioria dos casos, desprovidas de meios financeiros para suprir tal necessidade. Outro exemplo é a precária articulação entre as unidades da rede de serviços de saúde, dificultando o atendimento de usuários soropositivos que necessitam de tratamento ou de realização de protocolos de prevenção em outras unidades de saúde. O terceiro exemplo se refere ao desrespeito ou à incompreensão de outros profissionais em relação ao trabalho do assistente social, referente à situação em que, diante do número insuficiente de salas para atendimento, alguns profissionais, ao desejarem um atendimento rápido diante do grande número de pessoas a serem atendidas, batem na porta da sala de atendimento do Serviço Social, em meio a uma entrevista ou acolhida, solicitando agilidade no trabalho. Nessa perspectiva, Clementino (2017) afirma:

É sabido que, no atual contexto no qual se encontra a saúde pública, com nítida ênfase na privatização e precarização na oferta dos serviços, os profissionais, dentre eles, os assistentes sociais têm sua atuação perpassada por precárias condições de trabalho, pelo aumento de demandas impostas à profissão e por

⁵ De modo diferente da versão original, foram inseridas letras, visando melhor organização do conteúdo apresentado.

necessidade dos usuários, nem sempre possíveis de serem viabilizadas na atual conjuntura de desmonte dos direitos sociais (CLEMENTINO, 2017, p. 10).

Portanto, o trabalho do Serviço Social, junto à prevenção e tratamento da infecção por HIV/Aids, desenvolve-se em um contexto no qual a redução de direitos sociais expressa os impactos da contrarreforma do Estado neoliberal, associados a limites da gestão pública de um sistema de saúde universal; por outro lado, retrata as prerrogativas da profissão e do Sistema Único de Saúde (SUS), implementadas a partir da década de 1990, no intuito de promover a equidade e enfrentar as expressões da questão social associadas a essa infecção.

4 Conclusão

A emergência e disseminação do vírus HIV/Aids ultrapassam a dimensão biológica, uma vez que os impactos das desigualdades sociais possibilitam que segmentos populacionais mais empobrecidos e menos assistidos estejam mais suscetíveis à infecção. Assim, a epidemia HIV/Aids constitui uma desafiadora expressão da questão social, carregada de preconceito e de exclusão, apresentando peculiaridades sociais.

As redefinições implementadas na política de saúde brasileira, na década de 1980, expressas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), referentes ao seu caráter universal, integral, equânime e garantidor da participação popular em sua gestão, associado à incorporação dos determinantes sociais no significado do “estar saudável” ou não, ampliaram o escopo de ação do Serviço Social no âmbito da saúde.

Nessa perspectiva, o trabalho do Serviço Social nos Programas Municipais DST/Aids e hepatites virais investiga as diversas expressões da questão social, que se configuram como limites à prevenção e ao tratamento do HIV/Aids, e intervém sobre elas. O serviço social do referido programa, no polo de Campos dos Goytacazes/RJ, desenvolve ações socioeducativas, socioassistenciais e de interação com a equipe profissional, com vistas à prevenção da doença e de seus agravos, facilitando o acesso aos direitos sociais, uma vez que a maioria dos usuários apresentam significativas vulnerabilidades sociais, como insuficiência de renda, desemprego, moradia inadequada e/ou em local de risco, dentre outras. Os assistentes sociais realizam, portanto, articulações com a rede de serviços de saúde e socioassistencial, promovendo o atendimento de múltiplas necessidades sociais.

No entanto, o trabalho profissional se desenvolve em meio a contradições decorrentes da concomitante implementação do SUS e da contrarreforma do Estado, o que resultou em

redução no escopo dos direitos sociais previstos em lei, repercutindo no acesso às políticas públicas, no agravamento das condições de vida e na precarização dos serviços públicos prestados. A esses elementos se acrescentam os limites na gestão pública do sistema de saúde, que, em conjunto, alteram as condições de trabalho dos profissionais envolvidos, entre eles as dos assistentes sociais.

5 Referências

AZEVEDO, V. A prática profissional do serviço social no tratamento para HIV/Aids no Brasil. **Intervenção Social**, Lisboa, n. 46, p. 41-56, jul./dez. 2015.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, p. S65-S76, 2000. Suplemento 1

BEHRING, E.R. A condição da seguridade social pública no Brasil. *In*: BEHRING, E. R. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2018. p. 213-280.

BOSCHETTI, I. Agudização da barbárie e desafios ao Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 128, p. 54-71, jan./abr. 2017.

BRASIL. [Constituição (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf Acesso em: 12 out. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 12 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação e monitoramento da qualidade e recomendações de boas práticas da assistência ambulatorial em Aids no SUS**. Brasília, DF: QualiAids, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_qualiAids.pdf. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. **Departamento passa a utilizar nomenclatura "IST" no lugar de "DST"**. 17 nov. 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/departamento-passa-utilizar-nomenclatura-ist-no-lugar-de-dst>. Acesso em: 20 out. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.

Autoteste de HIV. 2019. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/autoteste/o-que-e-um-autoteste>. Acesso em: 28 jul. 2020.

BRAVO, M. I. S. A Privatização da Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores (PT). *In: ENCONTRO NACIONAL SERVIÇO SOCIAL E SEGURIDADE SOCIAL*, 5., 2015, Belo Horizonte, MG. **Anais [...]**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), 2018. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2018CFESS-5EncontroSeguridade.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. *In: BRAVO, M. I. S. et al. (orgs.). Saúde e Serviço Social*, 2. ed., São Paulo: Cortez, 2004. p. 25 - 47.

CAMPOS, A. C. M. *et al.* Desigualdade de acesso entre diferentes etnias de pacientes com HIV/Aids tratados no HC Unicamp. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 10, n. 11, p. 91 – 111, jul. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde.** Brasília: CFESS, 2010. p. 31-65. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 10 jul. 2020.

CLEMENTINO, M. O. O HIV/Aids como expressão da “questão social”: demandas de intervenção para os/as assistentes sociais. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE*, 2., 2017, Campina Grande, PB. **Anais [...]**. Campina Grande, PB: Cemap, 2017. Disponível em: <http://www.conbracis.com.br/>. Acesso em: 10 jul. 2020.

ESTAVELA, A. J.; SEIDL, E. M. F. Vulnerabilidades de gênero, práticas culturais e infecção pelo HIV em Maputo. **Psicologia & Sociedade**, Recife, PE, v. 27, n. 3, p. 569-578, set./dez. 2015.

FONSECA, M. G. P. *et al.* Análise sócio demográfica da epidemia de Aids no Brasil: 1989-1997. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 678-685, 2002.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IAMAMOTO, M. V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. *In: MOTA, A. E. et al. (orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p.161 – 196.

IRFFI, G.; SOARES, R. B.; SOUZA, S. A. Fatores socioeconômicos, demográficos, regionais e comportamentais que influenciam no conhecimento sobre HIV/Aids. **Economia**, Brasília, DF, v. 11, n. 2, p. 333-356, maio/ago. 2010.

LUSTOSA, I. A. **As expressões da questão social que repercutem sobre a adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids atendidas na Rede de Solidariedade Positiva – RSP.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) - Centro de Ensino Superior do Ceará, Faculdades Cearenses, Fortaleza, 2014. Disponível em: <http://www.faculdadescearenses.edu.br/>. Acesso em: 05 jun. 2020.

MOURA, J. P.; FARIA, M. R. Caracterização e perfil epidemiológico das pessoas que vivem com HIV/Aids. **Revista de Enfermagem UFPF**, Recife, v. 11, supl. 12, p. 5214-5220, dez. 2017.

NOGUEIRA, D. O.; SARRETA, F. O. A Inserção do Assistente Social na Saúde: desafios atuais. *In*: SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 4., 2016, Belo Horizonte, MG. **Anais** [...]. Belo Horizonte, MG: Cress, 2016. Disponível em: <http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/13/130a0812-1065-4c0b-9ab2-41a70858af1d.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2020.

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, A. E. *et al.* (orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 218-241.

ONU (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS-BRASIL). **Mais de 850 mil mulheres se infectam com HIV, todos os anos, no mundo, diz UnAids**. 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/mais-de-850-mil-mulheres-se-infectam-com-hiv-todos-os-anos-no-mundo-diz-unAids/>. Acesso em: 20 jul. 2020.

PARKER, R.; CAMARGO JR., K. R. Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 89-102, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 20 abr. 2020.

PEREIRA, B. S. *et al.* Fatores associados à infecção pelo HIV/Aids entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no estado da Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 747 – 758, mar. 2014.

PEREIRA, L. A. **Uma análise sobre as desigualdades do HIV/Aids em municípios brasileiros, nos anos 1991, 2000 e 2010**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ceilândia Curso de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <http://bdm.unb.br/>. Acesso em: 16 maio 2020.

PIANA, M. C. O Serviço Social na contemporaneidade: demandas e respostas. *In*: UNESP (org.). **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. p. 85 – 117. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 5 set 2020.

RAMOS, C. P.; CÂNDIDO, R. Aids - aspectos sócio-políticos: convite para o pensar. *In*: SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 4., 2016, Belo Horizonte, MG. **Anais** [...]. Belo Horizonte, MG: CRESS, 2016. Disponível em: <https://cress-mg.org.br/>. Acesso em: 22 maio 2020.

SILVA, T. M.; ROCHA, M. S. **Desigualdade, pobreza e feminização da Aids no Brasil e na África do Sul**. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas e Direitos Sociais, Departamento de Serviço Social, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais/Arquivos%20GTS%20-%20recebidos%20em%20PDF/DESIGUALDADE,%20POBREZA%20E%20FEMINIZA%C>

3%87%C3%83O%20DA%20Aids%20NO%20BRASIL%20E%20NA%20%C3%81FRICA%20DO%20SUL.%20.pdf . Acesso em: 12 out. 2020.

SOARES, J. P. *et al.* Prevalência e fatores de risco para o HIV/Aids em populações vulneráveis: uma revisão integrativa de literatura. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 46, n. 4, p. 182-194, dez. 2017.

SOUSA, J. C. *et al.* A Efetivação do Projeto Ético Político Profissional no Âmbito da Assistência Social. *In*: CONGRESSO CATARINENSE DE ASSISTENTES SOCIAIS, 1, 2013, Florianópolis, SC. **Anais [...]**. Florianópolis: CRESS, 2013. Disponível em: <http://cress-sc.org.br/>. Acesso em: 20 jul. 2020.

UNAids. **UNAids Brasil**, 2017. Disponível em: <http://www.unAids.org.br>. Acesso em: 20 jul. 2020.

VIEIRA, A. C. S. *et al.* A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado: diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. **Katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, jul./dez. 2014.

A SAÚDE DO TRABALHADOR FRENTE ÀS REFORMULAÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO E A OFENSIVA NEOLIBERAL: UM BREVE ESTUDO COM PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ*

THE WORKER'S WORKOUT PROCESS IN FRONT OF THE REFORMULATIONS OF THE WORLD OF WORK AND THE NEOLIBERAL OFFENSIVE: A BRIEF STUDY WITH SOCIAL SERVICE PROFESSIONALS FROM CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ

PURL: <http://purl.oclc.org/r.ml/v6n2/d7>

Karine de Souza Cruz[†]

 <https://orcid.org/0000-0002-6163-5486>

Maria Clélia Pinto Coelho[‡]

 <https://orcid.org/0000-0003-3112-8368>

Resumo: O presente artigo tem como objetivo compreender como as transformações no mundo do trabalho afetam a classe trabalhadora, identificando assim, os determinantes sociais que impactam na saúde deste trabalhador. Para tanto, recorreu-se a uma pesquisa qualitativa realizada com duas assistentes sociais de uma instituição pública da cidade de Campos dos Goytacazes, RJ, tendo em vista a aproximação com esta realidade, em decorrência da realização do estágio supervisionado em Serviço Social, entre os anos de 2017 e 2019. A aproximação com o contexto empírico proporcionou uma análise sobre os impactos na vida pessoal e profissional destas profissionais, decorrente das atuais transformações no mundo do trabalho e da realidade dicotômica entre modernização e precarização do trabalho. Verificou-se, portanto, que as metamorfoses no mundo do trabalho vêm afetando a vida da classe trabalhadora, em seu sentido mais amplo, isto é, além das consequências sobre a saúde física/social/psicológica, mas, também, com reflexos na vida profissional.

Palavras-chave: Trabalho. Saúde do trabalhador. Neoliberalismo.

Abstract: This article aims to understand how the changes in the world of work affect the working class, thus identifying the social determinants that impact the health of this worker. To this end, a qualitative research was conducted with two social workers from a public institution in the city of Campos dos Goytacazes, RJ, to approach this reality as a result of the supervised internship in Social Work, between 2017 and 2019. The approach to the empirical context provided an analysis of the impacts on the personal and professional lives of these professionals, resulting from the current transformations in the world of work and the dichotomous reality between modernization and precarious work. Therefore, it was found that metamorphoses in the world of work have been affecting the life of the working class, in its broadest sense, that is, in addition to the consequences on physical/social / psychological health, but also with repercussions on life professional.

Keywords: Work. Worker health. Neoliberalism.

* Artigo recebido em: 9 de outubro de 2020. Aceito em: 26 de novembro de 2020

[†] Pós-graduanda em Gestão de Projetos Sociais pela Faculdade de Educação São Luís, Jaboatão, SP. Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense. Autor correspondente. E-mail: souza.karinec@gmail.com

[‡] Professora adjunta do Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional, Universidade Federal Fluminense Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil. Mestra em Políticas Sociais pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). E-mail: mcleliacoelho@gmail.com

1. Introdução

A dimensão investigativa de um profissional surge através do seu interesse em aprofundar os estudos e pesquisas sobre um determinado tema ou assunto. É através dela que se podem compreender os processos históricos pelos quais a sociedade passou ao longo dos tempos e o Serviço Social, enquanto profissão de caráter interventivo, tem esse aspecto como parte integrante do seu fazer profissional.

Nesse sentido, o presente artigo busca compreender como as transformações do mundo do trabalho afetam a classe trabalhadora a partir da identificação dos determinantes sociais que interferem diretamente na saúde do trabalhador, que vem sendo alvo de grandes consequências diante da realidade capitalista imposta à sociedade atual. Tais impactos são fruto das reformulações no mundo do trabalho que vêm ocorrendo de forma incisiva, o que faz com que a classe-que-vive-do-trabalho sinta os efeitos de forma mais aguda, impactando na sua saúde, em um sentido mais global.

Isto será feito através da perspectiva do materialismo histórico-dialético, que traz em sua gênese formas de reflexão que compreendem a totalidade do ser social. Analisar esses determinantes requer um aprofundamento nos processos históricos que o capitalismo vivenciou até os dias de hoje, o que envolve aspectos fundamentais que tangem a vida do trabalhador de uma forma mais abrangente.

Para tanto, refletir sobre a categoria trabalho e suas metamorfoses é um importante trajeto a ser percorrido, porque é através dele que o capitalismo se perpetua, transformando em mercadoria as relações que a venda da força de trabalho produz em seu cotidiano.

Para a compreensão desta temática, apresentaremos análises de uma pesquisa de campo com duas assistentes sociais da cidade de Campos dos Goytacazes, região norte fluminense do Estado do Rio de Janeiro, que responderam a uma entrevista semiestruturada sobre as condições de trabalho do assistente social e sua interferência na saúde física e mental, com rebatimentos no contexto da vida social.

Será analisada, então, a categoria trabalho e suas reformulações, bem como os determinantes sociais da saúde, com um breve recorte sobre o contexto da saúde no Brasil, considerando que a saúde pública enfrenta, no percurso histórico da sua construção, os impactos dos determinantes sociais, que se relacionam com as condições materiais de existência e, portanto, exigem respostas no enfrentamento das demandas apresentadas. E, por fim, a apresentação dos resultados da pesquisa de campo, que serão analisados a partir da categoria trabalho e dos determinantes sociais da saúde. Enfim, esta será a discussão traçada neste artigo.

2. Trabalho, mundo do trabalho e suas reformulações

Há uma trajetória de estudo sobre o trabalho que nos faz refletir sobre como ele interfere no dia a dia dos sujeitos sociais, pois é através dele que suas identidades são impressas na sociedade capitalista. A produção é uma atividade social histórica da vida em sociedade, onde os sujeitos para produzir e reproduzir os meios e as formas de vida estabelecem relações sociais como vínculos que podem ou não ter alguma afetividade, mas que se fazem necessários para que a reprodução da vida social seja efetivada.

Compreender como se dá a produção das relações sociais, que são heterogêneas, é importante porque tais produções indicam formas de relação entre indivíduos e entre classes sociais que permeiam a sociedade capitalista. Nesse sentido, a relação social determinante é a produzida pelo próprio capitalismo, que compreende toda a vida social e é expressa através das mercadorias e do dinheiro, em sua forma primária.

Tais mercadorias possuem duplo caráter de importância, quais sejam, valor de uso e valor de troca. O primeiro é condicionado pela utilidade que terá para o indivíduo, composta por propriedades que a constroem, sendo necessária a satisfação humana à medida que for efetivada pela necessidade do uso ou consumo pelo indivíduo. O segundo, de acordo com Marx (2013), é expresso por uma relação quantitativa entre coisas (ou mercadorias), onde a proporção dos valores de uso de um tipo é trocada por valores de uso de outro tipo, relação esta que se altera no tempo e no espaço.

Na sociedade capitalista contemporânea, após a crise dos anos 1970/1980 e com a transformação do modo de produção *taylorista/fordista* para o *toyotismo*³, a substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto tem sido frequente. Isso se dá através da modernização, dos aparatos tecnológicos e da robótica, o que faz com que o trabalho, que antes era reproduzido por um operário e/ou trabalhador, agora possa ser operado por uma máquina. Porém, tal substituição não pode ser feita por completo, porque é preciso que um indivíduo opere essas máquinas, o que gera a superexploração do trabalho, conduzindo-o à precariedade.

Sabemos que o trabalho é uma produção das relações sociais expressas na sociedade capitalista. Lefebvre (1973 apud IAMAMOTO, 2010, p. 50) sugere que, ao apontar a reprodução das relações sociais no interior da sociedade capitalista não significa “sublinhar a

3 Taylorismo, Fordismo e Toyotismo são três modos de organização da produção industrial utilizadas pelas indústrias durante a Segunda Revolução Industrial. Apesar do objetivo ser o mesmo - fabricar ao menor custo - elas têm diferenças quanto ao processo de produção, ritmo de trabalho, papel do funcionário, objetivos, dentre outros (BEZERRA, 2020).

coesão interna ao capitalismo, mas mostrar [...], como essas relações ampliam e aprofundam, em escala mundial, suas contradições e suas mistificações”. Tal proposição nos faz refletir sobre toda a conjuntura social e nos propõe analisar a reprodução das relações sociais no capitalismo como um problema que deve ser compreendido analiticamente para elucidá-lo, pois, o capital produz invisibilidade do trabalho e a banalização do humano-genérico.

As transformações do mundo do trabalho ocasionaram na desestabilização da sociedade salarial capitalista, o que fez com que o trabalhador se encontrasse fazendo parte do exército industrial de reserva (ou de sobrantes), lutando para conseguir seu espaço nesse meio. Os elementos que caracterizam as reconfigurações do mundo do trabalho são, de acordo com Mendes e Wunsch (2009, p. 242):

A reestruturação produtiva, as diferentes formas de produção, de gestão e organização do trabalho, as condições e relações de trabalho, o mercado globalizado e a expropriação dos direitos que resultam em instabilidade, incertezas e inseguranças para os trabalhadores.

Desde o início do século XX, o trabalho era baseado no sistema de produção *taylorista/fordista*, onde nas fábricas a produção se dava em larga escala e cada trabalhador era designado apenas para uma determinada função, tornando o processo de trabalho mecanizado. O objetivo era a maximização do lucro através de uma grande produção por menor tempo possível. Costa e Oliveira (2013, p. 71) ressaltam que a produção nas empresas se dava de forma verticalizada, ou seja, “ela deveria dominar todas as áreas de sua atividade econômica, desde a exploração de matéria-prima até o transporte de mercadorias”.

No entanto, a partir dos anos de 1970, o modelo de produção *taylorista/fordista* começa a sofrer uma grande mudança, isso porque o capitalismo se depara com uma crise estrutural, deflagrada com o aumento das taxas de inflação, a partir da queda da produção de mercadorias. O Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State*⁴ passa, assim, a enfrentar grandes desafios que impactaram na vida e na saúde da classe trabalhadora.

4 *Welfare State*, ou Estado de Bem-Estar Social, é um modelo de Estado que se encarrega da promoção e defesa social e da economia, com o intuito de garantir serviços públicos e proteção à população, onde os indivíduos são dotados de direitos sociais universais. Foi o modelo predominante nos países ocidentais na segunda metade do século XX, defendendo o desenvolvimento do mercado, porém, acompanhado de políticas públicas e da interferência do Estado na economia para corrigir os erros e proteger a população. Na década de 1970, sofreu seus primeiros abalos nos países industrializados ocidentais, devido à crise fiscal gerada pela dificuldade em harmonizar os gastos públicos com o crescimento da economia. No Brasil, o Estado de Bem-Estar Social nunca chegou a ser estruturado de fato, embora houvesse um alto nível de intervencionismo estatal na economia em alguns períodos e programas de redistribuição de renda. Hoje, a maioria dos países ocidentais assumiu um modelo neoliberal, mantendo uma estrutura social mínima (INFOESCOLA, 2020).

A solução para isto se viabiliza com o surgimento do novo modelo de produção, o *Toyotismo*, que era mais flexível e tinha a presença da tecnologia através da robótica, o que possibilitou uma imensa transformação nas formas de gestão, produção e reprodução do trabalho. Nesse sistema, a produção de mercadorias passou a ser organizada de forma horizontalizada através das subcontratações e das terceirizações, fazendo com que a empresa economizasse seu capital. Com isso, o trabalhador precisou se adaptar às novas formas de labor, desempenhando múltiplas funções, o que acarretou grandes impactos em sua vida. Ele se viu obrigado a intensificar sua rotina, precarizando cada vez mais as condições de trabalho ao qual estava submetido.

Diante desse cenário e com a chegada da globalização, o período de crise atingiu o campo subjetivo da classe trabalhadora, fazendo com que sua consciência de classe se tornasse cada vez mais fragmentada, dificultando sua organização na luta por seus direitos. A precarização do trabalho, posta pela flexibilização, superexploração e terceirização, marcou a chegada da globalização na sociedade capitalista. A partir de então, aconteceu o que Antunes (1996) denominou como um processo de subproletarização do trabalhador, o que significou trabalhos precários, parciais e temporários, criando uma classe-que-vive-do-trabalho mais fragmentada e heterogeneizada, como bem retrata o autor:

A década de 1980 caracterizou o momento mais agudo nessa história do mundo do trabalho, porque ela presenciou, de maneira simultânea, uma dupla crise: aquela que atingiu a materialidade, a objetividade da classe trabalhadora, acarretando metamorfoses agudas ao processo de trabalho, ao processo de produção do capital, e uma outra crise no plano da subjetividade do trabalho, que não se desvincula da primeira, mas tem características particulares (ANTUNES, 1996, p. 78).

É diante desse panorama histórico que a classe trabalhadora vem sofrendo grandes perdas no que se refere aos direitos conquistados para sua utilização no dia a dia do trabalho, que impactam diretamente na sua saúde física, mental e no campo social. O trabalhador se vê num constante estresse em meio às condições a que está submetido, que interferem também na sua vida social e trazem reflexos à sua saúde. A rotina intensa do trabalho, o esforço para cumprir todas as múltiplas funções e o medo que paira constantemente na sua vida, interferem na forma como cuida da saúde.

A exemplo dessas perdas temos, atualmente, políticas de recessão estatal no que se refere aos direitos do trabalhador, como, a Reforma Trabalhista, aprovada em 2017 e a Reforma da Previdência, aprovada em 2019, ambas refletindo a intensa ofensiva neoliberal na sociedade. No que se refere a Reforma Trabalhista, traz consigo transformações significativas para a classe

trabalhadora, como, por exemplo, todo tipo de flexibilização, seja, na estruturação do mercado de trabalho, na simplificação das relações entre trabalhador e empregador, na forma de remuneração e na redefinição da jornada de trabalho, entre outras.

Em síntese, a Reforma Trabalhista trouxe os acordos coletivos firmados entre patrão e empregado, onde a lei não mais vetará. Sabemos que nesse quesito quem perde é o empregado, que se vê obrigado a aceitar as condições impostas pelo empregador como forma de “preservar” seu emprego. A contribuição sindical também passou a ser facultativa, o que acaba enfraquecendo a estrutura sindicalista e a jornada de trabalho foi autorizada a exceder o limite de 8 (oito) horas diárias de trabalho, podendo ir até 12 (doze) horas, respeitando o limite de descanso de 36 (trinta e seis) horas, de acordo com a Lei nº 13.467/2017.

Além disso, temos também a Reforma da Previdência que aumentou a idade mínima para se aposentar (65 anos de idade para homens e 62 anos de idade para mulheres) com tempo mínimo de contribuição de 15 anos para mulheres e 20 anos para homens e o valor da aposentadoria se baseará na média do histórico de todas as contribuições. De acordo com a nova regra “ao atingir o tempo mínimo de contribuição (para o trabalhador que ingressar no mercado de trabalho após a reforma), este terá direito a 60% do valor do benefício integral, com o percentual subindo a cada dois pontos para cada ano de contribuição” (G1, 2020). E, para que o trabalhador tenha direito a receber 100% do valor integral da aposentadoria, terá que contribuir por 35 (trinta e cinco) anos, no caso das mulheres e 40 (quarenta) anos, no caso dos homens.

Note-se que as mudanças listadas acima, de forma mais geral, têm intensa influência na vida do trabalhador, que se vê em uma situação precária de trabalho, sendo obrigado a se submeter as mudanças impostas pelas novas regras trabalhistas e previdenciárias, atingindo diretamente o seu bem-estar. Não obstante, tudo isto recai sobre os aspectos da saúde individual, pois, bem sabemos, que é difícil manter o mínimo de bem-estar físico, social e psicológico diante de reformulações que intensificam, precarizam e flexibilizam, ainda mais, o trabalho e suas múltiplas relações.

Desse modo, discutiremos no próximo item, a relação do processo saúde-doença, agravada pelos determinantes sociais da saúde, que ao atingir os trabalhadores, geralmente, desencadeia a necessidade de estes recorrerem aos benefícios da Previdência Social, no que tange ao auxílio-doença, por exemplo, para o enfrentamento dos casos de agravos à saúde, decorrentes ou não das novas expressões do mundo do trabalho. Isso são reflexos de uma sociedade moderna que precariza cada vez mais, não só a forma de se trabalhar, mas também, as relações interpessoais construídas nos espaços do trabalho.

3. Determinantes Sociais da Saúde e os impactos na saúde do trabalhador

Nessa perspectiva, percebe-se que quem mais sofre com as transformações do mundo do trabalho é a classe trabalhadora, que vê a desregulamentação dos seus direitos dia após dia, trazendo sérias e graves consequências à sua saúde, além de, também, impactar nos determinantes sociais da saúde, influenciados pelo contexto adverso, desencadeando situações de adoecimento, em sua maioria, pela falta de respostas do poder público às demandas apresentadas.

A saúde hoje é compreendida pela OMS (Organização Mundial da Saúde) como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Adotado no ano de 1948, de acordo com arquivos do portal do MEC - ensinar saúde educar para a saúde? - este conceito simboliza um alvo e/ou meta a ser alcançada no cotidiano, pois faz alusão à ideia de completa saúde do cidadão.

Entretanto, existem fatores determinantes que impactam diretamente nesse contexto, o que faz com que o conceito de saúde seja algo mais abrangente no que se refere ao completo bem-estar da pessoa, uma vez que estamos inseridos no bojo de uma sociedade de classes, capitalista, neoliberal e que em sua gênese produz desigualdades.

Por determinantes sociais da saúde entende-se que são aspectos“ [...] vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e de trabalho, bem como, os relacionados com a macroestrutura econômica, social e cultural” (CNDSS, 2008, p. 3), isto é, são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, conforme o relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)⁵, intitulado “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil”, de abril de 2008.

As condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde, são consideradas pela OMS, como determinantes sociais da saúde. Neste sentido, os determinantes sociais são os responsáveis pelas diferenças sociais, ambientais, econômicas, geralmente, evitáveis entre as pessoas. A saúde é um processo social e os aspectos sociais e as decisões políticas interferem nas condições de vida e na saúde das populações, além de “favorecer” o adoecimento.

5 A CNDSS, integrada por dezesseis personalidades da vida civil, científica, cultural e empresarial do país e apoiada por uma secretaria técnica instalada na FIOCRUZ, desenvolve uma série de atividades que contribuíram para o debate nacional sobre a problemática dos determinantes sociais e das iniquidades em saúde. Estas atividades estiveram voltadas para a produção de conhecimentos e informações sobre os DSS e para a revisão e análise de políticas e programas de intervenção sobre estes determinantes [...] (CNDSS, 2008).

Existem muitos estudos sobre os Determinantes Sociais da Saúde e as iniquidades em saúde que apontam a forma como as relações entre os vários níveis de determinantes sociais se relacionam com a situação de saúde de uma dada sociedade. Para efeito deste artigo, vale destacar o modelo de Dahlgren e Whitehead (CNDSS, 2008)⁶, que apresenta uma visualização gráfica simples e de fácil compreensão do modelo de determinação social da saúde, destacando fatores que fazem parte do processo saúde-doença do indivíduo, quais sejam: condições de vida e de trabalho; redes sociais e comunitárias e estilo de vida dos indivíduos (onde fatores como faixa etária, gênero e questões hereditárias também influenciam nesse quesito).

Essa distribuição dos Determinantes Sociais da Saúde, proposto pelos autores acima, apresenta diferentes camadas de acordo com seu nível de abrangência. A primeira camada, corresponde ao “estilo de vida dos indivíduos”, com suas características individuais de faixa etária, gênero e fatores genéticos, exercendo influência sobre as condições de saúde das pessoas, ou seja, os indivíduos estão na base desse modelo. Essa camada é compreendida como determinantes individuais ou microdeterminantes, segundo Buss e Pellegrini Filho (2007).

Em uma camada intermediária, encontram-se as “redes sociais e comunitárias”, ou seja, encontram-se os códigos para a coesão social (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007). Trata-se da rede de apoio que os indivíduos constroem ao longo da vida, geralmente, composta por familiares, amigos, vizinhos, incluindo, também, instituições voltadas para a superação dos obstáculos relacionados a vida. Essa camada expressa o nível de coesão social entre os indivíduos ou grupo/população, sugerindo que sociedades mais solidárias, podem desfrutar de um maior grau de saúde.

A terceira e última camada, refere-se as “condições de vida e trabalho dos indivíduos”, envolvendo não somente o dia a dia destes, mas, também, as condições e garantias de acesso a serviços de saúde e educação, acesso ao lazer, a habitação, a alimentação, como também, ao ambiente de trabalho e a garantia do próprio trabalho. Segundo a CNDSS (2008), esses determinantes são produtos da ação humana e, portanto, a ação humana pode modificá-los, por meio da criação e implementação de políticas sociais públicas, para o alcance da superação das iniquidades de saúde. Compreendem, assim, os macrodeterminantes, que envolvem as condições econômicas, culturais e ambientais gerais da sociedade.

Pode-se notar que, apesar do novo entendimento de saúde, que se apresenta para além da ausência de doença, ainda existem muitas barreiras para incorporar a concepção do social

⁶ Este modelo explica os mecanismos pelos quais as interações entre os diferentes níveis de condições sociais produzem as desigualdades em saúde, desde o individual até o nível das condições econômicas, culturais e ambientais que predominam na sociedade como um todo.

no contexto da saúde. A esse respeito, o autor Cecílio (2004 apud NOGUEIRA, 2011) nos diz que os fatores determinantes de saúde dizem respeito às necessidades de saúde, e classifica-os em quatro conjuntos, a saber:

O primeiro são as condições de vida, entendendo-se que o modo como se vive, se traduz em diferentes necessidades; o segundo diz respeito ao acesso às tecnologias que melhoram ou prolongam a vida; o terceiro bloco refere-se à criação de vínculos efetivos entre usuários e o profissional ou equipe dos sistemas de saúde. Vínculo deve ser entendido, nesse contexto, como uma relação contínua, pessoal e calorosa, fundada na dignidade humana e na igualdade intrínseca entre as pessoas; por fim, necessidades de saúde estão ligadas também aos graus de crescente autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, o que vai além da informação e da educação. (CECÍLIO, 2004, p. 28 apud NOGUEIRA, 2011, p. 53)

Dessa forma, podemos compreender que as necessidades em saúde dizem respeito a infinitos aspectos que fazem parte da nossa realidade social que, muitas vezes, não damos o devido valor. O estado de bem-estar em saúde, transportado para o aspecto social, leva em conta questões fundamentais inerentes à vida humana, como a autonomia do indivíduo e suas condições de vida. Ambas interferem diretamente na saúde do indivíduo, ou seja, na saúde do indivíduo trabalhador.

Nesse sentido, a sociedade capitalista, que em sua gênese produz desigualdades e precisa delas para produzir lucro e reproduzir as relações que se formam na sociedade pelas diferenças de classe, traz dificuldades para a classe-que-vive-do-trabalho, manter em equilíbrio a sua saúde.

Vale assim registrar que, no modelo de sociedade capitalista, o trabalho é fator determinante para a extração da mais-valia, em que acidentar-se e adoecer são resultados da perversidade do mundo do capital, característico do processo de produção. Ou seja, o trabalhador se torna um “apêndice da máquina” e o que deveria contemplar seu campo subjetivo de prazer e alegria, ao efetuar suas atividades laborativas, torna-se algo fatigante e exaustivo e, assim, se transforma em doenças físicas, psíquicas/emocionais e sociais.

A sobrecarga do trabalhador desde o processo de trabalho até o estímulo à competitividade entre os colegas, segregando-os cada vez mais, geram consequências inimagináveis à sua saúde, refletindo na sua vida cotidiana e no trabalho em si. Estamos vivendo em uma realidade em que trabalhadores são chamados de “colaboradores da empresa”, instigados e estimulados a baterem a meta do mês e expostos publicamente quando sua atuação se destaca no universo do trabalho. Tal situação é fruto da mistificação da exploração daquele indivíduo sobreposto como trabalhador exemplar.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica/Programa Saúde da Família/Saúde do Trabalhador, publicado pelo Ministério da Saúde no ano de 2001, existem algumas propostas de ações em saúde do trabalhador a serem desenvolvidas no nível local do serviço de saúde. Nos casos de acidente de trabalho ou doença relacionada com o trabalho, a equipe deverá adotar a seguinte conduta:

- a) encaminhamento dos casos de maior complexidade para os serviços especializados em Saúde do Trabalhador;
- b) notificação dos casos mediante instrumentos do setor saúde;
- c) solicitação à empresa da emissão do CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) em se tratando de trabalhador inserido no mercado forma de trabalho;
- d) investigação do local de trabalho;
- e) realização de orientações trabalhistas e previdenciárias;
- f) informar e discutir com o trabalhador as causas do seu adoecimento (BRASIL, 2001, p. 15).

Diante disso, tais ações são necessárias e de suma importância para que a equipe de saúde possa traçar um perfil da realidade social na qual está inserido o trabalhador, a fim de obter resultados significativos nas ações planejadas em saúde.

No tocante a esse assunto, existe instituição especializada em saúde do trabalhador denominada SESMT (Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho) que, de acordo com a norma regulamentadora nº 4/2008, deve ser implementado nas empresas com o objetivo de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho.

Percebe-se, assim, que saúde do trabalhador é uma extensão da Política Pública de Saúde e traz algumas características próprias para proteger o trabalhador no exercício de suas funções. Tudo isto requer cuidados especiais, que tanto empregador como empregado, devem ter, embora as condições técnicas sejam, muitas vezes, ignoradas pelo empregador e o trabalhador acaba por enfrentar uma realidade adversa, com necessidades em saúde sendo ignoradas pelos responsáveis da instituição empregatícia e que interferem, diretamente e objetivamente, no seu cotidiano laboral.

É neste sentido que a discussão traçada neste artigo possui um caráter também investigativo, com o objetivo de compreender como as determinações sociais da saúde apresentam-se tão “caras” para quem as interessa, ou seja, para a classe trabalhadora e, quando não observadas pelas estruturas de poder econômico e político, gera e agrava desigualdades, agudizando condições de vida, historicamente, vulneráveis e/ou fragilizadas.

Com o passar do tempo o mundo do trabalho sofreu inúmeras metamorfoses e hoje se encontra em uma realidade bastante complexa. Atualmente, existem no Brasil, cerca de 13,8% de pessoas sem trabalho, até o final do segundo trimestre deste ano de 2020, de acordo com dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). É um número bastante expressivo que hoje vive a mercê dos trabalhos informais sem qualquer direito ou garantias, submetidos a subempregos e expostos a situações vulneráveis que impactam o processo saúde/doença.

A nova divisão internacional do trabalho trouxe consigo uma reconfiguração de acidentes e de doenças advindas do meio profissional que podem ser expressas pela diferenciação entre trabalhos estáveis e precários, que sobrevivem em uma nova ordem do capital que prevê novas formas de extração da mais-valia e do sobretrabalho⁷, subempregos, etc.

Antunes (2015, p. 412) nos diz que os impactos das alterações da sociabilidade no capitalismo nas relações de trabalho se expressam na forma da flexibilização, ou seja, “na diminuição drástica das fronteiras entre atividade laboral e espaço de vida privada, no desmonte da legislação trabalhista, nas diferentes formas de contratação da força de trabalho”.

Inseguranças nas relações de trabalho, sobrecarga de trabalho, precariedade dos espaços de trabalho e outros fatores, contribuem para o adoecimento do trabalhador, aumentando as pressões físicas e psicológicas. Nessa perspectiva, é imprescindível que as organizações da categoria, fiquem atentas aos processos históricos que vêm se desenhando na atualidade, para que possam compreender as fontes de adoecimento e acidentes de trabalho.

Esse fenômeno faz parte da mundialização da economia nas novas formas de contratação de trabalho e é considerada como a precarização do próprio trabalho. Esta é uma contradição que existe no bojo dessa discussão, porque por um lado há uma resistência por parte da classe trabalhadora, que entende que isso é algo prejudicial à manutenção da sua sobrevivência e, por outro, é algo inerente à chegada da globalização como processo contínuo, que supervaloriza o capital e contribui para a manutenção desse sistema.

Flexibilização, terceirização, precarização... Essas são as “novas” palavras de ordem da sociedade do capital. Mesmo com todos os impactos que tais concepções causam na classe trabalhadora, existe ainda uma parcela dessa classe que tem sérias dificuldades em perceber as

7 O período extra de trabalho no sistema capitalista não constituiu nenhum valor para o operário, mas é essencial ao capitalista, chamado por Marx de “sobretrabalho”.

armadilhas do sistema capitalista e que não reconhece as estratégias da precarização do trabalho.

4. O Serviço Social e o enfrentamento da precariedade do mundo do trabalho: um breve estudo com assistentes sociais

A base para a implantação do Serviço Social no Brasil nas décadas de 1920 e 1930 veio do surgimento da questão social no interior de uma sociedade onde já existia o trabalho livre, mas com resquícios da escravidão que sofreu no passado.

A livre escolha por vender a força de trabalho se dava entre os trabalhadores e com isso a manutenção da reprodução da ordem capitalista se perpetuava ao longo do tempo. É dessa forma que o operário se torna cada vez mais explorado pela lógica capitalista que prevalece na sociedade, visando sempre o lucro obtido dessa força de trabalho.

Diante do quadro de intensa exploração, a saúde do trabalhador foi sendo cada vez mais prejudicada e o completo bem-estar físico, psicológico e social cada vez mais distante da realidade. Nesse sentido, iniciou-se às lutas por melhores condições de trabalho, ameaçando a burguesia em seus valores mais profundos. Com isso, houve a necessidade de se ter o controle social da exploração da força de trabalho e foi então, que leis sociais entraram em vigor, que segundo Iamamoto (2014, p. 134), “[...] se colocam na ordem do dia a partir do momento em que as terríveis condições de existência do proletariado ficam devidamente retratadas para a sociedade brasileira [...]”.

Dessa forma, o surgimento dessas leis sociais, entendidas como regulação jurídica do mercado de trabalho, marcou o deslocamento da questão social para o centro das contradições existentes na sociedade capitalista, expondo o antagonismo de classes, ou seja, burguesia versus proletariado.

É nesse processo que a implantação do Serviço Social se deu, a partir de iniciativas de pequenos grupos da sociedade burguesa, incitados, principalmente, pela Igreja Católica, com forte influência na sociedade. A história do Serviço Social no Brasil, enquanto profissão inscrita na divisão social do trabalho, registra-se desde a década de 1930, em um contexto social conturbado, com profundas manifestações da classe trabalhadora, reivindicando melhores condições de trabalho e justiça social (IAMAMOTO, 2011).

Nos anos de 1940 e 1950, houve o reconhecimento da importância da profissão, que foi regulamentada em 1957, com a Lei nº 3252, de 25 de agosto de 1957 (CFESS, 2020). O

Serviço Social brasileiro passou a receber grande influência norte-americana, sendo marcado pelo tecnicismo, sustentado por uma base positivista e funcionalista.

Entre os anos de 1960 e 1970, iniciou-se um movimento de renovação da profissão, que buscou a reatualização do tradicionalismo profissional e uma ruptura com o conservadorismo. Despontava, assim, um Serviço Social mais crítico e reflexivo para enfrentar os desafios postos à realidade profissional no cotidiano de trabalho. No final da década, em 1979, ocorreu o Congresso da Virada⁸, um marco para o Serviço Social no Brasil.

Na década de 1990, o Serviço Social assume a defesa intransigente de questões emblemáticas, como, o direito à cidadania, a liberdade e a democracia, ampliando seus campos de atuação e expressando um projeto profissional comprometido com o acesso universal aos direitos sociais, civis e políticos. Acompanhando as transformações da sociedade brasileira, a profissão passou por mudanças e necessitou de uma nova regulamentação, Lei 8662/93, legitimando o Conselho Federal de Serviço Social e os Conselhos Regionais e instituindo o novo Código de Ética Profissional (CFESS, 2020).

A partir desse breve panorama histórico da profissão, podemos apresentar a pesquisa realizada com profissionais assistentes sociais de Campos dos Goytacazes, cidade do interior do Estado do Rio de Janeiro, na região Norte Fluminense, inseridas na estrutura pública de trabalho, buscando, assim, compreender a visão do profissional comprometido com a defesa intransigente dos direitos sociais e das garantias constitucionais, diante de uma realidade desafiadora, em que sua saúde vem sendo afetada de forma incisiva.

Trata-se de um estudo de campo, realizado no período de estágio supervisionado em Serviço Social, no período de abril de 2017 a abril de 2019, para fins de elaboração do TFC - Trabalho Final de Curso, que contou com a aplicação de uma entrevista semiestruturada, abordando as condições de trabalho do assistente social e a interferência deste trabalho na saúde, com rebatimentos no contexto da vida social. O universo selecionado para a aplicação das entrevistas foi uma instituição pública, que conta com duas assistentes sociais, em atividade direta com os servidores públicos desta instituição, na atenção às demandas apresentadas por estes.

⁸ Há 41 anos, no dia 19 de setembro de 1979, acontecia no Anhembi, em São Paulo, o III CBAS, conhecido como o Congresso da Virada. Foi a partir desse Congresso, que o Serviço Social brasileiro passou a incorporar o referencial marxista e produzir análises teóricas em uma perspectiva de totalidade, historicidade e criticidade. Consolida-se a organização política da categoria profissional, assim como, das entidades representativas da profissão, o Conjunto CFESS/CRESS, a ABEPSS e a ENESSO. O Congresso de 1979 constitui um marco de um processo histórico de renovação da profissão. A partir desse momento, começa a construção do Projeto Ético Político Profissional do conjunto CFESS/CRESS, traçado até os dias de hoje (CRESS/ES, 2019).

Estas profissionais, que serão identificadas por assistente social A e assistente social B, para preservarmos suas identidades, foram questionadas sobre diversos aspectos da sua formação e do seu cotidiano de trabalho. Ambas exercem a função de assistente social entre 15 a 20 anos e se formaram em instituição pública de ensino. Também possuem curso de pós-graduação, sendo feito em instituição pública pela assistente social A e instituição privada pela assistente social B.

Tais perguntas se fazem necessárias para compreendermos as questões que envolvem as condições de trabalho, bem como, a saúde do trabalhador, pois as profissionais informaram que mesmo tendo procurado se atualizar após a formação acadêmica, a instituição empregatícia, a qual fazem parte, não leva em consideração essa especialização, não refletindo em ganho salarial, devido a inexistência de um PCCS - Plano de Cargo, Carreira e Salário.

O Projeto Ético-Político da Profissão prima pela atualização profissional, estimulando a categoria a buscar atualizações e especializações em referência a sua área de atuação, porém, nem sempre a instituição empregadora valoriza esse investimento e o profissional, que procura sempre estar se qualificando, para melhor atender as demandas dos usuários, muitas vezes, se sente frustrado por não ter reconhecido o esforço empregado.

Estas concordaram quando perguntadas sobre a falta de incentivo ao aprimoramento intelectual da profissão, como bem preconiza o décimo princípio do Código de Ética do/a Assistente Social. Neste sentido, a profissional “A” relatou que sente falta desse incentivo, completando:

Eu acho que iria fazer com que executasse melhor o trabalho. Muitas mudanças vêm ocorrendo e estar mais distante da Academia faz com que elas não sejam acompanhadas com mais efetividade. (informação verbal)⁹

Percebe-se nesta fala que há uma grande dificuldade sentida pela profissional em acompanhar as transformações que vêm acontecendo nos últimos tempos no país. A falta de incentivo da instituição empregatícia em promover, financiar e/ou cofinanciar cursos de atualização profissional faz parte de um projeto de sociedade que visa à manutenção da ordem capitalista.

Sobre as condições de trabalho, ambas as profissionais relataram dificuldades estruturais e físicas para a plena realização do seu trabalho, impactando nos desdobramentos da sua atuação profissional, como também, na vida do usuário deste serviço, considerando que

⁹ Relato da Assistente Social "A", em entrevista realizada no estágio supervisionado em Serviço Social, no período de abril de 2017 a abril de 2019, em uma instituição pública, no município de Campos dos Goytacazes, para fins de elaboração do TFC - Trabalho Final de Curso.

este, muitas vezes, não recebe o atendimento adequado, em decorrência da precariedade desse trabalho.

No item que aborda “Trabalho e Saúde do Trabalhador”, as duas assistentes sociais informaram que o número de profissionais no setor que trabalham não é suficiente, diante da expressiva demanda trazida pelos usuários, nos últimos tempos. A esse fato atribui-se a sobrecarga de trabalho, fazendo com que a profissional venha a ter manifestações de cansaço físico e mental mais frequentes, chegando a apresentar, em alguns momentos, um quadro diagnóstico de estafa física.

Quando perguntadas sobre a utilização de atestados médicos e/ou licenças por motivos de saúde nos últimos cinco anos, as duas responderam que precisaram fazer valer esse direito, mas, somente a assistente social “B” relatou que *“as situações que vivencia no cotidiano de trabalho trazem riscos à sua saúde”* e que apareceram doenças crônicas nesse período, como discopatia¹⁰, doença que afeta as vértebras da coluna cervical, conforme explicação da entrevistada, assim como, quadro de pré-diabetes, em investigação, e depressão.

O desgaste sofrido pelas profissionais vem de um fator histórico determinante no contexto do capital. Na contemporaneidade, a sociedade capitalista opera na transformação do mundo do trabalho, a partir da retração dos direitos do próprio trabalhador, que se vê obrigado a se desgastar cada vez mais, às vezes, exercendo sua força de trabalho em dois ou três lugares distintos, para que consiga obter as mínimas condições de sobrevivência. Note-se que a saúde do profissional está em risco diante da realidade precária de trabalho e a ofensiva neoliberal está intimamente relacionada a este processo.

Amaral e Ferreira (2014) expõem que no Brasil a marca do processo da nova morfologia do trabalho é a precarização. Por sua vez, Antunes (2013) e Alves (2011) apresentam em seus textos a precarização do mundo do trabalho objetivada pela flexibilização, pelo desemprego, pelo trabalho informal, que trazem malefícios ao trabalhador nas suas dimensões objetiva e subjetiva. Objetiva, porque financeiramente tem sido cada vez mais difícil “ganhar dinheiro” num mundo terceirizado, precarizado e flexibilizado, onde as leis estão a favor, na maior parte, dos empresários e da classe capitalista e, subjetiva, porque o seu

10 “Discopatia Degenerativa da Coluna Lombar ou Doença Degenerativa do Disco Lombar (DDD)” é uma condição que acomete os discos da coluna lombar, mais comum entre os dois últimos segmentos (L4 e L5). Com o envelhecimento, o corpo todo perde água. Isso também acontece com os discos da coluna. A desidratação progressiva faz com que o disco endureça, o que reduz sua capacidade de absorver e amortecer os impactos. (YUNES, 2020)

pensamento criativo, para uma produção mais crítica e consciente do trabalho, na concepção de uma realização prazerosa do fazer profissional, tem sido cada vez mais afetado.

Na sociedade capitalista, o trabalho é, para muitos, sinônimo de infelicidade, problemas, adoecimentos e sofrimentos sociais, físicos e psicológicos. A partir de então, a saúde do trabalhador ganha relevância no âmbito das políticas sociais, através da luta dos sindicatos, que enfatizam a importância de se problematizar este tema, identificando os determinantes que levam o adoecimento do trabalhador.

Neste sentido, destacamos que são sofrimentos sociais, porque as relações interpessoais tornam-se mais efêmeras, não havendo uma profundidade nas interações, restando apenas a superficialidade, a falta de empatia, a competitividade. São sofrimentos físicos, porque é notório que muitos trabalhadores adquirem doenças devido aos esforços repetitivos, que hoje são causas de afastamentos por LER/DORT¹¹, por exemplo, no contexto de um trabalho sem a devida proteção. E são sofrimentos psicológicos, porque muitos se sentem pressionados a produzir cada vez mais, sem o devido descanso, geralmente, trazendo sérias consequências para a saúde do trabalhador, especialmente, quando este se vê ameaçado pela possibilidade de “perder o emprego”, numa sociedade onde o trabalho formal está cada vez mais escasso.

Nas entrevistas realizadas com as profissionais ficou bastante claro que a instituição empregatícia tem direta e/ou indireta influência nos processos de adoecimento adquiridos pelas assistentes sociais, uma vez que vivenciam em seu cotidiano de trabalho a precarização do serviço no atendimento ao usuário e, também, sofrem as pressões do processo produtivo.

A pergunta que fica é: como realizar um trabalho eficaz e efetivo, estando inserido numa ordem burguesa onde o mundo do trabalho, a cada dia, se torna mais precarizado e o usuário/trabalhador mais prejudicado? Como o assistente social pode atuar nessa conjuntura estando também adoecido pelas precárias condições de trabalho a que está, cotidianamente, submetido?

A responsabilidade do Estado em promover a proteção social da classe trabalhadora, tem sido desconstruída pela sociedade capitalista, ao longo dos tempos, e o avanço da ofensiva neoliberal tem agudizado esse cenário. As mudanças que vêm acontecendo na sociedade brasileira intensificaram a produtividade e prejudicaram, inegavelmente, a saúde do trabalhador.

11 A lesão por esforço repetitivo (LER), também chamada de distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT) é uma alteração que acontece devido as atividades profissionais que afetam, especialmente, as pessoas que trabalham realizando os mesmos movimentos corporais de forma repetitiva ao longo do dia.

Corroborando com esse breve estudo, podemos registrar o trabalho realizado por Faermann e Mello (2016), que discutem a relação do trabalho e do adoecimento no Serviço Social, no contexto da crise contemporânea do capital e das novas formas de precarização e intensificação do trabalho, buscando identificar “fatores presentes no exercício profissional que desencadeiam processos de sofrimento e de adoecimento.” (FAERMANN; MELLO, 2016, p. 96). As autoras afirmam que:

Com base nos depoimentos dos profissionais entrevistados, constatou-se que, dentre o conjunto de variáveis que influenciam a sua saúde, as condições e relações de trabalho têm sido determinantes na produção do sofrimento e adoecimento vivenciado. As doenças mencionadas pelos profissionais como ansiedade, enxaqueca, diabetes e gastrite estão ligadas, sobretudo, a fatores emocionais decorrentes do seu próprio trabalho (FAERMANN; MELLO, 2016, p. 101).

Portanto, não se pode falar em mundialização do capital sem se pensar nas consequências que são trazidas à classe que vive do trabalho e sofridas por elas. Não há como produzir, nesse ritmo, sem consequência negativa para o trabalhador, porque este é o princípio básico do capitalismo e do neoliberalismo, que atrelados a um modelo de sociedade excludente, determinam o aumento da riqueza socialmente produzida, apenas para uma classe social específica, enquanto a outra sofre os rebatimentos desse processo.

O desafio é grande, mas o espírito de resistência também!

5. Considerações Finais

Durante o processo de construção deste artigo, foi possível perceber que muitas discussões se tornaram ainda mais pertinentes, diante da atual realidade na qual estamos inseridos. Nesse sentido, buscamos compreender como as transformações no mundo do trabalho afetam a classe trabalhadora, a partir da identificação dos determinantes sociais que impactam na saúde do trabalhador e, também, como o neoliberalismo se correlaciona com as metamorfoses do mundo do trabalho, incidindo na condição de saúde, da classe que vive do trabalho.

Traçamos, assim, uma breve discussão sobre a categoria trabalho, tendo por base Marx, enquanto referencial teórico que profundamente discorre sobre esse assunto. O trabalho, portanto, é visto como a forma de produção, como atividade social desenvolvida pelo indivíduo, que possibilita a reprodução dos meios sociais e de vida, além das relações sociais interpessoais.

É através dele que o capitalismo se perpetua e transforma em mercadoria todas as relações que a venda da força de trabalho produz.

Para além disso, discutimos também, as metamorfoses ocorridas no mundo do trabalho, pelo contexto do neoliberalismo, a partir do movimento de reestruturação produtiva, que trouxe consigo as novas tecnologias e a robótica, produzindo o chamado exército industrial de reserva (ou de sobrantes) na sociedade. Com a oferta de mão-de-obra cada vez maior, o valor pago por ela se torna cada vez mais baixo, além de se precarizar as novas formas de produção, no universo do trabalho.

A partir desse cenário, o processo saúde-doença, no qual o trabalhador está mergulhado, começa a sofrer o reflexo dessas relações precarizadas, que trazem malefícios à saúde destes, dificultando os processos de trabalho e, no caso mais grave, tornando esse trabalhador mais um número na lista de desempregados do país. Para conseguir sobreviver nesse cenário perverso, o trabalhador é obrigado a se sujeitar a trabalhos precarizados, prejudicando, muitas vezes, a sua saúde e, por consequência, encontrando uma real dificuldade para se reinserir no mercado de trabalho. É uma crise cíclica que se reproduz ao longo dos tempos e que faz parte da gênese do próprio capitalismo.

Nesse sentido, refletir sobre essas questões é tarefa importante, para se compreender os processos de adoecimento que invadem o ambiente de trabalho, fazendo assim, parte deste artigo, a discussão da saúde, enquanto um direito social universal, que traz características significativas para se pensar o processo de redemocratização do país, a partir da Constituição Federal de 1988 e a institucionalização do Sistema Único de Saúde, como resposta às necessidades apontadas pela classe trabalhadora, no campo da saúde ocupacional.

A partir de então, foi possível inserir o campo do Serviço Social nesse contexto e analisar as entrevistas realizadas com duas assistentes sociais que exercem sua função laborativa no setor público e lidam com as pressões do contexto neoliberal e que estão presentes, incisivamente, na sociedade contemporânea atual. Analisando as respostas dadas pelas profissionais, foi possível notar que diante das transformações no mundo do trabalho, no decorrer dos anos, até os dias de hoje, a classe trabalhadora se encontra mais adoecida, mais fragmentada e mais dispersa no que se refere à articulação para a luta pela permanência dos seus direitos, conquistados arduamente.

Em consonância com isto, entendemos que os determinantes sociais que influenciam a saúde do trabalhador, são produtos da dinâmica da sociedade capitalista contemporânea, transformando, assim, essa sociedade e o mundo do trabalho. Precarização, flexibilização,

terceirização e retirada de direitos são fatores determinantes no processo saúde-doença da classe trabalhadora, que envolve o aspecto social, físico e psicológico do ser humano.

Portanto, a partir dessas análises, percebemos a importância de se discutir o tema em referência, no contexto atual, onde vivenciamos, cotidianamente, ataques à democracia brasileira e, conseqüentemente, aos direitos sociais adquiridos. Estar preparada/o para a luta pela manutenção e permanência dos direitos sociais só é possível através do olhar crítico e reflexivo proposto pelo movimento dialético, bem como, pelos processos de capacitação continuada no campo da formação acadêmica, que trazem à tona uma perspectiva de emancipação política e humana, contribuindo para a clarificação de ideias referentes ao modelo capitalista de sociedade e seus desdobramentos na vida da classe trabalhadora.

É preciso “alimentar” toda forma de embasamento teórico-crítico para entender o contexto vivido e, assim, lutar pela manutenção de direitos conquistados, como também, pela ampliação de outros necessários direitos.

6. Referências

ALVES, G. **Trabalho e subjetividade – o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório**. São Paulo: Boitempo, 2011.

AMARAL, A. S.; FERREIRA, A. M. de A. A saúde do trabalhador e a (des) proteção social no capitalismo contemporâneo. **Revista Katálysis**., Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 176-184, jul/dez, 2014.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 16 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

ANTUNES, R. Dimensões da crise e metamorfoses do mundo do trabalho. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 50, p. 78-86, abr. 1996.

ANTUNES, R. **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013.

BEZERRA, Juliana. **Taylorismo, Fordismo e Toyotismo**. Disponível em: <https://www.diferenca.com/taylorismo-fordismo-e-toyotismo/>. Acessado em: 1 jun. 2019.

BRASIL. [Constituição 1988]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: DF. Senado Federal. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acessado em: 1 jun. 2019.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019**. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm. Acessado em: 25 out. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área técnica de Saúde do Trabalhador. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. SENADO FEDERAL. **Reforma trabalhista alterou regras para flexibilizar o mercado de trabalho**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/05/02/aprovada-em-2017-reforma-trabalhista-alterou-regras-para-flexibilizar-o-mercado-de-trabalho> Acessado em: 25 out. 2020.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n 1, p. 77-93, 2007.

CFESS. **Histórico**. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/o-cfess>. Acessado em: 25 out. 2020.

CFESS. **Parâmetros para a atuação dos assistentes sociais na política de saúde**. CFESS/CRESS, Brasília, 2010. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Disponível:http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf . Acessado em: 25 out. 2020.

CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. 2008. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acessado em: 1 jun. 2019.

COSTA, R. C. R. da.; OLIVEIRA, L. F. de. **Sociologia para jovens do século XXI**. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Imperial Novo Milênio, 2013.

CRESS. **40 anos do congresso da virada**. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/40-anos-do-congresso-da-virada/>. Acessado em: 25 out 2020.

FAERMANN, Lindamar Alves; MELLO, Cássia Camila Val de. As condições de trabalho dos assistentes sociais e suas implicações no processo de adoecimento dos profissionais. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 96 - 113, jan./jul. 2016.

FIOCRUZ. **Reforma sanitária**. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria/> Acessado em: 9 set. 2020.

G1. **Saiba o que muda com a reforma da previdência**. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2019/11/12/saiba-o-que-muda-com-a-reforma-da-previdencia.ghtml>. Acessado em: 25 out. 2020.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2011.

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

INFOESCOLA. **Estado de Bem-Estar Social**. Disponível em: <https://www.infoescola.com/sociedade/estado-de-bem-estar-social/>. Acessado em: 25 out. 2020.

MARX, K. O Capital: crítica da economia política. **Livro I: o processo de produção do capital**. 16 ed. - São Paulo: Boitempo, 2013.

MENDES, S. M. R.; WUNSCH, D. S. Trabalho, classe operária e proteção social: reflexões e inquietações. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 241-248, jul./dez., 2009.

YUNES, R. M. **Discopatia degenerativa da coluna lombar**. Disponível em: <https://www.dryunes.com/doencas-da-coluna/discopatia-degenerativa-lombar/>. Acessado em: 25 out. 2020.

PASSE LIVRE: POSSIBILIDADE OU DISTOPIA*

FREE PASS: POSSIBILITY OR DYSTOPIA

PURL: <http://purl.oclc.org/r.ml/v2n2/r1>

Gabriel Guanabará Lemos Marques[†]
 <https://orcid.org/0000-0003-3520-7661>

Fernanda Pereira dos Santos[‡]
 <https://orcid.org/0000-0001-8677-7627>

Em seu livro “Passe Livre: As possibilidades da tarifa zero contra a distopia da uberização”, Santini põe como reflexão central pensar a mobilidade urbana das cidades a partir do prisma da circulação, dos deslocamentos diários das pessoas em seus aspectos mais amplos, seja nas suas atividades de trabalho, estudos, compras, lazer, flane ou em qualquer outra atividade que exija o deslocamento. Nesse conjunto, os atos de deslocamento passam a operar sistemas de transportes distintos, isto é, opõem lado a lado a circulação através dos modais públicos coletivos³ com os modais individuais motorizados.

Diante disso, o autor coloca algumas reflexões. A primeira diz respeito a uma percepção comum e bem visível aos grandes e médios centros urbanos, o sistema de mobilidade que prioriza os carros não funciona bem, como indicam os engarrafamentos, no entanto, há uma predileção, beirando a insistência, por tal sistema. E por quê? As demais reflexões giram em torno da temática da mobilidade: enquanto direito ou serviço.

Ao evidenciarmos a compreensão e por não dizer a naturalização social do transporte público enquanto um serviço, nos deparamos com o Art. 176 do Código Penal, que endossa que – Tomar refeição em restaurante, alojar-se em hotel ou utilizar-se de meio de transporte sem dispor de recursos para efetuar o pagamento: Pena – detenção, de 15 (quinze) dias a 2 (dois)

* Artigo recebido em: 8 de setembro de 2020. Aceito em: 4 de novembro de 2020

[†] Professor de Geografia do Colégio Centro Escola Riachuelo e do Instituto Renne de Ensino, Campos dos Goytacazes, Brasil. Mestre em Geografia pela Universidade Federal Fluminense, Licenciado em Geografia pela Universidade Federal Fluminense e Bacharel em Geografia pela Universidade Federal Fluminense. Autor correspondente. E-mail: guanabaran@gmail.com.

[‡] Professora de História do Alpha Colégio Pré-vestibular, Centro Educacional Crespo e Externato Emanuel, Campos dos Goytacazes, Brasil. Bacharel em História pela Universidade Federal Fluminense, Licenciada em História pela Universidade Federal Fluminense e Pós-graduada (lato sensu) em história e cultura pela Universidade Estácio de Sá. E-mail: fe.saantos@hotmail.com

³ Salientamos a importância de destacarmos a expressão público coletivo em detrimento da expressão coletivo. Dessa forma, a expressão coletivo dentro do sistema neoliberal de mobilidade pode assumir outras conotações que não são concebidas dentro de uma lógica de mobilidade plena, visto que, ao taxarmos apenas de transporte coletivo, poderíamos estar nos referindo ao Uber, que tem entre suas funcionalidades corridas compartilhadas / coletivas. O que automaticamente o difere de um transporte público coletivo, que é aqui pensado enquanto um direito social universal a todos os cidadãos.

meses, ou multa. Nesse caso, o usuário já internalizou que o transporte é um serviço que deve ser pago, e que o seu deslocamento é, de sua responsabilidade. Tal pensamento, nos dias mais contemporâneos, recai sobre os serviços ofertados pelos aplicativos de carro, que passam a oferecer novas possibilidades de deslocamento aos usuários. Mas, tal sistema não muda o paradigma injusto e ineficiente das cidades formatadas para priorizar os veículos privados e tão pouco soluciona a crise da mobilidade urbana.

Ao destacar a mobilidade enquanto um direito, Gregori (2010) considera que o usuário ainda não entende o transporte como direito social a ser pago indiretamente, como entende a saúde pública, a segurança pública, a educação pública, pois já interiorizou. Mas, no momento em que o transporte passar a ser entendido enquanto um direito, uma nova lógica de ocupação e produção do espaço urbano se expressará, isto é, primeiramente permitirá a ampliação dos horizontes da cidade que não só o binômio casa-trabalho. E ademais, diminuição dos engarrafamentos por haver uma menor pressão sob a infraestrutura urbana e menos poluição.

As respostas a essas reflexões não são tidas como simples, pois envolve além de uma nova abordagem teórica conceitual, uma mudança econômica, política e de pensamento do eu individual para o eu coletivo e social. Mas são passíveis de serem pensadas, pautadas e sobretudo, implementadas.

No final do século XIX e início do século XX, surgia nos Estados Unidos e na Europa a indústria automobilística, que revolucionou os meios de produção, expandiu os padrões de consumo, influenciou o desenvolvimento do transporte rodoviário. Facilmente tal ideia requereu investimentos em infraestrutura, na perspectiva de aumentar a circulação de pessoas e mercadorias, sem deixar de concatenar os discursos que apontavam para os sistemas de transportes como uma forma de propagação do progresso técnico e da liberdade das pessoas.

A fim de consumir o novo moderno (modelo rodoviário) as mais diferentes cidades tiveram que reorganizar seus espaços urbanos, visto que, até um século atrás os espaços urbanos tinham outra configuração e conotação, isto é, não estavam voltados para os automóveis. Mas a predileção, incentivos (recordando a frase do ex-presidente Washington Luís – “Governar é povoar; mas, não se povoa sem se abrir estradas, e de todas as espécies; governar é, pois, fazer estradas!”) e até mesmo subsídios (lembrando as reduções de IPI, durante os governos petistas) para aquisição dos transportes individuais motorizados, fizeram com que as cidades adequassem a uma nova realidade. Adequações essas que, via de regra contam com o alargamento e ampliação de ruas, construções de novas avenidas, canalizações de rios e outras obras de engenharia que buscam flexibilizar e ampliar as áreas de tráfego. Num primeiro momento, essas obras podem simbolizar e significar uma melhor circulação dos automóveis,

mas invariavelmente é seguido por congestionamentos, pois a lógica vista é, abertura de novos espaços reforça a ideia de que estes novos espaços comportam mais carros, criando um ciclo vicioso negativo, que se (re)aplica nas diversas cidades brasileiras, vide, a canção

Morando em **São Gonçalo** você sabe como é
Hoje a tarde a **ponte engarrafou**
E eu fiquei a pé (SEU JORGE, 2004, grifo do autor).

Santini (2019) aponta que parte dos problemas relacionados a mobilidade urbana são elucidados com o processo de uberização da mobilidade. Este modelo de negócio baseado na precarização de trabalhadores e que se estrutura a partir da falta de regulamentações, restrições, taxas e regras, vem sendo apresentado como a luz no fim do túnel e a popularização dos aplicativos seria a maneira viável (menos onerosa) de sugerir uma equidade a um sistema historicamente desigual, ofertando a preços acessíveis um traslado, pontual, vazio, confortável e todas as outras benéficas que o transporte público coletivo não oferece. Isso tudo fez com que muitos acreditassem que finalmente teriam acesso à infraestrutura viária que sempre beneficiou proprietários dos transportes individuais motorizados.

Mas via de regra, os aplicativos não mudam o problema, o paradigma injusto e ineficiente das cidades formatadas para priorizar a locomoção de veículos privados continua, soluções milagrosas via *apps* não solucionarão a crise de mobilidade. Pelo contrário, notamos a cada dia que, tais mecanismos mais reforçam o entendimento de que a mobilidade é algo comercializável, tornando a população refém de variações de preço conforme a oferta e demanda.

Como então solucionar, os engarrafamentos, os inchaços urbanos, as precarizações do transporte público coletivo e escape da uberização da mobilidade? O autor aponta na direção da adoção de um modelo que privilegie o transporte público coletivo universal em detrimento do transporte individualizado motorizado.

Ao centrar o debate em torno do transporte enquanto um direito social, Santini (2019) destaca que desde setembro de 2015 alterou-se o Art. 6º da Constituição Federal, incrementando neste artigo o transporte enquanto um direito social, que a partir deste momento deve ser assegurado, enquanto um direito básico, a todos os seus cidadãos pelo Estado brasileiro.

Visando a aplicabilidade do Art. 6º da Constituição, o autor destaca que é necessário subvertemos a lógica capitalista de visão e gerenciamento do transporte, pois seguindo a estrutura já criada e implementada, o passageiro é visto enquanto um consumidor, ou seja, tem acesso ao transporte aquele que faz o pagamento, caso contrário o seu acesso é negado e com

isso há um impedimento no seu deslocamento, reforçando desse jeito, a máxima do privilégio exclusivo e da liberdade individual.

Pensar na mobilidade enquanto um direito e não um serviço, requer pensar em novas formas de uso e apropriação dos espaços urbanos da cidade a partir do transporte público coletivo, isto significa pensar então em um serviço que privilegie o ganho coletivo com uma rede de transporte público eficiente e acessível. A proposta apresentada por Santini (2019) é do passe livre ou tarifa zero, como sendo o instrumento que prevê o uso do transporte coletivo sem a cobrança direta, isto é, não se trata de um transporte público gratuito, porque apesar de não haver cobranças diretas, há custos, pois, o transporte é pago indiretamente pelo conjunto da sociedade segundo regras de pagamento e captação de recursos, que são revertidos para custear.

Dessa forma, o transporte público coletivo por passe livre, deve ser entendido como um bem coletivo, que beneficiará as pessoas que farão uso direto e aquelas que não, pois a lógica que visa a ser construída é que com um transporte público coletivo eficiente, articulado, integrado com outros modais de transporte, consiga primeiro democratizar o acesso, os espaços da cidade e conseqüentemente diminuir o número de carros nas vias.

A base para adoção deste modelo encontra-se em viabilizar propostas concretas, pois um dos argumentos mais utilizados pelos opositores é que este sistema não é eficaz e sustentável financeiramente no tempo e nas grandes cidades.

Para efetivar suas ideias, Santini (2019), sumariza no capítulo onze os instrumentos que podem vir a servir de base para custear o passe livre. Entre as ideias, temos a proposta de reorganização das finalidades dos impostos, a exemplo do Imposto sobre a propriedade de veículos automotores (IPVA), Documento Único do Detran de Arrecadação (DUDA). Uma parcela da arrecadação destes impostos seria destinada a um fundo de reserva, que custearia as redes coletivas ou subsidiária a redução dos preços ou arcaria com a isenção de cobrança para o transporte público. Outra proposta seria as cobranças sobre imóveis e grandes empreendimentos. A cobrança sobre imóveis seria aplicada destinando uma parte do Imposto predial e territorial urbano (IPTU) ao fundo de reserva. Já sobre os grandes empreendimentos (Shopping Center) funcionaria como uma cobrança adicional, tendo em vista que são áreas com infraestrutura de transporte e congrega grandes fluxos de deslocamentos. Podemos ainda seguir com a proposta de extinção do auxílio de transporte pago diretamente aos funcionários e este mesmo valor ser pago diretamente a administração pública que gerenciaria através de um fundo e aplicaria este recurso ao setor de transporte público coletivo.

Todos esses instrumentos e todos os demais que possam vir a surgir, prezam por gerar receitas para o transporte público coletivo e servir de desestímulo ao uso do automóvel.

Dada a gravidade da crise da mobilidade urbana contemporânea, o transporte público coletivo via tarifa zero ou passe livre, é a nossa utopia mais próxima. Sua implementação resgatará os princípios defendidos por Gehl (2013), cidades para pessoas, sendo essas pessoas as protagonistas dos espaços livres urbanos, sendo elas ocupando os espaços ao invés dos carros. Caso contrário, é de uma irresponsabilidade tentar seguir com políticas que priorizam o transporte individual privado diante do colapso viário e ambiental dos espaços urbanos.

Então como apresentado, o que está em jogo não é somente a eliminação da cobrança direta nos transportes públicos coletivos, mas outro modo de vida urbana, apoiado na luta pela justiça social, pela saúde pública, pela defesa dos equilíbrios ecológicos, pela seguridade social, por equidade econômica e que essas pautas sejam reverberadas no direito à cidade. Por isso, frisamos que à adoção ou não do passe livre nos sistemas de transporte público coletivo, pouco tem a ver com a mobilidade ou questões técnicas, mas sim, com questões políticas. Exemplos de sucesso não faltam, seja no próprio Brasil ou no mundo.

Referências

GEHL, Jan. **Cidade para pessoas**. Tradução: Anita Di Marco. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2013.

GREGORI, Lúcio. **A iniquidade da tarifa**. PISEAGRAMA, Belo Horizonte, n.1, p. 46 - 48, 2010. Disponível em: <https://piseagrama.org/a-iniquidade-da-tarifa>. Acesso em: 10 maio 2020

SANTINI, Daniel. **Passe livre: as possibilidades da tarifa zero contra a distopia da uberização**. São Paulo: Autonomia Literária, 2019.

SEU JORGE. **São Gonçalo**. Mercury Prod. Ed. Musicais Ltda. (4:30 min)

Instruções editoriais para os autores

Diretrizes para Autores

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição deve ser original, e não estar sendo avaliada para publicação por outra revista;

2. Cada autor(a) poderá submeter (manter em processo) um texto de cada vez;

3. São aceitos textos na forma de artigo, resenha, entrevista e relato de experiência;

4. Os artigos devem ter caráter acadêmico, com tema relacionado às áreas de ciências humanas, ciências sociais ou ciências sociais aplicadas;

5. A Autoria implica em responsabilidade pelo conteúdo publicado. Assim, são de exclusiva responsabilidade do(a) autor(a) as opiniões emitidas, conceitos, exatidão e procedência das citações. Portanto, os artigos, entrevistas ou relatos de experiência não refletem, necessariamente, a posição da Comissão editorial;

6. A Revista Mundo Livre publica trabalhos apenas em Português e não remunera os autores que tenham seus trabalhos publicados;

7. O(a) autor(a) deve responsabilizar-se pela revisão das normas ortográficas e gramaticais, de acordo com o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 2008;

8. Sob hipótese nenhuma o nome do autor deverá aparecer no corpo do artigo, para assegurar o anonimato no processo de avaliação. O(s) autor(es) não devem ser citados no corpo do texto sua instituição, textos já publicados de sua autoria ou fazer alusão de que o trabalho é resultado de projeto de pesquisa, trabalho de conclusão de curso, dissertação, tese, dentre outras. Essa informação bem como agradecimentos poderão ser inseridos, se o trabalho for aprovado, na versão final para publicação.

9. O nome do(a) autor(a) também deve ser removido das PROPRIEDADES do arquivo;

10. A submissão dos trabalhos deve ser feita apenas de forma on-line via sistema. Nesse momento, todos os autores e co-autores devem ser identificados no sistema no passo "3. Inclusão de metadados", bem como devem ser inseridos o ORCID iD, vínculo institucional, cidade, estado, país e resumo da biografia. Deve-se clicar em "Incluir autor" até que todos os co-autores e suas respectivas informações tenham sido incluídas no sistema. Acesse aqui o tutorial para criar o seu ORCID ID e aqui para o passo a passo para submissão via sistema.

11. O autor (a) poderá indicar fonte/s de financiamento da pesquisa nas informações para os editores, no momento da submissão;

12. Os originais serão submetidos a consultores especializados que emitirão pareceres sobre a pertinência de sua publicação;

13. Os Editores poderão recusar o texto, antes mesmo de designar os avaliadores, quando as diretrizes detalhadas aqui não forem observadas.

14. A Revista Mundo Livre se reserva ao direito de utilizar o software CopySpider na análise de submissões de forma rotineira para detecção de plágio. O trabalho poderá ser rejeitado se for detectado plágio no mesmo.

As contribuições enviadas deverão atender aos seguintes padrões:

Os originais deverão estar na formatação: Microsoft Word (extensão DOC), formato A4, fonte Times New Roman, tamanho 12 e espaço entre linhas 1,5, alinhamento justificado e margens de 2,5 cm;

Os artigos deverão ter entre 15 e 25 laudas; as resenhas devem ter até 4 laudas; os relatos de experiência devem ter de 10 a 15 laudas; e as entrevistas devem ter até 8 laudas;

Os textos deverão apresentar: título em letra minúscula, em negrito e centralizado, em português e inglês, fonte tamanho 12; resumo e abstract: deve ter entre 100 e 150 palavras em fonte Times New Roman, tamanho 11, espaçamento simples e sem recuo; palavras chave e key words: no máximo de 3 em fonte Times New Roman, em letra minúscula (exceto quando se tratar de nome próprio) e separadas por vírgula.

O corpo do texto deve conter introdução, desenvolvimento, considerações finais e bibliografia. Os subtítulos, relativos aos itens internos do artigo, devem ser apresentados em negrito e com apenas a primeira palavra iniciada por letra maiúscula;

As referências estão citadas em lista organizada em ordem alfabética conforme norma ABNT vigente. Não devem ser utilizadas/inseridas referências em notas de rodapé, apenas no final do trabalho.;

O uso de itálico deverá se limitar aos estrangeirismos e aos títulos de obras;

As transcrições no texto de até três linhas devem estar encerradas entre aspas duplas;

Citações diretas com mais de 3 linhas devem vir destacadas, com recuo de 4cm, sem aspas, fonte 11 e espaçamento simples;

As referências bibliográficas e documentais citadas no texto devem estar na forma autor-data. Ex.: (CANDIDO, 2001, p. 12);

As notas de rodapé devem ser restritas ao mínimo, atuando apenas para o caso de serem explicativas. Deverão obedecer ao formato de sistema numérico, em fonte Times New Roman, tamanho 10 e espaço simples, numeradas sequencialmente;

As imagens, quando for o caso, devem ser inseridas no corpo do texto no formato JPG (sem compactação) e ter resolução de 300 dpi e, também, devem ser anexadas separadamente no sistema como documento suplementar;

As “Referências Bibliográficas” deverão ser dispostas em ordem alfabética por autor e colocadas ao final do texto. Os autores deverão obedecer rigorosamente às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) vigentes:

Livros. Exemplo: KOSELLECK, Reinhart. **Futuro passado**: contribuição à semântica dos tempos históricos. Rio de Janeiro: Contraponto-Ed. PUC-Rio, 2006.

Capítulos de livro. Exemplo: ALIMONDA, Héctor. Una introducción a la ecología política latino-americana. *In*: GROSFOGEL, Ramón; HERNÁNDEZ, Roberto A. **Lugares descoloniales. espacios de intervención en las Americas**. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2012, p. 59-94.

Artigos publicados em periódicos. Exemplo: FREITAS JUNIOR, Paulo Santos. Adolescência, homossexualidade e prática docente: uma abordagem em Campos dos Goytacazes (RJ). **Revista Mundo Livre**, v. 6, n. 1, p. 3-21, 2020.

Dissertações e Teses. Exemplo: RÉ, Flávia Maria. A distância entre as Américas: uma leitura do Pan-americanismo nas primeiras décadas republicanas no Brasil (1889-1912). 2010. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

Publicação em Anais Eletrônicos. Exemplo: PAINI, Leonor Dias; LIMA, Raymundo de. O Fenômeno do fracasso escolar: ignorância e ignorância e a naturalização do discurso. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA ESCOLAR E EDUCACIONAL, 9., 2009, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: ABRAPEE, 2009, p. 1-17.

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir no tópico "Condições para Submissão". As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

Artigos

Trabalhos científicos produzidos a partir de pesquisas de natureza empírica ou teórica, contendo análises teórico-metodológicas e conceituais dos objetos estudados.

Entrevista

Compõe sessão especial, cujo tema se relaciona com artigo específico ou com o número da revista.

Relato de experiência

Relato ou estudo de caso advindo da experiência profissional, contendo análises teórico-metodológicas, bem como os resultados alcançados.

Sessão temática

Os artigos publicados na sessão temática são aqueles que atendem às chamadas da revista por um tema relevante e atual.



uff CAMPOS

ISSN 2525581-9



9 772525 581005